

## Investigación

# Significados en puérperas sobre la hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos†

Significance in postpartum women about hospitalization in the Intensive Care Unit

Significados em puérperas da internação na Unidade de terapia Intensiva

Laura Vanessa Osorio-Contreras\*

Nubia Castiblanco-López\*\*

### Resumen

**Objetivo:** Describir el significado desde lo cultural que atribuyen puérperas con Morbilidad Materna Extrema a su hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos. **Materiales y Métodos:** Estudio cualitativo con abordaje etnográfico, utilizando como referente teórico a Madeleine Leininger. Las entrevistas a profundidad y el análisis cualitativo se realizaron teniendo en cuenta el método de James Spradley. Se efectuaron 21 entrevistas a profundidad a 9 puérperas con Morbilidad Materna Extrema que estuvieron hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos de una clínica de la ciudad de Sincelejo-Sucre - Colombia entre marzo y diciembre de 2017. **Resultados:** Los significados que atribuyen puérperas con Morbilidad Materna Extrema sobre su hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos incluyeron 8 dominios: conocimiento de los signos de alarma, temor a morir, muy difícil para mi compañero, aplazar la lactancia materna, de regreso a la clínica, mi familia me cuida, la enfermera me cuida y aprender de esta experiencia. **Conclusiones:** Los significados de puérperas con Morbilidad Materna Extrema están colmados de experiencias, creencias culturales y sentimientos, donde el cuidado compasivo y congruente de enfermería les ayuda a sobrevivir y la hospitalización en la UCI se constituye en una enseñanza para la vida.

**Palabras Clave:** Periodo posparto, unidad de cuidados intensivos, enfermería y cultura.

### Abstract

**Objective:** Describe the significance from the cultural view conferred by postpartum women with Maternal Near Miss about their hospitalization in the Intensive Care Unit. **Materials and methods:** Qualitative study with ethnographic approach, using as theoretical reference Madeleine Leininger. The in-depth interviews and the qualitative analysis were made considering the method of James Spradley. 21 in-depth interviews were performed on 9 puerperal women with Maternal Near Miss who were hospitalized in the Intensive Care Unit in a clinic in the city of Sincelejo-Sucre-Colombia between March and December 2017. **Results:** The significance attributed by postpartum women with Maternal Near Miss about their hospitalization in the Intensive Care Unit

† Este artículo es producto de la investigación "Significados de puérperas con Morbilidad Materna Extrema sobre su hospitalización y la del hijo(a) prematuro". Requisito para optar al título de Magister en Enfermería con énfasis en Cuidado para la salud Materno Perinatal. Adscrita al Grupo de Investigación Cuidado Materno Perinatal. Línea de investigación: Cuidado de enfermería a la familia y el recién nacido prematuro y Bajo Peso al Nacer en Programa Madre Canguro de la Facultad de Enfermería - Universidad Nacional de Colombia.

### Autor de correspondencia

\* ✉ Enfermera. Maestrante en Enfermería con énfasis en Cuidado Materno Perinatal. Enfermera. Clínica Especializada La Concepción. Correo: lauryvanessa@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4479-9451>. Sincelejo, Colombia.

\*\* Enfermera. Magister en Enfermería con énfasis en Cuidado Materno Perinatal. Profesora Asociada. Universidad Nacional de Colombia. Correo: ncastiblancol@unal.edu.co. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1390-7923>. Bogotá, Colombia.

Este es un artículo bajo la licencia CC BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) 

Recibido: 14 Noviembre 2018 - Aprobado: 21 Mayo 2019

Doi: <https://doi.org/10.22463/17949831.1450>

Para citar este artículo/ To reference this article/ Para citar este artigo/

Osorio Contreras LV, Castiblanco López N. Significados en puérperas sobre la hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos. Rev. cienc. cuidad. 2019; 16(3):21-33

included 8 domains: knowledge about alarm symptoms, fear of death, difficulty for my partner, postponing breastfeeding, going back to the clinic, my family takes care of me, the nurse takes care of me and learning from this experience. **Conclusions:** The significance of puerperal women with Maternal Near Miss are full of experiences, cultural beliefs and feelings, where compassionate and congruent nursing care helps them survive and hospitalization at the ICU constitutes a life lesson.

**Keywords:** Postpartum period, maternal near-miss, intensive care unit, nursing and culture.

### Resumo

**Objetivo:** Descrever o significado desde o olhar cultural que atribuem puerperas com morbidade materna extrema a sua internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Materiais e Métodos:** Estudo qualitativo com abordagem etnográfica, utilizou-se como referente teórico a Madeleine Leininger. As entrevistas a profundidade e a análise qualitativa realizou-se considerando o método de James Spradley. Obtiveram-se 21 entrevistas a profundidade em 9 mulheres puerperas com morbidade materna extrema e estiveram internadas numa UTI de uma clínica da cidade de Sincelejo, Sucre, Colômbia entre março e dezembro de 2017. **Resultados:** Os significados que atribuíram as puerperas com morbidade materna extrema respeito à sua internação na UTI incluíram oito domínios: conhecimento dos sinais de alarma, temor da morte, muito difícil para o meu parceiro, adiamento da amamentação, retorno à clínica, minha família cuida de mim, a enfermeira me cuida e aprender dessa experiência. **Conclusões:** Os significados de puerperas com morbidade materna extrema estão carregados de experiências, crenças culturais e sentimentos, onde o cuidado compassivo e congruente de enfermagem ajuda na sua sobrevivência e a internação na UTI constitui-se num ensinamento para a vida.

**Palavras-chave:** Período Pós-parto, Próximo à Miss Saúde, Unidade de Terapia Intensiva, Enfermagem e Cultura

## Introducción

El número de casos en los que se presentan complicaciones que amenazan la vida de la madre durante la gestación, el parto y el puerperio van cada día en aumento (1). El 75% de las muertes maternas en la región de las Américas se deben a: hemorragias graves e infecciones, especialmente después del parto; hipertensión gestacional, preeclampsia y eclampsia; complicaciones en el parto y abortos peligrosos (2). Así, en la primera semana epidemiológica del 2019 se reportó un aumento significativo en los casos de muertes maternas tempranas en las entidades territoriales de Sucre, Nariño, Tolima, Valle y Vaupés (3). Las tasas de Morbilidad Materna Extrema (MME) son más altas en países en vías de desarrollo. En América Latina corresponden al 5,1 % (3) y en Colombia a finales de 2017 fueron notificados 23.157 casos en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) (4); de este total el 41,2% de las pacientes ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y entre las principales causas de MME se encuentran: la preeclampsia severa con un 69,3 % de los casos, seguida de hemorragia obstétrica severa con un 14,8% y en tercer lugar la infección sistémica severa con un 6,8% de los casos reportados (5).

Con respecto a los datos anteriormente citados, Ortiz y

Ludmir (6) mencionan que, aunque en América Latina los indicadores revelen mejoras significativas en el acceso a la atención prenatal y atención del parto con personal calificado, estos avances no han sido suficientes ya que en Colombia las madres continúan falleciendo por complicaciones derivadas del embarazo, parto y puerperio, esto se evidencia en los 487 casos confirmados de muertes maternas en el país para el año 2017 (7).

En este contexto, es importante destacar que las políticas en salud se enfoquen en mejorar la accesibilidad al control prenatal. Así mismo, se debe garantizar un abordaje y tratamiento oportuno e integral a las pacientes y que los casos más severos sean derivados a instituciones de salud de mayor complejidad donde brinden acompañamiento multidisciplinario, pues “no es un secreto que las condiciones fisiológicas de las gestantes y la presencia de patologías únicas de este periodo representan un desafío médico” (8), razones que ocasionan incertidumbre y temor en el equipo de salud que incurre en fallas en lo que se refiere a la atención. Es significativo tener en cuenta que en la atención de la gestante y puerpera de alto riesgo entra en consideración el impacto emocional que tiene para ella y su familia el hecho de sobrevivir a un evento de MME, ya que como afirman Dunning et al. (9), es recomendable el acompañamiento y brindar información a la puerpera y a su pareja acerca de lo acontecido, para

que tengan una mayor comprensión de los cambios en su estilo de vida, tanto a nivel físico como psicológico.

Por su parte, Elmir et al. (10) también destacan la importancia de un adecuado seguimiento después del evento de MME a la mujer, donde se le debe brindar la oportunidad de hablar acerca de su experiencia, lo que es clave para ayudar a reducir los síntomas emocionales y psicológicos en esta población. En una revisión realizada por Furuta et al. (11) encontraron que las percepciones y experiencias de mujeres con MME se ven influenciadas por sus características personales, las condiciones de salud preexistentes, la sensación de seguridad durante la atención recibida, la disponibilidad y accesibilidad de la atención médica de alta calidad, y las redes de apoyo social.

En este orden de ideas, Vasconcelos et al. (12) afirman que para las embarazadas y puérperas, acciones como una cálida bienvenida a la institución de salud, una explicación clara acerca de la enfermedad y los procedimientos a realizar durante la hospitalización, son aspectos importantes para disminuir el temor y promover el bienestar físico y mental en este tipo de pacientes. Por su parte, Ospina et al. (13) señalan que el puerperio es una etapa que necesita acompañamiento acorde con las necesidades manifestadas por las pacientes, así como educación en salud sobre los cambios fisiológicos del organismo femenino, los cuidados con el recién nacido y la lactancia materna; de esta manera se facilita el proceso de afrontamiento y adaptación de la madre a esta nueva etapa y más adelante a su reintegración a su vida social y laboral.

Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente, descubrir el significado de la hospitalización en la UCI en puérperas con MME, aporta sentido social, disciplinar y teórico a la enfermería. Al respecto, se debe precisar que el profesional de enfermería es el encargado de brindar cuidado directo a la puérpera con MME; es quien conoce de cerca el impacto emocional ante su enfermedad y la separación de su hijo prematuro, lo que promueve afinidad entre la puérpera y la enfermera(o); igualmente, permite brindarle cuidado holístico, porque conoce e interpreta qué quiere su paciente, cuáles son sus necesidades emocionales, espirituales, físicas o de educación, y qué puede gestionar para ayudarla y contribuir con su recuperación. Esto lo convierte en un profesional que brinda cuidado humanizado, sensible y responsable. En este sentido, es primordial conocer éstos significados desde un enfoque cultural. Cárdenas (14) considera la MME como un problema de salud pública complejo, determinado no

sólo por las condiciones individuales de la mujer, sino también por la calidad de los servicios médicos y los contextos sociales y culturales. De modo similar, González (15) destaca la necesidad de conocer más sobre los aspectos culturales debido sobre todo, a las razones frecuentes por las cuales se demora la gestante para tomar la decisión de buscar atención y acudir a la consulta, debido a sus creencias culturales, porque cree que no va a ser atendida. En tal sentido es muy importante conocer los significados desde un enfoque cultural; a modo de ilustración Carrillo et al. (16) señalan que existen brechas de equidad de etnia muy importantes en el departamento del Meta por la presencia de más de veinte resguardos indígenas. Por su parte, Marín (17) afirma sobre lo importante que es ahondar en la relación de la mortalidad y la MME con determinantes económicos y culturales.

Por otro lado, Castiblanco et al. (18) encontraron en su estudio cómo las madres se acostumbran a cuidar su recién nacido prematuro en el hogar teniendo en cuenta su contexto cultural, lo que significa realizar las actividades diarias como una rutina, así como retomar las creencias y los mitos de las abuelas. Igualmente, Hoyos (19) indica que las madres tienen su propia forma de establecer una relación de apego con sus hijos mediante su propia cultura, es así como madres de la Costa Caribe se refieren al toque como “sobarle” o el “manoseo”. Sin embargo, no se encontraron estudios en puérperas con morbilidad materna hospitalizadas en UCI que aborden el tema cultural.

Es importante tener en cuenta lo que plantean Leininger et al. (20) en su teoría sobre la Universalidad y Diversidad del Cuidado Cultural, quienes encontraron como importante el modo de cuidado humano para la recuperación de una enfermedad, el mantenimiento de la salud y el bienestar, teniendo presente que las personas naturalmente tienen sus propias maneras de cuidarse. En este sentido se retó a las enfermeras a descubrir el cuidado específico y holístico utilizado por las diferentes culturas a través del tiempo y en distintos contextos. Para lograr los objetivos del estudio se realizó un análisis a la luz de la teoría de Madeleine Leininger.

Por todo lo expresado anteriormente, en donde se explican las razones para realizar este estudio, el presente artículo enfatiza en los resultados obtenidos sobre el tema “significados de puérperas con Morbilidad Materna Extrema sobre su hospitalización en UCI” proveniente de la investigación titulada “Significados de puérperas con Morbilidad Materna Extrema sobre su hospitalización y la del hijo(a) prematuro” (21).

## Objetivos

### Objetivo general

- Explorar el significado que atribuyen las puérperas con Morbilidad Materna Extrema a su hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos.

### Objetivos específicos

- Analizar el significado que atribuyen puérperas con Morbilidad Materna Extrema a su hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos a la luz de la teoría de Madeleine Leininger.

## Materiales y Métodos

Se utilizó un diseño cualitativo con un abordaje etnográfico, empleando el método de etnoenfermería de Madeleine Leininger y la entrevista a profundidad de James Spradley. Primero, el método de Leininger facilitó un acercamiento estrecho con las madres para recoger datos significativos y con mayor precisión, sin separarla de sus costumbres, creencias, prácticas y entorno familiar (22).

Un total de 9 madres fueron las informantes del estudio con los siguientes criterios de inclusión: mujeres en periodo postparto, mayores de 15 años que voluntariamente aceptaron participar en la investigación, definidas como caso de Morbilidad Materna Extrema según el Protocolo de vigilancia en Salud Pública de MME Colombia de 2016, que estuvieron hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos y cuyo hijo(a) prematuro estuvo hospitalizado en la Unidad Neonatal.

Las informantes se captaron en una clínica de la ciudad de Sincelejo (Colombia) y una vez que voluntariamente dieron permiso y su consentimiento por escrito para participar en el estudio, se programaron las visitas a los hogares encontrando un ambiente tranquilo, libre de ruido y distracciones, donde se realizaron las entrevistas durante aproximadamente 40 minutos que fueron grabadas en audio y transcritas textualmente. En el proceso de recolección de la información se utilizaron los facilitadores Observación-Participación-Reflexión (OPR) y Extraño-Amigo propuestos por Leininger. La OPR ayudó a entrar en el mundo de los informantes y permanecer con ellas durante todo el estudio (14). Asimismo, el facilitador Extraño-Amigo ayudó a establecerla amistad con las informantes para obtener datos auténticos, creíbles y confiables (23). De este modo, se llevó un diario de campo en orden cronológico, con fechas, horas, situaciones y/o lu-

gares a lo largo de la inmersión en el campo y la realización de las entrevistas (25). Del mismo modo, la muestra fue determinada con base en los criterios de pertinencia, adecuación, conveniencia, oportunidad y disponibilidad hasta cumplir con los criterios de saturación teórica (24) que se consiguió al completar 21 entrevistas. La información obtenida fue analizada a la luz del modelo del sol naciente y se estableció según los tres tipos de cuidados culturales: conservación, adaptación y reestructuración.

Segundo, se usó la guía de entrevista etnográfica de uso libre propuesta por Spradley (26) que consta de 12 pasos: Localización del informante, entrevista del informante, hacer registro etnográfico, hacer preguntas descriptivas (¿Qué significó estar hospitalizada después de la cesárea en la UCI?), análisis de la entrevista etnográfica, hacer el análisis del dominio cultural (comprende términos incluidos, dominios y relaciones semánticas), hacer preguntas estructurales (¿Cómo sabe usted que tiene la presión alta?), hacer el análisis taxonómico (implica una búsqueda de la estructura interna de los dominios), hacer preguntas de contraste (¿Cómo ha sido esta experiencia comparada con su anterior dieta?), hacer análisis componencial (comprende la búsqueda de atributos en cada dominio para comparar con la literatura), descubrir los temas culturales y escribir una etnografía.

Para el análisis de la información se crearon los siguientes códigos: I: Informante, con su respectiva numeración del 1 al 9 de acuerdo al orden cronológico de la entrevista realizada. I1, I2, I3, I4, I5, I6, I7, I8, I9. E: Entrevista, con su respectiva numeración de 1 a 3, de acuerdo a la primera, segunda o tercera entrevista realizada: E1, E2, E3. Ejemplo I5E2: quiere decir informante 5, entrevista 2.

Cabe destacar, que para el desarrollo de esta investigación se tuvieron en cuenta los criterios de rigor metodológico de los estudios cualitativos: credibilidad, transferibilidad, confirmabilidad y consistencia; entre las consideraciones éticas la Resolución 008430 de 1993 que establece las normatividades para la investigación en salud en Colombia; de igual forma, se obtuvieron los avales de la Universidad Nacional de Colombia y de la Clínica.

## Resultados

Las informantes del estudio fueron nueve puérperas con Morbilidad Materna Extrema que estuvieron hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos de una clínica en la ciudad de Sincelejo-Sucre, con edades que oscilaban entre 17 años y 35 años; 5 eran casadas y 4

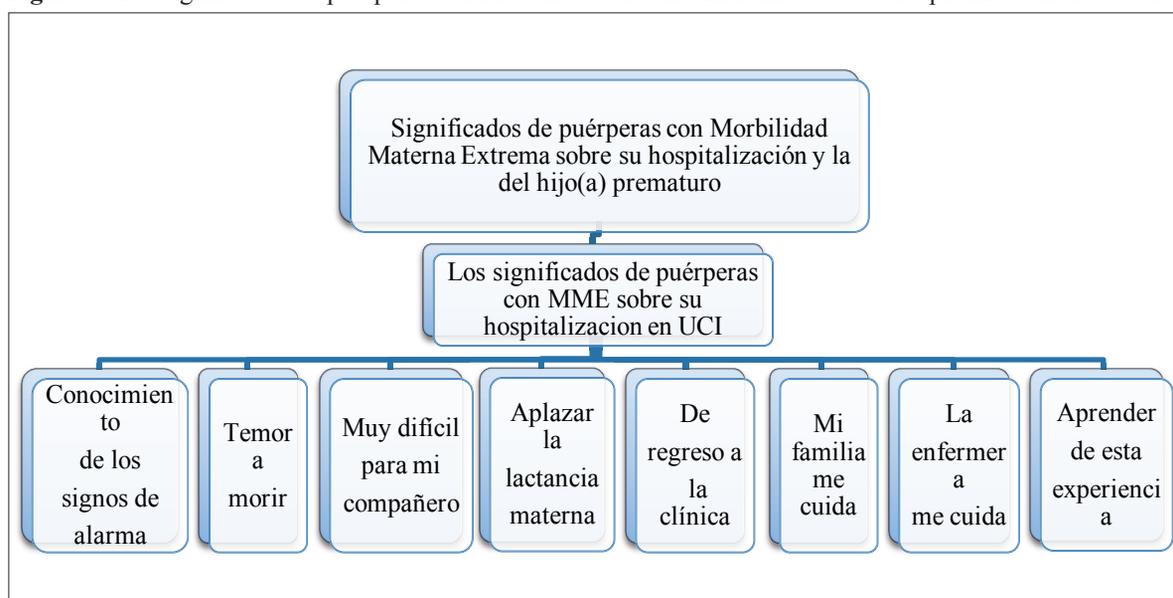
convivían en unión libre; la escolaridad de las puérperas estuvo entre la primaria completa y estudios de posgrado; 2 de ellas residían en el municipio de Chinú-Córdoba, 1 en el municipio de Betulia-Sucre, 1 en la Vereda Las Palmas-Sincelejo, y el resto en barrios dentro del perímetro urbano de Sincelejo. La afiliación al Sistema de Salud y Seguridad Social corresponde a ocho del régimen subsidiado y una al régimen contributivo.

En lo referente a los antecedentes ginecoobstétricos, dos eran primigestantes y siete multigestantes, se realizaron entre 2 y 7 controles prenatales y los días de hospitalización de las puérperas en la UCI fueron entre 4 y 22 días. El diagnóstico de ingreso a la UCI en ocho de las pa-

cientes correspondió a preeclampsia severa, a su vez dos presentaron la complicación de Síndrome HELLP y una adicionalmente miocardiopatía periparto; la otra paciente ingresó a la UCI debido a un shock hipovolémico secundario a consecuencia de desprendimiento de placenta.

Después del análisis de las entrevistas surge el tema relacionado con los significados de las puérperas con MME sobre su hospitalización en la UCI que corresponden a los siguientes dominios: conocimiento de los signos de alarma, temor a morir, muy difícil para mi compañero, aplazar la lactancia materna, de regreso a la clínica, mi familia me cuida, la enfermera me cuida y aprender de esta experiencia (Ver figura 1).

**Figura 1.** Los significados de puérperas con Morbilidad Materna Extrema sobre su hospitalización en la UCI.



**Fuente:** Proceso de análisis de la investigación “Significados de puérperas con Morbilidad Materna Extrema sobre su hospitalización y la del hijo(a) prematuro”. Elaborado por Laura Osorio Contreras.

### Los significados de puérperas con Morbilidad Materna Extrema sobre su hospitalización

Las puérperas con MME de este estudio, compartieron sus saberes, creencias, costumbres, mitos, comportamientos y tradiciones sobre el significado de la hospitalización en la UCI. Consta de ocho dominios que se presentan a continuación:

#### Dominio 1. Conocimiento de los signos de alarma

Los resultados en este dominio mostraron que todas las puérperas conocen e identifican los signos de alarma durante el embarazo, ellas le atribuyen un significado particular con un lenguaje emic, como se evidencia en el testimonio

“Dolor de cabeza intenso, adelante así, como un dolor atrás, adelante, atrás así y ese poco de piticos así que como si tuviera demasiados bichitos en los oídos y un poco de lucecitas así, así un poco de cositas brillanticas que vi” I4E1.

Por consiguiente, la cefalea, el edema, los fosfenos y tinitus para las informantes significa dolor de cabeza, la hinchazón, ver cocuyitos (lucecitas, cositas brillanticas) y zumbidos (piticos, bichitos) en los oídos. De este modo la información brindada por las madres se convierte en un insumo para ofrecer un cuidado de enfermería más eficiente y una educación en términos más claros para las madres. Se debe precisar, que en todas las informantes se manifestaron claros signos y síntomas de

alarma durante el embarazo, sin embargo, algunas no le dieron importancia porque el profesional que atendía su control prenatal decía que era algo normal, o escuchaban comentarios similares de familiares o vecinos.

Por otra parte, una de las informantes recordó las prácticas que se llevaron a cabo con apoyo de la familia cuando se encontraba en gestación, quien tenía hinchazón en los pies

*“Mi mamá cogía y me calentaba agua, me tibiaba agua... con sal de Epsom y me metía los pies ahí, y decían que ayudaba a rebajar la hinchazón (...) ella también cogía y me comenzaba a sobar con una crema, una crema que es para los dolores en la noche, cogía y me empezaba a sobar con la crema y me amanecían los pies un poquito menos hinchados” I4E1.*

En este contexto cultural la mamá es una cuidadora que usó diferentes elementos como el agua tibia, la sal de EPSON y una crema para aliviarle el hinchazón a su hija cuando se encontraba en gestación. Estas prácticas culturales desde la mirada de Leininger se pueden mantener. La evidencia demuestra que las sales de EPSON (27) son sulfato de magnesio y tienen un efecto relajante.

## **Dominio 2. Temor a morir**

Con respecto a este dominio, se destacan aquellos significados que atribuyen las informantes cuando se enteran que su salud es crítica y que como consecuencia su embarazo va a finalizar y por tanto serán ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos. Este hecho para ellas significa un riesgo a morir y por consiguiente aflora el temor, las lágrimas y el susto, como lo señala el siguiente testimonio

*“El médico (...) me dijo –tú te vas es directo para UCI y cuando me dijo así que me asusté como que más y se me salieron fue las lágrimas, se me dio fue por llorar. Yo en ese momento pensé - ¡Ay Dios mío! -, ya que me voy a morir, qué será que me irá a pasar porque como dicen que cuando meten a uno pa 'UCI, uno tiene un pie más adentro y uno afuera, yo me asusté, se me dio fue por llorar” IIE2.*

Otro aspecto significativo de este dominio estuvo relacionado con las manifestaciones de desesperación, de soledad, no saber cómo están sus hijos(as), discomfort por no poder dormir, los monitores y los diferentes procedimientos a los que son sometidas las puérperas estando en la UCI.

Una informante dijo:

*“Me metieron a UCI y en UCI fue como le digo... una experiencia no muy grata porque aja yo allá encerrada en UCI con la presión monitoreándome, con los medicamentos que no me podía bajar de la cama porque tenía sulfato de magnesio y tenía sonda y no me podía parar de la cama (...) bueno el lunes un desespero total porque aja yo no sabía si la niña había nacido bien, como había nacido” I7E1.*

Se debe precisar, que el temor a morir provocó en las informantes sentimientos de culpa, pues su embarazo era completamente normal y las tomó por sorpresa el hecho de tener una complicación como la preeclampsia. Asimismo, las informantes manifestaron en las entrevistas que su hospitalización en la UCI significó una experiencia traumatizante y difícil de olvidar, pues aun estando en sus hogares tienen recuerdos de lo sucedido.

Teniendo en cuenta los anteriores testimonios, el temor a morir está presente en el sentir de estas puérperas desde el primer momento en que les informan que serán trasladadas a la UCI, lo que significa para ellas: tristeza, llanto, soledad, desesperación, delirios y culpa, siempre dependiendo del contexto particular de cada una de estas mujeres.

## **Dominio 3. Muy difícil para mi compañero**

Todas las puérperas contaron con el apoyo de su pareja durante el embarazo y en la experiencia de su hospitalización, así como en el cuidado de sus recién nacidos prematuros. Asimismo, se destaca que algunos de estos compañeros tuvieron que dejar de laborar para poder acompañar, recibir informes médicos y dar apoyo emocional de lleno a sus parejas; este hecho causa una serie de implicaciones, principalmente la falta de dinero para solventar los gastos generados por la hospitalización de varios días en la UCI de sus esposas y en la UCIN de sus hijos prematuros. Sin embargo, en lo manifestado por las informantes, sus parejas demostraron ser un apoyo incondicional para ellas y sus hijos, venciendo la adversidad de la enfermedad y las dificultades económicas.

De igual manera, las parejas de las puérperas hospitalizadas pasaron a hacerse cargo totalmente de los quehaceres del hogar, visitas a la clínica, el cuidado del bebé prematuro y los otros hijos. Esto se puede apreciar con el siguiente testimonio:

*“Al compañero mío le tocó bien duro porque el por lo menos tú sabes la niña era prematura, tenía que*

*cambiarle los pañales y darle tetero cada tres horas, entonces el apenas la dormía y la dejaba durmiendo él se iba a acompañarme a mí a la clínica, o sea que él estaba de correr para aquí, corre para allá (...) entonces le tocó, nos tocó bien duro esa vez, bueno a el más que todo porque yo estaba allá” I5E2.*

#### **Dominio 4. Aplazar la lactancia materna**

Para las puérperas su hospitalización y la de sus hijos prematuros durante varios días en la UCI y en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales respectivamente significó aplazar la lactancia materna, pues no tuvieron la oportunidad de tener contacto con sus hijos inmediatamente después del nacimiento debido al estado de salud de ambos; esto originó en las madres tener que romper con la tradición de amamantar y de no tener su hijo cerca, lo que significó para ellas: tristeza, impotencia y sentir que no tuvieron un hijo, pues esperaban tocar a sus bebés al amamantarlos inmediatamente después de su nacimiento. Lo anterior se evidencia en el siguiente testimonio:

*“Ufff, me siento un poco triste, porque tú sabes que uno apenas tiene, que apenas nace su bebé, uno quiere tocarlo, sentirlo, darle su seno, todo y el yo al no poderle (...) me siento un poquito impotente, pero ajá” I2E1.*

Algunos de los mitos para las puérperas era que la leche materna no saliera de los senos o que su producción se terminara ya que no estaban lactando sus bebés, para ello realizaron la extracción de la leche a través del ordeño con las manos o con extractores y tomaban bebidas como leche con panela, avena, ajonjolí, sopas y líquidos, siendo estas prácticas culturales recomendadas por familiares y conocidos para aumentar la producción de leche.

Lo expresado anteriormente lo confirma el siguiente testimonio:

*“Los primeros días, o sea se me pusieron duros, ahora que estaba aquí se me estaban llenando y me ordeñaba y me botaba, ya casi no me quiere bajar, entonces mi mamá está haciendo y que leche con panela, porque eso y que ayuda a bajar” I1E2.*

Algunas de las puérperas se privaron de dar lactancia materna a sus hijos prematuros por el temor de que los medicamentos antihipertensivos causaran daño a los bebés, en su lugar, sacaban la leche y la botaban, acción que las hacía sentir mal.

#### **Dominio 5. Regresar a la clínica**

Dos de las informantes presentaron complicaciones en la herida quirúrgica, lo cual las obligó a consultar nuevamente los servicios de urgencia; otra reingresó a la UCI debido a que la presión arterial se elevó nuevamente, significando para las pacientes sentirse inútiles al dejar al compañero toda la carga del hogar. De igual manera, regresar a la clínica también significó sentirse mal, pues al ingresar por segunda vez tienen que enfrentarse a la hospitalización y a todo lo que ella conlleva como: la soledad, dejar la familia, curaciones dolorosas, venopunciones y posibles procedimientos quirúrgicos riesgosos.

Un testimonio fue:

*“Pues mami porque imagínese quién va a esperar que a uno se le infecte la herida y le toca a uno vuelve y re internarlo y deja uno los niños solos y el compañero y toda esa carga, donde él tiene que trabajar para el sustento y cuidar niños eso es muy pesado, y estar pendiente a la mujer que está en la clínica, llevarle un aguüta, que llevarle la comida o algo, entonces se siente uno como inútil” I5E2.*

Otra de las informantes regresó a la clínica para una cita de control con cardiología, ese regreso significó para ella sentirse importante y contenta gracias a las enfermeras que la atendieron bien durante su estancia en la UCI y en la hospitalización, pues se acordaron de ella, lo cual evidencia el cuidado compasivo que brindó la enfermería a la puérpera durante este momento difícil de su vida. Véase el siguiente testimonio:

*“Ahora que llegué, todas esas enfermeras me dijeron, me cayeron encima, me saludaron, todas me conocían, ¡pensé que no se iban a acordar de mí!, me saludaron, me abrazaron, me besaron (...) O sea ¡Ay yo en el momento me sentí importante! (...) Jajaja, si y me sentí muy contenta” I2E3.*

#### **Dominio 6. Mi familia me cuida**

Las visitas en el hogar y las entrevistas evidenciaron que todas las informantes del estudio disfrutaron del apoyo familiar durante su estancia hospitalaria y la de sus recién nacidos prematuros en la UCIN; igualmente, contaron con ayuda para los quehaceres del hogar, el cuidado de los hijos y la realización de trámites ante las EPS para autorizaciones y medicamentos, esto les permitió guardar reposo físico, siendo esta una de las prácticas culturales que las ayudan a su recuperación (dieta).

De la misma manera se observa que los conocimientos

culturales que aportan los familiares y allegados a las informantes son muy valiosos para su recuperación, ya que con las recomendaciones les procuran bienestar físico. Un testimonio a continuación:

*“Por ejemplo, acá me hacen mucho las sopas (...) que no tome gaseosas ni cosas así, porque todo eso lo toma el niño, entonces trato de comer, comer cosas que me nutran a mí, igual que lo nutran a él cuándo tome seno, la sopa (...) pescado bastante” I3E1.*

Otra de las recomendaciones que recibían las puérperas con MME de sus familiares y que tiene un gran componente cultural, es la de evitar el sereno y cumplir la dieta de los 45 días. Esto se evidencia en el siguiente testimonio:

*“El cuidado de la casa de no estar haciendo oficio, levantándome, tenía a mi suegra que me decía –la mujer parida tiene que comer temprano- entonces comer temprano, bañarme, también ella dice que uno no se puede bañar en la tarde, mito de viejo, pero jajajaja solamente el baño en la mañana, en la tarde ¡permita Dios!, el sereno, tenía a mi suegra que decía que no podía coger el sereno, no me podía bañar en la noche” I9E2.*

### **Dominio 7. La enfermera me cuida**

Este dominio es uno de los más significativos del estudio; resalta el soporte social relacionado con el apoyo institucional recibido por las puérperas de parte de los profesionales y auxiliares de enfermería durante su estancia en la UCI y hospitalización en lo referente a la administración de medicamentos, baño, curación de heridas, cuidado de los senos y extracción de leche materna, monitorización de signos vitales y el apoyo emocional brindado a las pacientes en los momentos de tristeza, angustia y soledad. Una puérpera dijo:

*“Las enfermeras para que, eran cariñosas, se portaban bien, cada ratito me iban a preguntar que si cómo estaba pasando, cómo me sentía, me iban a llevar los medicamentos, iban a verme la presión, me iban a (...) ponerme vainas en los senos para que no me botara leche, me cogían y ponían como una protección (...), iban si tenía frío cogían y me daban sábanas, me echaban tres sábanas para que me arropara del frío y eso, para que por eso sentí bien, me atendieron bien” I4E1.*

Son muchos los testimonios que confirman el cuidado compasivo de enfermería y el cuidado centrado en la persona y la familia

*“Las enfermeras me hacían el favor y me bañaban, me trataban con cuidado de no maltratarme la herida, cuando tocada cambio de sábanas igual, con delicadeza le daban un permiso un ratito, no llegaba un se colocaban bravos porque él estaba ahí, o cuando familiar, más de dos familiares, tres familiares a visitarme” I3E1.*

En este punto también cabe enfatizar la educación brindada a la puérpera con MME al momento del alta hospitalaria, la cual fue precisa y detallada para así garantizar la pronta y óptima recuperación de su estado de salud. Para ellas fue muy importante la explicación verbal que recibieron sobre los cuidados con la herida, toma de presión arterial, actividad física, alimentación, toma de medicamentos, trámites de citas y procedimientos antes las EPS; asimismo, la empatía que lograron con las enfermeras les permitió despejar dudas y fue más sencillo para las pacientes o sus familiares realizar las gestiones correspondientes. A continuación un testimonio:

*“Me dijeron que tenía que tener reposo (...) más el cuidado de la cesárea, el lavado (...) ah me mandaron a que me hiciera las curvas, que me tomara la presión (...) cada 12 horas, tenía que anotarla en un papel, con la hora, la fecha y la presión como la tenía, después de eso tenía que apartar una cita con el ginecólogo y llevársela al ginecólogo para que la vea” I3E2.*

### **Dominio 8. Aprender de esta experiencia**

Para las puérperas con MME el haber estado hospitalizada en la UCI después del nacimiento de sus hijos significó ‘no descuidarse con la salud’, ello se detalla en el siguiente testimonio:

*“Ufff esto me dejó una enseñanza bien grande, que uno nunca se debe descuidar con la salud (...) porque si yo hubiera estado más pendiente de lo que me estaba pasando (...) quizás a mí no me hubiera pasado todo esto (...) tengo que estar pendiente (...) I2E1.*

Según lo expresado por las puérperas durante las entrevistas, esta experiencia en la UCI y el nacimiento de un nuevo hijo les hizo valorar más la familia. Igualmente, fue un descubrimiento importante dentro de los significados de las puérperas con MME sobre su hospitalización el valorar la labor de la enfermería, como se evidencia en el siguiente testimonio:

*“Aprendí acá (...) de ver a las enfermeras de una manera diferente (...). las que me tocó acá en mi hospitalización,*

*excelente esas muchachas, la atención de todas mejor dicho ahí yo me pude dar cuenta de que jombe, no son todas realmente! porque las que me recibieron esa noche hasta me hicieron trenza en el pelo jajaja, que cuando una enfermera hace trenza en el pelo (...) eso quitó el concepto que uno tenía de esa profesión (...) esa labor me pareció bien bonita y excelente” I9E2.*

En el presente estudio, se aprecia que las púerperas tuvieron la certeza de que Dios no las desamparó en ningún momento de su estancia hospitalaria, como se ve en el siguiente testimonio:

*“Todo el tiempo estuve muy aferrada a Dios porque yo decía – Señor, si tú me regalaste a esa criaturita después de tantas adversidades, yo no podía salir embarazada, tanta complicación que tuve cuando estaba embarazada (...) entonces yo le decía que si Él me la regalaba, que si Él me la había dado, no me la podía quitar así porque por algo Él me la había regalado” I6E1.*

Los hallazgos en este dominio son un aporte significativo de las madres a la sociedad, a las políticas de salud, a la academia y la investigación. Es decir, que corresponde a una vivencia respecto al sentido que tiene la vida frente a la experiencia de haber estado en la UCI y disponer de una nueva oportunidad para no descuidar la salud. Por otra parte, es importante precisar que el significado que atribuyen las informantes en su propio lenguaje (Emic) se puede traducir a términos usados por los profesionales de la salud (Etic) tales como: “desconectarse” (pomeroy), “abotigados” (con edema), “sobarse los pies” (hacerse masaje con las manos), “baldado de agua fría” (noticia inesperada), “chillido de aparatos” (alarma de monitores) entre otros. Este paralelismo en los significados de las expresiones representan un acercamiento de los profesionales de la salud a los saberes populares propios de la cultura de las púerperas para ofrecerles un cuidado congruente.

Además, en la teoría de Leininger, pueden establecerse tres tipos de cuidados culturales: conservación, adaptación y reestructuración. En los testimonios de las púerperas se pueden apreciar conocimientos y prácticas culturales aprendidas de la familia, amigos y vecinos. Las siguientes expresiones se pueden conservar ya que no perjudican la salud de la púerpera: meter los pies hinchados en agua caliente con sal de Epsom y sobárselos con crema, comidas bajas en sal y grasa, tomar jugo de agraz para subir la hemoglobina, tomar leche con panela, avena, ajonjolí, sopas y jugos para bajar la leche, protegerse

del frío y del sereno durante el puerperio. Por otra parte, la práctica de no lactar al recién nacido y botar la leche materna por tomar medicamentos antihipertensivos se debe reestructurar ya que la evidencia demuestra que estos medicamentos son seguros para la madre y el lactante (28). La aceptación de estas prácticas por parte de enfermería y demás miembros del equipo de salud contribuyen a brindar a la púerpera un cuidado congruente en acompañamiento con la familia que permita una óptima recuperación de su estado de salud.

## Discusión

Los significados de púerperas con MME derivados de su transitar por la Unidad de Cuidados Intensivos son muy valiosos para todos los profesionales de la salud que día a día trabajan con pacientes maternas, en los diferentes niveles de atención y complejidad. En los resultados se comprueba que desde la gestación, las madres identifican las señales de alarma en el embarazo; con respecto a esto Pérez et al. (29) mencionan que para las gestantes tener claridad sobre las señales de alarma las impulsará a actuar de manera rápida y eficaz, permitiendo minimizar los casos más severos, lo cual solo es posible a través del compromiso y trabajo en equipo de todos aquellos profesionales que directa o indirectamente tienen contacto con la gestante.

Por otra parte, los profesionales de la salud que realizaban el control prenatal subestimaban los signos y síntomas de alarma manifestado por las pacientes, lo cual conllevaba a prácticas inadecuadas de las gestantes como creer que la cefalea, la epigastralgia, los zumbidos en los oídos, fosfenos, ente otros, eran normales y por tanto consultaban tardíamente a los servicios de urgencia. Aquí vale la pena resaltar (30) que los trastornos hipertensivos del embarazo se presentan en el 60.5% del total de las pacientes y es la primera causa de mortalidad materna, lo que significa que el tema de la MME amerita mucha atención.

Respecto a lo planteado anteriormente, la Guía de Cuidado de Enfermería en Control Prenatal de la Secretaría de Salud Distrital de Bogotá 2015 (31) recomienda a los profesionales de enfermería que realicen el control prenatal y brinden educación específica a la gestante sobre signos de alarma tales como: dolor de cabeza, fiebre, escuchar pitos, visión borrosa o con estrellas, hinchazón en la cara, tos, obstrucción nasal, llanto, tristeza o melancolía, dolor en la boca del estómago, hinchazón en las manos, disminución de los movimientos del bebé, contracciones uterinas, salida de líquido o sangre por la vagina, dolor o ardor para orinar, hinchazón en los pies.

En lo relacionado con los sentimientos desencadenados por la estancia en UCI, Laza et al. (32) señalan que para las gestantes “las condiciones patológicas causantes de un embarazo de alto riesgo fueron percibidas como preocupantes, de gravedad, amenazantes para su vida y la de su hijo”; de igual forma, el estar hospitalizadas durante varios días es perturbador y saca a relucir sentimientos de ira, frustración y soledad. En relación con los testimonios se destaca que el miedo tiene un significado muy importante durante de la experiencia de la púerpera en la UCI, estando íntimamente ligado con la desinformación, pues al verse dentro de la unidad, en cama y monitorizada piensan inmediatamente que su estado de salud es extremadamente grave lo que conlleva a un estado de tristeza y desesperación. Lo anterior se puede relacionar con los hallazgos de Vasconcelos et al. (12), quienes mencionan que a las pacientes les gustaría tener mayor información acerca de su estado de salud, ya que esto les ayudaría a disminuir sus temores y a tener un mayor autocuidado.

En cuanto al desespero, la soledad y el disconfort en la UCI, Laza y Pulido (33) mencionan que para las madres el sentirse solas y sin sus hijos generó en ellas ansiedad y depresión; de igual forma, influyeron los diferentes procedimientos a los que eran sometidas como la administración de medicamentos, múltiples venopunciones y el cateterismo vesical, acciones que les causaba dolor e incomodidad. De otro lado, el hecho de no conocer a sus recién nacidos prematuros hospitalizados en la UCIN y aplazar la lactancia materna como vínculo especial, produjo en las madres la sensación de no haber tenido hijos; esto según Ocampo (34) genera un profundo vacío y sentir que habían dado a luz a un hijo que no les pertenecía. Byrne et al. (35) mencionan que la experiencia de la lactancia materna da a las madres la sensación de control y refuerza el vínculo madre-hijo a pesar de la experiencia traumática durante el nacimiento.

Con respecto a lo traumatizante de la experiencia de estar en la UCI, Elmir et al. (10) indican que un grupo de púerperas a las que se les realizó histerectomía de emergencia por hemorragia posparto, experimentaron recuerdos tras el evento y éstos repercutieron en el estado de ánimo y la reintegración a la vida familiar y social de estas mujeres.

Por lo expuesto anteriormente, el apoyo de la pareja y familia son imprescindibles para las púerperas en lo concerniente a visitas en la clínica a la madre y el niño prematuro, cuidado de los otros hijos, ayuda en los quehaceres del hogar, alimentación y cuidado a la púerpera

en el hogar, así como el sustento económico. Soares et al. (36) mencionan que es deber del padre velar por el bienestar de su familia, incluyendo el soporte emocional a su esposa durante su estancia hospitalaria y la provisión de los recursos financieros para sostener su hogar. Asimismo, Prieto y Ruiz (37) afirman que las mujeres en el puerperio deben guardar reposo durante los primeros quince días de la dieta, evitar actividades domésticas como barrer, trapear, lavar y planchar, además no deben exponerse al frío o sereno ya que puede ocasionar problemas de salud a ellas y a sus recién nacidos.

Por otra parte, los conocimientos y consejos de las abuelas, madres y tías en lo referente a la lactancia materna fueron de mucha utilidad para que las púerperas aumentaran la producción de leche; con respecto a éste tema Prieto y Ruiz (37), Castiblanco et al. (18) y García (38) mencionan que las madres durante el puerperio tomaban infusiones de plantas como hinojo, canela, papayuela, panela, jengibre, leche, linaza y anís; esto les ayudaba a no perder la producción de leche mientras ellas estaban en la UCI y sus prematuros estaban en la UCIN. En este sentido, el modelo del sol naciente propuesto por Leininger permitió organizar los resultados de la investigación de acuerdo a los siguientes factores: Monitores, sondas, procedimientos (tecnológicos), aferrarse a Dios (religiosos), apoyo de la pareja, suegra, cuñada, hermana (familiares), los que “trasladan a UCI están para morir” (culturales y creencias), “demora en la cita con especialistas” (político legal), aumentaron los gastos (económico) y “la enfermera me explicó” (educativos).

Se debe resaltar, que uno de los significados más especiales para las púerperas durante su hospitalización en la UCI fue aprender a valorar la labor de las enfermeras, valorar la vida y no descuidarse con su salud y la cercanía a Dios. Por otra parte, el personal de enfermería jugó un rol importante al estar las 24 horas al día brindando cuidados, soporte emocional y compañía a estas madres. Para las pacientes las preguntas sobre el confort o cómo se sentían consideraban que era una manifestación de cuidado y estima sincero por parte de las enfermeras(os); con respecto a esto Álvarez (39) menciona que un grupo de púerperas que presentaron hemorragia posparto resaltaron que las enfermeras realizaban los procedimientos con delicadeza, les preguntaban cómo estaban, estuvieron pendientes de su alimentación, les administraban los medicamentos a tiempo y tomaban las muestras para sus exámenes. Hinton et al. (40) mencionan que madres que estuvieron en la UCI por complicaciones derivadas de su gestación, refirieron sobre la importancia de la bon-

dad y el apoyo recibido por el personal de enfermería de la UCI, lo que permitió que su situación fuera más llevadera, y lo describieron como ‘ángeles impecables’.

Por su parte, Elmir (41) afirma que en pacientes que sobrevivieron a una histerectomía de emergencia por hemorragia postparto, esta experiencia les hizo apreciar la vida, poder disfrutar con sus familias y hacer cosas que siempre habían querido, además apreciaron el privilegio de ser madres y vieron la oportunidad para un cambio en el cuidado de su salud y estilo de vida, lo llamaron una ‘segunda oportunidad’. En cuanto a la cercanía con Dios, Carvalheira et al. (42) mencionan que para un grupo de gestantes y puérperas con MME fue muy importante la fe y creencia de que Dios les proporcionaría la fuerza necesaria para salir victoriosas de esta situación crítica de salud. Las informantes del estudio vieron manifestado el amor de Dios en la recuperación de su salud y la de sus hijos(as) prematuros.

## Conclusiones

- Los significados de puérperas con MME sobre su hospitalización están cargados de experiencias con múltiples saberes, creencias, tradiciones y mitos que muestran la forma en la que ellas sobrevivieron a ese momento de sus vidas, y todas las enseñanzas que les dejó ese caminar dentro de una institución de salud, viéndose críticamente enfermas. Estas experiencias se concretan a continuación:
- Las madres conocen los signos y síntomas de alarma que envía su cuerpo informando que algo está sucediendo; sin embargo, los profesionales de la

salud que realizan el control prenatal subestiman estas señales de alarma.

- El temor a morir es un sentimiento universal al que todas las puérperas se enfrentan al momento de ingresar a la UCI, pues tienen la concepción de que quien entra allí “*tiene un pie más adentro y uno afuera*”, significa que está muy grave y al borde de la muerte, pero a la vez es una oportunidad que tiene un significado muy profundo, como es el sobrevivir y no descuidar la salud.
- Aunque las madres tuvieron que aplazar la lactancia materna, sin embargo, tomaban bebidas como leche con panela, avena, ajonjolí, sopas y líquidos, alimentos que eran recomendados por familiares y conocidos para aumentar la producción de leche.
- Los conocimientos culturales relacionados con: comer sopa de pescado, comer temprano, evitar el sereno y cumplir la dieta y otros más, son tradiciones valiosas transmitidas por los familiares y allegados de las informantes, que deben tenerse en cuenta por parte de los profesionales de la salud, para ofrecer un mejor cuidado a sus pacientes.
- De acuerdo con esta investigación se pudo confirmar el cuidado compasivo, humano, afectuoso y competente del personal de enfermería con las pacientes con MME cuando se encontraban hospitalizadas en UCI, así como el respeto por sus creencias culturales.

## Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. Nota descriptiva N°348 noviembre de 2015 [Internet]. OMS; 2015 [consultado 3 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna es inaceptable. Abril 2019. [consultado 3 de mayo de 2019]. Disponible en: [https://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3165:la-mortalidad-materna-es-inaceptable-gina-tambini&Itemid=551](https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=3165:la-mortalidad-materna-es-inaceptable-gina-tambini&Itemid=551)
3. Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico 2019. [consultado 3 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/busador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%201.pdf>
4. República De Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en Salud Pública. Morbilidad Materna Extrema [Internet]. Bogotá D.C: INS; 2016 [consultado 3 de mayo de 2019]. Disponible en: [https://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/saludpublica/vigilancia/protocolos/p2018/pro\\_morbilidad\\_materna\\_extrema\\_2018.pdf](https://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/saludpublica/vigilancia/protocolos/p2018/pro_morbilidad_materna_extrema_2018.pdf)
5. Instituto Nacional de Salud - Proceso Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Informe del

- Evento Morbilidad Materna Extrema, hasta el periodo epidemiológico 13, Colombia 2017 [Internet]. Bogotá D.C: INS; 2017 [consultado 03 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/buscadoreventos/informesdeevento/morbilidad%20materna%20extrema%20pe%20xiii%202017.pdf>
6. Ortiz E, Ludmir J. Where do we go in terms of safety and quality of obstetric care in Colombia? Colombia Médica 2016; 47(1): 9-10.
  7. Instituto Nacional De Salud. Boletín epidemiológico semanal. Semana 52 de 2017 [Internet]. Bogotá D.C: INS; 2017 [consultado 19 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2017%20Bolet%3%ADn%20epidemiol%3%B3gico%20semana%2052.pdf>
  8. Jurado N. Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes. [Trabajo de Grado Especialización]. Bogotá D.C: Universidad del Rosario; 2014.
  9. Dunning T, Harris JM, Sandall J. Women and their birth partners' experiences following a primary postpartum haemorrhage: a qualitative study. BMC Pregnancy and Childbirth 2016; 16 (80):1-10.
  10. Elmir R, Schmied V, Jackson D, Wilkes L. Between life and death: women's experiences of coming close to death, and surviving a severe postpartum haemorrhage and emergency hysterectomy. Midwifery 2012; 28 (2):228-35.
  11. Furuta M, Sandall J, Bick D. Women's perceptions and experiences of severe maternal morbidity – A synthesis of qualitative studies using a meta-ethnographic approach. Midwifery 2014; 30 (2): 158–69.
  12. Vasconcelos De Azevedo D, De Araújo A, Costa I. An analysis of the meanings of pre-eclampsia for pregnant and postpartum women and health professionals in Rio Grande do Norte, Brazil. Midwifery 2011; 27 (6): 182-87.
  13. Ospina A, Muñoz L, Ruiz de Cárdenas C. Coping and adaptation process during puerperium. Colombia Médica. 2012; 43 (2); 167-74.
  14. Cárdenas R. Acciones y programas para la reducción de la mortalidad materna: ¿qué necesitamos hacer? Salud Publica Mex. 2007;49(2):231–3
  15. González Ortiz LD, Gómez Arias RD, Vélez Álvarez GA, Agudelo Londoño SM, Gómez Dávila J, Wylie J. Características de la atención hospitalaria y su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia. Rev Panam Salud Publica. 2014;35(1):15–22.
  16. Carrillo Franco J, García Balaguera C. Comportamiento de la morbilidad materna extrema en el departamento del Meta, Colombia, 2014. Hacia promoc. salud. 2016; 21(1): 15-25.
  17. Marín Blandón A, Dussán Lubert C, González J, Benjumea M, Arengas I. Mortalidad materna en el departamento de Caldas (Colombia), durante el quinquenio 2004–2008. Hacia la Promoción de la Salud. 2010; 15(1) :110-126.
  18. Castiblanco Lopez N, Muñoz de Rodríguez L. Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar. Av en Enferm [Internet]. 2011 [Consultado 20 Marzo 2018]; 29(1):120–9. Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35865>
  19. Hoyos Vertel LM. Creencias y prácticas de cuidado cultural de mujeres con morbilidad materna extrema. [Tesis de Maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2017.
  20. Leininger, M. McFarland, M. Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory. Jones y Bartlett Learning. 2006.
  21. Osorio LV. Significados de púerperas con Morbilidad Materna Extrema sobre su hospitalización y la del hijo(a) prematuro [Tesis de Maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2018.
  22. Sagar PL. Madeleine Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality. En: Sagar PL. Transcultural Nursing Theory and Models: Application in Nursing Education, Practice, and Administration. New York: Springer Publishing Company; 2012. 1-17.
  23. Leininger MM. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National league for nursing Pres; 1991.
  24. McFarland MR, Mixer SJ, Webhe H, Burk R. Ethnonursing: A Qualitative Research Method for Study-

- ing Culturally Competent Care Across Disciplines. *International Journal of Qualitative Methods* 2012; 11 (3): 259-79.
25. Hernández R, Fernández C, Baptista MP. Metodología de la investigación 5 ed. México D.F.: Mc Graw-Hill; 2010.
  26. Spradley J. The ethnographic interview. Orlando: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers; 1979.
  27. Sakula A. Doctor Nehemiah Grew (1641-1712) and the Epsom salts. *Clio Medica (Amsterdam, Netherlands)*. 1984, 19(1-2):1-21
  28. Ortiz R, Rendón C, Gallego C, Chagüendo J. Hipertensión/preeclampsia postparto, Recomendaciones de manejo según escenarios clínicos, seguridad en la lactancia materna, una revisión de la literatura. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol* 2017; 82(2):219-31.
  29. Pérez J, Cuevas E, García S, Campo A. Maternal near miss morbidity in Colombia: variables related to opportune access to health care related to the number of inclusion criteria. *Revista Facultad de Medicina* 2014; 62 (4): 553-58.
  30. Noticias. Preocupantes cifras de mortalidad materna en Colombia. Sept. 2015. [consultado 3 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://noticias.canalrcn.com/nacional-pais/preocupantes-indices-mortalidad-materna-colombia>
  31. Castiblanco N, Acosta S, Bejarano N, Bejarano M, Castañeda L, et al. Guía de cuidado de enfermería en control prenatal. Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) [Internet]. Bogotá D.C.: Secretaria Distrital de Salud; 2015 [consultado 03 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Guas%20de%20cuidado%20de%20enfermera/Guia%20prenatal.pdf>
  32. Laza Vásquez C, Pulido Acuña G, Castiblanco Montañez RA. Peligro, muerte y secuelas: percepción de la preeclampsia severa por quienes la han vivido. *Enfermería Global* [Internet]. 2014 [consultado 29 de abril de 2017]; 13(2): 481492. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834853022>
  33. Laza Vásquez C, Pulido Acuña G. La vivencia de la pre-eclampsia: una dura travesía para la cual no se está preparada. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud* [Internet]. 2014 [consultado 29 de abril de 2017]; 46(2): 159-168. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072014000200007&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072014000200007&lng=en)
  34. Ocampo MP. El hijo ajeno: vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados. *Aquichán* 2013; 13(1): 69-80.
  35. Byrne V, Egan J, Pádraig MN, Sarma K. What about me? The loss of self through the experience of traumatic childbirth. *Midwifery* 2017; 51: 1-11.
  36. Soares RL, Christoffel MM, Rodrigues E, Machado ME, Cunha AL. Being a father of a premature newborn at neonatal intensive care unit: from parenthood to fatherhood. *Esc. Anna Nery* 2015; 19(3): 409-16.
  37. Prieto B, Ruiz C. Significados durante el puerperio: a partir de prácticas y creencias culturales. *Aquichán* 2013; 13(1): 7-16.
  38. García DS, Castiblanco N. Significado de la lactancia materna en púerperas con niño(a) en programa canguro ambulatorio. [Tesis de Maestría]. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2017.
  39. Álvarez Franco CC. Cómo describen el cuidado de enfermería las mujeres que presentaron hemorragia postparto. *Aquichan* 2013; 13(1): 17-26.
  40. Hinton L, Locock L, Knight L. Maternal critical care: what can we learn from patient experience? A qualitative study. *BMJ Open* 2015; 5 (4):1-9.
  41. Elmir R. Finding meaning in life following emergency postpartum hysterectomy: what doesn't kill us makes us stronger. *J Midwifery Women's Health* 2014; 59 (5): 510-15.
  42. Carvalheira A, Tonete V, Parada C. Sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo-puerperio que sobrevivieron a una morbilidad materna grave. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2010 [consultado 28 de mayo de 2018]; 18(6). Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692010000600020&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692010000600020&lng=en)