



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Percepción del cuidado Profesional de Enfermería recibido por la mujer gestante durante el control prenatal en la Unidad de Salud ESE San Francisco de Asís, Sincelejo, 2018

Luz Adriana Hernández Amín

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Sincelejo, Colombia

2018

Percepción del cuidado Profesional de Enfermería recibido por la mujer gestante durante el control prenatal en la Unidad de Salud ESE San Francisco de Asís, Sincelejo, 2018

Luz Adriana Hernández Amín

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
Magister en Enfermería

Directora:

Dr. Virginia Soto Lesmes

Profesora Facultad de Enfermería

Línea de Investigación:

Cuidado de Enfermería Materno Perinatal

Grupo de Investigación:

Cuidado Materno Perinatal

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Sincelejo, Colombia

2019

Dedicatoria o lema:

A DIOS por brindarme la oportunidad, dotarme de fortaleza y luz en todo momento.

A mi Padre, mi ángel del cielo quien siempre estuvo orgulloso de mí.

A mi esposo por creer en mí e impulsarme a ser cada día mejor.

A mis dos hermosas hijas por las fuerzas que me inspiran.

A mi directora de tesis, profesora Virginia Soto, por su motivación.

A mis compañeras de trabajo, por su entusiasmo y apoyo incondicional.

Luz Adriana

Lo importante no es lo que nos hace el destino, sino lo que nosotros hacemos de él.

Florence Nightingale.

Agradecimientos

La autora desea manifestar su agradecimiento a todas las personas e instituciones que con su valioso aporte desde la experiencia, conocimiento y apoyo hicieron posible la realización de esta investigación de sueños y metas.

Resumen

Introducción: Cuidar de forma integral, articulando el conocimiento, los valores, la práctica, la confianza y la compasión se convierte en el quehacer del Profesional de Enfermería. Para conocer y poder valorar las perspectivas del paciente frente a esas prácticas, existen instrumentos como el de K. Swanson que permite medir el cuidado sanador compasivo y sanador competente a través de la Escala de cuidado profesional, y que además soporta la teoría de mediano rango *Teoría de los cuidados*, particularmente en el estudio del proceso natural de la gestación, etapa en la que se pueden utilizar estas herramientas y proponer estrategias que mejoren la relación cuidador-cuidado.

Objetivo: Describir el cuidado Profesional de Enfermería percibido por la mujer gestante durante el control prenatal en la Unidad de Salud ESE San Francisco de Asís de Sincelejo, durante el periodo comprendido entre abril y junio del 2018.

Materiales y métodos: Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal, vinculó una muestra de 264 gestantes mayores de 18 años que se encontraban en el tercer trimestre del embarazo durante el año 2018 y que consultaron al Programa de Control Prenatal en la ESE San Francisco de Asís del Municipio de Sincelejo, departamento de Sucre (Colombia), quienes respondieron al cuestionario de la Escala de Cuidado Profesional, contando de manera previa con su aval ético y de consentimiento informado.

Resultados: Las participantes en su mayor proporción se encuentran en el rango de edades entre 20 y 24 años (29,9%), manifiestan tener una relación de pareja estable (91,7%), el nivel educativo que prevalece es la básica secundaria (55,7%), el 69,3% pertenecen al estrato socioeconómico nivel 1, el 70% se dedican a las labores del hogar y el 82,6% tienen uno o ningún hijo. En cuanto a la percepción del cuidado profesional, el 78% de las gestantes, lo perciben como excelente.

En cuanto a cada una de las dimensiones, el 68,9% consideran al sanador compasivo, como excelente, mientras que el 79,2% califa al sanador competente de igual manera.

Al explorar la relación de la percepción de cuidado profesional frente a las variables sociodemográficas de la mujer gestante, se halló que la variable IPS y estado civil

presentaron una asociación estadísticamente significativa con la variable percepción de cuidado Profesional de Enfermería al obtener un valor de $p < 0,05$; con relación a la dimensión sanador compasivo y a la dimensión sanador competente, se obtuvo correlación positiva media en la que se correlaciona con la frecuencia de los controles prenatales a cargo del Profesional de Enfermería, resultando una correlación directamente proporcional de fuerza moderada.

Conclusiones: Se observó significancia estadística entre la percepción de la gestante sobre el cuidado que recibe y aspectos como el estado civil, la IPS donde acude al control prenatal y dado el valor p , podría pensarse en una posible asociación directa, entre esta condición y la frecuencia del control prenatal.

La percepción de cuidado de las gestantes frente al cuidado recibido por el Profesional de Enfermería es satisfactoria; con diferencias en los porcentajes pequeñas entre las dimensiones de cuidado general, sanador compasivo y sanador competente, percibiendo mejor el conocimiento que la humanidad y confianza que el Profesional genera en la paciente.

Palabras clave: Atención de enfermería, atención prenatal, enfermería, embarazo.

Abstract

Introduction: Care in a comprehensive way, articulating knowledge, values, practice, trust and compassion becomes the task of the Nursing Professional. To know and be able to assess the patient's expectations of these practices, there are instruments such as K. Swanson's that allow us to measure compassionate and competent healer care through the Care Scale, and which also supports the theory of medium range Care Theory, particularly in the study of the natural process of gestation, stage in which these tools can be used and propose strategies that improve the caregiver and care taken relationship.

Objective: To describe the professional nursing care perceived by the pregnant woman during prenatal control in the ESE San Francisco Health Unit of Asis of Sincelejo, during the period between April and June 2018.

Materials and methods: Descriptive quantitative study of transverse cutting, linked a sample of 264 pregnant women over 18 years of age who were in the third trimester of pregnancy during 2018 and who consulted the Prenatal Control Program at the ESE San Francisco of Assisi of the Municipality of Sincelejo, department of Sucre (Colombia), who responded to the questionnaire of the Professional Care Scale, having in advance their ethical endorsement and informed consent.

Results: Most participants are in the range of ages 20 to 24 (29,9%), show a stable partner relationship (91,7%), the prevailing educational level is the secondary basic (55,7%), 69,3% belong to the socioeconomic stratum Level 1, 70% are engaged in household work and 82,6% have one or no children. As for the perception of professional care, 78% of pregnant women perceive it as excellent.

As for each of the dimensions, 68,9% qualified consider the compassionate healer as excellent, while 79,2% are equally.

By exploring the relationship of the perception of professional care to the sociodemographic variables of pregnant women, it was found that the variable IPS and marital status presented a statistically significant association with the variable perception of Nursing Care Professional by obtaining a value of $p < 0,05$; with regard to the

compassionate healing dimension and the competent healing dimension, an average positive correlation was obtained in which it correlates with the frequency of prenatal checks by the Nursing Professional, resulting in a directly proportional correlation of moderate force.

Conclusions: Statistical significance was observed between the perception of the pregnant woman about the care she receives and aspects such as marital status, the IPS where she goes to prenatal control and given the value p , a possible direct association between this condition and the frequency of prenatal control.

The perception of the care of pregnant women versus the care received by the Nursing Professional is satisfactory; with differences in the small percentages between the dimensions of general care, compassionate healer and competent healer, better perceiving the knowledge that the humanity and confidence that the Professional generates in the patient.

Keywords: Nursing care, prenatal care, nursing, pregnancy.

Contenido

	Pág.
RESUMEN	V
INTRODUCCIÓN	1
1. MARCO DE REFERENCIA	4
1.1 ÁREA TEMÁTICA	4
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	9
1.4 OBJETIVOS	9
1.4.1 <i>Objetivo general</i>	9
1.4.2 <i>Objetivos específicos</i>	9
1.5 JUSTIFICACIÓN	9
1.5.1 <i>Significancia social</i>	11
1.5.2 <i>Significancia disciplinar</i>	12
1.5.3 <i>Significancia teórica</i>	13
1.6 CONCEPTOS DEL ESTUDIO	16
2. MARCO TEÓRICO	17
3. MARCO METODOLÓGICO	21
3.1 ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO	21
3.2 POBLACIÓN REFERENCIA	21
3.3 POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO	21
3.3.1 <i>Criterios de inclusión</i>	21
3.3.2 <i>Criterios de exclusión</i>	21
3.4 MUESTRA	22
3.4.1 <i>Diseño muestral</i>	22
3.4.2 <i>Marco muestral</i>	23
3.4.3 <i>Tamaño de la muestra</i>	23
3.5 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES	25
3.5.1 <i>Operacionalización de las Variables</i>	25
3.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	27
3.7 PROTOCOLOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	28
3.8 PRUEBA PILOTO	28
3.9 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	29

3.10 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	29
3.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS	31
4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	35
4.1 DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LAS GESTANTES INVOLUCRADAS EN EL ESTUDIO.....	35
4.2 PERCEPCIÓN DE LA MUJER GESTANTE FRENTE AL CUIDADO PROFESIONAL 38	
4.3 PERCEPCIÓN DE LA MUJER GESTANTE FRENTE AL CUIDADO COMPASIVO RECIBIDO A TRAVÉS DEL CONTROL PRENATAL POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	39
4.4 PERCEPCIÓN DE LA MUJER GESTANTE FRENTE AL CUIDADO COMPETENTE RECIBIDO A TRAVÉS DEL CONTROL PRENATAL POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	40
4.5 EXPLORACIÓN DE LA RELACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE CUIDADO PROFESIONAL FRENTE A LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUJER GESTANTE.....	41
5. MARCO DE DISCUSIÓN	44
5.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	44
5.2 PERCEPCIÓN DE LA MUJER GESTANTE FRENTE AL CUIDADO PROFESIONAL RECIBIDO A TRAVÉS DEL CONTROL PRENATAL	47
5.3 PERCEPCIÓN DE LA MUJER GESTANTE FRENTE AL CUIDADO COMPASIVO RECIBIDO A TRAVÉS DEL CONTROL PRENATAL POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	50
5.4 PERCEPCIÓN DE LA MUJER GESTANTE FRENTE AL CUIDADO COMPETENTE RECIBIDO A TRAVÉS DEL CONTROL PRENATAL POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	53
5.5 RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO RECIBIDO SI ES NECESARIO HACER OTRAS RELACIONES.....	56
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	59
6.1 CONCLUSIONES.....	59
6.2 RECOMENDACIONES.....	60
6.3 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	61
6.4 SOCIALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	61
BIBLIOGRAFÍA	62
ANEXO A. SOLICITUD PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO	70
ANEXO B. AUTORIZACIÓN INSTITUCIONAL GERENTE UNIDAD DE SALUD ESE SAN FRANCISCO DE ASÍS	71

ANEXO C. AUTORIZACIÓN INSTITUCIONAL COORDINADORA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA, UNIDAD DE SALUD ESE SAN FRANCISCO DE ASÍS	72
ANEXO D. AUTORIZACIÓN DE USO DE LA ESCALA DE CUIDADO PROFESIONAL DADA POR LUCY MARCELA VESGA	73
ANEXO E. AUTORIZACIÓN DE USO DE LA ESCALA DE CUIDADO PROFESIONAL DADA POR K. SWANSON	74
ANEXO F. ACTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA	75
ANEXO G. CONSENTIMIENTO INFORMADO	76
ANEXO H. PROTOCOLOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	79
ANEXO I. FOLLETO EDUCATIVO	87
ANEXO J. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	88

Lista de figuras

	Pág.
Figura 2-1: La estructura del cuidado de enfermería.....	18
Figura 2-2: Mapa conceptual que relaciona la Teoría del cuidado con las dimensiones de la Escala de cuidado profesional de Swanson, K.	19

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 3-1: Gestantes atendidas en las siete IPS Urbanas de la ESE San Francisco de Asís.	23
Tabla 3-2: Gestantes atendidas en las tres IPS Urbanas seleccionadas.	24
Tabla 3-3: Variables sociodemográficas.	25
Tabla 3-4: Variables de la dimensión ‘sanador compasivo’.....	26
Tabla 3-5: Variables de la dimensión ‘sanador competente’.....	26
Tabla 3-6: Ajuste escala cuidado sanador compasivo.....	30
Tabla 3-7: Ajuste escala cuidado sanador competente.....	31
Tabla 4-1: Características sociodemográficas de las gestantes.	37
Tabla 4-2: Puntajes globales obtenidos Escala de Cuidado Profesional.	38
Tabla 4-3: Puntajes obtenidos percepción cuidado sanador compasivo.	40
Tabla 4.4: Puntajes obtenidos percepción cuidado sanador competente.....	40
Tabla 4-5: Percepción del cuidado de enfermería según variables sociodemográficas...	41
Tabla 4-6: Percepción del cuidado de enfermería (sanador compasivo y sanador competente) según variables sociodemográficas.....	42

Introducción

Partiendo del concepto de cuidado como arte y ciencia que exige una formación formal y el rol de la enfermera es colocar al ser humano en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él (1, 2), se identifica entonces la necesidad de contar con dichos profesionales para el logro de intervenciones costo efectivas en el contexto de la salud materno-perinatal.

Pero el cuidado, no solo se enfoca en el tratamiento de la enfermedad, actividades como la educación, acompañamiento y sostenimiento de la salud, hacen parte de la práctica Profesional de Enfermería, todas éstas, partiendo de un conocimiento y entendimiento de aspectos personales, sociales y culturales del paciente, con un enfoque pleno en la calidad de vida y bienestar de la población (3).

Diferentes estudios, destacan la Enfermería como disciplina líder del cuidado de la salud y eje integrador de la atención de los individuos, esencial para valorar la entrega del cuidado y la toma de decisiones enfocadas al proceso de atención integral de las gestantes, tratando siempre que el cuidado brindado, esté acorde con las expectativas y necesidades de quien demanda la atención (4, 5).

Es durante la etapa del embarazo, época de gran felicidad para muchas mujeres, donde también se presentan diferentes riesgos, tanto para ella como para su hijo por nacer; es aquí donde la enfermera en su práctica profesional aplica teorías y modelos relacionados con el cuidado, que contribuirán definitivamente en la evolución y feliz término de este proceso natural (6).

Uno de los elementos fundamentales que se presentan en la interacción que se da entre la diada cuidado-cuidador, es el cuidado profesional de enfermería, esperado por el receptor de ese conocimiento y prácticas brindadas; es así como, la percepción de las gestantes del cuidado brindado a través de las intervenciones del Profesional de Enfermería, en el control prenatal, juega un papel importante a la hora de brindar el cuidado (5).

Así mismo, y aunque, es evidente que durante las últimas décadas la cobertura de atención prenatal ha aumentado, garantizar la calidad como práctica es el deber ser, se torna en uno de los mayores desafíos. Esta variación en la calidad de los servicios otorgados apunta a un cambio de actitud, eficiencia y destreza con que se proporcionan, siendo un indicador de esa calidad percibida, la perspectiva de la mujer gestante frente a los cuidados recibidos durante el control prenatal (7), lo cual puede influir en su decisión de acudir o no al programa. De hecho, según Munares (8), tener calidad adecuada en la atención del control prenatal disminuye la probabilidad de abandonarlo.

Es así que en la práctica, las competencias del Profesional de Enfermería a nivel local ha perdido algunas esferas de actuación en el área materno perinatal, por lo tanto, se pretende evidenciar la importancia del rol profesional de enfermería en la promoción de la salud materno perinatal percibidas por la mujer gestante, lo que sin duda mejoraría las iniciativas en rescatar los espacios profesionales en el área, específicamente en el cuidado prenatal, hecho fundamental para el crecimiento y adecuado desarrollo de los niños que están próximos por nacer, dado que el control prenatal es la herramienta mediante la cual se detectan y se tratan oportunamente las distintas entidades que ponen en riesgo tanto la vida del futuro recién nacido como la de la madre (9).

Cabe citar, que las prácticas de cuidado basadas en la adquisición de conocimiento previo y en el contexto del entendimiento de la mujer gestante como un ser complejo, representa un tópico incluido y abordado con especial énfasis en la legislación colombiana, dentro de la cual, el cuidado es reconocido como una de las cuatro estrategias de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), comprendido como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo y el Estado implementan para proteger la salud de éste, de su familia, la sociedad y el medio ambiente que lo rodea, es decir, las responsabilidades del ciudadano consigo mismo y con la comunidad (10).

Uno de los componentes fundamentales para la adecuada práctica profesional con enfoque en el cuidado, es la idoneidad del personal que lo lleva a cabo, por cuanto es importante evidenciar a través de investigación científica, la relevancia del rol del Profesional de Enfermería en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y en sus diferentes campos de acción (9, 10).

El presente proyecto de investigación metodológicamente se desarrolló como un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, con una muestra representativa de la población gestante inscrita y asistente a la consulta de enfermería del control prenatal durante el tercer trimestre del embarazo en la Unidad de Salud ESE San Francisco de Asís de la ciudad de Sincelejo. Esta empresa, es una entidad pública descentralizada, cuya misión es prestar servicios integrales de salud de baja complejidad en los sectores públicos mediante una red conformada por IPS ubicadas estratégicamente, en el área urbana y rural.

Cabe destacar, que los resultados de la investigación aportarán información pertinente al desempeño del Profesional de Enfermería frente al cuidado compasivo y competente que le brinda a las gestantes, determinando las necesidades y el sentir de las usuarias, lo cual es útil para implementar estrategias más cercanas y diferenciadoras que vayan más allá de la valoración física y que trasciendan a los aspectos psicológicos, sociales y culturales, con lo cual, se mejorarán los procesos de atención prenatal, parto y postparto.

1.Marco de referencia

1.1 Área temática

La gestación es un proceso complejo, considerado una de las etapas de la vida más hermosas y satisfactorias para la mujer, pero también puede convertirse en fuente de algunas dudas, de dolor y patologías que pueden afectar el bienestar de la madre y de su hijo por nacer, llevando incluso en alguna circunstancias a la muerte materno perinatal, situación que representa un desafío para los responsables de las políticas públicas y particularmente para profesionales de la salud encargados de la atención de la mujer gestante (2); es por esto que, el control prenatal se convierte en la herramienta recomendada para detectar tempranamente riesgos del embarazo, establecer el manejo apropiado, prevenir complicaciones, intervenir en los riesgos y preparar a la gestante para el parto, posparto y la atención al recién nacido (12).

La atención prenatal de calidad y humanizada es fundamental para la salud materna perinatal. Este cuidado debe incluir acciones de prevención de las enfermedades y promoción de la salud, además del diagnóstico y tratamiento oportuno de los problemas que pueden ocurrir en este periodo (7), por lo tanto, hoy en día la prestación del servicio del Profesional de Enfermería se reconoce como una de las intervenciones costo-efectivas necesarias para prevenir la mortalidad materna perinatal y demás eventos en salud materna, como lo son, el cuidado en el control prenatal, parto y posparto (13).

Consecuente con lo planteado, en el ámbito nacional, se encuentran normativas que enmarcan aspectos relevantes relacionados con la atención en la etapa de gestación, tal como lo establece la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la cual regula el derecho fundamental a la salud, y en su Artículo 11 otorga a las mujeres en estado de embarazo el título de sujetos de especial protección por parte del Estado (11).

Entre las acciones emprendidas para mejorar la atención en salud de las mujeres gestantes se encuentra lo concerniente al cuidado de la misma. El concepto de cuidado como comportamiento inherente a la profesión de Enfermería, está ligado al quehacer de ésta, y éste, no solo se encuentra enfocado a la mejoría de la enfermedad, sino, a los propósitos como el alcanzar, mantener o recuperar el óptimo nivel de vida o bienestar de

los colectivos focos de su atención, dado aspectos como las creencias, condiciones ambientales, sociales y las propias limitaciones, bien sea, de orden económico o personal, haciendo ello parte de las prácticas y cuidado de enfermería desde aspectos sensibles como el conocimiento, las ciencias relacionadas y la humanización (6,7).

En este sentido, el acto de cuidado direcciona el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y desarrollar acciones de manera individual y colectiva (14), por consiguiente es fundamental que se ofrezca una atención integral, de calidad y humanizada desde la inscripción y primera consulta con la gestante, que ésta se sienta satisfecha con el cuidado recibido y se fortalezca la relación enfermera(o)-paciente, puesto que la percepción de éstas sobre el cuidado recibido por parte del Profesional de Enfermería, se convierte en un indicador esencial, pues refleja las expectativas que tienen las usuarias sobre los servicios y atención en salud que se le brindan.

1.2 Planteamiento del problema

La salud de la mujer, en especial durante el embarazo requiere total atención, control y orientación continua por parte del Profesional de Enfermería. La Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce el aporte de estos profesionales durante la gestación, constituyendo este un componente clave para impactar los riesgos de la salud materna y lograr prevenir y disminuir complicaciones (15,16). La importancia del cuidado profesional durante el control prenatal representa una manera de llevar a cabo acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, al comprobar que realizadas de forma adecuada puede salvar vidas y proporciona además buenas prácticas como la comunicación, educación con las gestantes, sus familias y el fortalecimiento del vínculo con los sistemas de salud (16).

En este sentido, argumentos planteados por la OMS, reconocen: *“La atención presenta una plataforma para llevar a cabo importantes funciones de la atención en salud, cuando se realizan en tiempo oportuno prácticas apropiadas basadas en datos objetivos, la atención prenatal puede salvar vidas”* (16), Por tanto, debe resaltarse que la atención prenatal ofrece la oportunidad de comunicarse con las mujeres, brindarles apoyo en un momento decisivo de su vida, intervenir e impactar de forma directa el riesgo de morbimortalidad materno-perinatal, mejorando los resultados maternos perinatales.

Sin embargo, aún no se han obtenido resultados satisfactorios frente a estos postulados y lineamientos. Es así que, algunos estudios han identificado falta de correlación clínica y estadística entre la estrategia de control prenatal y el resultado de salud perinatal (17); desbalance en la relación de poder que existe entre el personal médico y profesionales de enfermería hacia las consultantes, lo que ocasiona poca adherencia a programas de atención prenatal o utilización de atenciones alternativas (18). En este punto cabe aclarar que, si bien es cierto que el no acudir al control prenatal, no implica necesariamente que la gestante no acuda al parto institucionalizado, es un hecho, que se pierde de la oportunidad de recibir educación y desarrollar actividades de promoción de la salud, lo cual, a su vez, podría incrementar el riesgo de morbimortalidad (8).

Lo anterior ratifica que es determinante y relevante lo que percibe la gestante en los controles, para garantizar su permanencia en el mismo. Según Jiménez et al. (19) las gestantes esperan aprender a cómo proteger su salud, tener un hijo sano y aprender mejores hábitos, pero también quieren dialogar con alguien de su condición; por tanto, la actitud del personal de salud y el no saber cómo establecer comunicación efectiva con sus usuarios, son barreras que retrasan el inicio y la permanencia en el control prenatal.

Por consiguiente y, en definitiva, las expectativas y la percepción de la calidad de la asistencia en el cuidado, se centra en la interacción con el profesional de enfermería durante los momentos de verdad donde las gestantes tiene contacto con la atención, desde su admisión al control hasta la de alta; en tal sentido, según un estudio desarrollado en Brasil durante al año 2014 (7), así como otro llevado a cabo en Perú en el 2015 (20), se encuentran coincidencias, en cuanto, siete de cada diez usuarias, consideran que el trato recibido por el Profesional de Enfermería que atendió su consulta fue bueno, incluyendo aspectos a mejorar como la oportunidad en la atención, limpieza y privacidad del espacio donde recibió la atención.

De igual manera, en Filipinas, un estudio realizado en el año 2010 (21), evidenció la calidad percibida en la atención prenatal prestada por los médicos, enfermeras, matronas y parteras tradicionales, los aspectos económicos y variables demográficas y la calidad de atención: Las mujeres mayores, más pobres y con menor nivel educativo recibieron una baja calidad de atención prenatal en comparación con las mujeres que son más jóvenes, más ricas y mejor educadas, en lo relacionado a la atención médica, estos ofrecen calidad de la atención prenatal, mientras que la mayoría de las parteras y las

enfermeras proporcionan una calidad justa de la atención. En síntesis, se pudo evidenciar que, el cuidado Profesional de Enfermería percibido por la mujer gestante en el control prenatal, en el contexto internacional es positivo, según los estudios citados.

Así las cosas, el control prenatal es la pauta principal ofrecida por los organismos e instituciones de salud a las madres para proporcionar una gestación supervisada y segura, tendiente a que el parto y el nacimiento ocurran en la mejores condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo por nacer; por lo que, esta atención es esencial para un exitoso proceso de la gestación, nacimiento, parto y postparto, por tanto tiene como propósito: prevenir y controlar los factores de riesgo, minimizar los cifras de morbimortalidad materna-perinatal y ofrecer una atención con calidad (22).

En el contexto nacional, se evidencian posiciones positivas y negativas en los estudios encontrados sobre la percepción de las gestantes respecto a la atención recibida por parte del Profesional de Enfermería. Por ejemplo, en 2015 se realizó un estudio con el propósito de contar con evidencia para el diseño de una guía de cuidado de enfermería en control prenatal, encontrándose que 90% de las gestantes encuestadas se han sentido bien atendidas por el Profesional de Enfermería (13); Guzmán de Melo (4), reafirma la necesidad del profesional en enfermería para la atención prenatal, concluyendo, respecto a la percepción del cuidado de enfermería, centrado en las dimensiones, “es accesible”, “explica y facilita”, resultados alentadores porque frente a otros estudios, muestran acciones propias de la esencia del cuidado que se brinda en la diada enfermera-paciente, de esta manera se reafirma la relación de confianza y apoyo emocional que ofrece la Enfermera, hecho que genera el reconocimiento de la gestante de estos actos de cuidado.

Por otra parte, el estudio de Reyes (23), referido a la valoración dado por adolescentes gestantes acerca del cuidado de Enfermería, identificó que la percepción del cuidado recibido desde la dimensión de sanador compasivo fue relevante para las gestantes, también se reconoce como necesidad, el fortalecimiento del cuidado en aspectos relacionados con mostrar actitud positiva de escucha y de atención con las adolescentes (23). En contraste, el estudio cualitativo realizado por Castaño-Sierra (24), encontró que la apreciación que tenían las usuarias frente a la atención fue altamente negativa.

A pesar de que el control prenatal es una prioridad en los sistemas de salud de los países, los estudios en Colombia se evidencia que no todas las gestantes asisten al control prenatal, no siguen las recomendaciones, según se indica, por la persistencia de barreras para acceder y/o adherirse al programa. Dichas limitaciones están asociadas a múltiples factores, tales como, la sensación por parte de las usuarias de cuestionamiento, maltrato y poca comprensión, como también aspectos económicos, culturales y administrativos (5); por esto es importante que durante el control prenatal el Profesional de Enfermería, elimine las barreras que dependen del cuidado, ofreciendo acompañamiento, asesoramiento, educación, fomentando el autocuidado, aspectos que generarán confianza en las gestantes para resolver inquietudes, identificar riesgos y consecuentemente lograr niveles más altos de satisfacción percibida por la gestante, lo que contribuye a un cuidado integral del binomio madre-hijo.

Hablando específicamente de la ciudad de Sincelejo, durante el año 2016 se atendieron en consulta de control prenatal un total de 5.507 gestantes. La Empresa Social del Estado (ESE) “*Unidad de Salud San Francisco de Asís*”, de la cual forman parte 17 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) (10 rurales y 7 urbanas), registró la mayor concentración de gestantes (63.3%), de las cuales, 1.628 fueron clasificadas como de alto riesgo obstétrico (25).

Esta entidad, para el mismo año referido, determinó que la Profesional de Enfermería, además de atender a las gestantes en el control prenatal de bajo riesgo obstétrico también le corresponde en el último trimestre del embarazo, realizar un control obligatorio a las gestantes de alto riesgo obstétrico para satisfacer las necesidades de educación, asesoría y organización de los procedimientos y procesos a seguir por la usuaria, con el fin de garantizar una atención segura del parto y una mejora en la práctica de enfermería (26).

Bajo este argumento, la aplicación del método científico como sustento en la identificación de un problema o de la necesidad de conocer sobre la situación en cuestión, hace que este estudio surja por la escasez de evidencia relacionada con la percepción que tienen las gestantes del cuidado del Profesional de Enfermería durante el control prenatal en la ciudad de Sincelejo, máxime que la información captada, servirá para la toma de decisiones en el ámbito institucional para mejorar la práctica profesional,

con impacto en la salud materno-perinatal de la población sincelejana y área de influencia.

1.3 Pregunta de investigación

¿Cuál es la percepción que tienen la mujer gestante acerca del cuidado profesional de enfermería recibido durante el control prenatal en la Unidad de Salud ESE San Francisco de Asís?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Describir el cuidado Profesional de Enfermería percibido por la mujer gestante durante el control prenatal en la Unidad de Salud E.S.E. San Francisco de Asís Sincelejo durante el periodo comprendido entre abril y junio del 2018.

1.4.2 Objetivos específicos

- Describir la percepción de la mujer gestante frente al cuidado compasivo recibido a través del control prenatal por el Profesional de Enfermería.
- Describir la percepción de la mujer gestante frente al cuidado competente recibido a través del control prenatal por el Profesional de Enfermería.

1.5 Justificación

La atención en salud durante el embarazo, el parto y el periodo posnatal (inmediatamente posterior al parto) “evita complicaciones a la madre y al recién nacido, y permite la detección y tratamiento tempranos de problemas de salud” (16). Recibir atención prenatal al menos cuatro veces, según lo recomendado por la OMS, aumenta la posibilidad de recibir intervenciones eficaces en la salud materna durante las visitas prenatales. En 2014, de acuerdo con el Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio del año 2015, en promedio solo el 52% de las mujeres gestantes en las regiones en desarrollo, recibieron la cantidad recomendada de visitas prenatales durante el embarazo (27).

Los datos anteriores reflejan cómo la salud de la gestante continúa siendo aun un problema en gran parte de países en desarrollo, debido a las condiciones de inequidad y vulnerabilidad en que vive la mayor parte de sus poblaciones, como también por las deficiencias estructurales en la prestación de los servicios de salud. Para el caso de la población de mujeres en edad reproductiva, su perfil epidemiológico es caracterizado por la presentación de enfermedades y muertes relacionada a eventos obstétricos (28).

No obstante, aún existen barreras de todo tipo para acceder a este programa. En este sentido, Jiménez et al. (19), encontraron desde limitantes económicas, no estar afiliada al sistema de salud, difícil acceso geográfico y de transporte, inseguridad e inconvenientes laborales para obtener permiso para cumplir con las citas, hasta situaciones relacionadas con el trato y la actitud del personal asistencial.

Al respecto, según Correa (29), el desafío de ofrecer servicio de salud de calidad, va más allá de la tecnificación, la eficiencia y el control de los costos; implica, brindar una atención en salud más humanizada, responder a las necesidades del usuario y a su condición como persona, en donde los profesionales, como seres humanos sean capaces de situarse en la perspectiva de los pacientes.

Desde esta perspectiva, enfermería, como disciplina esta llamada a facilitar y aplicar dicha atención, pues su esencia es el cuidado, estableciendo una relación de dos: el que cuida y el que es cuidado, la cual se basa en la confianza, el respeto y la humanidad; y en el contexto de la salud materno- perinatal como evento, debe articular tal premisa con las diferentes estrategias y políticas públicas mundiales y nacionales, para garantizar la calidad del cuidado a la gestante y su hijo por nacer.

Para lograrlo, debe tener en cuenta la significancia social, como constructo que representa la necesidad social y defensa poblacional de la práctica del cuidado profesional de enfermería; así como la significancia disciplinar, como componente basal del quehacer y argumento académico-profesional de la enfermera; y la significancia teórica, como elemento guía en el conocimiento y ejecución del cuidado y la práctica de enfermería; tres dominios que justifican el desarrollo de este estudio, facilitando a su vez, el entendimiento y comprensión necesario para una atención integral a la mujer gestante.

1.5.1 Significancia social

La Organización Mundial de la Salud, propone diferentes estrategias para reducir la mortalidad materna. Una de estas, es el objetivo número tres de desarrollo sostenible, que plantea reducir la muerte materna mundial (RMM) a menos de 70/100.000 nacidos vivos y adoptar como meta que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial (30).

Para lograr esta meta, es menester incrementar de manera sustancial la financiación en salud, la formación y retención de los trabajadores de la salud y el fortalecimiento de la capacidad de atención de todos los países, propiciando la alerta temprana, la reducción de riesgos y la gestión de los riesgos de salud nacional y mundial, entre otros componentes (15, 31) con el fin de tener condiciones de accesibilidad y atención, reflejada en la calidad e intervenciones eficaces para el manejo preventivo y oportuno de la morbilidad materno perinatal (32).

En la actualidad, el cuidado del Profesional de Enfermería a través de la atención en el control prenatal se direcciona en la Política de Atención Integral en Salud propuesta en la Ley Estatutaria 1751/2015, la cual insiste en la doble finalidad del cuidado centrado en las capacidades, decisiones y acciones que el individuo y el Estado deben adoptar para proteger la salud de éste, la de su familia, la comunidad y el ambiente, es decir, las responsabilidades del ciudadano consigo mismo y con la comunidad, aspectos contemplados también en el Plan Decenal de Salud Pública (PDS) (10, 11, 33, 34).

El Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), bajo la Resolución 3280 de 2018, la cual derogó las normas técnicas de detección temprana y protección específica definidas en la Resolución 412 de 2000 y modificó el anexo técnico de la Resolución 518 de 2015. La actual resolución adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno-perinatal y las directrices para su operación (35). Además, se tiene en cuenta los principios establecidos para el control prenatal de las Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio (36).

La Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (RIAMP), es una herramienta operativa de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional, que define a los

integrantes del sector salud las condiciones necesarias para garantizar la promoción en salud, la prevención de enfermedades y la generación de una cultura de cuidado para todas las personas, familias y comunidades, como parte de la garantía de ese derecho fundamental. Es así como, para su operación se deben tener en cuenta consideraciones tales como: conformar una red de prestación de servicios completa y suficiente, que garantice la entrega de las intervenciones de la RIAMP, en el componente primario y complementario de la red (35).

La adherencia del Profesional de Enfermería en la aplicación de la guía se desataca por su capacidad de enseñanza y educación brindada a las gestantes, para impactar de manera positiva en las condiciones de salud derivadas del embarazo y reducir los riesgos (22). Es aquí donde, el Profesional de Enfermería participa al planificar el cuidado a la gestante y su familia en el proceso gestacional, involucrándose con el manejo de un conocimiento científico como construcción activa, integrando tanto teoría como práctica en la resolución de los problemas observando los marcos valorativos, y no solo la recepción pasiva de acciones.

Por lo tanto, para lograr un acercamiento del por qué investigar sobre la percepción que tiene la gestante que asiste al control prenatal de tres IPS del área urbana seleccionadas de la ESE Unidad de Salud San Francisco de Asís de la Ciudad de Sincelejo, se hace necesario realizar un estudio para el conocimiento sobre el cuidado que reciben las gestantes por parte del Profesional de Enfermería (25).

En este orden de ideas, los resultados de la investigación soportan la información que puede ser tomada por la empresa para diseñar estrategias y actividades que mejoren el cuidado en la atención prenatal relacionadas con la presencia de la morbimortalidad y ocurrencia de riesgo perinatal. Como también la generación de nuevos conocimientos en el campo disciplinar de la enfermería, replicándose en otros contextos geográficos.

1.5.2 Significancia disciplinar

Como se anotó anteriormente, la enfermería no solo se enfoca en la enfermedad, su objetivo disciplinar trasciende a campos como la educación, promoción de bienestar y acompañamiento, entre otros; todos en un contexto de situaciones reales susceptibles de modificar, con el ser humano visto como una persona de forma holística (6).

En el campo específico de la salud materno perinatal, la mujer gestante valora el cuidado recibido por el Profesional de Enfermería en el control prenatal, generando un impacto en la diada cuidado-cuidador, acorde con el propósito de la disciplina (36), dado que el profesional establece un acercamiento y aplica cuidado personalizado, fomentando una actitud proactiva en el autocuidado, que le permite identificar y reducir los riesgos de morbimortalidad materna. Ello solo será posible mediante la articulación de los saberes y conocimientos propios de la disciplina, pues son los que le permiten al profesional hacer uso del pensamiento crítico y en consecuencia tomar decisiones que garanticen un desempeño eficaz, eficiente y humanizado, es decir, un cuidado integral.

Por tanto, la enfermera que utiliza teoría para estructurar su práctica mejora la calidad de los cuidados porque organiza más rápidamente datos del paciente, deciden la acción de enfermería necesaria y suministra el cuidado con alta expectativa de resultados. Asimismo, es capaz de discutir con otros profesionales de la salud el marco seleccionado para mejorar su práctica, lo que contribuye a aumentar su autonomía profesional (38).

Al respecto, Castañeda y Ramos (39), afirman que la teoría de los cuidados de Kristen Swanson, se constituye en una herramienta para el razonamiento, el pensamiento crítico y la toma de decisiones durante el cuidado de los pacientes, para lo cual es fundamental, contar inicialmente con una descripción de la percepción que tienen las gestantes del cuidado profesional recibido, a través de un instrumento desarrollado por la teoría, con el propósito de evaluar y refinar sus comportamientos durante el cuidado, a la vez que se constituye en una gran oportunidad para reflexionar y mejorar la práctica clínica diaria, porque, los elementos de la teoría no sólo permiten evaluar la calidad del cuidado desde la perspectiva de la gestante que se cuida, sino también, como lo expresan Rodríguez y Valenzuela (1), organizar, supervisar y promover la seguridad y calidad en el cuidado.

1.5.3 Significancia teórica

El presente trabajo pretende describir el cuidado profesional de enfermería percibido por la gestante durante el control prenatal. En este sentido, la percepción, definida por la Real Academia de la Lengua (RAE), como una sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos (40), es un concepto subjetivo que en sí mismo, es difícil de medir, y por tanto materializarse en valores tangibles resulta complejo, características compartidas por el concepto de cuidado, que es el foco central

del saber y el hacer de la enfermería (41) y en el cual no se pierde de vista al individuo como un ser holístico, por lo que no sólo se debe prestar atención a lo biológico, sino que se debe saber escuchar con atención, esto constituye la fase inicial del diálogo y permite la comunicación con la persona (42), por lo que el Profesional de Enfermería debe ser capaz de respetar los derechos de los pacientes durante su cuidado, incluyendo la confidencialidad, la información, compañía, lazos afectivos y ayuda espiritual (14).

Tales atributos han podido ser contextualizados por Swanson (46) en su teoría de mediano rango *Teoría de los cuidados*, mediante la Operacionalización del cuidado sanador compasivo y sanador competente, tratados en su Escala de Cuidado Profesional (ECP), la cual ha sido aplicada en poblaciones similares a la que se pretende abordar en el presente estudio. Un ejemplo de ello es la investigación desarrollada por Posada y Ruiz (43), quienes recomiendan que la escala planteada desde la perspectiva de las gestantes en el control prenatal deba ser aplicada en distintos contextos donde se den relaciones de cuidado, con el objetivo de perfeccionar adecuar la semántica del instrumento.

En otros contextos, como Suecia en el año 2009, se realizó una revisión sistemática, con el propósito de identificar y describir el alcance de la teoría del cuidado propuesto por Swanson, con un total de 120 estudios incluidos, clasificados en cuatro grandes categorías: (I) la teoría, (II) aplicación y práctica, (III) validación y (IV) demostración. Como conclusiones generales de esta revisión, se menciona que la teoría del cuidado de Swanson ha sido utilizada en estudios con diferentes enfoques, lo que la define como una teoría que puede apoyar el proceso universal de la salud humana de las personas y las familias vulnerables, a partir de situaciones difíciles, y cómo la actitud de la enfermera es de gran importancia (44).

En el mismo sentido, Vesga y Ruíz (59) determinaron la validez y confiabilidad de la *Caring Professional Scale* (CPS), traducida al español como Escala de Cuidado Profesional, concluyendo que la escala es altamente comprensible, con gran validez de contenido de acuerdo al criterio de expertos y con un alto nivel de confiabilidad; además, mide el constructo de cuidado profesional de enfermería. Más adelante, Vesga y Ruiz (47), estudiaron el fenómeno de la percepción de las gestantes del cuidado Profesional de Enfermería recibido durante el control prenatal utilizando la Escala de Cuidado

Profesional fundada en la teoría: El cuidado para el bienestar del otro, que permite identificar las habilidades técnicas y de cuidado humano de K. Swanson, cuyos resultados indicaron que la percepción recibida fue excelente. De la misma manera, se evidenció que el cuidado profesional tiene un componente de habilidades personales que pueden influir positiva o negativamente en la percepción de la atención, reconociendo la necesidad de que las instituciones de salud desarrollen medidas que permitan a los usuarios una valoración frecuente del servicio que reciben.

En 2015 Hernández y Vasquez (45), desarrollaron un estudio con el propósito de describir la percepción acerca de la satisfacción expresada por las gestantes en relación con el cuidado de enfermería recibido durante el control prenatal, se observó que las gestantes se identifican como protagonista de su cuidado y desean una interacción con la Enfermera aún más profunda. Fue posible determinar que las gestantes se sintieron apoyadas y acogidas por parte del personal profesional de enfermería, lo que les permitió crecer como seres humanos.

También es de importancia resaltar el alcance de la teoría de los cuidados que se ha aplicado en otras investigaciones, como la realizada en Washington en 1991, que abordó un estudio sobre el desarrollo empírico de una teoría de rango medio del cuidado, mismo que tuvo como propósito analizar el alcance medio de la teoría del cuidado propuesto por K. Swanson en tres contextos perinatales diferentes: (I) Aborto reciente, (II) recién nacidos que habían sido internados en la unidad de cuidados intensivos y (III) madres jóvenes que habían sido participes de programa de salud pública. Los resultados presentan la comparación y el contraste con la definición de apoyo social propuesto por Cobb, Watson (1979-1985) que habla sobre factores caritativos, y Benner (1984) donde describe la función de ayudar por parte de la enfermera (46).

Los anteriores estudios permiten reconocer que es necesario describir la percepción de la gestante frente al cuidado Profesional de Enfermería en el control prenatal para determinar este conocimiento, se argumenta así la coherencia, pertinencia y necesidad de hacer uso de la escala de cuidado propuesta por Swanson (1) y validada al español por Vesga (47), toda vez que permitirá la presentación de evidencia científica real para la población gestante de la ciudad de Sincelejo.

Tales resultados expuestos a la luz de la teoría de Swanson, permiten la identificación de la percepción del fenómeno de cuidado en el control prenatal recibido por las mujeres gestantes y realizado por los profesionales de enfermería, de tal manera que se logra responder a la necesidad de reflexionar sobre el rol de enfermería, argumentándose que quien brinda el cuidado es un ser humano, como lo es quien lo recibe; por tanto, hay comunicación en un mismo lenguaje, lo que favorece la relación interpersonal y transforma la experiencia de salud, así como la práctica de cuidado del profesional enfermería.

1.6 Conceptos del estudio

- **Cuidado:** Los cuidados según K, Swanson se fundamentan la creencia el cuido que puede brindar los seres humanos, apoyada por el conocimiento de la realidad del paciente, y físicamente presente y representada por hacer y por posibilitar al paciente (39).
- **Cuidado Profesional:** Es la esencia de la disciplina de enfermería y tiene como fin cuidar integralmente al ser humano en condiciones de salud y enfermedad mediante enseñanzas de cuidado, sustentadas en un conocimiento teórico-práctico científico y humanístico para conservación y mantenimiento de la vida (48).
- **Cuidado sanador compasivo:** Se refiere al comportamiento del Profesional de Enfermería que en la práctica del cuidado de la salud de los seres humanos establece una relación afectuosa y de confianza (49).
- **Cuidado sanador competente:** Se refiere al comportamiento del Profesional de Enfermería con responsabilidad, compromiso, pericia e idoneidad para ejercer la práctica del cuidado de la salud de los seres humanos (49).
- **Gestante:** Mujer que lleva en el útero un embrión fecundado o un feto (50), también conocida como embarazada.
- **Control Prenatal:** Conjunto de actividades orientadas a la identificación de riesgos, con el objetivo de alcanzar una gestación adecuada que permitan el parto y nacimiento en óptimas condiciones (36).

2.Marco teórico

Nightingale decía: *“cuidar es un arte y una ciencia que exige una formación formal y el papel de la enfermera es poner al sujeto en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”* (51, 52). El cuidado fue definido como el ejercicio para el mantenimiento de la vida, rol que tradicionalmente ha asumido la mujer, luego extendido a personas fuera de la comunidad, valorándolo como un servicio con la solidaridad que lo categoriza y restando importancia al factor económico (53).

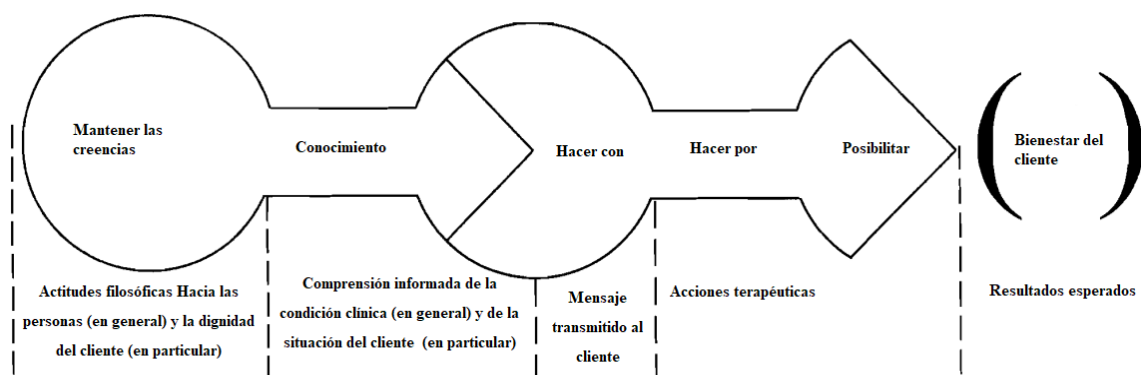
Fawcett (54) dejó claro la importancia de la práctica de enfermería en sus diversos ambientes y enfocada en el cuidado de los seres humanos y sus experiencias de salud. También, Meléis, citado por Zárate (55) reconoce que, en la gestión del cuidado, la enfermera debe asumir el rol de apoyar a la persona que otorga estos cuidados y que su gestión va dirigida a alcanzar el objetivo que busca la práctica de la disciplina, recurriendo a la creatividad, la indagación y la transformación en este sentido se considera heurístico.

La teoría de mediano rango *Teoría de los cuidados*, se soporta en el conocimiento empírico; precisa a la profesión de enfermería como la disciplina conocedora de los cuidados para el bienestar de otros; considera a las personas como seres dinámicos, en crecimiento espiritual que se auto reflejan y anhelan estar conectadas con otros. Refiere que la experiencia de la salud y el bienestar son: *“vivir la experiencia subjetiva y llena de plenitud. Esta última implica una sensación de integridad y de desarrollo en la que todas las facetas del ser pueden expresarse libremente”*; así mismo, define el entorno de manera situacional. Sostiene que el entorno para la enfermería es *“cualquier contexto que influye o que es influido por el cliente”*, y finalmente describe que: *“los cuidados son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal”* (38).

Según Swanson, la estructura del cuidado se soporta en cinco procesos básicos: conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias (Figura 2-1). Los conocimientos se refieren al esfuerzo por entender el significado de un suceso tal cual, en la vida del otro, desde lo emocional, desde sus capacidades y desde sus

conocimientos; el estar con, es decir, emocionalmente presente en el otro, que la persona perciba que estamos disponibles para aclarar sus dudas y enseñarle lo que ella necesita hasta que se empodere del cuidado; el hacer por o para, o sea, hacer por otros lo que haríamos por nosotros mismos si fuera posible, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad; permitir o posibilitar, que está relacionado con facilitar el paso del otro por transiciones de la vida o por situaciones desconocidas mediante estrategias educativas que utilizamos para que las personas aprendan a cuidarse; y por último, mantener las creencias, es decir, la esperanza en los mejores resultados, en que se van a superar situaciones (56).

Figura 2-1: La estructura del cuidado de enfermería.



Fuente: The structure of caring as linked to the nurse's philosophical attitude, informed understanding, message conveyed, therapeutic actions and intended outcome. (From Swanson, K, M (1993). Nursing as informed caring for caring for the well-being of others. Image: The Journal of Nursing Scholarship, 25 (4), 352-357).

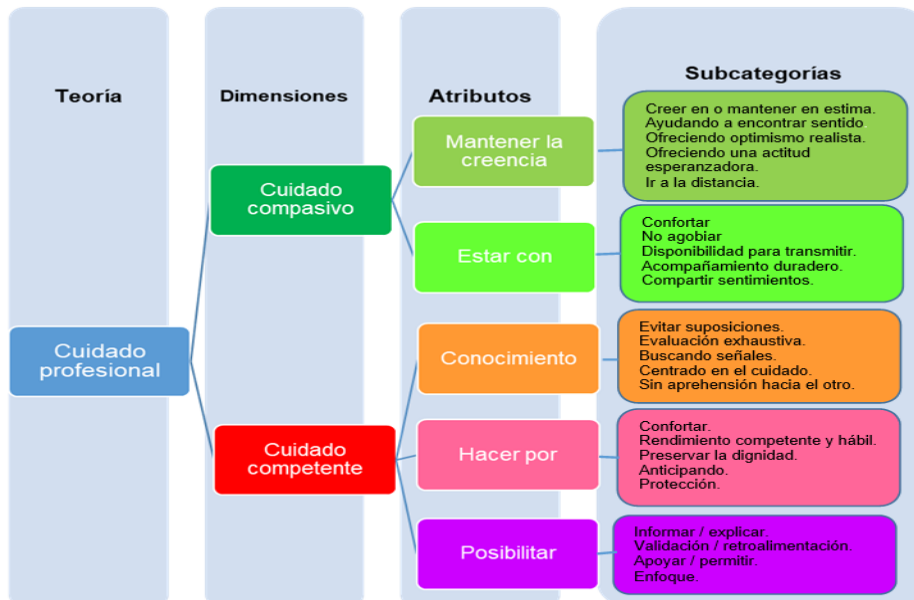
Además, la autora propuso dos modelos considerados fundamentales en el engranaje de su teoría: uno es el modelo de los cuidados y el otro el modelo de la experiencia humana del aborto.

Ahora bien, teniendo en cuenta que el cuidado es un aspecto subjetivo, basado en los cinco procesos arriba mencionados, y que se encuentra tácito en cada una de las intervenciones que hace el profesional en su quehacer, Swanson hace un abordaje exhaustivo de instrumentos que pudieran medirlo de manera objetiva, encontrando que actitudes como escuchar a los pacientes, permitir la expresión de sentimientos, percibir

las necesidades de ellos y conocerlos, que están relacionadas más con el trato humano, que con la cualificación y preparación profesional, son altamente valoradas por el paciente, por lo cual tales elementos son retomados por la teórica en su instrumento de valoración de cuidado profesional denominado: “*Caring Professional Scale*”, donde se pretende evaluar el cuidado en dos dimensiones: Cuidado sanador compasivo y cuidado sanador competente, mediante 15 ítems que son descritos en la metodología del presente documento (49).

El cuidado sanador compasivo se refiere al comportamiento del Profesional de Enfermería que en la práctica del cuidado de la salud de los seres humanos establece una relación afectuosa y de confianza; mientras que el cuidado sanador competente, es el comportamiento del Profesional de Enfermería caracterizado por la responsabilidad, compromiso, pericia e idoneidad para ejercer la práctica del cuidado de la salud de los seres humanos (57) (Figura 2-2).

Figura 2-2: Mapa conceptual que relaciona la Teoría del cuidado con las dimensiones de la Escala de cuidado profesional de Swanson, K.



Fuente: Swanson, K. M. (1993), *Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others*.
Image: the Journal of Nursing Scholarship, 25:352-357. doi:10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271

La aplicación de tal herramienta, deja evidenciar de manera palpable el cuidado de Enfermería, su dimensión científica de la mano de la dimensión humana, con lo cual es posible no solo el reconocimiento social, si no de alguna manera el reconocimiento de los profesionales a las actividades que realizan, con fundamento en teorías que explican su quehacer, que implican el uso de pensamiento complejo y objetivo, con cualidades nobles que permiten el desarrollo de actitudes determinantes para quien es cuidado (49).

Por último, considera el restablecimiento del bienestar como un proceso complejo de cuidados y curación que incluye desprenderse del dolor interno, encontrar nuevos significados, restaurar la integridad y emerger con un sentimiento de renovada plenitud (38).

3.Marco metodológico

3.1 Enfoque y tipo de estudio

De acuerdo con las características del estudio, se ubica dentro del enfoque cuantitativo, descriptivo de corte transversal, a través del cual se pretende describir el cuidado Profesional de Enfermería percibido por la mujer gestante durante el control prenatal en la Unidad de Salud ESE San Francisco de Asís de Sincelejo, durante el periodo comprendido entre los meses de abril y junio de 2018.

3.2 Población Referencia

El estudio se desarrolló teniendo como base a la población gestante de la ciudad de Sincelejo identificada e inscrita al programa de control prenatal de las siete IPS urbanas que hacen parte de la Unidad de Salud ESE San Francisco de Asís.

3.3 Población objeto de estudio

Mujeres en su tercer trimestre de gestación, inscritas y asistentes al control prenatal en las siete IPS urbanas que hacen parte de la red de la Unidad de Salud ESE San Francisco de Asís.

3.3.1 Criterios de inclusión

- Gestantes que residan en la ciudad de Sincelejo.
- Gestantes que asistan al control de enfermería en el tercer trimestre de gestación establecido por la ESE San Francisco de Asís entre los meses de abril y junio de 2018 y decidan participar y firmen el acta de consentimiento informado.
- Gestantes que sepan leer y escribir el idioma español.

3.3.2 Criterios de exclusión

- Gestantes con algún impedimento cognitivo o mental diagnosticado.
- Gestantes menores de 18 años.

3.4 Muestra

Para la obtención de la muestra, se abordaron aspectos como el diseño, el marco muestral y la fórmula de obtención de muestra para poblaciones finitas. La unidad de observación estuvo determinada por las IPS que pertenecen a la ESE San Francisco de Asís, y la unidad de análisis estuvo representada por cada una de las gestantes que conformaron el tamaño de muestra final y participaron libre y voluntariamente en el estudio.

3.4.1 Diseño muestral

El diseño muestral fue probabilístico estratificado bietápico, dado que, en primer lugar se determinaron las unidades de observación, representadas por las IPS que hacen parte de la red de la ESE San Francisco de ASIS; por cuestiones de optimización de tiempo, recursos disponibles y ubicación estratégica de atención de las IPS, se seleccionaron las tres instituciones de la red de la ESE con mayor número de gestantes atendidas durante el mes de mayo 2017, periodo donde se registró el mayor número de asistencia al control prenatal, en el cual se realizó la captación de la información a través de los registros institucionales; una vez seleccionadas, se determinó a través de muestreo aleatorio simple, el número de gestantes que debían conformar la muestra, teniendo en cuenta los criterios de inclusión definidos previamente y las características sociodemográficas.

En la primera etapa, se identificó el número de gestantes atendidas en las siete IPS urbanas de la Unidad de Salud ESE San Francisco de Asís, identificando un total de 1373 gestantes, como se observa en la Tabla 3-1.

Tabla 3.4-1: Gestantes atendidas en las siete IPS Urbanas de la ESE San Francisco de Asís.

IPS	Gestantes atendidas
La Campiña	350
Las Américas	208
San Luis	129
20 de Enero	279
Libertad	114
Vallejo	95
Argelia	201
Total	1373

Fuente: Unidad de Salud ESE San Francisco de Asís Sincelejo, Coordinación de promoción y prevención. Registro estadístico mensual Soinfos.

Dado los criterios de selección definidos previamente, las IPS que cumplieron con la mayor proporción de gestantes atendidas en el periodo establecido para la captación de la información fueron: La Campiña, Las Américas y 20 de Enero, observándose que en estas unidades de salud se concentra el 60.7% de las gestantes de toda la red ESE San Francisco de Asís.

En la segunda etapa se realizó la selección de las gestantes a través de un muestreo aleatorio simple, teniendo en cuenta el porcentaje histórico que los indicadores de atención arrojaron para cada institución (Tabla 3-2). Basado en lo anterior, las gestantes fueron seleccionadas según las jornadas de atención prenatal por el Profesional de Enfermería, establecidas para la recolección de la información y el cumplimiento con los criterios de inclusión, y posterior a la aplicación del instrumento, posterior a ello se desarrollaron sesiones educativas.

3.4.2 Marco muestral

El marco muestral para este estudio estuvo determinado por los informes institucionales de las gestantes inscritas al programa de control prenatal de la Unidad de Salud ESE San Francisco de Asís de la ciudad de Sincelejo.

3.4.3 Tamaño de la muestra

Para determinar el tamaño de la muestra, se tomó el número y proporción de gestantes que fueron atendidas durante el mes de mayo del año 2017 (tiempo de referencia para la captación de la información del estudio) en el control obligatorio que hace el Profesional

de Enfermería en el tercer trimestre del embarazo en las tres IPS antes seleccionadas, es decir: IPS La Campiña, Las Américas y 20 de Enero, aplicando la siguiente fórmula (58):

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

N = Total de la población = 837 gestantes que asisten a control prenatal de tercer trimestre en el mes de mayo 2017 a las tre IPS seleccionadas.

Z α = 1.96 (para un nivel de confianza o seguridad del 95%)

p = proporción esperada = 0.7 (70% de gestantes asistan al control prenatal de tercer trimestre)

q = 1 – p = 0.3 (30%)

d = precisión = 0.05 (5%).

Al reemplazar estos valores en la fórmula dada, se obtiene que la muestra fue de tamaño 264 (n = 264)

La tabla 3-2, presenta la distribución del tamaño muestral por IPS incluida para el estudio, según el porcentaje de atención sobre el total de gestantes.

Tabla 3.4-2: Gestantes atendidas en las tres IPS Urbanas seleccionadas.

IPS	Población	Proporción	Muestra
La Campiña	350	0,42	110
Las Américas	208	0,25	66
20 de Enero	279	0,34	88
Total	837	1	264

Fuente: Unidad de Salud ESE San Francisco de Asís Sincelejo, Coordinación de promoción y prevención, Registros estadísticos mensuales Soinfos.

En la tabla 3-2 se observa que para el mes de mayo 2017, la IPS 20 de Enero atendió el 34% del total de las gestantes de las tres IPS; la IPS la Campiña el 42%; y la IPS Las Américas el 25%, por lo tanto, esos son los porcentajes de participación de cada IPS que fueron tenidos en cuenta para la muestra final para determinar el número de las participantes. En este orden de ideas, la IPS 20 de Enero aportó 88 participantes, IPS la Campiña 110 e IPS Las Américas 66, para un total de 264 gestantes.

3.5 Descripción de las variables

Dado el alcance del estudio, el cual es descriptivo de corte transversal; las variables incluidas para el análisis fueron de dos tipos: la dependiente, representada por la percepción que sobre el cuidado Profesional de Enfermería tienen las gestantes que participaron en él: dimensión cuidado sanador compasivo y dimensión cuidado sanador competente; y las variables independientes, que corresponden a datos sociodemográficos (46, 59).

La tabla con la operacionalización de variables (Tabla 3-3), presenta las características sociodemográficas que se tuvieron en cuenta para dar respuesta al propósito del estudio; y las subsiguientes tablas (Tabla 3-4 y Tabla 3-5) con el esquema de las variables dependientes representadas por las dimensiones de percepción descritas en el párrafo anterior.

3.5.1 Operacionalización de las Variables

Tabla 3-3: Variables sociodemográficas.

Nº	Variable	Naturaleza / nivel de medición	Categorías / unidad de medida
1	Edad	Cuantitativa/razón	Años
2	Estado civil	Cualitativa/nominal	1. Soltera
			2. Casada
			3. Unión libre
			4. Viuda
			5. Separada/divorciada
			6. Otro
3	Nivel de escolaridad	Cualitativa/ordinal	1. Sin educación
			2. Básica primaria
			3. Básica secundaria
			4. Técnico/tecnológico
			5. Universitaria
			6. Posgrado
4	Tiene Hijos	Cualitativa/nominal	1. Si
			2. No
5	Número de hijos	Cuantitativa/razón	Número
6	Estrato socioeconómico	Cualitativa/ordinal	1. Uno
			2. Dos
			3. Tres
			4. Cuatro

			5.cinco
			6. Seis
7	Ocupación	Cualitativa/nominal	Múltiples opciones
8	Periodo gestacional	Cualitativa/ordinal	1. Primer trimestre
			2. Segundo trimestre
			3. Tercer trimestre
9	Tiempo de permanencia en el programa de control prenatal	Cuantitativa/razón	Meses
10	Frecuencia de control	Cualitativa/ordinal	1. Semanal
			2. Quincenal
			3. Mensual

Fuente: Construcción propia.

Las variables dependientes que evaluarán el cuidado profesional se encuentran en la *Caring Professional Scale* que contiene 15 ítems, divididos en dos dimensiones: Cuidado sanador compasivo y cuidado sanador competente, estas variables se clasifican con naturaleza cualitativa, nivel de medición ordinal, la primera contiene siete interrogantes, los cuales tendrán un valor en una escala de Likert con valores de 1 a 4; la segunda tiene ocho interrogantes, los cuales fueron medidos de igual forma, mediante ítem descritos en la escala (59).

Tabla 3-4: Variables de la dimensión ‘sanador compasivo’.

Ítem	Nunca	Algunas veces sí	La mayoría de veces	Siempre
1. ¿La hizo sentir bien?				
2. ¿Mostró una actitud positiva con usted y su embarazo?				
3. ¿La escuchó con atención?				
4. ¿Le permitió expresar sus sentimientos?				
5. ¿Demostró interés por lo que le sucede a usted?				
6. ¿Comprendió sus síntomas y preocupaciones?				
7. ¿Demostró que estaba preparada para hacer su trabajo?				

Fuente: Vesga, L. 2016. Validez y confiabilidad de una escala de cuidado profesional en español.

Tabla 3-5: Variables de la dimensión ‘sanador competente’.

Ítem	Nunca	Algunas veces sí	La mayoría de veces	Siempre
8. ¿La animó para que se siga cuidando durante el embarazo?				
9. ¿Fue respetuosa con usted?				
10. ¿Le brindó ayuda y colaboración?				
11. ¿Le realizó correctamente el control de su embarazo?				
12. ¿Se sintió cuidada durante el control de su embarazo?				

13. ¿Le explicó en forma clara las indicaciones a seguir?				
14. ¿Fue amable con usted?				
15. ¿La trató como persona?				

Fuente: Vesga, L. 2016. Validez y confiabilidad de una escala de cuidado profesional en español.

3.6 Técnicas de recolección de la información

La fuente de información utilizada fue primaria, toda vez que se hizo recolección de los datos directamente de las gestantes seleccionadas para la muestra y que cumplieron con los criterios de inclusión.

Para ello se utilizó como instrumento la *Caring Professional Scale*, arriba descrita, la cual fue traducida, validada y reporta una comprensibilidad bruta que superó el 94%; igualmente reveló una validez de contenido representado en un índice global de 0.893 y un alfa de Cronbach de 0.907. La escala también dispone de una validez facial y de constructo (46, 59).

Es de alta importancia, resaltar que la base teórica del presente estudio, se fundamenta en la teoría del cuidado propuesto por la Dra. Swanson, su escala de medición de este concepto, es el punto de partida de la investigación, y de igual manera transversaliza todos los componentes que viabilizan el desarrollo del mismo (44, 46, 56).

Este estudio tomó la escala de cuidado profesional traducida, adaptada y validada al español, con el propósito que los resultados obtenidos puedan ser referentes para otras investigaciones, teniendo en cuenta las particularidades de la población colombiana, en lo referente a las condiciones sociodemográficas, del sistema sanitario, y de la diversidad cultural (59).

La primera parte del instrumento de recolección de la información estuvo conformada por una encuesta con preguntas cerradas relacionadas con la información sociodemográfica de las gestantes estudiadas y la Escala de Cuidado Profesional cuyas opciones de respuesta estuvieron dadas en una escala tipo Lickert con las siguientes alternativas: nunca, algunas veces sí, la mayoría de veces y siempre, y que además fueron codificados como 1, 2, 3 y 4 respectivamente para su posterior análisis.

Durante la captación de las gestantes para la participación del estudio, y con miras a obtener una mayor confiabilidad, a través del enfermero coordinador de cada IPS se concertaron espacios y la investigadora principal desarrolló encuentros educativos colectivos e individuales dirigidos a las gestantes con temas relacionados con los cuidados de la madre (puerperio) y del recién nacido. El diligenciamiento de las encuestas por parte de las gestantes y la posterior intervención educativa se llevaron a cabo entre los meses de abril y junio de 2018, periodo donde se llevó a cabo la recolección de la información.

La autora del presente estudio durante los encuentros anteriormente referenciados, brindó además información acerca del objetivo, y la importancia de la contribución hacia el mejoramiento de la atención prenatal en la red de servicios a través de la participación de las gestantes en el proyecto investigativo, también se incluyó pautas para el diligenciamiento del instrumento y del consentimiento informado; posterior a eso, cada participante procedió a contestar la escala (véase las Tablas 3-4 y 3-5 y el Anexo G).

3.7 Protocolos de recolección de información

Con el propósito de asegurar la coherencia interna del estudio, la organización del trabajo de campo y garantizar la adecuada recolección de la información, haciendo el debido control de sesgos, se diseñaron tres protocolos que fueron cumplidos de manera estricta:

- Protocolo 1: Entrenamiento de los auxiliares de la investigación (Anexo H).
- Protocolo 2: Aplicación de la escala de cuidado profesional (ECP) a las participantes del estudio, previa firma del consentimiento informado (Anexo H)
- Protocolo 3: Sesión Educativa acerca de los cuidados de la madre en el puerperio y del recién nacido (Anexo H).

3.8 Prueba Piloto

Esta se llevó a cabo con el propósito de verificar la pertinencia en el orden de los pasos de los protocolos de la recolección de información. Durante este ejercicio, se tomaron 30 gestantes (10% del total de la muestra), las cuales no hicieron parte del estudio principal; con ellas se desarrolló, inicialmente, la sesión educativa de forma grupal e individual; utilizando folleto educativo (Anexo I), carteleras ilustrativas, y posteriormente, se aplicó el

instrumento utilizado (ECP), evidenciándose que éste último debía diligenciarse antes de la educación brindada, para evitar manipular la percepción de la usuaria sobre el cuidado recibido en el control prenatal, lo cual se vio reflejado en el procesamiento de los datos obtenidos, donde se evidenció que el 90% de las gestantes consideraban el cuidado como excelente. Esta prueba piloto se llevó a cabo entre el 4 y 5 de abril de 2018.

3.9 Procesamiento de la información

Antes de tabular la información obtenida, se verificó que cada una de las 264 encuestas estuvieran completas y correctamente diligenciadas. Posteriormente, estos datos fueron organizados en el programa Excel, para luego ser exportados al paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 22, en el cual se procesó la información para su respectivo análisis. La ilustración de los resultados se hizo con tablas de frecuencia, para facilitar la visualización y análisis de los mismos.

3.10 Análisis de la información

El análisis se dividió en cuatro etapas. En la primera etapa se realizó una caracterización sociodemográfica de la población gestante objeto de estudio a manera de contextualizar a la mujer gestante del área geográfica donde se desarrolló la investigación.

La segunda etapa, estuvo determinada por el análisis realizado a la escala de cuidado profesional de Swanson (59), desde las dimensiones compasivo y competente, según la cual, de acuerdo al puntaje obtenido se establecen las siguientes categorías:

Menor de 23 puntos: (Menos del 38.33% del total de la suma de las preguntas de la escala). El cuidado profesional será considerado deficiente. El trato a los pacientes es con frialdad, como una “molestia”, lo que lleva a creer que el profesional no ofrece una atención ni comprende al paciente y su situación (46, 59).

De 23 a 37 puntos: (Entre 38.4% y 61.7% del total de la suma de las preguntas de la escala.) El cuidado profesional será considerado regular. Se define como “neutral”. La atención es básicamente apática o individual, no de persona a persona. La vida o los niveles de energía no mejoran ni son disminuidos (46, 59).

De 38 a 51 puntos: (Entre 61.8 a 85% del total de la suma de las preguntas de la escala). El cuidado profesional será considerado bueno. La atención es caracterizada como benevolente, amable y preocupada. El resultado de este encuentro es que los niveles de energía son sostenidos o aumentados (46, 59).

De 52 a 60 puntos: (Entre 85.1 a 100% del total de la suma de las preguntas de la escala). El cuidado profesional será considerado excelente. Implica estar completamente presente, con la curación de amor que fluye. La personalidad se reconoce mutuamente, la atención se negocia y la intimidad profesional se produce. Esta relación favorece la libertad (46, 59).

Como puede observarse, y sustentado la tercera fase del análisis, la puntuación anterior corresponde a la ponderación global del cuidado profesional, por ello, para poder dar respuesta a los objetivos específicos uno y dos, los cuales plantean describir de manera específica la percepción según cada una de las dimensiones: Sanador compasivo y Sanador competente, fue necesario aportar y proponer una puntuación independiente, que no riñera con la puntuación global.

En este sentido, se evidencia desde el punto de vista estadístico que cada dimensión y cada uno de los ítems tienen el mismo peso, es decir, no hay uno con mayor puntaje que los otros, por lo tanto, se trata de una distribución equiparable, tal como lo argumenta la teoría de la probabilidad (83). Asimismo, se puede observar que, si la valoración máxima de la escala es de 60 puntos, esto correspondería a un 100%, con lo cual se pudo deducir a qué rango de porcentaje equivalían los rangos de puntuación deficiente, regular, bueno, y excelente.

Teniendo en cuenta lo anterior, es posible deducir cuál es el puntaje independiente de cada dimensión, reiterando que ambas tienen el mismo peso estadístico, así:

Tabla 3-6: Ajuste escala cuidado sanador compasivo.

Deficiente	Regular	Bueno	Excelente
<11	11 -17	18 - 24	25 – 28

Fuente: Construcción propia a partir de los datos.

Tabla 3-7: Ajuste escala cuidado sanador competente.

Deficiente	Regular	Bueno	Excelente
< 12	12 - 20	21 - 27	28 - 32

Fuente: Construcción propia a partir de los datos.

La cuarta y última etapa exploró la relación de las dimensiones de percepción frente al sanador compasivo y sanador competente según las variables sociodemográficas definidas para el estudio, con las variables de percepción de cuidado profesional, se utilizó la Anova de un factor de Kolmogorov-Smirnov donde se observó la distribución normal de los datos, lo cual resultó menor al valor de la significancia, es decir, no se distribuyen de forma normal, por lo que se aplicó estadística no paramétrica, utilizando las pruebas Rho de Spearman, Kruskal – Wallis y U de Mann Whitney, según la medida de cada variable, para observar las relaciones entre ellas, de igual forma fueron analizados de manera individual los niveles de percepción de cuidado, para determinar el grado de relación entre las diferentes variables.

3.11 Consideraciones éticas

De acuerdo con lo contemplado los artículos 10 y 11 de la Resolución 008430 de octubre 4 de 1993, la cual estipula en Colombia las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, el presente estudio se clasificó como de riesgo mínimo, dado que, aunque se tuvo contacto con las gestantes en la fase de aplicación del instrumento para la recolección de la información, no se ejecutó ninguna intervención o procedimiento invasivo en ellas. Por supuesto, esta investigación se desarrolló conforme a los principios de respeto, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (60, 61).

Cabe resaltar, que el estudio en su fase de diseño y formulación de la propuesta fue sometido al Comité de Ética, según lo reglamentado y estipulado por el programa al que se encuentra adscrito el presente estudio (Aval del Comité de Ética 064-17) (véase el Anexo F).

Para recoger la información se planeó una sesión educativa a la cual se invitó a las gestantes que acudieron al control prenatal del tercer trimestre con el Profesional de Enfermería. Previo a la charla, la investigadora, explicó el propósito y beneficios de la

investigación y solicitó la participación voluntaria, dejando constancia de ello con la firma del consentimiento informado, del cual se entregó una copia a la participante, se procedió al diligenciamiento del instrumento y posterior a ello se dio el encuentro educativo con la gestante de manera colectiva o individual, fortaleciendo las estrategias de promoción y prevención de la salud materna perinatal. (Véase los Anexo G, H, I).

No obstante, se dejó por sentado, que en el momento que la mujer participante decidiera por cualquier motivo no seguir haciendo parte del estudio, estaría en libertad de retirarse sin que ello implique afectación en cualquiera de los modos, a su reputación, buen nombre o dificultad para acceder a la atención por parte del sistema de salud (62).

Para garantizar la intimidad y confidencialidad de la participante, en el instrumento no se incluyó el ítem: nombres, apellidos ni documento de identidad, por lo tanto, la investigadora evaluó de manera inmediata la calidad de los datos consignados. La única identificación posible fue el nombre de la IPS, las cuales fueron codificadas para una mayor organización de datos.

Entre tanto, se tuvo previsto que, para garantizar el bienestar de las gestantes, durante el tiempo que demoró la recolección de la información y la charla educativa, las participantes se ubicaron cómodamente en un salón o espacio adecuado, y pese a que se trató de una actividad en donde no se realizó ninguna intervención a la gestante, se contó con la disponibilidad del médico de la institución, por si se presentaba alguna emergencia y del servicio de la ambulancia propia de la ESE, si se requería de remisión inmediata, teniendo en cuenta el estado avanzado de gravidez de quienes participan en el estudio.

Para garantizar el respeto de la propiedad intelectual se tuvo en cuenta los siguientes aspectos: Solicitud de permiso a la autora para la aplicación de la escala de cuidado profesional (véase los Anexos D y E.) Solicitud de aval de la institución prestadora de salud donde se realizó el estudio (véase el Anexo B).

Se tiene en cuenta la Ley 911 del 2004, por lo cual se dictan disposiciones de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia (60). Dentro de los principios éticos que garantizaran este estudio están:

Justicia: Todas las gestantes inscritas y asistentes al control prenatal por el Profesional de Enfermería, tienen la oportunidad de ser incluidas, siempre y cuando cumplan con los criterios de inclusión establecidos en el diseño del estudio, de tal manera que permita comprender la percepción que éstas tienen sobre el cuidado recibido por el Profesional de Enfermería en cada una de las IPS de la ESE municipal, seleccionadas para este estudio.

Beneficencia: Este estudio representa un riesgo mínimo para las participantes, por cuanto no se realizará en ellas ningún procedimiento invasivo. Se trata de un espacio de comunicación que le permitirá expresar a la mujer gestante satisfacciones, experiencias sentidas y percepciones frente al cuidado otorgado por el Profesional de Enfermería en el control prenatal, buscando establecer planes de mejoramiento para optimizar la práctica Profesional de Enfermería e impacto en la salud materno perinatal, en cada una de las IPS de la ESE municipal, seleccionadas para este estudio.

No maleficencia: Este estudio no causará daño a la mujer gestante que asisten al control prenatal, en cada una de las IPS de la ESE municipal, seleccionadas para este estudio. Además, se cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Nacional de Colombia, como salvaguarda para la muestra seleccionada. (Véase Anexo F).

Reciprocidad: En cuanto a este principio que trata de correspondencia mutua, compensación, devolución o restitución por algo recibido, la educación proporcionada durante la sesión educativa será desarrollado no solo como estrategia de captación para las embarazadas, sino como elemento que se dará a las participantes por su colaboración en el estudio. No habrá ningún tipo de pago económico o de otra índole como estímulo.

Es de aclarar que la información que se obtuvo a través del diligenciamiento de la Escala de Cuidado Profesional, tanto de la prueba piloto, como del estudio principal, permanecerá bajo custodia de la investigadora principal por cinco años y posteriormente serán destruidos, dejando acta del proceso. La información será utilizada para fines académicos y en ningún caso será distribuida o publicada para otro fin. Debe anotarse, que la investigación se acogió además a los criterios establecidos por la declaración de

Helsinki, la cual menciona aspectos de confidencialidad, respeto a la privacidad de los participantes y decisión libre de participar en el estudio (63).

4. Análisis de los resultados

4.1 Descripción sociodemográfica de las gestantes involucradas en el estudio

Se visitaron tres IPS ubicadas en distintas zonas geográficas del municipio de Sincelejo, las cuales representaron un poco más del 60% del total de gestantes atendidas por la ESE, allí se aplicaron las 264 encuestas a las gestantes que se encontraban en su tercer trimestre.

Se encontró que la mayor frecuencia de las gestantes que participaron en el estudio, el 41,7%, se concentró en la IPS la Campiña, por ser ésta de mayor accesibilidad a una gran área de influencia del sur de la ciudad. Entre tanto, el 33.3% de las embarazadas, acuden al control prenatal en la IPS 20 de Enero, la cual se ubica en la zona suroccidente; en cuanto a la IPS las Américas, ésta se encuentra al centro de la ciudad, y aportó un 25% de gestantes.

Con relación a la edad, agrupada en los rangos indicados por el DANE para estudios sociodemográficos, mostró que el mayor porcentaje de gestantes se encontraron entre los 20 y 24 años de edad con un 29.9%, y un 25.9% para el grupo de gestantes de 18 y 19 años encuestadas, resultado que sigue ratificando la preocupante situación del embarazo jóvenes de temprana edad en el departamento y en Colombia. Además, se destaca que solo 4 mujeres, es decir el 1,5%, sobrepasan los 40 años de edad (Tabla 4-1).

Con referencia al estado civil, hay predominio de las relaciones de pareja estable (91.7%), es llamativo ver que 7.6%, gestantes son solteras, careciendo del apoyo de un compañero en este proceso vital donde es necesario el respaldo de personas cercanas que la acompañen en los momentos de incertidumbre y alegría, ante la cercanía del hijo por nacer.

A propósito del nivel de escolaridad, es interesante observar el importante porcentaje de encuestadas que terminaron una tecnología (28.8%). Asimismo, se pudo encontrar un número más reducido de gestantes con formación universitaria (6.4%), con lo cual se

esperaría mayor nivel de exigencia y demanda en la calidad del cuidado Profesional de Enfermería.

En este mismo aspecto, también es apropiado resaltar que en general, el grueso de la muestra estuvo conformado por gestantes que cursaron hasta la básica primaria (64.8%), que por supuesto tienen mayores necesidades educativas con respecto a su proceso de gravidez. Esta diversidad implica que el Profesional de Enfermería personalice su cuidado, pues cada una de las gestantes que atiende tiene expectativas, dudas y formas de comprender diferentes.

Relacionado con lo anterior, se observó que la mayor parte de las embarazadas pertenecen a los estratos 1 (69.3%) y 2 (25.8%), por tratarse de instituciones de carácter público. No obstante, resulta peculiar encontrar una persona de estrato 4, quienes usualmente pertenecen al régimen contributivo y acuden a centros de atención privados.

Por otra parte, en lo que respecta a la ocupación de las participantes, sobresalen las amas de casa, con un 70%, congruente con el alto número que pertenecen a estratos 1 y 2. Otro dato interesante es el 10.2% de estudiantes, lo cual va muy relacionado con las adolescentes que hicieron parte de la muestra, aspectos que relacionados podrían constituirse en factores de riesgo para la madre y su hijo por nacer.

Conviene subrayar que, en las tres IPS, en lo que tiene que ver con el número de hijos de las gestantes, se pudo establecer que la mayor parte de ellas aun no tienen o solo tienen uno. Es decir que, de las 264 mujeres encuestadas, el 82.6%, tienen uno o ningún hijo, lo cual puede explicarse por el número importante de embarazadas adolescentes, pero también por la tendencia actual de controlar el número de integrantes en las familias.

Haciendo énfasis al tema específico de la asistencia al control prenatal en el tercer trimestre, se pudo evidenciar que el 72,8% de las gestantes tenían controles mensuales, por estar en la etapa final de su embarazo. Pero, con preocupación se pudo constatar que un considerable número de gestantes iniciaron el control prenatal de manera tardía, dado que el 29.5% asistieron luego del segundo trimestre del embarazo. Esto es significativamente riesgoso, si se tiene en cuenta que no tuvieron la oportunidad de la detección precoz de patologías, que pueden comprometer la salud tanto de ellas, como de su hijo por nacer, pese a estar afiliadas a los servicios de salud a través del régimen

subsidiado y ser las mujeres en estado de embarazo, población de especial protección por parte del Estado.

Tabla 4-1: Características sociodemográficas de las gestantes.

Variable	Características sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje
Edad	15 – 19	63	23,9
	20 – 24	79	29,9
	25 – 29	67	25,4
	30 – 34	30	11,4
	35 – 39	21	8
	40 – 44	4	1,5
Estado civil	Soltera	20	7,6
	Casada	40	15,2
	Unión libre	202	76,5
	Separada o divorciada	2	0,8
Nivel de escolaridad	Básica primaria	24	9,1
	Básica secundaria	147	55,7
	Técnico/Tecnólogo	76	28,8
	Universitaria	17	6,4
Estrato	1	183	69,3
	2	68	25,8
	3	12	4,5
	4	1	0,4
Ocupación	Empleada	50	18,9
	Independiente	2	0,75
	Ama de casa	185	70
	Estudiante	27	10,2
Número de hijos	0	124	47
	1	94	35,6
	2	32	12,1
	3	10	3,8
	4	4	1,5
Asistencia al control prenatal	Semanal	19	7,2
	Quincenal	55	20,8
	Mensual	190	72
Permanencia en el control	2 meses	4	1,5
	3 meses	19	7,2
	4 meses	55	20,8
	5 meses	44	16,7
	6 meses	52	19,7
	7 meses	52	19,7
	8 meses	36	13,6
	9 meses	2	0,8

Fuente: Construcción propia a partir de los datos.

4.2 Percepción de la mujer gestante frente al cuidado profesional

Haciendo una valoración del cuidado profesional, conjugando los resultados de las tres IPS, de la Tabla 4-1, se puede deducir que 78% de las participantes en el estudio, perciben que el cuidado que brinda el Enfermero en la consulta del control prenatal es excelente, lo cual implica que las gestantes perciben que éste se encuentra presente, que se identifica con la paciente y hay negociación de la atención, con lo que se favorece la libertad espiritual. Es evidente entonces que el cuidado profesional implica poder realizarse con calidad a pesar de las condiciones en las que el enfermero debe ejercer sus funciones puede, si así lo decide, ofrecer una atención integral, incluyendo el ser biológico, social y psicológico, no solo de la gestante, sino de su familia, teniendo en cuenta la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, así como la detección temprana y acertada de condiciones que pueden poner en riesgo el binomio.

Esto puede deberse en este caso, al mayor contacto de la diada enfermera-paciente, dada la frecuencia con la que se acude a las citas en el último trimestre del embarazo, tiempo abordado por este estudio, es así como el cuidado profesional es posible, solo se requiere estar, escuchar, establecer empatía, gestionar, orientar en los aspectos detectados en la consulta con la gestante.

Tabla 4.2-2: Puntajes globales obtenidos Escala de Cuidado Profesional.

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente <23	5	1,9
Regular 23 – 37	18	6,8
Bueno 38 – 51	35	13,3
Excelente 52 – 60	206	78
Total	264	100

Fuente: Construcción propia a partir de los datos.

Se estableció que el 13.3% de las encuestadas opina que el cuidado profesional es bueno, ello significa que la atención recibida es benevolente, amable y preocupada, por lo tanto, los niveles de energía en la relación enfermero-paciente son sostenidos o aumentados.

En contraste, 6.8% de la muestra, perciben que el cuidado profesional es regular o neutral, pues no se alcanza una atención persona a persona, los niveles de energía no mejoran ni son disminuidos, con lo cual no se logra un verdadero impacto del cuidado en la gestante.

Finalmente, 1.9% de las gestantes piensan que el cuidado profesional es deficiente, porque fueron tratadas con frialdad, no hubo empatía ni comprensión de la paciente o su situación, lo que significa que en realidad no hubo un verdadero cuidado.

Al respecto, se puede inferir que, aunque los resultados a manera general son bastante satisfactorios, es un imperativo que el Profesional de Enfermería establezca y demuestre una relación empática y estrecha con quienes cuida, en este caso con la gestante, quien además se encuentra más susceptible a tener cambios en el estado de ánimo dado su condición de embarazo. Así pues, pese a la multiplicidad de tareas y funciones, el enfermero debe tener en cuenta que los minutos de contacto que tiene con sus pacientes son valiosos para ellos y que dichos momentos deben ser de calidad, enmarcados en un ambiente de tranquilidad, respeto y escucha activa, aspectos que no cuestan, ni restan tiempo al profesional, por el contrario, enriquecen su labor y humanizan el cuidado.

4.3 Percepción de la mujer gestante frente al cuidado compasivo recibido a través del control prenatal por el Profesional de Enfermería

Al analizar los resultados de manera global en las tres instituciones, en la Tabla 4-3, solo un poco más de la mitad de las gestantes tienen una percepción bastante positiva del cuidado que reciben del Profesional de Enfermería en cuanto a la dimensión del cuidado compasivo, pues el 68.9% lo considera excelente, con un puntaje entre 25 y 28; y, 21% dice que es bueno, con una puntuación entre 18 y 24.

Con inquietud, se constató que un porcentaje menor, pero no menos importante, no estuvieron del todo satisfechas, pues un 7.2% calificaron el cuidado como regular, con un puntaje entre 12 y 17; y un 2,3% como deficiente, con menos de 11 puntos.

Se ratifica entonces la urgente necesidad de reforzar estrategias que mejoren una actitud de escucha activa de parte del Profesional de Enfermería, que permita la expresión de sentimientos de las gestantes, el que ellas se sientan comprendidas e importantes, con lo cual se facilita el propósito del cuidado.

Tabla 4.3-3: Puntajes obtenidos percepción cuidado sanador compasivo.

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente <11	6	2,3
Regular 12 – 17	19	7,2
Bueno 18 – 24	57	21,6
Excelente 25 – 28	182	68,9
Total	264	100

Fuente: Construcción propia a partir de los datos.

4.4 Percepción de la mujer gestante frente al cuidado competente recibido a través del control prenatal por el Profesional de Enfermería

En cuanto a la dimensión del Cuidado Sanador Competente, la percepción de las gestantes de todas las instituciones fue positiva, aunque no en un porcentaje ideal. De hecho, de acuerdo con la tabla, 79.2% lo consideró excelente, con un puntaje entre 28 y 32, y 11.4% piensa que es bueno, con un puntaje entre 21 y 27 (Tabla 4-4).

Entre tanto, un grupo significativo de gestantes percibió que el cuidado competente fue regular en un 8.3% y 1.1% como deficiente, con menos de 12 puntos, como se puede observar en la Tabla 4-4.

Tabla 4.44: Puntajes obtenidos percepción cuidado sanador competente.

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente <12	3	1,1
Regular 13 – 20	22	8,3
Bueno 21 – 27	30	11,4
Excelente 28 – 32	209	79,2
Total	264	100

Fuente: Construcción propia a partir de los datos

4.5 Exploración de la relación de la percepción de cuidado profesional frente a las variables sociodemográficas de la mujer gestante

Dados los resultados anteriores, se consideró pertinente explorar las relaciones entre la percepción de las gestantes con sus características sociodemográficas, las cuales podrían afectar la apreciación o ideas que tiene un individuo ante un fenómeno específico.

Así pues, como se puede observar en la Tabla 4-5, al someter los resultados a los estadísticos de prueba se encontró que las variables IPS y estado civil presentaron una asociación estadística significativa con la variable percepción del cuidado Profesional de Enfermería, al obtenerse un valor de $p < 0,05$.

Tabla 4.5-5: Percepción del cuidado de enfermería según variables sociodemográficas.

Nombre de la prueba: Spearman	
Percepción del cuidado de enfermería	Significancia
Edad	$p = 0,784^*$
Frecuencia del control prenatal	$P = 0,062^*$
Número de hijos	$p = 0,431^*$
Nombre de la prueba: Test Kruskal Wallis	
Estrato	$p = 0,217^{**}$
Estado civil	$P = 0,001$
Nivel de escolaridad	$p = 0,694^{**}$
IPS donde asiste al control	$p = 0,000$
Nombre de la prueba: U de Mann Whitney	
¿Tiene hijos?	$p = 0,456^{**}$
* No correlación	
** No significativo	

Fuente: Construcción propia a partir de los datos.

Al correlacionar cada uno de los niveles de la percepción (Tabla 4-5), se encontró que la variable frecuencia del control prenatal, presentó correlación positiva media respecto a la dimensión sanador compasivo, lo que indica que entre mayor sea el número de visitas de las gestantes que hacen a la consulta de enfermería en el control prenatal, percibirán que el cuidado de enfermería es humano. Por su parte, las variables estado civil e IPS a la cual asisten al control, también presentaron alta significancia con dicha dimensión.

Igualmente, ocurrió con la variable sanador competente, la cual se correlacionó con la frecuencia de los controles prenatales a cargo del Profesional de Enfermería de manera positiva media (Tabla 4-6), de tal suerte que, a mayores visitas al control, la embarazada percibe mayor preparación e idoneidad profesional, lo cual facilita una relación de confianza que a su vez favorece la adherencia de la gestante al control y a las acciones de promoción de la salud, disminuyendo los posibles riesgos prenatales. Así mismo, se encontró alta significancia entre las variables IPS a la cual asiste la embarazada y estado civil respecto a dicha dimensión.

Cabe destacar que la prueba de Kruskal Wallis aplicada a las variables estado civil e IPS, indicó diferencia estadística con cada una de las dimensiones, muestra que en específico las categorías, de la variable estado civil, separado y soltero son los valores dentro de la variable que mayor aporte hacen a la significancia debido a que son las que están menos representadas en el muestreo. Por su parte, en cuanto a la variable IPS, La Campiña fue la que mayor influyó en la diferencia estadística.

Tabla 4.5-6: Percepción del cuidado de enfermería (sanador compasivo y sanador competente) según variables sociodemográficas.

Nombre de la prueba: Spearman	
Sanador compasivo	Significancia
Edad	$p = 0,255^*$
Frecuencia del control prenatal	$P = 0,019$
Número de hijos	$p = 0,503^*$
Nombre de la prueba: Test Kruskal Wallis	
Estrato	$p = 0,483^{**}$
Estado civil	$P = 0,021$
Nivel de escolaridad	$p = 0,462^{**}$
IPS donde asiste al control	$p = 0,000$
Nombre de la prueba: U de Mann Whitney	
¿Tiene hijos?	$p = 0,289^{**}$
* No correlación	
** No significativo	

Nombre de la prueba: Spearman	
Sanador competente	Significancia
Edad	$p = 0,835^*$
Frecuencia del control prenatal	$P = 0,027$
Número de hijos	$p = 0,219^*$
Nombre de la prueba: U de Mann Whitney	
Percepción del cuidado de enfermería	Significancia
Estrato	$p = 0,066^{**}$
Estado civil	$P = 0,002$
Nivel de escolaridad	$p = 0,651^{**}$
IPS donde asiste al control	$p = 0,000$
Nombre de la prueba: U de Mann Whitney	
Percepción del cuidado de enfermería	Significancia
¿Tiene hijos?	$p = 0,212^{**}$
* No correlación	
** No significativo	

Fuente: construcción a partir de los datos.

5. Marco de discusión

5.1 Aspectos sociodemográficos

Tras analizar los resultados obtenidos en el estudio, en cuanto a los aspectos sociodemográficos se refiere, se pudo establecer que los resultados no distan de la realidad colombiana, pues el porcentaje de jóvenes en edad temprana entre 18 y 19 años es considerable (23.9%), concordante con lo evidenciado por Guzmán (4) en la ciudad de Montería, en cuyo trabajo encontró una proporción de adolescentes gestantes del 22%; por su parte Quintero et al. (72), en un estudio realizado en la ciudad de Pereira, reportaron que la proporción de adolescentes fue del 29%, hallazgos muy por encima de los reportes de la Encuesta Nacional de Demografía (ENDS) del 2015 (64), cuyas estadísticas reportan un descenso a nivel nacional entre el 2010 y 2015, en el cual se pasó del 19,5% al 17,4% respectivamente; además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ubica a América Latina y el Caribe como la segunda región en el mundo con mayor tasa de embarazos en adolescentes (66.5 nacimientos por cada 1000 niñas entre 15 y 19 años), alcanzada solo por países africanos (4, 8, 65, 66).

El embarazo a temprana edad es considerada la etapa de transición de mayor vulnerabilidad social (67), por lo tanto, el cuidado de enfermería, deberá brindarse considerando las características propias de la edad, para que sea congruente con sus necesidades de apoyo, escucha y trato humanizado (23).

Al abordar lo concerniente al estado civil, Castillo et al. (68), notificaron que la mayoría de las gestantes tenían relaciones estables (unión libre 54.8% y casadas 12.4%); al igual que Quintero et al. (72) (70% en unión libre), en la presente investigación se superan estos porcentajes (15.2% casadas y 76.5% en unión libre); de manera similar se observó en el estudio de Guzmán de Melo (4) (87% en unión libre y 11.1% casadas), lo cual es muy favorable para el bienestar del binomio madre-hijo, toda vez que la pareja brinda mayor tranquilidad emocional y económica a la gestante.

En cuanto a la escolaridad, se constata en diversos estudios la vulnerabilidad de las mujeres que asisten a las instituciones públicas de salud; en este sentido Ortega y

Muñoz, en San Gil (Santander), encontraron que solo el 10% de las gestantes que intervinieron habían cursado estudios universitarios o técnicos (69).

Resultados menos alentadores se hallaron en Brasil por Silveira y Quintella (70), pues ninguna gestante alcanzó este nivel de formación; mientras que para este estudio, en Sincelejo, el 6.4% lo lograron. Estos resultados distan de los obtenidos por Sword et al. (71) en Canadá, en donde como era de esperarse hay mayor acceso a la educación superior (57.5% universitarias). Predomina entonces el que las gestantes alcanzan solo el nivel de primaria y bachillerato, con lo cual disminuye las posibilidades de empleo y por lo tanto de la estabilidad económica que se requiere para cubrir las necesidades básicas de la madre y el hijo.

Se observa con especial interés, que en la investigación realizada en Brasil, el 74% las participantes no tenían trabajo (70), al igual que un 95.7% de las adolescentes gestantes contempladas por Jiménez et al. (19) en Tamaulipas-México; esta situación las obliga a dedicarse a las labores del hogar, como es el caso del 66% de amas de casas encontradas por Castillo et al. (68); 80% en la investigación de Quintero et al. (72), y 70.1% de las participantes del presente estudio.

Por lo anterior, apenas es lógico que la mayoría las gestantes provinieran del estrato I (69.3%), congruente con el 79% hallado por Quintero et al. (72); menor porcentaje constató Castillo et al. (68) en Cartagena (53.7%), donde también hubo gestantes del estrato II (36.7%) y III (9.7), mucho más que las abordadas en este estudio (25.8% para el estrato II y 4.5% para el estrato III), con lo cual se puede constatar la gran demanda de los servicios de salud por parte de este grupo poblacional.

Con respecto al número de hijos de las embarazadas, se pudo evidenciar que 47% son primigestas, fenómeno que podría explicarse por el alto porcentaje de jóvenes en la muestra; y 47.7%, tenían entre uno y dos hijos, lo cual es bastante similar a lo reportado por Oviedo et al. (73) en México, en donde el 49.5% no ha tenido hijos y 31.9% tenían un hijo.

Asimismo, Jiménez et al. (19) determinó un 82.6% primigestas y el restante 17.4% tenían dos o tres hijos, pese a su corta edad, situaciones que de manera alarmante son

consistentes con lo argumentado por Etienne de la Organización Panamericana de la Salud (66), acerca de las altas tasas de fertilidad en adolescentes de América Latina y el Caribe, que afectan principalmente a las poblaciones vulnerables y con desigualdad entre y dentro de los países, lo que puede tener un profundo efecto en la salud de las adolescentes durante el curso de su vida, pues obstaculiza su desarrollo psicosocial y se relaciona con mayor riesgo de muerte materna.

Cabe acotar que, pese a lo anterior, cada vez son menos las mujeres que tienen dos o más hijos, constatado por un 17.4% de gestantes de Sincelejo con dos a cuatro hijos, porcentaje superado por el 22% encontrado en el estudio de Solís et al. (74) y en el de Escobar et al. (75), donde el 47.7% de las mujeres tenía entre uno y tres hijos, lo que está en concordancia con la tendencia mundial hacia el control de la natalidad y la reducción del número de hijos en las familias, con una disminución de la tasa de fecundidad global de 7 a 2 hijos por mujer al 2017 en países latinoamericanos, dentro de los que se incluye Colombia (76).

Hablando de manera específica del inicio del control prenatal, hay estudios como el de Silveira y Quintella (70), en los que la mayoría de las mujeres acudieron de manera temprana, entre las 7 y 10 semanas de gestación, 50% de manera espontánea y 37% motivadas por algún profesional de salud del Centro Asistencial; resultado semejante, devela Oviedo et al. (73), pues 78.1% acuden en el tiempo recomendado, logrando más de cinco consultas durante su proceso gestacional. No obstante, también hallaron que 21.9% no lo hacen, porcentaje concordante con el 29.5% de las gestantes de las IPS en Sincelejo, que acudieron a cuatro o menos controles. Es de resaltar que en general, el ingreso a la atención prenatal en el presente estudio no es oportuno, en un porcentaje significativo de embarazadas (31.3%), y aunque no se determinó las razones que llevaron a esta situación, Oviedo et al. (73) puntualizan que 47.3% de los enfermeros, no promueven el inicio temprano del control del embarazo.

Según Escobar et al. (75), factores sociodemográficos como el embarazo en adolescentes, bajo nivel educativo, se encuentran asociados al inicio tardío del control prenatal, aspectos que caracterizan a las gestantes estudiadas en Sincelejo. Por tanto, si además se tiene en cuenta que esta edad *per se* implica riesgos de complicaciones del embarazo; esta realidad, reclama una acción inmediata y efectiva que acerque más los

servicios de salud a las comunidades para promover la vinculación oportuna de la mujer, ojalá desde su etapa preconcepcional, máxime si se considera como afirma Munares (8), que el control prenatal es una herramienta de prevención de la mortalidad y morbilidad materna y perinatal, sobre todo en poblaciones de alto riesgo, como las de barrios marginales, en las cuales hay más riesgo de abandono del programa. De acuerdo con este autor, recibir los servicios completos, coordinar entre ellos, programar citas y tener calidad adecuada del control prenatal reduce la probabilidad de abandono, lo que significa, que gran parte de la adherencia a los controles depende de la calidad de los mismos.

5.2 Percepción de la mujer gestante frente al cuidado profesional recibido a través del control prenatal

La percepción que tiene un paciente con respecto al cuidado que recibe del profesional, corresponde a lo que el enfermero proporciona durante su contacto con quien cuida, que no es más que la suma de lo que Swanson describe como los atributos de las dimensiones de cuidado. Así, la idoneidad profesional que se aborda en el cuidado competente, está representada en el conocimiento, el hacer y el posibilitar; y el trato humano, contemplado en el cuidado compasivo, se materializa a través de respetar las creencias y estar con (19, 44).

Cabe destacar que el 78% de las gestantes de este estudio perciben el cuidado profesional como excelente, porcentaje menor a lo encontrado en el estudio de Ortega y Muñoz realizado en Colombia, donde las gestantes percibieron con un promedio de 59,8 (+/-) de 60 puntos como excelente el cuidado recibido por el Profesional de Enfermería basado en la teoría del cuidado propuesto por Swanson, encontrándose similitud con las características sociodemográficas del presente estudio, en cuanto afiliación al sistema de salud y nivel de escolaridad.

Al remitirse a la base de la teoría del cuidado mencionada por Swanson (2, 46) y a las condiciones sociodemográficas de las gestantes, puede ayudar a entender la percepción que tienen estas personas o grupos especiales, frente a dicho concepto; es importante mencionar los procesos que se encuentran implícitos en estas actividades propias de la

enfermería, como el saber, el estar con, el hacer por, el capacitar y el mantener la confianza, sin duda alguna van a depender no solo de la capacidad de desarrollarlas por parte del Profesional de Enfermería, sino que el paciente o en este caso la gestante y las condiciones de vida que la rodean, le proporcionaran esas herramienta de percepción que pudieran ser positivos o negativos con una dosis alta de subjetividad o mirada propia.

Surgen entonces, conceptos derivados de esas diferencias o subjetividades propias del abordaje del cuidado en diferentes situaciones y aplicados en diferentes grupos de pacientes perinatales; por ejemplo, los resultados publicados por la Dra Swanson (2, 46), a partir de un estudio realizado con el propósito de comparar y contrastar los roles de ayuda de enfermería, partiendo de los cinco procesos de cuidado y una definición general del mismo. Se colocan en un mismo plano aspectos como la definición de soporte social de Cobbs, los factores cuidativos de Watson y la descripción de Benner. Se obtuvo de manera general una definición de cuidado como el *“el cuidar es una forma sustentadora de relacionarse con otro valioso hacia quien uno tiene un sentimiento personal de compromiso y responsabilidad”* (77).

Un porcentaje inferior, pero no menos importante, conceptuó que el cuidado profesional es bueno, es decir, 13.3% conceptúan que el cuidado es bueno, es decir, los niveles de energía paciente-enfermero son sostenidos, pues se refleja benevolencia, amabilidad y preocupación en el trato del profesional. La misma opinión tiene el 52.17% de las gestantes del grupo de control en el estudio de Ortega y Muñoz (69). Además, mientras que en el mismo estudio ninguna embarazada se mostró insatisfecha con el cuidado, en Sincelejo (lugar del actual estudio), el 6.8% de embarazadas percibieron un cuidado neutral, o sea apático, y 1.9% lo calificaron como deficiente, en otras palabras, frío, pues sintieron que son una molestia para el profesional, resultados coincidentes con el estudio de Reyes (23), donde hubo opiniones con puntuaciones entre 20 y 28.

El cuidado profesional de enfermería se percibe como excelente cuando se materializa a través de los cinco procesos básicos estudiados por Swanson: conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener creencias. Así, el conocimiento hace referencia a centrarse en la persona a la que se cuida, buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado (39, 46). Es ver a la gestante como un ser único y singular,

preocuparse por conocer sus necesidades para impartir una educación pertinente con las mismas.

Entre tanto, “estar con”, significa estar emocionalmente presente con el otro; transmitir disponibilidad y compartir sentimientos, sin abrumar a la persona cuidada. En este aspecto, el contacto físico es importante: tomar de la mano, explicar la situación real de manera clara y comprensible. Lograr que el paciente sienta la presencia auténtica de la enfermera es generar confianza y compromiso frente a su situación (39). Es de anotar, que los resultados obtenidos de las dimensiones citadas y trabajadas en el presente estudio, no son comparables a la luz de estudios como el de Ortega y Muñoz (69), donde se hace un análisis cuantitativo de cada uno de los ítems de la escala; sin embargo, podría hablarse de una semejanza o diferencia según el caso entre los promedios obtenidos y los porcentajes de ambos estudios de la escala de forma general.

Dadas las diferentes maneras de abordar el cuidado, las escalas creadas para medirlo y en sí las diferentes concepciones que se tienen de él, cabe mencionar el artículo escrito por la Dra. Swanson en 1991 (2, 49), donde cita las diferentes culturas (más de 55) halladas y reportadas por otros autores, llevándolos a concluir entre otros aspectos que el cuidado cultural tiene más significados diversos que similares y los patrones de expresiones de cuidado tienen mayores implicaciones para construir un amplio cuerpo de conocimiento de enfermería (78).

El enfermero “hace por”, cuando se adelanta a las necesidades, conforta, actúa con habilidad y competencia y protege al que es cuidado y “posibilita” cuando a la vez entiende la situación del paciente, se hace partícipe y lo acompaña, pero a la vez permite el natural acontecer de la experiencia de salud que vive el paciente (39,79). Esto quedó reflejado cuando las gestantes respondieron ‘siempre’ a las preguntas ¿La hizo sentir bien? (75.7%) ¿Mostró una actitud positiva con usted y su embarazo? (76.1%) ¿La animó para que se siga cuidando durante el embarazo? (76.5%) ¿Fue respetuosa con usted? (84.9%) ¿Fue amable con usted? (82.7%) ¿La trató como persona? (85.3%).

En general, las preguntas o ítems de menor puntuación fueron las que permitieron expresar los sentimientos (65.9) y las de comprensión de signos y síntomas por parte del

enfermero (69.9%), ratificándose así la necesidad que existe en los usuarios de ser escuchados.

El no obtenerse un puntaje del 100% en todas estas respuestas indica que hay que mantener la idoneidad en el hacer y el saber, pues la dimensión del cuidado competente es percibida de manera muy favorable; sin embargo, existen grandes oportunidades de mejoramiento en el ser para permitir una relación más humana y cercana entre el que cuida y el que es cuidado, lo cual es característico del cuidado compasivo. Mientras no exista un equilibrio entre estas dos dimensiones, no se estrechará la brecha que impide la satisfacción total de las gestantes, demostrado no solo en su opinión, sino en la adherencia al control prenatal y la asimilación de conductas y estilos de vida saludables que garanticen la disminución del riesgo de complicaciones durante y después del embarazo.

Como lo sostienen Suárez y Bejarano (80), es preciso que el profesional sea empático y genere intervenciones adecuadas para las gestantes, y así ejercer un cuidado efectivo y asegurar la adherencia de las maternas. La actualización continua de los enfermeros es primordial para apropiarse del conocimiento disciplinar y reconocer las necesidades de cuidado de las participantes, proporcionando intervenciones que cumplan con las demandas de la sociedad hacia la profesión.

El no tener una valoración óptima está asociado a múltiples factores que fueron objeto de estudio en la presente investigación, sin embargo, se considera que la apropiación de una teoría de enfermería como la que propone Swanson, utilizada como brújula que oriente el cuidado, podría proporcionar estrategias para que el cuidado profesional sea excelente y en consecuencia mejore la percepción de las gestantes que asisten al control prenatal de las IPS de Sincelejo.

5.3 Percepción de la mujer gestante frente al cuidado compasivo recibido a través del control prenatal por el Profesional de Enfermería

La dimensión Sanador Compasivo propuesta por Swanson, evalúa la capacidad del Profesional de Enfermería de ofrecer cuidado humanizado (43, 81), que se traduce en la

comprensión del ser humano en su proceso de vivir, en sus derechos, en su especificidad, en su integridad (75). En este sentido, el trato que reciba la usuaria es esencial porque se crean las expectativas de cómo se desarrollará el proceso de su atención durante su gestación (17), lo que determina a su vez su adherencia al Control Prenatal.

A propósito de lo anterior, Munares (8), al indagar sobre los factores asociados al abandono del control prenatal en un hospital peruano, constató que situaciones como la relación profesional-paciente insatisfactoria e impersonal, trato y calidad inadecuados y sentirse maltratada, influyen en que la gestante tome la decisión de no acudir a los servicios de salud. De allí la importancia de profundizar acerca de la percepción que ellas tienen sobre el cuidado de enfermería, toda vez que estar a gusto y satisfecha con la atención brindada puede marcar la diferencia entre la adherencia o el abandono al control prenatal.

De acuerdo a lo anterior, se observa que, aunque en general las puntuaciones fueron favorables, en las tres IPS estudiadas de Sincelejo, la percepción del cuidado compasivo es inferior a la del competente, debido a que sintieron que el profesional está preparado para la tarea, concordante con el 96% de embarazadas que opinan que el profesional educa y resuelve las dudas sobre su gestación, de acuerdo con Guzmán (4); ello indica que, en este caso, los cuidados se constituyen en una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal, tal como lo fundamenta Swanson en su teoría de los cuidados (46). En este orden de ideas, cuando el Profesional de Enfermería se esmera por aterrizar su conocimiento de manera clara y entendible, logra no solo satisfacción en la gestante, sino también establecer una relación de empatía con ella, a la vez que fomenta el autocuidado y la motiva a seguir asistiendo al control, pues siente que es un programa útil, además de sentirse importante, valorada y apreciada.

Por el contrario, en las IPS de Sincelejo hubo no conformidad en lo que concierne a los espacios que se brindan para la expresión de sentimientos, resultado que contrasta con el mostrado por Mayorga (5), en el que las gestantes se sienten satisfechas al poder manifestar lo que perciben, lo que también es un incentivo para cumplir con el control; urge entonces, articular estrategias que logren mejorar la actitud y capacidad de escucha

del profesional, porque, de acuerdo con Mayorga, el tener la posibilidad de expresar sentimientos, incertidumbres, anécdotas, etc., en la consulta prenatal, genera una gran estimulación en las gestantes para continuar asistiendo.

Otra de las principales causas de inconformidad fue el desinterés por parte del enfermero con respecto a la condición de gravidez de las participantes, no obstante, Reyes (23) confirmó que 87% de las gestantes opinó que el profesional siempre mostró interés y el 13% informó que casi siempre. Es de rescatar entonces que las gestantes, en su condición de vulnerabilidad anhelan sentir que su experiencia es importante para el Profesional de Enfermería, por lo que es fundamental que él logre transmitir esto a quien cuida. Mostrarse interesado, según Guzmán (4), fortalece la empatía con las gestantes, haciéndolas sentir como personas seguras, únicas y serenas, y para ello, el enfermero debe mantener cercanía y presencia con la paciente.

Pese a lo anterior, hay gestantes que coincidieron en afirmar que el enfermero muestra una actitud positiva ante ellas y su embarazo, haciéndolas sentir bien, lo cual, puede determinar el éxito de la continuidad y seguimiento de la atención (17), porque incrementa la satisfacción hacia los servicios de salud (7).

De acuerdo con Sword et al. (71), en su investigación titulada *Women's and care providers' perspectives of quality prenatal care: a qualitative descriptive study*, una de las características más importantes de la calidad en el cuidado prenatal fue el soporte emocional, el cual se da a través de comportamientos como escuchar, expresar interés, entender los sentimientos y el respeto.

Reflexionando sobre los aspectos anteriormente mencionados, puede afirmarse que en general, en las tres IPS estudiadas de Sincelejo, las gestantes tienen una percepción favorable del cuidado compasivo brindado por el Profesional de Enfermería, a quien observan con una actitud positiva, por lo cual se sienten bien atendidas. Esto coincide con uno de los procesos secuenciales y básicos, propuestos por Swanson en su Teoría de los Cuidados. Se trata de "Estar con", que de acuerdo con Castañeda y Ramos (39), implica mantenerse emocionalmente presente con el otro; transmitir disponibilidad y compartir sentimientos, sin abrumar a la persona cuidada. Para esto es necesario establecer una relación interpersonal con el paciente y su familia, entender su situación y

estar presente en todo momento. Pequeñas pero trascendentales acciones como saludar, llamar por el nombre, mirar a los ojos mientras se habla, generar confianza, calidez, escuchar con atención y una transparente actitud de servicio, se necesitan para lograr transmitir al paciente que se le está cuidando de manera compasiva. En consonancia, Reyes (23) también recomienda, brindar un cuidado personalizado, centrado en las necesidades reales de la gestante, fortaleciendo una comunicación abierta, de escucha, donde exista participación activa de la gestante.

5.4 Percepción de la mujer gestante frente al cuidado competente recibido a través del control prenatal por el Profesional de Enfermería

La dimensión Sanador Competente, tiene que ver con las habilidades cognitivas del prestador de la atención, en este caso, del Profesional de Enfermería (43). Debe ser ejercido con responsabilidad, compromiso, pericia e idoneidad (23). Esto requiere de una preparación académica que garantice el dominio del hacer, lo cual se refleja en el desarrollo de intervenciones acertadas y pertinentes durante el control prenatal.

Al respecto, Vasconcelos et al. (7), aseguran a través de su estudio que, “la cualificación de la atención prenatal, del parto y el puerperio debe propender por garantizar una buena condición de salud tanto para la mujer como para el recién nacido, así como por posibilitar a la mujer una experiencia de vida gratificante en este periodo”, de allí la necesidad de combinar el conocimiento científico con el hacer, garantizando de esta manera la calidad del cuidado.

Esta dimensión tuvo una mejor calificación que el cuidado compasivo en las tres instituciones investigadas, donde las gestantes percibieron que el control realizado por el enfermero fue adecuado, pues se les brindó información clara sobre las instrucciones a seguir, con respeto y amabilidad. Asimismo, Quintero et al. (72), encontraron que 98% de las gestantes refirieron que la información recibida de parte del profesional fue clara. Las pacientes relacionan la competencia del saber con el facilitar el acceso al servicio de salud; a tal premisa llega Guzmán (4), al percatarse que 96% de las mujeres estudiadas opinaron que el enfermero siempre responde al llamado y resuelve dudas sobre su embarazo. También tiene que ver con la dimensión “explica y facilita”, que propone

Swanson, donde el profesional da a conocer aspectos que para el usuario son desconocidos o difíciles de entender en relación con su enfermedad, tratamiento o recuperación, a través de la orientación referente a la información requerida en forma clara y oportuna, haciendo así posible brindar los cuidados para el logro del bienestar.

Lo anterior ratifica, que, durante el control prenatal, el enfermero tiene un rol de educador, lo cual, es coherente con las recomendaciones de la OMS y el Ministerio de Salud de Colombia (16, 34, 36), para garantizar una experiencia positiva de la gestación, parto y puerperio.

En este sentido, la responsabilidad de enfermería, trasciende de la mera información sobre datos de salud, a impactar en la calidad de vida de toda una familia, pues durante el encuentro con la paciente proporciona indicaciones que influyen en las decisiones que la embarazada toma con respecto a su salud, adquisición de hábitos, rutinas y conductas saludables que determinan el futuro de ella y de su hijo por nacer, lo cual a su vez impacta en la morbilidad materna y perinatal. De hecho, Solis et al. (74), pudieron comprobar que hubo un menor número de complicaciones asociadas a hipertensión arterial al momento del parto en las gestantes que se les ofreció educación sobre el tema.

Entonces, como lo afirman Vasconcelos et al. (7), es necesario que los profesionales involucrados en el proceso de asistencia sean conscientes de la relevancia de su actuación y es imperativo integrar el conocimiento específico con el compromiso para un resultado satisfactorio en la atención recibida por la gestante.

Cuando educa, el enfermero se involucra, porque durante la consulta prepara a la mujer para la maternidad, modifica sus estilos de vida, y ello exige idoneidad en el saber, que solo es posible con la actualización continua, para proporcionar cuidado orientado por la mejor evidencia científica, competencia que se logra desde la academia, de allí el compromiso de la Universidad en la formación de profesionales críticos, capaces de aplicar los referentes teóricos en ejercicio del cuidado.

Sin embargo, en el cuidado competente, no solo se necesita un excelente conocimiento científico, también son indispensables actitudes del ser que propicien la confianza en el

profesional, como la amabilidad, el respeto, la colaboración, la ayuda y el animar a cuidar el embarazo, sin los cuales las enseñanzas impartidas no llegan ni son introyectadas por la paciente. Esto es ratificado en este estudio por las opiniones desfavorables que al respecto tuvieron un grupo numeroso de gestantes de las IPS de Sincelejo.

De manera infortunada, aunque las embarazadas esperan ser valoradas por los profesionales de la salud con respeto, dignidad y calidad, este hecho es poco común en muchas instituciones de salud pública, por ello, la invitación a los enfermeros es a actuar de tal manera que la gestante vuelva al servicio (7), es decir, lograr una relación significativa entre la gestante y el enfermero que le provee el cuidado prenatal, caracterizado por la confianza, que según Sword et al. (71), puede reducir la ansiedad y el estrés de la mujer embarazada y hace que se sienta más a gusto haciendo preguntas e involucrándose directamente en su cuidado, pues se adhieren a las recomendaciones profesionales.

Todo lo anterior ratifica que la dimensión del Cuidado Sanador Competente, es el resultado del equilibrio entre el saber y el ser enfermero; ser un enfermero competente es cuidar dando un trato humano durante intervenciones respaldadas por fundamentos científicamente avalados, como se traduce a través de la percepción global de mayoría de las gestantes de las tres IPS estudiadas en Sincelejo, quienes se sintieron que se les hizo un buen control prenatal, se sintieron cuidadas, tratadas como personas, con amabilidad y respeto.

Las gestantes se sienten seguras cuando las enfermeras brindan la consulta con acogida, escucha y orientación, aclarando dudas sobre la importancia del control prenatal y ofreciendo conocimientos sobre este nuevo momento de la llegada de una nueva vida (7). Ello disminuye la probabilidad de abandono del control (82). Por el contrario, una actitud negativa del profesional durante la atención, se constituye en una barrera para acudir al control prenatal (19).

Dentro de los procesos básicos del Modelo de Swanson, el Cuidado Competente se ve reflejado en el conocimiento, entendido éste, no sólo como el dominio de un acervo teórico, sino como interpretar el significado de un suceso en la vida del otro, centrándose en la persona a la que se cuida, buscando un compromiso entre el que cuida y el que es

cuidado; ser competente también incluye hacer por, es decir, adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado. De acuerdo con lo concluido por Castañeda y Ramos, y Rodríguez y Valenzuela (39, 1).

Se puede colegir entonces, que el Cuidado Competente proporciona seguridad al paciente, no solo porque percibe la tranquilidad de estar en manos de profesionales idóneos, sino porque se minimizan los riesgos de errores que conlleven a eventos adversos en la atención, lo cual es congruente con las políticas de Salud nacionales e internacionales.

5.5 Relación entre las características sociodemográficas y la percepción del cuidado profesional recibido

De acuerdo con lo consignado en la Guía de Cuidado de Enfermería en Control Prenatal de la Alcaldía Mayor de Bogotá, las alteraciones durante la gestación pueden ser identificadas mediante las actividades de cuidado que realiza el Profesional de Enfermería en el control prenatal, esto implica no solo el número de visitas, sino cuándo fueron realizadas durante el transcurso de la gestación y con qué calidad se dieron (13).

Dado que la calidad es un atributo que implica el cómo las personas perciben, en este caso el cuidado de enfermería, la Escala de Cuidado Profesional de Swanson, se constituye en un instrumento objetivo que determina la calidad del mismo.

En este sentido, Miranda y Castillo (37), afirman que existe una asociación importante entre los beneficios que percibe la gestante y el cumplimiento de las consultas del control prenatal, así como de la vinculación temprana a este. Las mujeres que consideran bueno para el cuidado de la salud este servicio, tienen 5,5 veces más probabilidades de usarlo de la manera adecuada, que aquellas que no los perciben. Esta es la razón por la cual, el presente estudio encontró correlación estadística entre la percepción positiva tanto del cuidado compasivo como del cuidado competente y la frecuencia en la asistencia al control prenatal, pues a mayor contacto o interacción con la gestante, garantizado por un

mayor número de consultas, mayor oportunidad tendrá el enfermero de brindar su cuidado profesional, con lo cual habrá una valoración positiva del mismo.

Tal y como lo asegura Vasconcelos et al. (7), la calidad del cuidado está centrada en la interacción de los profesionales de enfermería durante los momentos de verdad, donde las gestantes entran en contacto con la atención y cuidado profesional ofrecido, lo cual es ratificado por Sword et al. (71), quienes advierten que una relación interpersonal con la gestante es esencial para una atención de calidad e integral, pues favorece el autocuidado.

En cuanto al cuidado compasivo, éste es sinónimo de cuidado humanizado, porque de acuerdo con lo expresado por Correa (79), demanda situar en primer lugar la sensibilidad y la ética en el acto del cuidado, resaltando la dignidad humana y ofreciendo una óptima atención, comunicación e información a los pacientes, sus familias y demás profesionales involucrados en el sistema. Es por esto que la complejidad de la atención en salud, radica en su naturaleza humana y en la manera de interactuar con cada uno de los actores del sistema, que hace que el momento de cuidado sea una oportunidad de acercamiento con el otro.

Aunque mucho se ha tratado al respecto, desde el punto de vista teórico, y numerosas estrategias se implementan de manera continua en los servicios asistenciales, esta dimensión del cuidado sigue siendo la más difícil de aplicar, lo cual se pudo constatar con las embarazadas de la ESE San Francisco de Asís de Sincelejo, las cuales califican de mejor manera el cuidado competente que el compasivo, no obstante la frecuencia con la que acuden al control, demostrándose así que la fuerza de relación entre la dimensión cuidado compasivo y frecuencia a las consultas de enfermería es débil.

Por otro lado, el cuidado competente, que tiene que ver con la percepción que las gestantes tienen de la cualificación del profesional, el conocimiento, la habilidad y capacidad técnica en el saber y el hacer, es igualmente importante para otorgar al paciente una atención segura y de calidad. En este orden de ideas, Suárez y Bejarano (80) señalan que la enfermera se apropia de su conocimiento y lo transmite a los sujetos de cuidado, sin advertir que mediante este proceso va marcando la vida, la realidad y el

futuro de muchas personas que ven en ella una luz entre las situaciones difíciles de sus vidas.

De manera específica en la consulta prenatal, el cuidado competente se evidencia en la educación, la cual, de acuerdo con Hernández et al. (45), fortalece sentimientos en la gestante de aceptación e identidad en su rol de la maternidad, propiciándose un vínculo de amor y responsabilidad por el desarrollo del nuevo ser, pues la enfermera es vista como maestra y experta en el cuidado. Este aspecto genera confianza en la paciente, pues teniendo en cuenta lo dicho por Miranda y Castillo (37), al percibir beneficios, la gestante hace mejor uso del control prenatal, y se adhiere a él. Todo esto explica el por qué en la presente investigación, se pudo determinar una correlación estadística positiva media entre la percepción positiva de las gestantes sincelejanas y el mayor número de consultas cumplidas. Es decir, cada vez que la gestante acude a una consulta de enfermería, va teniendo una apreciación más favorable de la competencia del profesional.

6. Conclusiones y recomendaciones

6.1 Conclusiones

Con la aplicación de la Escala de K. Swanson, validada en Colombia por la Doctora Vesga, se dio respuesta a los objetivos de este estudio, de tal manera que los 15 ítems de que consta la Escala, se adaptaron a un sistema de puntaje estadísticamente comprobado acorde con las categorías de la escala de Likert y permitió evaluar el cuidado profesional tanto de manera global, como a cada una de sus dimensiones con igual valor: cuidado sanador competente, que analiza el conocimiento disciplinar; y cuidado sanador compasivo, que estima el cuidado humanizado, determinando de manera puntual cómo la gestante percibe el cuidado, y qué aspectos específicos de éste son susceptible ser mejorados.

Las gestantes que acuden al control prenatal en la ESE Unidad de Salud San Francisco de Asís se encuentran en su mayoría entre los 20 y 24 años de edad, aunque existe un considerable porcentaje de adolescentes entre los 18 y 19 años, predominando la educación básica secundaria, pertenecientes a los estratos socioeconómicos 1 y en la mayor parte de los casos investigados, se dediquen a las labores del hogar. Se resalta el mayor número de gestantes con una relación de pareja estable y con uno o ningún hijo aún. A pesar de que las participantes se hallaban en la asistencia al control prenatal de manera mensual por estar en el último trimestre de la gestación, se evidencia que un considerable número de ellas (29,5%) acudieron al control prenatal en el segundo trimestre, por lo que es imperativo seguir implementando campañas que promuevan el inicio temprano del control del embarazo y la adherencia a él.

El cuidado competente fue mejor evaluado, pues el 79.2% de las gestantes lo consideró excelente, frente a un 68.9% que opinó lo mismo del cuidado compasivo. De acuerdo con los resultados para mejorar la percepción del primero, se requiere que el profesional anime más a las gestantes sobre sus cuidados, brinde apoyo y colaboración; y con respecto al segundo, aún falta de parte del Profesional de Enfermería, demostrar más interés en la situación de la embarazada, escucharla, facilitar la expresión de sentimientos y comprender sus signos y síntomas.

Explorando la relación de la percepción de cuidado profesional frente a las variables sociodemográficas de la mujer gestante, se pudo determinar que su apreciación en ambas dimensiones se asocia con la frecuencia de la asistencia a los controles, pues a más contacto con el enfermero, más oportunidades habrá de establecer una interacción, una relación cercana, en la que el profesional podrá educar sobre los cuidados pre y posnatales, de una manera cercana, singularizando el cuidado a la necesidad de cada paciente, ofreciendo confianza para la expresión de sentimientos y dudas, interviniendo no solo la parte física, sino también emocional, social, espiritual y familiar. Cada vez que la paciente acuda al control, el enfermero tiene una oportunidad valiosa para que ella se motive a seguir acudiendo.

Es imperativo reafirmar que el cuidado profesional de enfermería es la autorregulación entre su ser, su saber y su hacer, volcados de manera total y permanente a quien se cuida. Es estar, permanecer, escuchar, educar, conciliar, acercarse y compartir, atributos que hacen que la relación con la gestante fluya y propicie el autocuidado, la adherencia a los servicios de salud, y con ello, la disminución de los riesgos físicos, psíquicos y sociales en el binomio madre-hijo y la familia. El cuidado profesional es una mezcla perfecta entre actitud y aptitud del enfermero, y brindarlo, es más que una disposición o mandato administrativo e institucional, una decisión personal del enfermero, en cumplimiento de su rol social y fundamentos éticos disciplinares.

6.2 Recomendaciones

Teniendo en cuenta los resultados de la investigación, es válido inferir las siguientes recomendaciones:

Para la práctica. Propender porque el cuidado que brinda el Profesional de Enfermería implique los elementos de la humanización que contempla el cuidado sanador compasivo y se retomen las raíces de la disciplina, transversalizando en su práctica la aplicación de una teoría de enfermería, en este caso la de Kristen Swanson, con el propósito de implementar estrategias para fortalecer el cuidado en sus dos dimensiones: compasivo y competente, brindando así un verdadero cuidado profesional de manera holística.

Para la educación. Programar espacios de educación continuada en torno a la humanización de los servicios de salud, como también fortalecer los programas educativos de planificación familiar, teniendo en cuenta el alto número de embarazos a temprana edad que continúan presentándose en la región.

Para la investigación. Desarrollar investigaciones de manera interdisciplinaria entre las entidades de salud del ente territorial y la Universidad de Sucre, como entidad formadora de los profesionales de Enfermería de la región, que determinen los factores institucionales que se relacionan con las debilidades en el cuidado profesional compasivo y competente, y redunden en la percepción de las usuarias, y su asistencia al control prenatal.

Generación de nuevas políticas. Propiciar la participación del Profesional de Enfermería en la generación de nuevas estrategias o políticas en atención primaria en salud basadas en los resultados de investigaciones direccionadas a mejorar de manera integral la calidad del control prenatal y la adherencia del mismo. Teniendo en cuenta los requerimientos de la política pública (Resolución 3280/2018) y de la Ruta de Atención Integral Materno Perinatal (RIAMP).

6.3 Limitaciones del estudio

La percepción que se analizó en el presente estudio, aunque captura la opinión de un número representativo de usuarias del área urbana, pudo incluir a las usuarias del área rural, lo cual podría aportar elementos valiosos para ahondar en los resultados y por ende mejorar la calidad del cuidado Profesional de Enfermería brindado a la población gestante del municipio de Sincelejo.

6.4 Socialización de los resultados

A corto plazo:

- Socializar resultados de la investigación con la Secretaria de Salud municipal y departamental y las directivas y Profesionales de Enfermería de la ESE.
- Elaborar artículo de la investigación para publicación en revista indexada.

A mediano plazo:

- Participar como ponente en evento científico nacional e internacional.

Bibliografía

1. Rodríguez Campo VA, Valenzuela Suazo S. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. *Enfermería Global* 2012; 11(4):316-332. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/141391/139041>.
2. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: Embarazo. In. Ginebra. p. 1. Disponible en: <http://www.who.int/topics/pregnancy/es/>
3. Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería* 2011; 17(3):11-22. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>
4. Guzmán de Melo M d P. Percepción del cuidado de enfermería en un servicio de atención prenatal. Montería 2013 [Tesis de investigación presentada como requisito para optar al título de: Magister en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Materno-perinatal]. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2013. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/43080/1/51555566-2013.pdf>
5. Mayorga Palacios A d P. Percepción sobre el control prenatal de las gestantes adolescentes en la E.S.E San Cristóbal, Bogotá 2012 [Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de: Magister en Salud Pública]. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2012. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11472/1/598593.2012.pdf>
6. Eriksson K. Teoría del cuidado caritativo. In: Blog Desarrollo del conocimiento en Enfermería; 2014. p. [1 pantalla]. Disponible en: <http://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.com.co/2013/12/teoria-del-cuidado-caritativo.html>
7. Vasconcelos Moura MA, Fernandes e-Silva G, Santos C, Mendes de Araújo-Silva V. La calidad de asistencia de enfermería en el periodo prenatal desde la perspectiva de la mujer embarazada. *Rev. Aquichán* 2014;14(2):196-206. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v14n2/v14n2a07.pdf>
8. Munares-García Oscar. 2013. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. *Revista Peruana de Epidemiología Volumen 17 Número 2 Editor Sociedad Peruana de epidemiología*. <https://www.redalyc.org:9444/error.xhtml?cid=898071>
9. Alcaldía de Samaná, Secretaría de Salud y Bienestar Social. Perfil epidemiológico: Indicadores de infancia y adolescencia. In. Samaná - Caldas; 2013. Disponible en: <http://samana-caldas.gov.co/apc-aa-files/34353632613232366131313964346163/capitulo-12.p>
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de atención integral en salud "Un sistema de salud al servicio de la gente". In. Bogotá D.C.; 2016. p. 97. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

11. Congreso de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Ley Estatutaria No 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. In. Bogotá, D.C.; 2015. p. 13. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
12. Cáceres Manrique F d M. El control prenatal: Una reflexión urgente. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2009; 60(2):165-170. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/342/358>
13. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., Secretaría Distrital de Salud. Guía de cuidado de enfermería en control prenatal. Imprenta Distrital DDDI ed. Bogotá D.C.: Secretaría Distrital de Salud. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Guas%20de%20cuidado%20de%20enfermera/Guia%20prenatal.pdf>
14. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. In. Bogotá, D.C.; 2004. p. 15. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105034_archivo_pdf.pdf
15. Soto Lesmes VI. Tendencia e impacto de la consulta de enfermería en Bogotá. Rev. Av. enferm. 2004; 22(2):34-41. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37930/40163>
16. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. In. Ginebra, Suiza; 2016. p. 10. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250802/1/WHO-RHR-16.12-spa.pdf>
17. Ángeles Ávila G, Rojas Carbajal F, Maciel Vilchis AdC. Percepción de la embarazada sobre la atención brindada en el control prenatal. Revista horizontes 2012;5(1):9 - 18. Disponible en: http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/1_PERCEPCION.pdf
18. Camarena O L, Von Glascoe C. Perspectiva de calidad de atención prenatal alterna a la institucional: ciudad de Chihuahua, México. Rev Fac Nac Salud Pública 2007;25(1):40 - 49. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12025106>
19. Jiménez Martínez, Aida; Peralta Cerda, Elvia; Hinojosa García, Laura; García García, Pedro; Castillo Muraira, Yolanda y Miranda Posadas, Claudia. 2012. Beneficios y barreras percibidos por las adolescentes embarazadas en el control prenatal. CienciaUANL, 15 (57). pp. 81-92. ISSN 1405-9177
20. Vásquez Rodríguez KE, Hernández Ramírez M. Percepción de la calidad de atención del control prenatal por la gestante atendida como usuaria externa en el Hospital II-1 Moyobamba [Para optar el título profesional de obstetra]. Tarapoto - Perú: Universidad Nacional de San Martín; 2015. Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/1365/ITEM%4011458-1007.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

21. Lavado RF, Lagrada LP, Ulep VGT, Tan LM. Who Provides Good Quality Prenatal Care in the Philippines? In Philippines; 2010. p. 17. Available from: <https://dirp3.pids.gov.ph/ris/dps/pidsdps1018.pdf>
22. Arias Charry J, Bernal Arias K, Giraldo Carvajal DC, González Echeverri EV, Rivera Mejía PT. Calidad del control prenatal realizado por profesionales de enfermería en una IPS Pública, Manizales 2007. *Hacia promoci. salud* 2008; 13:131 - 142. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v13n1/v13n1a08.pdf>
23. Reyes Bravo DM. Valoración del cuidado Profesional de Enfermería que realizan las adolescentes gestantes antes y después de una intervención de cuidado [Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de: Magister en Enfermería con Énfasis en Cuidado Materno Perinatal]. Bogotá D.C, Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2016. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/52921/1/63533904.2016.pdf>
24. Castaño Sierra KL. Calidad de la atención en el control prenatal: opinión de las usuarias de una Institución Prestadora de servicios de Bogotá D.C.-Colombia [Trabajo de grado para optar el título de: Enfermera]. Bogotá, D.C.: Pontificia Universidad Javeriana; 2009. Disponible en: <http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis23.pdf>
25. Unidad de Salud ESE San Francisco de Asís Sincelejo, Coordinación de promoción y prevención. Registros estadísticos Soinfos. In. Sincelejo; 2017 – 2018.
26. Unidad de Salud ESE San Francisco de Asís Sincelejo, Coordinación de promoción y prevención, Coordinación de enfermería. Protocolo de atención institucional. Acta del 26 de diciembre de 2016. In. Sincelejo, Sucre; 2016.
27. Informe Nacional de la Calidad de la Atención en Salud 2015 Minsalud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf>
28. Martínez Royert, Judith, & Pereira Peñate, Milena. (2016). Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia), 2015. *Revista Salud Uninorte*, 32(3), 452-460. Retrieved April 09, 2019, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522016000300009&lng=en&tlng=es.
29. Correa Zambrano, M. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1227-31. doi:<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>
30. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. Centro de prensa de la OMS 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/#>
31. República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). In. Bogotá, D.C.; 2015. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Publicaciones/05%20Objetivos%20de%20Desarrollo%20Sostenible%20para%20la%20web.pdf>

32. Dirección Territorial de Salud de Caldas, Lepineux CA. Informe anual de evento mortalidad materna, Caldas 2016 hasta semana 52, periodo epidemiológico 13. In. Manizales, Caldas; 2016. p. 20. Disponible en: <http://www.observatorio.saluddecaldas.gov.co/desca/anuales/Mortalidad%20%20Materna%20a%C3%B1o%20%20%202016.pdf>
33. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021: La salud en Colombia la construyes tú. In. Bogotá; 2013. p. 237. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
34. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016, Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. In. Bogotá; 2016. p. 5. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0429-2016.pdf>
35. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018, por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la RIAMPS y la RIASPMP. Colombia, Bogotá. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
36. Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias. 2013. Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Guías No. 11-15. ISBN: 978-958-57937-4-3 Bogotá. Colombia.
37. Miranda C, Castillo IY. Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal. Rev Cuid. 2016; 7(2): 1345-51. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.340>.
38. Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. In. Séptima ed. Barcelona (España): ELSEVIER; 2011. p. 816.
39. Castañeda Méndez JF, Ramos Garzón JX. Aplicación de la Teoría de Kristen Swanson en el cuidado de pacientes con enfermedad coronaria: una experiencia desde la docencia. Editorial Unimar 2016: 63-71. Disponible en: <http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/libroseditorialunimar/article/view/998>
40. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23ª ed. Barcelona, España: octubre; 2014.
41. Campos C. Enfermería: Profesión y disciplina del cuidado. Revista Enfermería 2008:1-4.
42. Rocha Chagas N, Costa Ramos I, Da Silva LF, Macêdo Monteiro AR, De Melo Fialho AV. Cuidado crítico y creativo: contribuciones de la educación de Paulo Freire para la enfermería. Cienc. enferm. 2009; 15(2):35-40. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000200005


43. Posada Morales MN, Ruiz CH. Adecuación semántica de la Escala de Cuidado Profesional (CPS). *Rev. Aquichán* 2013; 13(1): 104-117. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v13n1/v13n1a10.pdf>
44. Andershed B, Olsson K. Review of research related to Kristen Swanson's middle-range theory of caring. *Scand J Caring Sci.* 2009; 23(3): 598-610. Available from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2008.00647.x/pdf>
45. Hernández Betancur AM, Vásquez Truissi ML. El cuidado de Enfermería comprometido: Motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal. *Rev Univ. salud* 2015; 17(1): 80-96. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a08.pdf>
46. Swanson KM. Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research* 1991; 40(3): 161-166.
47. Vesga Gualdrón LM, Ruiz de Cárdenas CH. Percepción que tienen las gestantes sobre el cuidado de enfermería en la atención prenatal. *Investig Enferm Imagen Desarr.* 2019; 21(1). <https://www.doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-1.ptgc>.
48. García Hernández MdL, Cárdenas Becerril L, Arana Gómez B, Monroy Rojas A, Hernández Ortega Y, Salvador Martínez C. Construcción Emergente Del Concepto: Cuidado Profesional de Enfermería. *Texto Contexto Enferm* 2011; 20:74-80. Disponible en: <http://www.index-f.com/textocontexto/2011pdf/20s-074.pdf>
49. Vesga Gualdrón LM. Validez y confiabilidad de la escala de cuidado profesional (CPS) de la doctora Kristen Swanson versión en español. [Tesis de investigación presentada como requisito parcial para optar al título de: Magister en Enfermería con Énfasis en Cuidado Materno Perinatal]. Bogotá: Universidad Nacional De Colombia; 2013. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/40135/1/1098615992.2013.pdf>
50. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. In. Helsinki, Finlandia; 1964. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
51. Amaro Cano MdC. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. *Rev Cubana Enfermer* 2004;20(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009
52. Sánchez Herrera B. Fenomenología: Un método de indagación para el cuidado de enfermería. In: Pinto Afanador N, editor. *Cuidado y práctica de enfermería*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2000. p. 24-36.
53. Achury Saldaña DM. La historia del cuidado y su influencia en la concepción y evolución de la enfermería. *Inv. Enf* 2006;8(1):8-15. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1573/999>
54. Fawcett J. *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. 2nd ed. Boston: University of Massachusetts; 2005.

55. Zarate Grajales RA. La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enferm* 2004;13(44-45):42-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009
56. Wojnar D. Kristen Swanson: Teoría de los Cuidados. Sexta ed. Madrid - España: Elsevier. Modelos y teorías en enfermería; 2007.
57. Grupo de investigación materno perinatal. Definición de los conceptos de Sanador Compasivo y Sanador Competente, basados en la Teoría de la Dra. Swanson. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010.
58. Supo Condori J. Calculo del tamaño de la muestra para estimar parámetros categóricos en poblaciones finitas. In. p. 1.
59. Vesga Gualdrón LM, Ruiz CH. Validez y confiabilidad de una escala de cuidado profesional en español. *Rev. Av. enferm.* 2016; 34(1):69-78. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/44488/56826>
60. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. In. Bogotá; 1993. p. 19. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
61. Gual A, Núñez Cortés JM, Palés Argullós J, Oriol Bosch A. Declaración de Edimburgo, ¡25 años! *FEM* 2013;16(4):186-189. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/fem/v16n4/editorial.pdf>
62. Mancini Rueda R. Normas éticas para la Investigación Clínica. In: Universidad de Chile, Centro interdisciplinario de estudios en Bioética. Chile. Disponible en: <http://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/publicaciones/76992/normas-eticas-para-la-investigacion-clinica>
63. Asociación médica mundial. Declaración de Helsinki de la AMM- principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. WMA. 2013 [citado 17 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
64. Ministerio de Salud, Profamilia (2/12/2016 - Boletín de Prensa No 261 de 2016). Encuesta Nacional de Demografía (ENDS) 2015. Tomado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Ministerio-de-Salud-y-Profamilia-entregan-resultados-de-la-ENDS-2015.aspx>. Noviembre 21 de 2018.
65. Percepción de gestantes acerca de la calidad del control prenatal en una empresa de salud del Estado de Pereira [Internet]. Informativo presentado en: XX Coloquio Nacional de investigación en enfermería; 2011 [citado 2 de diciembre de 2018]; Pereira. Disponible en: <file:///C:/Users/Marcia/Downloads/Dialnet-PercepcionDeGestantesAcercaDeLaCalidadDelControlPr-3757884.pdf>

66. Organización Mundial de la salud. América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo en adolescente del mundo [Internet]. Organización mundial de la salud. 2018 [citado 2 de diciembre de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=996:america-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-mas-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mundo&Itemid=1005
67. Miranda, Frank José Silveira; Fernández, Rosa Aurea Quintella. Assistência pré-natal: estudo de três indicadores / Asistencia prenatal: estudio de tres indicadores / Prenatal care: study of three indicators. Rev Enfer UERJ. 2010;18(2):179-84.
68. Castillo Ávila IY, Villarreal Villanueva MP, Olivera Correa E, Pinzón Consuegra A, Carrascal Soto H. Satisfacción de usuarias del control prenatal en instituciones de salud públicas y factores asociados. Cartagena. Hacia promoci. salud 2014;19(1):128-140. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v19n1/v19n1a10.pdf>
69. Ortega Barco MA, Muñoz de Rodríguez L. Evaluation of the Nursing Care Offered during the Parturition Process. Controlled Clinical Trial of an Intervention based on Swanson's Theory of Caring versus Conventional Care. Investig Educ En Enfermería. 2018;36(1):e05.
70. Miranda, Frank José Silveira; Fernandes, Rosa Aurea Quintella. Assistência pré-natal: estudo de três indicadores / Asistencia prenatal: estudio de tres indicadores / Prenatal care: study of three indicators. Rev Enfer UERJ.2010; 18(2):179-84.
71. Sword W, Heaman MI, Brooks S, Tough S, Janssen PA, Young D, et al. Women's and care providers' perspectives of quality prenatal care: a qualitative descriptive study. BMC Pregnancy Childbirth. Abril de 2012;12(1):29.
72. Quintero, A.; Lasso, G.; Claret, A. y Franco, B.; percepción de gestantes acerca de la calidad del control prenatal en una empresa de salud del estado de Pereira 2010. Artículo científico. Colombia 2010
73. Oviedo Zúñiga, Ana María, y otros. Cuidados del control prenatal en el primer nivel de atención en relación a la nom-007-ssa2-1993. México: Waxapa, 2014.
74. Solís Flores L, Hernández Rosas J, Quintero Estudillo P, Pérez J, Cortés D, López JC. La consejería personalizada dirigida a mujeres embarazadas disminuye el riesgo de complicaciones secundarias a hipertensión. Informe preliminar. Revista de Medicina del Hospital General de México. 2009; 72(4):200-206.
75. Escobar P, Guzmán L, Córdoba R. Factores asociados a la inasistencia al control prenatal durante el primer trimestre en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián La Plata Huila [Internet]. [Neiva]: Sur Colombiana; 2011. Disponible en: <https://contenidos.usco.edu.co/salud/images/documentos/grados/T.G.Epidemiologia/5.5.T.G-Lina-Paola-Escobar-Fiesco-Lyda-Lucero-Guzman-Ramiro-Cordoba-2011.pdf>
76. Index mundi. Tasas de fertilidad en el mundo. Mapa comparativo de países. Consultado en: <https://www.indexmundi.com/map/?v=31&l=es>. Accedido: 02/12/2018.

77. Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring. Colorado: University Press of Colorado; 2008. p. 15-27.
78. Cárdenas A, Lissette L; Cedeño Sánchez, Eimy A. Calidad percibida del cuidado de enfermería en niños/as y estancia hospitalaria. Universidad nacional de Trujillo, Perú 2016. disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/5684/1688.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
79. Correa Zambrano, Martha. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. Revista Cuidarte, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 1227-31, jan. 2016. ISSN: 2216-0973. Disponible en: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/300/487>
80. Suárez Baquero, D., & Bejarano Beltrán, M. (2016). Percepción del cuidado de enfermería de las gestantes del curso de maternidad y paternidad. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 4(2), 33-39. doi:10.22235/ech.v4i2.888
81. Ortiz Pinilla J. Simulación y métodos estadísticos. Bogotá: U. Santo Tomás; 2009.
82. Martínez D. Valoración del cuidado de enfermería en el curso de preparación para la maternidad y paternidad [Internet]. [Bogotá- Colombia]: Nacional de Colombia; 2018 [citado 2 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/63283/1/1013638189.2018.pdf>
83. Hernández R, Fernández C, Baptista MdP. (2010). Metodología de la investigación. 5ª Edición. Editorial Mc Graw-Hill.

Anexo A. Solicitud para la realización del estudio

<p style="text-align: center;">Área Curricular de Enfermería Facultad de Enfermería Sede Bogotá</p>	 <p>UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA</p>
<p>Bogotá D.C., Miércoles 19 de abril de 2017</p> <p style="text-align: right;">[B.ACEM-118-17]</p>	
<p>Doctor AMERICO VICTORINO YEPES Gerente Unidad de Salud ESE San Francisco de Asís Municipio de Sincelejo Sucre</p>	
<p>Asunto: Presentación estudiante Maestría en Enfermería en convenio con la Universidad de Sucre.</p>	
<p>Atento saludo, permito presentar a la estudiante del Programa de Maestría en Enfermería en convenio con la Universidad de Sucre con énfasis en cuidado materno Perinatal LUZ ADRIANA HERNÁNDEZ AMIN identificada con cédula No. 30659399, quien actualmente está desarrollando su trabajo investigativo titulado "Cuidado profesional de enfermería a la gestante en el control prenatal" para optar su título de Magister.</p>	
<p>Por lo anterior se solicita su autorización para la recolección de datos con las gestantes que asisten al control prenatal en las diferentes IPS y posteriormente el desarrollo de la investigación.</p>	
<p>Agradezco de antemano su colaboración y colocamos a su disposición la información adicional requerida por ustedes para el desarrollo de la investigación.</p>	
<p>Atentamente,</p>  <p>VIRGINIA INÉS SOTO LESMES Directora de Tesis Coordinadora Posgrados Área Curricular Enfermería C.C. Estudiante Luz Adriana Hernández Amin - ME-SUCRE Archivo PEU</p>	
 <p>ESE UNIDAD DE SALUD SAN FRANCISCO DE ASIS CALLE 23 NO. 14-39 B. MOCHILA</p> <p>No. A3280 Anexo NINGUNO Cert. Folios : 1 Fecha: 25-Abr-2017 03:43:18 p.m.</p>	
<p><i>Recibido: 25-04-2017</i> <i>Hora: 03:57pm</i> <i>2 folios</i> <i>Mary Cruz Acosta</i></p>	
<p>[Página 1 de 1] Elaboró: Nayive V.</p>	<p>Carrera 30 No. 45-03 EDIFICIO DE ENFERMERÍA 228, Oficina 404 Teléfono: (57-1) 316 5000 Ext. 17044 - 17051 - 17047 - Bogotá, Colombia posacenf_febog@unal.edu.co</p>
<p>Patrimonio de todos los colombianos</p>	

Anexo B. Autorización institucional

Gerente Unidad de Salud ESE San Francisco de Asís



Sincolejo, 03/10/2017

Doctora:

VIRGINIA INES SOTO LESMES

Directora de Tesis Coordinadora Posgrados Área Curricular Enfermería

Programa de Maestría en Enfermería Universidad Nacional de Colombia

Ref. Solicitud de autorización a la estudiante **LUZ ADRIANA HERNÁNDEZ AMÍN**, identificada con la C. C. No. 30.659399 para la realización del trabajo investigativo titulado, "Cuidado profesional de enfermería a la gestante en el control prenatal", para optar el título de Magister, quien cursa Maestría en Enfermería en la Universidad Nacional de Colombia en convenio con la Universidad de Sucre, con énfasis en cuidado materno perinatal.

Cordial saludo:

Acorde al asunto de la referencia, se autoriza a la profesional **LUZ ADRIANA HERNÁNDEZ AMÍN**, la realización de la recolección de datos con las gestantes que asisten al control prenatal en las diferentes IPS de la ESE San Francisco de Asís, de este municipio y posteriormente el desarrollo de la investigación. Lo cual debe coordinar mediante la presentación de un cronograma previo de visitas con la Enfermera Coordinadora del Comité Docencia Servicio de esta Empresa Social del Estado, **ANGELA FLOREZ ACOSTA** la información puntual de las etapas y contenido del proceso y cumplir con la parte ética, para la debida protección de los derechos de las pacientes, durante el desarrollo del proceso investigativo y publicación.

Esta autorización se da con base al convenio vigente entre la Universidad de Sucre y nuestra empresa.


Atentamente,


AMÉRICO VICTORINO YEPES

Gerente Unidad de Salud ESE San Francisco de Asís.

Copia: **Angela Flórez Acosta**, Enfermera Coordinadora del Comité Docencia

Anexo C. Autorización Institucional Coordinadora del Departamento de Enfermería, Unidad de Salud ESE San Francisco de Asís

 **E.S.E. UNIDAD DE SALUD
SAN FRANCISCO DE ASÍS**
Transformando Salud

Sincelejo, Octubre 31 del 2017.

Señores Comité de Ética
Programa de Maestría en Enfermería – Posgrados Área Curricular
Universidad Nacional de Colombia.

Referencia:
Autorización a la estudiante Luz Adriana Hernández Amín, para la realización del trabajo de investigación: PERCEPCIÓN DEL CUIDADO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA RECIBIDO POR LA MUJER GESTANTE DURANTE EL CONTROL PRENATAL EN LA UNIDAD DE SALUD ESE SAN FRANCISCO DE ASÍS SINCELEJO. *(Titulación que fue modificada, dentro de las recomendaciones recibidas por parte el comité de ética)*

Cordial saludo.

Acorde a la información recibida por parte la enfermera y estudiante de maestría en enfermería: Luz Adriana Hernández Amín, Referente a la modificación que le fue realizada a la titulación de su trabajo de investigación; se ratifica la autorización antes realizada desde la gerencia de la institución para la realización de recolección de su información con las gestantes en el control prenatal.

Atentamente,

Angélica Flórez Acosta
Coordinadora del Departamento de Enfermería.
Unidad de Salud ESE San Francisco de Asís

PBX: 2828189 - 2818032 - Fax: 2822348
Email: esesanfranciscodeasis@sincelejo.gov.co
www.esesanfranciscodeasis@sincelejo.gov.co
Calle 23 No. 14 - 39 Barrio Mochila
Sincelejo - Sucre

Anexo D. Autorización de uso de la Escala de Cuidado Profesional dada por Lucy Marcela Vesga

Sevilla , Junio 14 de 2016

Enfermera
Luz Adriana Hernandez
Estudiante Maestría en Enfermería

Asunto: Autorización de uso de Escala de Cuidado Profesional versión en Español

Cordial saludo;

En atención a su solicitud previa, manifiesto de manera gustosa, que autorizo el uso de la Escala de Cuidado Profesional, versión en Español, para las mediciones que considere pertinentes en el marco de su investigación. Deseo éxitos en el desarrollo de su trabajo.

Atentamente,



Lucy Marcela Vesga Gualdrón
RN.20448
Magister en Enfermería
Candidata a Doctora en Enfermería

Anexo E. Autorización de uso de la Escala de Cuidado Profesional dada por K. Swanson



Luz Adriana Hernandez Amin <luahernandezam@unal.edu.co>

Authorization to use scale of professional care "Caring Professional Scale"

Swanson, Kristen <swansonk@seattleu.edu>

4 de octubre de 2017, 21:06

Para: Luz Adriana Hernandez Amin <luahernandezam@unal.edu.co>

You have my permission

Sent from my iPhone

On Oct 4, 2017, at 5:57 PM, Luz Adriana Hernandez Amin <luahernandezam@unal.edu.co> wrote:

Best regards; Dr SWANSOM

I request your authorization for the use of "Caring Professional Scale", instrument that will be used for the measurement of the perception of the pregnant woman in the professional nursing care in antenatal care. in the company Social of the State unit of health San Francis of Assisi in the city of Sincelejo - Sucre (Colombia)

Cordial saludo Dra Swanson.

Adjunto solicitud de Autorización de uso Escala de Cuidado Profesional "Caring Profesional Scale" instrumento que será utilizado para la medición de la Percepción de la gestante del cuidado profesional de Enfermería en el control prenatal, en la Empresa Social del Estado Unidad de Salud San Francisco de Asis en la ciudad de Sincelejo - Sucre (Colombia)

Atentamente,

LUZ ADRIANA HERNANDEZ AMIN.

Nurse - student of master's degree in nursing Universidad Nacional de Colombia - Convention University of Sucre

----- Forwarded message -----

From: Luz Adriana Hernandez Amin <luahernandezam@unal.edu.co>

Date: 2017-09-26 18:15 GMT-05:00

Subject: Authorization to use scale of professional care "Caring Professional Scale"

To: swansonk@seattleu.edu

Cc: Luz Adriana Hernandez Amin <luahernandezam@unal.edu.co>, Virginia Ines Soto Lesmes <visotol@unal.edu.co>

Best regards; Dr SWANSOM

I request your authorization for the use of "Caring Professional Scale", instrument that will be used for the measurement of the perception of the pregnant woman in the professional nursing care in antenatal care. in the company Social of the State unit of health San Francis of Assisi in the city of Sincelejo - Sucre (Colombia)

Cordial saludo Dra Swanson.

Adjunto solicitud de Autorización de uso Escala de Cuidado Profesional "Caring Profesional Scale" instrumento que será utilizado para la medición de la Percepción de la gestante del cuidado profesional de Enfermería en el control prenatal, en la Empresa Social del Estado Unidad de Salud San Francisco de Asis en la ciudad de Sincelejo - Sucre (Colombia)

Atentamente,

Anexo F. Acta de aprobación del Comité de Ética

Dirección de Extensión e Investigación
Facultad de Enfermería
Sede Bogotá



Bogotá, 29 de noviembre de 2017

[AVAL-064 -17]

Profesora
VIRGINIA INES SOTO LESMES
Directora
Posgrados Área Curricular de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Respetada profesora, reciba un cordial saludo:

De manera atenta me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión del 27 de noviembre de 2017 - Acta 18, se permite **dar aval** desde los aspectos éticos al proyecto de investigación titulado **“Percepción del cuidado profesional de enfermería recibido por la mujer gestante durante el control prenatal en la unidad de salud de Asís Sincelejo”** Estudiante: Luz Adriana Hernández Amín. Realizando los ajustes enviados en el formato anexo.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo.

Cordialmente,

ALBA IDALY MUÑOZ SÁNCHEZ
Presidenta Comité de Ética*
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

*Delegada por la Decana

Copia: Luz Adriana Hernández Amín - Estudiante



[Página 1 de 1]

Comité de Ética
Carrera 30 No. 45-03
Edificio 228 Oficina 402
3165000 Ext. 17089-17020- 17021-17038
Bogotá D.C., Colombia
ugi_febog@unal.edu.co

Patrimonio
de todos
los colombianos

Anexo G. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA – FACULTAD DE ENFERMERÍA – PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: CUIDADO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL PRENATAL

Con el propósito de conocer la percepción de las gestantes frente al cuidado profesional ofrecido por la Enfermera en el control prenatal en la Unidad de Salud ESE San Francisco de Asís de Sincelejo, la invito a participar y colaborar en este proyecto de investigación, a nivel institucional, con impacto en la salud materno-perinatal de la población sincelejana y de la IPS. Respetada Gestante inscrita y asistente al control prenatal, el estudio lo desarrollará un profesional idóneo, con experiencia. Se requiere que usted comprenda los siguientes aspectos:

- La decisión de participar en este estudio es completamente voluntaria, por lo tanto, usted es libre de aceptar participar o no.
- Al autorizar su participación en este estudio, se procederá de la siguiente manera:
- Diligenciará un instrumento de evaluación tipo cuestionario, acerca de la percepción que usted tiene sobre el cuidado profesional de enfermería recibido en el control prenatal, el cual tomará un tiempo para diligenciarse de aproximadamente 15 minutos, posterior a la atención recibida por el Profesional de Enfermería.

Los resultados de estudio serán socializados a la población gestante inscrita y asistente al control prenatal, directivas y personal asistencial de la ESE Unidad Salud San Francisco de Asís (IPS urbanas y rurales) y a la Secretaria de Salud Municipal, a través de una ponencia.

Este estudio en general no ofrece riesgos, no tiene costo; la información que suministren al respecto será de carácter confidencial, con fines académicos; los datos que puedan ser publicables no revelarán su identidad. Los resultados obtenidos en la investigación serán presentados a ustedes para que los conozcan y puedan hacer aportes y sugerencias sobre los mismos. Además, se podrán presentar en eventos académicos como congresos o seminarios, entre otros, y serán publicados en artículos para revistas de reconocimiento nacional e internacional. De la misma manera se presentarán a las IPS, a Instituciones de salud y comunidad científica regional e internacionales. Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, para más información que se requiera podrá comunicarse al teléfono **3165000** Ext. **17089** o a la dirección electrónica **ugi_febog@unal.edu.co**

Si decide participar y autorizar el diligenciamiento del cuestionario:

Nombres:	Apellidos:	Documento de identidad:
Firma:	Fecha:	Hora:

Testigo:

Nombres:	Apellidos:	Documento de identidad:
Firma:	Fecha:	Hora:

Certifico, que he explicado el objetivo del proyecto, el abordaje de las participantes, la confidencialidad de los datos y el manejo de la información.

Investigadora principal: Luz Adriana Hernández Amín. Enfermera. Candidata a Magister en Enfermería del Programa de Maestría en Enfermería.

Directora: Virginia Inés Soto Lesmes. Doctora en Enfermería. Magister en Educación de Adultos. Profesora asociada, Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.

LUZ ADRIANA HERNANDEZ AMIN

Estudiante del Programa de Maestría de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia - Teléfono 3165000 Ext. 18660 –18632.

Cel.: 3114290138

Correo electrónico: luahernandezam@unal.edu.co

Anexo H. Protocolos de Recolección de Información

Protocolo uno: Entrenamiento de los auxiliares de la investigación

Para garantizar el adecuado abordaje a las participantes del estudio y el correcto diligenciamiento de la Escala de Cuidado Profesional de Kristen Swanson, la investigadora principal entrenará a los estudiantes de la Universidad de Sucre del V semestre de Enfermería que cursan la asignatura Cuidado de la Mujer y a su docente tutora, quienes son los que acuden en la práctica formativa a algunas de las IPS 20 de Enero, La Campiña y Las Américas, pertenecientes a la ESE San Francisco de Asís.

El entrenamiento seguirá la siguiente dinámica:

1. Se solicitará a la Coordinadora de la asignatura Cuidado de la Mujer el apoyo de la docente de la práctica y los estudiantes que acuden a las IPS arriba mencionadas y un espacio para el entrenamiento el día de la inducción a las prácticas formativas.
2. Igualmente se concertará con ambas docentes que tal participación de los estudiantes haga parte de la evaluación de la práctica, dentro del ítem que institucionalmente se utiliza para evaluar la competencia de educación en salud a la gestante.
3. El día de la inducción a la práctica formativa, que se realiza en el campus universitario, se presenta el proyecto de investigación a los estudiantes y docente de práctica, se les aclarará de manera explícita en qué consistirá su participación voluntaria y se les instruye en qué consiste la Escala de Cuidado Profesional:
 - Estudiantes (auxiliar de la investigación):
 - Invitar a las gestantes a participar en la investigación, siguiendo el protocolo respectivo (Ver protocolo 2).
 - Entregar los instrumentos diligenciados a la docente supervisora
 - Prepararse para la sesión educativa la cual se desarrolla de forma colectiva o individual, siguiendo el plan (Protocolo 3).
 - Docente de práctica (auxiliar de la investigación):
 - Supervisar la participación de los estudiantes en la actividad.
 - Verificar que los instrumentos estén diligenciados en su totalidad.
 - Hacerlos llegar a la investigadora principal, junto con el control de las firmas del Consentimiento Informado.

4. Los que acepten participar, serán los auxiliares de la investigación.
5. Los auxiliares de la investigación asistirán a la primera sesión educativa en la IPS asignada (según planes de práctica de a asignatura cuidado de la Mujer), la cual será desarrollada por la investigadora principal, con el propósito de tener la experiencia real de lo que posteriormente ellos llevarán a cabo (Ver protocolo 3).
6. Los auxiliares de investigación expresarán sus dudas y recomendaciones a la investigadora principal y se hará retroalimentación del proceso.
7. Se les hará entrega de las fotocopias del instrumento, consentimiento informado, folleto educativo y su control de asistencia, plan de la sesión educativa y su control de asistencia.
8. Finalizado el proceso, se dará las gracias a los auxiliares de la investigación.

Protocolo dos: Aplicación de la escala de cuidado profesional a las participantes del estudio

El diligenciamiento de la escala de Kristen Swanson, tiene como propósito indagar la percepción que la mujer gestante tiene del cuidado que el Profesional de Enfermería le brinda durante el control prenatal en la Unidad de Salud E.S.E San Francisco de Asís Sincelejo.

El procedimiento para la realización de la escala será iniciado por la investigadora principal del estudio, que distribuirá entre los auxiliares de la investigación el siguiente protocolo:

1. Organizar las copias del instrumento, junto con el consentimiento informado para cada auxiliar de la investigación.
2. Se publicará información de las charlas en las carteleras informativas de las IPS, con el fin de captar el interés de las usuarias y hacerles saber que se llevarán a cabo luego de la consulta de enfermería en el control prenatal.
3. Al finalizar la consulta, la enfermera nuevamente invitará a la usuaria a la sesión educativa.
4. Una vez salgan de la consulta, las gestantes será invitadas a pasar al auditorio/espacio destinado para la actividad.
5. Se les presentará la investigación y se les invitará a participar de manera colectiva o individual, aclarando que es de manera voluntaria, que es confidencial, y que no

- recibirán ningún tipo de retribución económica por ello. También se reiterará que el no participar no representará ningún perjuicio en la atención y el servicio que reciben en la IPS.
6. A quienes acepten participar, se les entregará y explicará el consentimiento informado.
 7. Las participantes firmarán dicho documento y deseo de participar.
 8. Posteriormente se explicará en qué consiste el instrumento, recalcando que debe diligenciarse en su totalidad y de forma objetiva.
 9. El investigador, recibirá los que ya estén diligenciados, revisando de manera inmediata si todas las preguntas se respondieron.
 10. Si quedan algunas por resolver, se solicitará a la participante que las responda.
 11. Si al evento asisten otras gestantes que estén en ese momento en la IPS, pero que no hayan sido atendidas en la consulta de enfermería, éstas recibirán la información de la sesión, mas no serán tenidas en cuenta para participar en el estudio.
 12. Finalizado el diligenciamiento de las encuestas, se dará inicio a la charla: Cuidados puerperales en la madre y el recién nacido (Ver protocolo 2)
 13. Se formularán algunas preguntas para evaluar la comprensión de la temática, haciendo retroalimentación de la misma, se entrega folleto educativo.
 14. Finalizado el proceso, se dará las gracias a los participantes.

Protocolo tres: Sesión educativa

1. Planeación

Tema: Cuidados puerperales y del recién nacido.

Título: ¡Conociendo acerca de los cuidados después de mi embarazo y los de mi hijo por nacer, sanos y juntos vamos a crecer!

Objetivo: Educar a las gestantes de las IPS de la de la Unidad de salud ESE San Francisco de Asís, acerca de los cuidados de la madre durante el puerperio y los cuidados del recién nacido.

Grupo: Gestantes de las IPS La Campiña, Las Américas y 20 de enero

Hora: A convenir

Técnica educativa: Expositiva - explicativa

Ayudas educativas a utilizar: Folletos y cartelera.

Responsable: Luz Adriana Hernández Amín – Estudiante de maestría en Enfermería Universidad Nacional de Colombia y docente de la Universidad de Sucre – Programa de Enfermería.

2. Ejecución

Cuidados del puerperio: La etapa del post parto, es denominada también puerperio, esta dura 6 semanas, se caracteriza por el retorno a la normalidad de todos los cambios orgánicos y fisiológicos que se dieron en el embarazo. Se deben tener en cuenta y observar las siguientes características:

Los senos: Aumentan de tamaño, temperatura, se hacen evidentes las venas superficiales, pueden incluso causar dolor, molestar, aun mas si no ha amamantado. Si presenta fiebre, escalofrió, malestar general, endurecimiento, turgentes, debe consultar de forma inmediata.

Estos Inicialmente secretan calostro (liquido claro. De poca cantidad, pero con un gran contenido proteico y de anticuerpos) después del tercer día ya empiezan a notar un contenido más parecido a la leche, sin llegar a ser tan espesa como comúnmente la conocemos.

Sangrado genital: Los llamamos loquios, son la expulsión del remanente intrauterino que permitió el desarrollo del embarazo. Es sangre, con algunos coágulos inicialmente, en el 3 a 4 días van aclarando, y adquieren un aspecto rojizo, luego solo observará cantidad decreciente de un líquido amarillento claro, que finalmente desaparecerá para dar paso al flujo o humedad vaginal usual.

El sangrado / loquios no debe ser fétido, ni ocasionar prurito vaginal, si se adquieren estas características, especialmente acompañadas de fiebre, escalofrió, y dolor abdominal, debe acudir inmediatamente a un centro asistencial de salud, para una valoración médica prioritaria.

La Episiorrafia (parto vaginal): Es la herida quirúrgica que se realizó en los genitales para facilitar el paso vaginal del bebe y evitar desgarros de la vagina y órganos cercanos. Herida de cicatrización rápida, relativamente pequeña, los puntos se caen solos (sutura absorbible).

La herida debe cuidarse, con un buen aseo genital, 2 a 3 veces por día. Señales de alarma: como dolor intenso, aumento de volumen y secreción purulenta, acudir inmediatamente a valoración médica.

Herida quirúrgica (cesárea): Herida que se practicó en el abdomen y en el útero para extraer al bebe, con cicatrización relativamente rápida.

La herida debe cuidarse básicamente con agua y jabón durante el baño usual diario, secar muy bien y dejar descubierto, es importante el lavado de manos, aseo e higiene. Señales de alarma: aumento progresivo de dolor, cambios en la coloración, fiebre, aumento de volumen y secreción purulenta.

El útero: Es esa pelota dura que se encuentra debajo del ombligo y que poco a poco irá desapareciendo hasta ya no poder tocarla (aproximadamente de 7 a días 10 días) casualmente duele ahí cuando se amamanta porque al dar pecho se contrae el útero y

esto ayuda a que vuelva a su tamaño normal. Este dolor o molestia lo conocemos por entuertos y no requieren analgésicos.

Alimentación dieta: amamantar genera gasto de muchísima energía, así que la mamá tiene que comer muy bien, es decir, alimentación balanceada en verduras, frutas, carnes, granos, y tomar mucha agua/líquidos durante este periodo. De hecho, muchas mujeres que amamantan a sus hijos recuperan o se acercan más rápidamente a su peso pre-embarazo.

Ejercicios: después de finalizados los cuarenta días se pueden practicar de manera progresiva, sin llegar al agotamiento ni fatiga excesiva y manteniendo un nivel muy adecuado de hidratación. Recordar que el ejercicio intenso puede limitar la producción de leche materna. Son mejores los ejercicios de bajo impacto como caminar o nadar siguiendo las indicaciones de la prudencia y el sentido común.

Sexualidad: es necesario tener en cuenta que amamantar no previene un embarazo al 100%. Hay que respetar la cuarentena y pensar en la posibilidad de un embarazo no planificado si no se cuenta con un método seguro. Usualmente no se reporta dolor ni dificultades. Se le recomienda a la mamá ingresar al programa de planificación familiar, inmediatamente pase su cuarentena, antes de reiniciar su actividad sexual.

Cuidados del recién nacido

Cuidados con el cordón umbilical u ónfalo: Es necesario observar el cordón umbilical para detectar infecciones, así mismo debe realizarse una limpieza del cordón para prevenirlas, realizando el siguiente procedimiento:

- Lavarse las manos.
- Humedecer una torunda de algodón con alcohol al 70% y proceder a limpiar.
- Comenzar a limpiar de la distal (conexión de la piel y el cordón) a la proximal (orificios vena- arteria) para evitar contaminación del cordón.
- Limpiar el cordón dos veces al día y cada vez que haya estado en contacto con heces u orina.

Hacerlo antes de la toma de alimentos, ya que la manipulación sobre el abdomen puede ocasionar vómitos.

El baño cuando tiene el ombligo aún: Para mantener al Recién Nacido limpio y aseado deben seguirse las siguientes indicaciones:

- No se debe bañar (por inmersión) mientras el cordón umbilical no se haya desprendido y la cicatriz esté bien seca, con el fin de no retrasar su caída.
- Para su aseo se utilizan torundas de algodón embebidas con agua y jabón, y se empieza siempre por la cabeza y la cara, después el tórax, el abdomen, las extremidades y finalmente la región perianal.
- La región perianal de las niñas requiere mayor atención y cuidado, debe lavarse siempre desde el pubis hacia el ano y cambiando de torunda en cada aplicación.

- La aplicación de polvos de talcos no es aconsejable, ya que resecan la piel y, por su composición en partículas muy finas, al aplicarlos pueden ser aspirados por el Recién Nacido y producirle neumonitis grave.
- El área del pañal debe lavarse con agua y jabón cada vez que se ensucie, seguido de un cuidadoso secado, usando algodón, en lugar de gasas.
- Si presenta eritema muy intenso o una dermatitis importante, debe ser tratados lo antes posible.
- Los ojos se lavaran directamente con un algodón embebido con suero fisiológico estéril y hay que registrar posibles secreciones, producidas generalmente por conjuntivitis química, infecciosa u obstrucción del lagrimal.

Baño en bañera, luego de que el ombligo se ha desprendido: La piel del Recién Nacido, suave y elástica, debe ser cuidada para favorecer su integridad. La higiene del Recién Nacido puede realizarse a cualquier hora del día, siendo preferible ante de la toma de alimentos para evitar su posterior manipulación y evitar su posterior manipulación y prevenir regurgitaciones.

Es importante utilizar jabones exclusivos de bebés, agua al clima, algunos la usan un poco tibia (probarla antes de sumergir al niño).

Quien va a bañar al niño/a lo introduce en la bañera usando el brazo de acunado, agarrándole por la parte distal del muslo y sujetando el cuello con el codo en la posición encunado. También se puede sostener la cabeza y el cuello del neonato con el antebrazo y sujetar al mismo tiempo la parte distal del hombro y el brazo

El secado se realizara con rapidez, evitando la exposición del cuerpo, envolver el Recién Nacido con una toalla y secarlo realizando movimientos suaves, sin frotar. Por último, se lava el pelo igual que un baño de esponja.

Alimentación: La mejor alimentación y además gratis, es la lactancia materna. Esta le proporciona múltiples beneficios a la madre y al niño/a, le proporciona defensas, y tiene todo lo necesario para su adecuada nutrición. Cuando existen circunstancias en las cuales es imposible lactar a tu niño/a, se hace necesaria la alimentación con leche artificial, la cual es recomendada por el pediatra de tu hijo.

Se cree que lo más conveniente es comenzar a alimentar al bebé según las necesidades individuales, lo que suele ser al cabo de cuatro a doce horas después del parto. Las primeras tomas sirven para comprobar la capacidad del Recién Nacido para succionar y tragar adecuadamente. Si el recién nacido no ha sido alimentado después del nacimiento, la madre debe ponérselo al pecho lo antes posible. En los primeros días se recomienda la estimulación frecuente para la producción de leche.

Muchas mujeres deciden alimentar a sus hijos en los instantes en que estos lo desean y siempre que lo solicitan con llantos y sus gestos. En este caso, el Recién Nacido come lo que desea y para de mamar cuando se halla saciado. La mayoría de los bebés comen de seis a ocho veces al día; pasadas una o dos semanas, establece un ritmo bastante

regular. No es raro que, durante los primeros días, los bebés se muestren distraídos al comer y no prestan mucha atención a la succión, en especial cuando no tiene hambre se mostrarán menos dispuestos a tomar el pezón; por lo cual los padres deben ser pacientes y no preocuparse.

Defecación: Las características y frecuencia de las deposiciones del Recién Nacido vienen influenciada por la cantidad y el tipo de alimentación que recibe: lactancia materna o alimentación por fórmula.

Características: A partir del 2do y 3er día las características de las deposiciones y su frecuencia, entre 1-8 cada 24 horas, dependerá del tipo de alimentación recibida.

Alimentación con lactancia materna

- Color amarillo dorado.
- Consistencia semilíquida o grumosa.
- Olor característico.
- Frecuencia numerosa.

Alimentación con fórmulas lácteas

- Color amarillento pálido.
- Consistencia grumosa o pastosa.
- Olor ligeramente desagradable.
- Frecuencia menos numerosa.

Cuidado de las uñas: Cortar las uñas al Recién Nacido se debe realizar después de la primera semana, cortándolas en forma recta sin hacerlo muy al ras para evitar la infección, siempre usando tijeras de punta roma o cortaúñas para Recién Nacidos.

El vestido: No son aconsejables, por tanto, los vestidos demasiado ajustados al cuello, tobillos o puños, de pelo largo o que desprendan pelusilla. Hay una tendencia bastante generalizada a abrigar demasiado a los niños. No se trata de colocar muchas prendas, sino de adecuar la temperatura de la habitación. Las frecuentes micciones y deposiciones obligan al cambio frecuente de pañales. Los de un solo uso se emplearán siempre que el niño no presente eritema; al menos indicio, deberán sustituirse por los de algodón.

3. Evaluación

Para evaluar la temática expuesta a las gestantes, se realizará algunas rifas de obsequios, quién acierte el número, deberá inmediatamente responder una pregunta, la cual la realizará el ponente de la temática.

Y finalmente se motivará a las gestantes asistentes a la sesión educativa y que se encuentren en el tercer trimestre de gestación a participar en el proyecto investigativo denominado: Percepción del cuidado Profesional de Enfermería recibido por la mujer gestante durante el control prenatal en la Unidad de Salud ESE San Francisco de Asís. Liderado por la enfermera Luz Adriana Hernández Amín para optar título de magister en Enfermería.

Bibliografía:

Cuidados puerperales:

1. Maternal.net. Obstetricia & Ginecología: Ricardo Gómez Betancourt. Puerperio. Caracas. [Citado: 09 marzo del 2018] Disponible en: <http://www.maternofetal.net/8puerperio.html>.

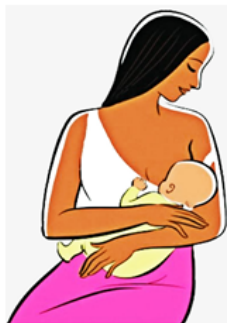
Cuidados del recién nacido:

2. Ruiz, María, D; Martínez, María, R; González, Pilar. Enfermería pediátrica. Volumen 1. Editorial Difusión Avances de Enfermería. Barcelona- España. 2012.

Anexo I. Folleto educativo

CUIDADOS EN EL HOGAR: PUERPERIO Y RECIÉN NACIDO

“Conociendo los cuidados después de mi embarazo y los de mi hijo por nacer, sanos, juntos y fuertes vamos a crecer”



PUERPERIO: etapa del posparto, que tiene una duración de seis semanas. Caracterizada por el retorno a la normalidad de todos los cambios orgánicos y fisiológicos que se dieron en el embarazo.

* **Alimentación:** amamantar requiere de mucha energía, así que la mamá debe alimentarse sana y balanceadamente, con verduras, frutas, granos, carnes y consumir mucho líquido.



* **Sexualidad:** amamantar no previene embarazos. Se debe respetar la cuarentena y planificar con un método seguro para evitar embarazos no deseados.

El reinicio de las relaciones sexuales usualmente no representa dolor no dificultades



CUIDADOS EN EL PUERPERIO

Se deben observar las siguientes características:

* **Los senos:** Aumentan de tamaño, temperatura, se hacen evidentes las venas superficiales. Y pueden causar dolor.

Si presenta:

- ♦ Fiebre
- ♦ Escalofrío
- ♦ Endurecimiento
- ♦ Malestar general

CONSULTE DE FORMA INMEDIATA AL CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO

* **Sangrado genital:** los llamados loquios, expulsión del remanente intrauterino que permitió el embarazo. Es sangre con algunos coágulos inicialmente que van aclarando y adquieren aspecto rojizo.

No debe tener mal olor, si es acompañado con:

- ♦ Fiebre
- ♦ Escalofrío
- ♦ Dolor abdominal

ACUDIR INMEDIATAMENTE A UNA VALORACIÓN MÉDICA PRIORITARIA

CUIDADOS EN EL RECIÉN NACIDO

ASEO E HIGIENE:

* **Cuidados del cordón umbilical:** Las condiciones de preparación para el baño debe favorecer una buena higiene (agua, jabón, toalla).

No es aconsejable aplicar polvos o talcos después del baño.

Cada vez que se cambie el pañal, lavar al bebé con agua y jabón, preferiblemente.

Secar el cordón umbilical con algodón, gasas limpias o copitos y curarlo con alcohol blanco, de lo más limpio a lo más sucio.

Es importante utilizar jabones exclusivos y suaves para el bebé.

El secado debe ser rápido y delicado, envolverlo en una toalla para que no pierda temperatura.

* **Alimentación:** el mejor alimento, y además es gratis, es la lactancia materna, **ALIMENTO EXCLUSIVO HASTA LOS SEIS MESES.** Ésta proporciona muchos beneficios a la madre y al niño, como defensas y adecuada nutrición.

Cuando existen dificultades que para lactar a tu bebé, se le debe proporcionar leche artificial, que debe ser recomendada por un pediatra.

* **Episiorrafia** (parto vaginal): herida quirúrgica que se puede realizar al momento del parto.

La herida debe cuidarse con un buen aseo genital de 2 a 3 veces al día

Si presenta:

- ♦ Dolor intenso
- ♦ Aumento de volumen
- ♦ Secreción purulenta

SOLICITAR VALORACIÓN MÉDICA PRIORITARIA

* **Herida quirúrgica** (cesárea): herida que se realiza en el abdomen para extraer al bebé.

Se debe limpiar básicamente con agua y jabón durante el baño, secar muy bien y dejar al descubierto.

Importante el buen lavado de manos, aseo e higiene personal.

Si presenta:

- ♦ Aumento del dolor
- ♦ Cambios de coloración
- ♦ Fiebre
- ♦ Secreción purulenta

SOLICITAR VALORACIÓN MÉDICA PRIORITARIA

* **Deposiciones:** las características y frecuencia son influenciadas por la cantidad y el tipo de alimentación que recibe.

A partir del segundo y tercer día las características de las deposiciones y su frecuencia varían entre 1-8 veces al día.

* **El vestido:** no son aconsejables la ropa demasiado ajustada al cuello, tobillos y puños.

No se trata de colocar muchas prendas para abrigar demasiado a los niños, si no ADECUAR la temperatura de la habitación.



Mamá, recuerda que de tus cuidados y tu amor depende su vida y su bienestar. Los hijos no piden venir al mundo, somos responsables de su llegada.

Luz Adriana Hernández, estudiante de maestría en enfermería, Universidad Nacional de Colombia.

Anexo J. Cronograma de Actividades

Tiempo (meses)	II semestre 2016						I semestre 2017						II semestres 2017						I semestre 2018						II semestre 2018						I semestre 2019					
	7	8	9	10	11	12	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	
Búsqueda de material bibliográfico en bases de datos																																				
Construcción del área temática. Identificación del fenómeno																																				
Construcción del proyecto de tesis																																				
Evaluación Comité de ética Facultad de Enfermería UNAL																																				
Aval de las instituciones donde se realizará la investigación																																				
Entrenamiento investigador y auxiliares de investigación entrega protocolo																																				
Prueba piloto																																				
Recolección información																																				
Procesamiento y Análisis de datos																																				
Entrega de informe final																																				
Socialización de resultados																																				