

**PERCEPCIÓN DEL CONTROL PRENATAL DE UN GRUPO DE  
PÚERPERAS PREECLAMPTICAS HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO  
DE GINECOBSTETRICIA DE UNA INSTITUCIÓN DE CUARTO NIVEL DE  
ATENCIÓN EN BOGOTÁ**

**HENRY ANDRÉS CLAVIJO VALDERRAMA**

**LAURA CRISTINA LÓPEZ FRANCO**

**YERALDY MILENA RAMIREZ GUZMAN**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**BOGOTÁ**

**2014**

PERCEPCIÓN DEL CONTROL PRENATAL DE UN GRUPO DE  
PÚERPERAS PREECLAMPTICAS HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE  
GINECOBSTETRICIA DE UNA INSTITUCIÓN DE CUARTO NIVEL DE  
ATENCIÓN EN BOGOTÁ

**HENRY ANDRÉS CLAVIJO VALDERRAMA**

**LAURA CRISTINA LÓPEZ FRANCO**

**YERALDY MILENA RAMIREZ GUZMAN**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial  
para obtener el título de Enfermeros

Asesora:

**NORMA YANETH NOGUERA ORTIZ**

Magister en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Materno  
Perinatal

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**BOGOTÁ**

**2014**

## **NOTA DE ADVERTENCIA**

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de grado. Solo velará porque no se publique nada contrario el dogma y la moral católica y porque los trabajos de grado no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellos el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

Artículo 23 de la Resolución N° 13 de Julio de 1946

## DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado en primera instancia a Dios, Creador del universo y único acreedor de la sabiduría perfecta, como muestra de agradecimiento por su presencia espiritual y su eterno amor para con nosotros.

En segunda instancia, queremos dedicar el esfuerzo de este trabajo a cada una de nuestras familias, quienes hicieron posible la realización y culminación de la Carrera de Enfermería.

***Henry Clavijo***

***Laura López***

***Yeraldy Ramírez***

## AGRADECIMIENTOS

### *Henry...*

Cada logro, cada sueño, cada motivación están soportados por la constancia, la disciplina y el amor a ti mismo, a tu carrera y a los que amas; este trabajo de grado es una muestra del esfuerzo y la dedicación que tuve a lo largo de mi carrera, logro que no hubiese sido posible sin la presencia y el acompañamiento directo de cada una de las personas que a continuación mencionaré para

En primer lugar a Dios, Padre misericordioso quién me brindo el maravilloso regalo de la vida y de la salud, quien me concedió el amor perfecto de una familia, quien nunca me desampara y me llena de infinitas bendiciones, a ti Padre de Gloria y Majestad, gracias porque el solo hecho de ser tu hijo me llena de esperanza y de tranquilidad, a Ti siempre el honor y la gloria por siempre.

A mi madre Consuelo Valderrama, quien con su esfuerzo y arduo trabajo me ha forjado como un hombre de Dios y de principios, gracias mamita porque cada esfuerzo, cada dedicación, así como tú amor de madre y padre, me han hecho experimentar el verdadero amor y me han hecho ser lo que soy ahora, sin ti, mi carrera no hubiese sido posible. Te amo.

A mis mujeres, guerreras incansables, Tía Clara, Tía Martha, Patricia, Moni y Sarita, son mi ejemplo a seguir, gracias por sus consejos, sus palabras y actos de apoyo, sin su compañía este logro no tendría valor alguno.

A ti amor, por ser mi compañía incondicional en esta carrera, gracias por tus palabras de aliento, tu constancia y tu amor.

A mi asesora de tesis, Norma Noguera, por sus aportes teóricos y científicos que permitieron la realización y culminación exitosa de este trabajo de grado, trabajo indispensable para alcanzar esta meta profesional. Profesora Norma, muchas gracias por su dedicación, por las palabras de respeto y motivación no solo con este trabajo sino a nivel personal.

A mis compañeras de tesis, Yeraldy y Laura, gracias porque sin ese trabajo en equipo y la responsabilidad asumida por cada uno, no hubiese sido posible la culminación de este trabajo. Laurita, eres de esas amistades que sabes se quedaran contigo para la eternidad, gracias por escucharme, comprenderme tanto.

A la Facultad de Enfermería por formarme como un profesional de enfermería íntegro y con pensamiento crítico, gracias a cada uno de los profesores de la facultad por sus aportes teórico – prácticos y por su interés en la educación de calidad.

Finalmente, a la Pontificia Universidad Javeriana, porque se convirtió en estos cuatro años en mi segundo hogar, porque me permitió formarme como un profesional de enfermería bajo los mejores estándares de calidad, excelencia y compromiso social.

### ***Yeraldy...***

Papito Dios, te doy gracias infinitas por permitirme en medio de las adversidades poder culminar la realización de mi trabajo de grado, por darme la oportunidad de tener a mi lado tan maravillosas personas que hicieron que este sueño se hiciera realidad, porque sin ti mi vida no tendría razón de ser y no sería la persona que me has permitido ir formando gracias a cada experiencia que me brindas.

Al gran amor de mi vida y luchador inalcanzable Samuel Rojas, gracias a ti todos mis sueños tienen un valor agregado, haces que toda situación a pesar de los obstáculos y lo duro que aparenten ser las cosas, puedan tomar un brillo y color únicos.

A mi hermosa familia, a la mujer más maravillosa, guerrera y única que me ha brindado todo de sí para permitirme estar en este lugar: Yorleni Guzmán, eres y serás la persona que más he de admirar y por la cual quiero seguir soñando; a mi hermosa hermana Karen Ramírez por darme animo cuando más lo necesitaba, por tu apoyo incondicional y experiencias únicas que me han enriquecido; mi sobrina Ammy Moreno que a pesar de su corta edad me ha brindado todo de sí para continuar luchando por mis sueños; Salome por su compañía y amistad fiel, que siempre ha estado para escucharme sin importar nada.

Omar Ramírez mi hermoso Padre, a pesar de que no estás en cuerpo presente, tu compañía y amor me siguen a donde quiera que vaya, tus recuerdos son la medicina a tantas situaciones que se presentan a diario.

Al hombre que más amo, gracias por cada palabra de aliento que me has brindado, por compartir y por luchar junto a mí para que sean cumplidos y hechos realidad todos nuestros sueños.

A mi compañeros Henry y Laura, gracias por el apoyo y el compromiso en la realización de nuestro trabajo, son excelentes personas y se que a sus vidas vendrán infinitas bendiciones cargadas de amor y alegría.

A nuestra asesora de tesis Norma Noguera, por guiarnos de tan maravillosa forma para la realización y culminación de nuestro trabajo de grado, por su dedicación, respeto, responsabilidad no solamente a nivel educativo y formativo sino también a nivel personal.

Por último a la Facultad de Enfermería y a todos los profesionales que hacen parte de ella, gracias por su calidad humana y profesional, por su disposición y entrega que nos brindan día a día y permiten gracias a las experiencias que nos brindan que seamos profesionales únicos, integrales... que seamos enfermeros javerianos.



### ***Laura Cristina...***

Dios: hoy te abrazo y te digo: gracias por mi vida y porque junto con ella, me diste el mejor regalo del mundo: mi familia: a ella le debo todo, gracias por creer en mí, en mis sueños, por darme su apoyo incondicional y por ser mi equipo favorito.

A la luz de mi vida, mi ejemplo y eterno amor: mi madre Sara Franco. A mi héroe y alma gemela: mi papá Tarcicio López. A mi felicidad y cómplice: mi hermano Juan Daniel. Gracias familia, por soñar conmigo, me siento orgullosa de ustedes, los amo mucho y con la alegría que siento en el corazón les digo: lo logramos.

Gracias a dos mujeres muy especiales, por darme padres maravillosos, por sus diarias oraciones, por consentirme y por su gran amor; las amo abuelitas: Celia y Cecilia.

A todos mis tíos, familiares y amigos que me han apoyado a lo largo de mi vida. En especial a mis tíos: Martha, Lucia y Tobías.

Gracias a mis compañeros del grupo de tesis: Yeraldy y Henry; porque lo soñamos e hicimos juntos. Ella: una gran mujer, mamá y amiga. El un excelente estudiante, gran amigo y apoyo; gracias por tu amistad, vale oro.

A nuestra asesora de tesis Norma Noguera por compartir su conocimiento, por animarnos y apoyarnos. A Hilda María por sembrar en mí la semilla de la investigación; gracias por su gran apoyo. A Herly Alvarado a quien tengo una gran admiración; gracias también por sus palabras y consejos.

A todos mis profesores: mil gracias por su compromiso, entrega y dedicación, con la que nos enseñaron e hicieron que amáramos y nos comprometiéramos cada día más con nuestra profesión; pero sobre todo, por ser maestros de vida.

A mi Facultad de Enfermería y a mi Pontificia Universidad Javeriana: mil y mil gracias, porque siento el orgullo y la fortuna de decir “Soy Enfermera Javeriana”.

Infinitas gracias a Dios porque nos ama, lo hace todo posible y permite cumplir nuestros sueños. También, gracias a cada uno de ustedes. Dios los bendiga.

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	23
1. ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	25
2. JUSTIFICACIÓN .....	31
3. DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS .....	34
4. PROPÓSITOS.....	36
5. OBJETIVOS .....	37
5.1. OBJETIVO GENERAL.....	37
6. MARCO TEÓRICO.....	38
6.1. CONTROL PRENATAL .....	38
6.2. PREECLAMPSIA.....	47
6.3. PERCEPCIÓN.....	49
7. DISEÑO METODOLÓGICO .....	52
7.1. TIPO DE ESTUDIO .....	52
7.2. PARTICIPANTES .....	52
7.3. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	53
7.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	55
7.5. ORGANIZACIÓN, SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN .....	56
7.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	57
8. ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	59
8.1. CARACTERIZACIÓN DE LAS PARTICIPANTES .....	59
8.2. RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS DIARIOS DE CAMPO.....	61

8.3. ANÁLISIS DE CATEGORIAS Y SUBCATEGORIAS DE INFORMACIÓN .....	63
8.3.1. Categoría 1: Conocimientos que tienen las puérperas con preeclampsia sobre el control prenatal y la enfermedad. ....	64
8.3.2. Categoría 2: Lo experimentado en el control prenatal.....	71
8.3.3. Categoría 3: Sentimientos generados por el control prenatal.....	77
8.3.4. Categoría 4: Lo deseado del control prenatal.....	81
9. CONCLUSIONES.....	89
10. RECOMENDACIONES .....	92
BIBLIOGRAFÍA.....	94
ANEXOS.....	107

## LISTA DE CUADROS

<b>CUADRO 1.</b> Actividades dentro del control prenatal .....	45
<b>CUADRO 2.</b> Caracterización de las participantes.....	61

## LISTA DE GRÁFICAS

<b>GRÁFICA 1.</b> Categorías de información: Percepción del control prenatal ...	63
<b>GRÁFICA 2.</b> Categoría 1: Conocimientos que tienen las puérperas con preeclampsia sobre el control prenatal y la enfermedad.....	64
<b>GRÁFICA 3.</b> Categoría 2: Lo experimentado en el control prenatal. ....	72
<b>GRÁFICA 4.</b> Categoría 3: Sentimientos generados por el control prenatal..	77
<b>GRÁFICA 5.</b> Categoría 4: Lo deseado del control prenatal.....	81

## LISTA DE ANEXOS

<b>ANEXO 1.</b> Características de las participantes.....	107
<b>ANEXO 2.</b> Consentimiento Informado .....	108
<b>ANEXO 3.</b> Cronograma de Actividades .....	111
<b>ANEXO 4.</b> Presupuesto .....	113

## INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo propio de la gestación, que aparece a partir de la semana 20 de gestación y se caracteriza por una tensión arterial de 140/90 mm de Hg o más y una proteinuria de 300mg en 24 horas acompañada de vasoespasmo.

En Colombia esta patología es la principal causa de muerte materna y neonatal, además se le atribuye ser factor para múltiples complicaciones para el binomio: madre-hijo. La pre-eclampsia se puede diagnosticar a tiempo, con ayuda del control prenatal, herramienta fundamental para mitigar los riesgos, reducir las complicaciones y garantizar una óptima salud materna.

Aunque, hay varios estudios en su mayoría cuantitativos acerca de la relación del control prenatal y la preeclampsia, muy pocos se enfocan en conocer cuál es la percepción que tienen las mujeres con preeclampsia sobre el control prenatal, desconociendo la influencia e importancia que desde la percepción de las usuarias tiene este programa sobre la enfermedad.

Por lo anterior, se realizó este trabajo de investigación con el objetivo de poder describir la percepción del control prenatal de un grupo de puérperas preeclámpticas que se encuentran hospitalizadas en el servicio de ginecobstetricia de una institución de cuarto nivel de atención en Bogotá.

Este estudio cualitativo de tipo descriptivo, analiza la percepción de 10 puérperas pre-eclámpticas hospitalizadas en el servicio de Alto Riesgo de Ginecobstetricia de una Institución de IV Nivel de Atención en salud de Bogotá. El análisis se realizó con base en cuatro categorías denominadas: 1) conocimientos que tienen las puérperas con pre eclampsia sobre el control prenatal. 2) lo experimentado en el control prenatal. 3) sentimientos



generados por el control prenatal. 4) lo deseado en el control prenatal. Estas categorías fueron el resultado del análisis de la información.

Los resultados de esta investigación: La descripción de la percepción de puérperas preeclámplicas servirá de guía a profesionales de enfermería, equipo de salud y lectores en general para el desarrollo de futuras estrategias que aporten a mejorar la adherencia al control prenatal, siendo este eje fundamental y orientador en la calidad de la atención y de la salud materno perinatal.

## 1. ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La preeclampsia como lo señala Lapidus, A. (2010) es un trastorno hipertensivo inducido por el embarazo caracterizado por cifras tensionales por encima de 140/90 mm de Hg y una proteinuria mayor a 300 mg en 24 horas, que tiene sus manifestaciones clínicas a partir de la veinte semanas de gestación, este trastorno está íntimamente relacionado con complicaciones materno-fetales que pueden comprometer la vida del binomio madre-hijo; Vargas, et al. (2012) señala que a nivel mundial esta condición es un problema de salud pública presenta entre el 2 al 10% del total de embarazos, además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que su incidencia es siete veces mayor en países en vía de desarrollo.

Las principales complicaciones maternas de la preeclampsia son: “infecciones urinarias, parto pre término, infección puerperal, desprendimiento prematuro de la placenta, síndrome de HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia), hemorragia postparto ( mayor a 500 ml de sangre durante las primeras 24 horas), coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal aguda, sepsis, insuficiencia cardíaca, rotura hepática y desordenes metabólicos” Pinedo, A. y Orderique, L. (2001)

De igual manera, Gómez, M. y Danglot, C. (2006), señalan que las complicaciones que afectan al recién nacido con madre preecláptica se encuentran: recién nacidos pequeños para la edad gestacional, peso bajo al nacer, taquipnea transitoria, aspiración de meconio, edema cerebral, síndrome de dificultad respiratoria, alteraciones electrolíticas y ácido básicas como: acidosis, hipoglicemia, hipocalcemia; encefalopatía hipóxica aguda, sepsis, entre otras.

En términos de morbi-mortalidad, la OMS citado por Malvino (2011) refiere que a nivel mundial, de acuerdo a sus estimaciones mueren anualmente más de 200.000 mujeres a causa de la preeclampsia-eclampsia; igualmente la incidencia de esta complicación se da más antes de la semana 33 de gestación; ahondando un poco más sobre el comportamiento mundial, este autor señala en referencia a países desarrollados la mortalidad actual relacionada con esta patología es de 1,4 por cada 100.000 nacimientos y la mortalidad materna por esta causa representa el 16,1%.

A nivel nacional, la preeclampsia es la primera causa de mortalidad materna, en el 2006 la mortalidad por preeclampsia fue del 23,8% (Díaz, L., et al, 2008), para el 2007 la mortalidad fue de 75 por cada 100.000 nacidos vivos (Piedrahita, Ch. & Agudelo, B. 2010), en el 2008 la tasa de mortalidad por preeclampsia fue de 46 por cada 100.000 nacidos vivos (Serrano, N. et al, 2012), finalmente, datos más recientes obtenidos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) muestran que para el 2011 hubo 42 muertes maternas por hipertensión gestacional con proteinuria significativa.

La preeclampsia es una enfermedad que se puede diagnosticar de manera oportuna, en este sentido el control prenatal es la principal pauta que los organismos de salud ofrecen a las madres para garantizarles una gestación supervisada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psicológicas para la madre y su hijo; este seguimiento tiene como fin reducir la mortalidad materna y establecer parámetros mínimos que garanticen una atención con calidad, además de prevenir y controlar los factores de riesgo biopsicosociales que inciden en el mencionado proceso. (Sánchez, H., et al, 2005)

Teniendo en cuenta la importancia de la atención prenatal, se realizó una revisión bibliográfica sobre el control prenatal y la preeclampsia, encontrando

que existen estudios con enfoque cuantitativo que muestran la relación que tiene el control prenatal con la identificación y manejo oportuno de los trastornos hipertensivos del embarazo; sin embargo no existen suficientes estudios de carácter cualitativo que permitan conocer la percepción que tienen las pacientes con preeclampsia acerca de la atención recibida en el control prenatal.

En relación con el control prenatal algunos estudios de carácter cuantitativo permiten resaltar la importancia del control prenatal; en Taiwán en el año 2012 Liu, CH., realizó un estudio retrospectivo de casos y controles en el Hospital Chang Gung Memorial, la muestra fue de 198 gestantes pre eclámpicas con poca o ninguna atención prenatal y 187 gestantes pre eclámpicas quienes recibieron una continua atención prenatal en un hospital de tercer nivel, se concluyó en el estudio que las gestantes con preeclampsia que acudieron muy pocas veces o nunca al control prenatal tuvieron como resultado de la gestación a recién nacidos con bajo peso al nacer, desarrollo de parto pre término, restricción de crecimiento intrauterino en comparación con aquellas gestantes que asistieron de manera continua al control prenatal.

Algunos estudios realizados en Latinoamérica sobre la influencia y determinación del control prenatal, muestran una relación íntima del control prenatal como un factor asociado al desarrollo de una gestación con o sin complicaciones, en el caso de Perú, Alfaro, M. (2005) desarrolló un estudio de casos y controles con 80 historias clínicas de gestantes, 40 pacientes con preeclampsia y 40 pacientes sin trastornos hipertensivos y como resultado se encontró que el control prenatal en las gestantes preeclámpicas fue menor (45%) con respecto al grupo de control (62,5%) e igualmente se identificó que los controles prenatales inadecuados en las gestantes con preeclampsia fueron del 55%, mientras que en aquellas pacientes sin preeclampsia el control prenatal inadecuado fue solo del 37,5%, este estudio

llegó a la conclusión que existe dos veces más probabilidad de tener un control prenatal inadecuado y como consecuencia desarrollar preeclampsia.

En el contexto colombiano, se encontró un estudio desarrollado por Mesa, Cl., et al (2001) en la ciudad de Medellín entre junio de 1999 y diciembre de 2000, en esta investigación se identificó que tan solo el 79% de los casos (gestantes con preeclampsia) asistieron alguna vez a una cita de control prenatal comparado con el 92% de los controles que asistieron al control prenatal y no desarrollaron ninguna complicación gestacional, sin embargo estos resultados no fueron estadísticamente significativos para evidenciar la influencia de un adecuado control prenatal como medida protectora.

Conforme a lo anterior, Ulanowicz, et al, (2005) afirma que el control prenatal se debe centrar en detectar las pacientes de riesgo para los trastornos hipertensivos en el primer contacto con el personal de salud, poniendo especial interés en los factores predisponentes y así brindar una adecuada información acerca de los riesgos que representa esta enfermedad sobre el binomio madre-hijo, ya que no solamente un recién nacido sufre al momento del nacimiento, si no que puede quedar con secuelas para toda la vida.

Así mismo, el Gobierno Federal Mexicano (2005) afirma que un apropiado control prenatal es lo más importante en la prevención de la hipertensión gestacional, por tal motivo se debe efectuar un esfuerzo para desarrollar sistemas de atención prenatal que den un seguimiento más estrecho y ágil a las mujeres de alto riesgo de desarrollar síndromes hipertensivos.

Como antecedente importante acerca de la atención a las gestantes para la identificación temprana de complicaciones o alteraciones del embarazo, de acuerdo a lo dicho por Renteria, S. (2010), se encuentra que estos programas tuvieron auge partiendo de la declaración de los Derechos de la Humanidad en 1948, en donde los diferentes gobiernos a nivel mundial

empezaron a organizarse para crear políticas y planes de acción que mejoraran la salud materna.

Otro hito representativo para garantizar la salud materna a nivel mundial, se llevó a cabo en 1987 en Nairobi, Kenia, donde se crearon programas y alianzas para reducir la mortalidad materna y las enfermedades asociadas al embarazo, en el caso de Colombia, en el año de 1991, el Ministerio de Protección Social, creó un Plan de acción regional para reducir la mortalidad materna mediante una ampliación de cobertura a los sistemas de salud para una atención temprana, oportuna y de calidad; igualmente el ministerio de salud a partir del decreto 2174 de 1996 establece para cualquier programa de atención en salud un sistema obligatorio de garantía de la calidad, esto enfocado a mejorar de manera continua los programas de atención como en el caso del control prenatal.

Uno de los parámetros legales a nivel nacional en cuanto a la atención temprana de las alteraciones del embarazo fue la Resolución No. 412 del 2000, la cual establece criterios para asegurar un adecuado control prenatal y así impactar de manera directa sobre la morbilidad y mortalidad en enfermedades prevenibles en la gestación.

La norma técnica está dirigida a la población gestante a nivel nacional afiliada a los regímenes contributivo-subsidiado, y en ella se detallan las actividades, procedimientos e intervenciones para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Actualmente se cuenta con una guía de práctica clínica desarrollada en el 2013 enfocada a la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio.

Una vez realizada la revisión bibliográfica, surge el interés de conocer la percepción que tienen las pacientes en postparto con preeclampsia sobre la atención recibida en el control prenatal.

Es importante conocer la percepción de las pacientes ya que como lo dice Seclen – Palacín, et al. (2004) la aceptabilidad de los servicios del control prenatal se refleja en un mayor grado de satisfacción, mayor continuidad y mayor adherencia de las gestantes para cumplir las visitas programadas y las indicaciones del profesional de atención prenatal. Esto es de importancia puesto que la atención prenatal de calidad se encuentra asociada a la reducción de riesgo de complicaciones y muertes neonatales y maternas. Por tanto, al conocer la percepción de las participantes con respecto a las intervenciones del control prenatal, se puede mejorar la calidad de los servicios y aumentar el impacto social de este programa.

Con base a lo anterior, se formuló la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuál es la percepción del control prenatal de un grupo de puérperas preeclámpticas hospitalizadas en el servicio de ginecobstetricia de una institución de cuarto nivel de atención en Bogotá?**

## 2. JUSTIFICACIÓN

El control prenatal se define como: “El conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concentran en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico; es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia”. Rivera, A. (2008)

En estudios realizados para analizar la importancia del control prenatal, se encuentra que según la Universidad Católica de Chile (S.F) si este “es realizado de manera oportuna se puede lograr tener una evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna”.

El papel que tiene el control prenatal se basa en que determina la curva de evolución de la presión arterial, valorando la misma con especial interés en el último trimestre donde la enfermedad es mucho más frecuente. (Joerin, Dozдор, Avena, & Brés, 2007). Además el programa de atención prenatal, con inicio desde el primer mes del embarazo y consultas una vez por mes hasta el parto, permite identificar complicaciones del embarazo como los trastornos hipertensivos y establecer medidas oportunas de acuerdo con la situación del embarazo.

De acuerdo a lo anterior, en esta investigación se conoció la percepción de un grupo de puérperas con preeclampsia con respecto al control prenatal realizado por el profesional de enfermería y de esta manera se pudo evaluar la atención recibida, ya que como lo refiere Jiménez, M. (2003) al conocer la



percepción de los clientes externos sobre un servicio de atención en salud, este será un indicador de calidad, por tanto es importante reconocer la percepción que tienen las gestantes en cuanto a la atención prestada por el profesional de enfermería en el control prenatal en miras de establecer aquellas intervenciones de diagnóstico oportuno de la preeclampsia que tienen falencias para corregirlas o por el contrario potenciar aquellas intervenciones que se están ejecutando de manera adecuada.

Por consiguiente, desde la perspectiva del profesional de enfermería se considera que esta investigación mejorará la calidad de los servicios de atención de primer nivel enfocadas a la detección temprana de la preeclampsia. Esta investigación ayudará al mejoramiento de la atención prenatal, ya que se busca mostrar la situación actual del control prenatal vista desde lo que piensan las pacientes, con el fin de incentivar el planteamiento y construcción de estrategias para mejorar y asegurar un control prenatal con requisitos mínimos por parte del profesional de enfermería, con el objetivo de identificar y tratar de manera oportuna a las gestantes con alguna alteración hipertensiva para disminuir el impacto en la morbimortalidad del binomio madre-hijo.

Esta investigación, igualmente aporta a la consecución del quinto objetivo del milenio que es mejorar la salud materna, puesto que pretendió conocer la percepción de las pacientes con preeclampsia para que a partir de ello se mejore la atención recibida en el control prenatal y con ello reducir la morbimortalidad materno perinatal.

De igual forma, la investigación busca cualificar la práctica de enfermería a partir de los aportes de este estudio, destacando la importancia del papel del profesional de enfermería como un actor fundamental en la atención dada en el control prenatal del binomio madre-hijo. Así mismo, esta investigación es

un aporte para la disciplina ya que generó conocimiento propio de enfermería y para enfermería.

Tanto las participantes como las instituciones de salud se beneficiaran al finalizar esta investigación, ya que al conocerse los resultados se podrá incentivar a la creación de estrategias para mejorar la calidad del control prenatal en cuanto a las intervenciones de enfermería en el diagnóstico de la preeclampsia.

Finalmente, se espera que los resultados de esta investigación generen un impacto social, propiciando el desarrollo de otras investigaciones relacionadas con la atención del control prenatal y la percepción de las usuarias, facilitando el desarrollo de nuevos temas relacionados con la preeclampsia y la funcionalidad del control prenatal para reducir sus complicaciones.

### 3. DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS

**3.1 PERCEPCION:** es definida como un proceso cognitivo que consiste en reconocer, interpretar y elaborar juicios en relación a las sensaciones que se obtienen del ambiente físico y social. (Vargas, L. 1994). Para esta investigación, la percepción se midió a partir de la información obtenida por las participantes que fueron agrupadas en cuatro categorías de análisis: conocimientos que tienen las puérperas con preeclampsia sobre el control prenatal y la enfermedad, lo experimentado en el control prenatal, sentimientos generados por el control prenatal y lo deseado del control prenatal.

**3.2 CONTROL PRENATAL:** el control prenatal se define como: “el conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada, con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto físico, mental y emocional” (Organización Panamericana de la Salud). Para esta investigación, el control prenatal fue definido como la atención que recibió un grupo de puérperas preeclámpticas cuando se encontraban en etapa gestacional.

**3.3 PREECLAMPSIA :** la preeclampsia se define como una patología asociada al embarazo, caracterizada por hipertensión arterial que se evidencia con dos lecturas de presión arterial mayor o igual a 140/90 mm de Hg y una proteinuria superior a 0,3 gr /día después de la semana 20 de gestación. (Jiménez, E., et al, 2013).

**3.4 INSTITUCION DE CUARTO NIVEL DE ATENCIÓN:** según Morales D & Calderón M. (2012) son centros de atención que prestan servicios médicos, quirúrgicos, hospitalización o ambulatorios, a personas con patologías de manejo complejo. Ofrece servicios especializados en: hematooncología, radiología, trasplantes, pediatría, ginecobstetricia, endocrinología, entre otros. Para esta investigación la Institución de cuarto nivel de atención es aquella que presta servicios de hospitalización y atención a pacientes con diagnóstico de preeclampsia.

**3.5 PUERPERA:** Según Montero, L. (2011) se define como la mujer que se encuentra en el periodo posterior al alumbramiento, durante el cual sus órganos y sistemas retornan al estado previo de la gestación. Para esta investigación, puérpera es aquella paciente en postparto que estuvo hospitalizada en el servicio de ginecobstetricia en una institución de cuarto nivel de atención.

#### **4. PROPÓSITOS**

- A partir de los resultados de esta investigación, se espera proporcionar elementos que aporten a los procesos de mejoramiento del control prenatal.
- Ser el punto de partida de futuras investigaciones, relacionadas con la atención recibida en el control prenatal.
- Enriquecer el papel del profesional de enfermería dentro del control prenatal, como eje fundamental para el diagnóstico oportuno de la preeclampsia.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1. OBJETIVO GENERAL**

Describir la percepción del control prenatal de un grupo de puérperas preeclámpticas que se encuentran hospitalizadas en el servicio de ginec obstetricia de una institución de cuarto nivel de atención en Bogotá

## 6. MARCO TEÓRICO

### 6.1. CONTROL PRENATAL

La atención prenatal ha tenido gran importancia en términos de salud materna y perinatal, en el siglo XX se planteó la hipótesis de emplear una atención durante la gestación como herramienta para reducir el riesgo de nacimientos pretérminos y recién nacidos de bajo peso, a partir de ello gobiernos de Reino Unido, Irlanda y Gran Bretaña postularon que esta atención prenatal debería ser efectuada de manera periódica, específicamente postularon que la gestante debería recibir mínimo tres consultas o revisiones periódicas donde se indagaría sobre el estado gestacional. Para 1962, se postuló que aquellas mujeres que recibían atención toda la gestación e inclusive durante el último trimestre del embarazo tenían menos riesgo de bebés con bajo peso o partos pre término, a partir de estos avances se desarrolló el programa de control prenatal como esa herramienta fundamental para reducir las complicaciones maternas y fetales durante y después del embarazo. (Alexander, G.,y Kotelchuck, M. 2001)

Luego de reconocer la importancia de una atención prenatal, se inicio el proceso de implementación mediante diferentes convenciones, tratados y normas que aseguraban la salud materna como un objetivo indispensable para las naciones, que como lo señala Mayorga, A. (2012) empezó desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el artículo 25 donde “ la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales”, lo que permitió la priorización de la atención a esta población y delimito que todas las acciones que se efectuaran para salvaguardar un embarazo seguro deberían ser prioridad de las naciones; así mismo, para 1952 se crea el Convenio sobre la Protección de la Maternidad, en donde se estipularon

todas las medidas por las cuales una mujer gestante que se encontrara laborando recibiera atención sanitaria, tuviera su licencia de maternidad y contara con todos los medios para garantizar un embarazo sano; la Convención sobre los Derechos de los Niños en 1989, establece que los Estados parte deben comprometerse a que la población gestante y materna reciba una atención prenatal y posnatal, para el año 2000 se establecieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio por la Organización de Naciones Unidas dentro de la que se destacó el quinto objetivo de milenio: “Mejorar la salud materna” con metas como la reducción de un 75% de la tasa de mortalidad materna entre 1990 – 2015 y lograr para el 2015 el acceso universal a la salud reproductiva: para ello se estableció que las gestantes deberían recibir atención de calidad durante el embarazo y el momento del parto, no solo para salvar la vida del madre sino la del niño.

A nivel nacional, la protección de la salud y derechos de las mujeres, las gestantes y los niños ha sido un importante avance dentro del sector salud, político y social; partiendo desde la Constitución Política de Colombia de 1991, en el capítulo 2 acerca de los derechos sociales, económicos y culturales específicamente en el artículo 43 donde se estipula que “Durante el parto y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado”.

La creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la Ley 100 de 1993 redefinió la atención materno infantil que consistía en que el Plan Obligatorio de Salud cobijaría todos los servicios de salud materna en cuanto a: *“control prenatal, atención del parto, el control del postparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia”*

Con la Resolución No. 412 de 2000, se estableció el conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades de demanda inducida y de obligatorio cumplimiento, mediante el establecimiento de normas técnicas y



guías de atención, dentro de la que se encuentra la Norma Técnica de Detección temprana de las alteraciones del embarazo, y donde se estructuró el control prenatal como la herramienta fundamental para el sistema de salud nacional para lograr un embarazo sin complicaciones y con ello identificar de forma precoz factores de riesgo, enfermedades y complicaciones propias del embarazo.

Luego de la reestructuración del sistema general de seguridad social en salud, y el fortalecimiento de la salud pública, con el Decreto 3039 de 2007 en cuanto al establecimiento de los lineamientos políticos también se puede evidenciar aportes en cuanto a salud materna y el fortalecimiento del control prenatal, dentro del Lineamiento número 1 sobre la Promoción de la salud y la calidad de vida se postula *“fomentar la estrategia de inducción a los servicios de control prenatal en el ambiente laboral y en los espacios públicos comunitarios: supermercados, CADES, taquillas de eventos, entre otros”*, así mismo dentro de los Lineamientos 2 y 3 sobre la Prevención de riesgos y la recuperación de daños en salud, se estipula que se debe garantizar la habilitación de manera específica y funcional de los servicios de control prenatal y la atención del parto para las gestantes.

Finalmente a nivel distrital, se cuenta con un proyecto que institucionaliza la política pública de salud materna y perinatal, y con el que se pretende contribuir con *“la promoción, acceso y calidad en los servicios de salud de la familia gestante, y garantizar la calidad de vida de la salud de las mujeres gestantes y los recién nacidos”*.

Conforme a lo anterior, el control prenatal se reconoce como *“la estrategia recomendada para detectar tempranamente riesgos del embarazo, instaurar el manejo adecuado, prevenir complicaciones y preparar a la gestante para el parto y la crianza”* Cáceres, F. (2009)

Un informe del 2013 sobre los Objetivos del Milenio, asegura que aunque el cuidado durante el embarazo salva vidas, solo la mitad de las mujeres embarazadas de las regiones en desarrollo (en el caso de América Latina cerca del 89%) realiza el número de visitas prenatales recomendado, en este sentido, y de acuerdo a lo estipulado en ese informe, se hace referencia a que la Organización Mundial de la Salud recomienda que para asegurar el bienestar de las madres y de los recién nacidos es necesario únicamente que se tenga como mínimo cuatro consultas o visitas de atención prenatal y en estas visitas se debe incluir “ la vacunación antitetánica, el diagnóstico de alguna enfermedad o alteración del embarazo, tratamiento de infecciones y búsqueda de signos de alarma durante el embarazo, entre otros” (Naciones Unidas, 2013)

Cáceres, F. (2009), señala que dentro de los objetivos del control prenatal se destacan, el de diagnosticar las condiciones en las que se encuentra la madre y el feto, así mismo identificar factores de riesgo y educar a la gestante sobre el rol de la maternidad y la crianza, igualmente estipula que dentro del control prenatal se debe indagar no solo sobre riesgos biológicos sino también de carácter psicológico y social y se debe propiciar una relación adecuada entre padres e hijos, ya que finalmente el control prenatal permite “ hacer competente a la embarazada para cuidar su salud y la de su hijo, detectar oportunamente los riesgos, buscar la atención necesaria y fomentar hábitos y conductas saludables”.

La Guía de Atención Materna del 2009, establece que el control prenatal cumple con los siguientes componentes: 1) análisis temprano y continuo del riesgo, 2) promoción de la salud, detección temprana y protección específica, 3) intervenciones médicas y psicosociales.

Dentro del componente de análisis temprano y continuo del riesgo, la Guía de atención materna del 2013 establece los siguientes factores de riesgo, que para el caso de esta investigación están orientados a la preeclampsia:

1. Factores de riesgo medio:

- Primer embarazo
- Edad mayor o igual a 40 años
- Intervalo intergenésico mayor a 10 años
- IMC mayor o igual a  $35 \text{ kg/m}^2$  en la primera consulta
- Embarazo múltiple
- Antecedente familiar de preeclampsia

2. Factores de riesgo alto:

- Trastorno hipertensivo en embarazo anterior
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolipidos
- Diabetes tipo 1 y 2
- Hipertensión crónica

Ahora bien, dentro de los atributos del control prenatal se tiene que, este debe ser:

- Precoz: hace referencia a recibir atención desde la consulta preconcepcional es decir aquella consulta que pretende analizar y mirar los factores y las condiciones que tiene una mujer y su familia para tener un hijo y desde el primer trimestre de embarazo.
- Periódico: la característica de periodicidad hace referencia a que se debe cumplir con un mínimo de consultas o controles y que estos van

a variar de acuerdo a los factores de riesgos que tenga la gestante, así como los recursos con los que se cuente a nivel regional y las normas establecidas para el control prenatal. De acuerdo al nuevo modelo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (2003) se recomiendan únicamente 4 consultas o controles prenatales para las mujeres gestantes que no estén cursando con un embarazo complicado; para la Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Detección Temprana y Tratamiento de las Complicaciones del Embarazo, Parto o Puerperio (2013) se recomienda la siguiente periodicidad: mujer nulípara con embarazo de curso normal diez citas, para una mujer multípara con embarazo normal siete citas.

- De buena calidad: alude a la capacidad resolutoria y el equipo de salud que se caractericen por brindar un cuidado o atención integral, humana y de alto nivel, para ello se tiene en cuenta los lineamientos del Decreto 1011 del 2006, donde se adjudica la responsabilidad acerca del cumplimiento del Sistema Obligatorio de garantía de la calidad, teniendo como premisa que calidad de la atención de la salud hace referencia a “ provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y de manera colectiva y que esta sea de carácter accesible y equitativo .. con el objetivo de lograr la satisfacción de los usuarios.”
- Integral: incluyen todos los procesos o ámbitos de atención el fomento, prevención, educación y recuperación de la salud.
- Universal: hace referencia a que este programa debe ser de cobertura nacional de acuerdo a las disposiciones del sistema de salud, de acuerdo al tipo de contrato o afiliación.

Como se señala en la Guía de atención materna (2009) la consulta de enfermería es aquella que realiza todo profesional de enfermería a las gestantes que fueron clasificadas por el médico como gestantes de bajo

riesgo para que a partir de ello se pueda hacer una evaluación de una gestación normal, así como la detección temprana y el manejo oportuno de las complicaciones del embarazo.

La primera consulta llevara un tiempo estipulado de 30 minutos y los otros controles tendrán una duración de 20 minutos, conforme los establece la guía de atención estas son las actividades de enfermería que se desarrollaran en cada consulta:

- Anamnesis: se indagaran sobre las características de la gestante, su entorno social-afectivo, su estado de salud, y se indagara sobre el cumplimiento de recomendaciones, indagar sobre el estado actual del embarazo, sobre los tratamientos a seguir y en el caso en que se presenten signos de alarma se deberá remitir a consulta por especialista.
- Examen físico: se realizará el examen físico completo de manera cefalocaudal y se buscará identificar algunas alteraciones de la gestante o del feto, por lo tanto ese examen físico también debe incluir la medición de la altura uterina, la fetocardia e identificar posibles signos de alarma o el estado de salud actual de la gestante.
- Análisis de curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino y presión arterial media, está última en especial ya que por medio de ella se puede identificar oportunamente algún trastorno hipertensivo de la gestación como la preeclampsia.
- Análisis de los resultados de exámenes paraclínicos aquí cabe resaltar la importancia de la toma de parcial de orina en donde se pueda identificar proteinuria y requiera una remisión especial en este caso la proteinuria en 24 horas, también importante tener en cuenta para los trastornos hipertensivos del embarazo paraclínicos como un cuadro hemático o pruebas hepáticas.

- Información y educación sobre la importancia de la atención del parto institucional, una maternidad segura, información sobre signos de alarma: sangrado genital, ruptura prematura de membranas, edema, vértigo, cefalea, dolor epigástrico, cambios en la orina y trastornos visuales y auditivos.
- Informar y educar sobre planificación familiar, lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y alimentación complementaria hasta los dos años.
- Informar y remitir al curso de preparación para la maternidad y paternidad
- Remitir a la gestante a consulta médica si se presentan factores de riesgo o si algún examen de laboratorio muestra alteración.

También se deberá llevar a cabo el examen físico de la gestante en la que se incluyen: las medidas antropométricas, toma de signos vitales, examen por sistemas, valoración ginecobstetricia, entre otros. En conjunto con la realización de estas intervenciones, el profesional de la salud durante el control prenatal deberá realizar las siguientes tareas en cada una de las consultas (ver cuadro numero 1):

**CUADRO 1.** Actividades dentro del control prenatal

<b>Evento</b>	<b>Consulta preconcepcional</b>	<b>Visita 1 6-8 semanas</b>	<b>Visita 2 10-12 semanas</b>	<b>Visita 3 16-18 semanas</b>	<b>Vista 4 22 semanas</b>
Tamizaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perfil del riesgo</li> <li>- Peso y talla</li> <li>- Tensión arterial</li> <li>- Examen de senos</li> <li>- Citología</li> <li>- Rubeola</li> <li>- Varicela</li> <li>- Examen pélvico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perfil de riesgo</li> <li>Peso y talla</li> <li>Hemoglobina</li> <li>Hemoclasificación</li> <li>Serocultivo</li> <li>Urocultivo</li> <li>Hepatitis B</li> <li>VIH</li> <li>Ecografía</li> <li>Glicemia</li> <li>Citología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peso</li> <li>tensión arterial</li> <li>Fetocardia con doppler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peso</li> <li>Tensión arterial</li> <li>Fetocardia</li> <li>Altura uterina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peso</li> <li>Tensión arterial</li> <li>Fetocardia</li> <li>Altura uterina</li> <li>Ecografía</li> </ul>

Consejería y educación	- Uso de sustancias - Nutrición - Violencia y abuso - Prácticas sexuales - Validez de la FUR (Fecha de última regla)	Estilo de vida Trabajo Familia Signos de alerta Identificar y explicar riesgos durante el embarazo	Crecimiento fetal Revisión de laboratorios Lactancia	Crecimiento fetal Lactancia Lumbalgia	Signos de trabajo de parto pre término
Inmunizaciones y quimioprofilaxis	- MMR - Varicela - Hepatitis - Ácido fólico	Micronutrientes	Micronutrientes	Micronutrientes	Micronutrientes
<b>Evento</b>	<b>Visita 5 28 semanas</b>	<b>Visita 6 32 semanas</b>	<b>Visita 7 36 semanas</b>	<b>Visita 8-11 38 - 41 semanas</b>	
Tamizaje	Riesgo de infecciones Riesgo de parto pre término Tensión arterial Peso y talla Diabetes gestacional Abuso y adicción de sustancias	Peso talla Tensión arterial Fetocardia Altura uterina Ecografía	Peso Tensión arterial Fetocardia Presentación y situación CH, VDRL, PCC	Peso Tensión arterial Fetocardia Altura uterina	
Consejería y educación	Trabajo Crecimiento fetal Fisiología del trauma Movimientos fetales Signos y síntomas de parto pretérmino	Viajes Sexualidad Signos de alerta Movimientos fetales Trabajo de parto	¿Qué hacer cuando inicie trabajo de parto? Identificación de contracciones regulares, ruptura de membranas y sangrado	Trabajo de parto y parto. Manejo de embarazo prolongado	
Inmunizaciones y quimioprofilaxis	Micronutrientes	Micronutrientes	Micronutrientes	Micronutrientes	

*Fuente: Alcaldía Mayor de Bogotá: "Guía de atención materna-2009"*

Finalmente, un aspecto importante para generar impacto en las pacientes con el programa de control prenatal es la atención con trato humano, en este sentido como lo señala Baranchuk N., (2000) la humanización en la atención

perinatal es un conjunto de actividades que buscan rescatar y fortalecer la relación entre todos los participantes que convergen en el control prenatal: la paciente, su familia y los profesionales de la salud; igualmente el autor señala que una atención o cuidado humanizado dentro de la atención prenatal es importante ya que este se encuentra íntimamente relacionado con la calidad de la atención y con la misma satisfacción de usuario.

## **6.2. PREECLAMPSIA**

La preeclampsia es un síndrome propio del embarazo de origen multisistémico, está asociado a hipertensión gestacional, y ocurre con mayor frecuencia en los extremos de la vida reproductiva de la mujer. Esta patología es de gran importancia, ya que causa el mayor número de complicaciones médicas en la gestación, constituyendo una de las primeras causas de morbimortalidad materna, fetal y neonatal (Villanueva L, et al, 2007) .En Colombia según el departamento administrativo nacional de estadísticas-DANE, para el año 2007 la preeclampsia fue la tercera causa de muerte materna.

Este síndrome se puede clasificar: en preeclampsia leve o preeclampsia severa. La primera corresponde a una presión arterial de 140/90 mm de Hg o más, o elevación de 30mm Hg en sistólica y 15 mm Hg en diastólica, con una proteinuria de 300mg en 24 horas acompañada de vasoespasmo, y la preeclampsia severa, se define como: presión arterial de 160/ 110 mm de Hg o más, con proteinuria de 5 gr en 24 horas, además de cefalea, acúfenos, fosfenos, y edema generalizado. (Mora F, et al, 2005)

La preeclampsia ocurre después de la semana veinte de gestación, su fisiopatología se caracteriza por la producción de vasoespasmo, debido a la reducción de la perfusión sanguínea de múltiples órganos, produciendo así un daño endotelial que conlleva a la elevación de la resistencias vascular sistémica, la cual activa la cascada de coagulación e incrementa la



agregación plaquetaria. (Ramoneda, V., et al, 2008). Por consiguiente, dentro de los signos característicos de la preeclampsia se evidenciará edema, proteinuria e hipertensión.

Existen varios factores de riesgo que pueden desencadenar la preeclampsia, dentro de los que se encuentran: ausencia o deficiencia del control prenatal, intervalo intergenésico menor de dos años, mujer menor de 18 años o mayor de 35 años, ser primigestante o multigestante, enfermedad trofoblástica gestacional, antecedentes de: hipertensión arterial crónica, eclampsia o preeclampsia en anteriores embarazos, sobredistención uterina de cualquier origen (embarazo gemelar o múltiple, polihidramnios) e infección de las vías urinarias. (Villanueva, L., et al, 2007)

Además, dentro de los factores de riesgo se deben tener en cuenta el riesgo biopsicosocial tal como lo menciona la guía de atención materna “el riesgo biopsicosocial debe ser evaluado desde la primera consulta y a lo largo del control prenatal, para identificar pacientes de alto riesgo de preeclampsia que pueden tener variables psicológicas y sociales de riesgo: embarazos no deseados, ansiedad, humor depresivo, tensión emocional y falta de soporte familiar entre otros”

Así mismo, la preeclampsia, tiene múltiples complicaciones: maternas y fetales. La primera está relacionada con: desprendimiento prematuro de la placenta, insuficiencia renal aguda, edema pulmonar agudo, edema cerebral, coagulación intravascular diseminada, ruptura hepática y hemorragia cerebral. Y la segunda hace referencia a: prematuridad, retardo del crecimiento intrauterino, oligoamnios, además de mayor riesgo para desprendimiento prematuro de la placenta y cesárea.

El diagnóstico de la preeclampsia debe ser oportuno, para minimizar los riesgos. Se diagnostica cuando la gestante presenta hipertensión gestacional en la semana veinte de gestación, más uno de los siguientes signos:

- Proteinuria mayor o igual a 300 mg en 24 horas, o mayor de 30 mg/dl, en muestra aislada.
- Insuficiencia renal: creatinina plasmática mayor de 1.01 mg/dl u oliguria, gastos urinarios menores a 0.5 ml/kg/hora.
- Enfermedad hepática: aumento de las transaminasas.
- Alteraciones neurológicas: cefalea severa con hiperreflexia, clonus, alteraciones visuales presentes y alteración del estado de conciencia.

Después de que se realice el diagnóstico oportuno, es importante trasladar a la paciente a un hospital de tercer nivel de atención, para dar el manejo correspondiente.

Dada la importancia del control prenatal para el diagnóstico oportuno de la preeclampsia, la percepción de las pacientes es un elemento realmente oportuno de abordar ya que, al conocer las opiniones, juicios o experiencias de las usuarias dentro de la atención prenatal, se podrá de manera directa no solo reconocer como está siendo entendida, vivida e incluso sentida dicha atención sino que también permitirá replantear, formular, fortalecer y establecer estrategias que permitan mejorar las intervenciones y cumplir a cabalidad con los propósitos reales del control prenatal en este caso asegurar un embarazo pleno, garantizar el desarrollo de un ser humano con el desarrollo y crecimiento potencial y asegurar la salud materna.

### **6.3. PERCEPCIÓN**

La percepción según Neisser (s.f.) es “Un proceso activo-constructivo en el que el perceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no al propuesto”; otro concepto definido según Gestalt nos dice que la percepción “busca de manera directa organizar la información del ambiente dentro de una representación mental simple”. De igual forma al

realizar la revisión acerca de este término se encuentra que con el paso del tiempo se le han dado diferentes perspectivas, para Vargas, L. (1994) “la percepción es biocultural porque depende tanto de estímulos físicos como de sensaciones, y por otro lado de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones”, además muestra que la percepción está incluida en los diversos niveles de evaluación de la realidad social los cuales se encuentran en constante interacción proporcionando las bases necesarias analíticas para evaluar la realidad.

Así mismo, según el Gobierno de Canabria la percepción tiene diferentes variables, tales como: recepción sensorial considerada como: la base de este término en donde su principal autor son los sentidos, estructuración simbólica: en donde involucra a una representación o significado ligadas a experiencias vividas anteriormente, elementos emocionales: generando de esta manera procesos agradables o desagradables, factores internos: involucrando las motivaciones, experiencias pasadas, necesidades, el ambiente cultural entre otros y factores externos: en donde involucra la intensidad y el tamaño del estímulo, el contraste y la repetición.

Igualmente, dentro de las características de la percepción se han encontrado estudios donde consideran que esta es un criterio para el monitoreo de la calidad, ya que como lo señala un estudio realizado por el Hospital Universitario del Valle (2010), la calidad de atención debe complementarse con la información obtenida desde la perspectiva de los usuarios, permitiendo mediante un proceso relativamente rápido, obtener información y conceptos acerca de la atención prestada, haciendo hincapié en la opinión de sus usuarios para el mejoramiento y cumplimiento de los criterios establecidos para garantizar la calidad de atención en salud.

Conforme a lo anterior, la percepción está determinada por múltiples variables importantes de la persona, lo que permite evaluar de manera subjetiva diversos aspectos relevantes frente a determinada situación, en el caso de la investigación, se estudió la percepción que tiene un grupo puérperas preeclámpticas sobre el control prenatal y que se encuentran hospitalizadas en el servicio de ginecobstetricia de una institución de cuarto nivel de atención en Bogotá.

A fin de mirar la percepción centrada en el cuidado brindado por el personal de enfermería, esta se encuentra definida según el Grupo del Cuidado, Universidad Nacional (2000), como un proceso mental que permite organizar de manera clara y significativa lo que se obtiene del exterior y así tomar conciencia de lo que nos rodea, en donde la percepción nace de la impresión de la interrelación en el momento que brindamos cuidado al otro y como esta se interioriza y se clasifica según los momentos y las acciones intencionales de la persona cuidada y del cuidador.

Para lo anterior, es importante traer a mención la teoría del cuidado humanizado de Jean Watson (1979) su filosofía del cuidado humano, en donde señala que entre las variables a tener en cuenta para poder brindarlo está en primer lugar el compromiso moral, y en segunda instancia la experiencia, la percepción y la conexión lo cual conlleva a mostrar un interés profundo por la persona, en donde este se sustenta con el método lógico utilizado por Watson en donde uno de los ítems es el desarrollo de una relación de ayuda y confianza, siendo esta relación crucial para el cuidado transpersonal promoviendo la expresión de sentimientos bien sea positivos o negativos, implicando la empatía la cual comprende las percepciones y sentimientos de otra persona.

## **7. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **7.1. TIPO DE ESTUDIO**

Esta investigación es un estudio cualitativo de tipo descriptivo, que permitió describir la percepción que tuvo un grupo de puérperas preeclámplicas en relación al control prenatal.

Este diseño metodológico, permite como lo afirma Jiménez, E. y Rodríguez, G. (1996): “estudiar la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas”. Además de ello, este diseño permite conocer la calidad de la atención del control prenatal brindada por el profesional de enfermería, lo que posibilita el describir de manera holística el desarrollo y la percepción de este programa de atención materna. (Vera, L., s.f.)

La investigación cualitativa de tipo descriptivo permite identificar la naturaleza de la realidad, sus relaciones y su estructura dinámica (Ruiz, O. 1996), de igual forma como lo señala Amezcua, M. y Gálvez, A. (2002), esta metodología permite conocer los problemas de salud de la población desde una mirada social y cultural, teniendo como enfoque el análisis de contenido, proceso que se utilizó en esta investigación.

### **7.2. PARTICIPANTES**

Las participantes de esta investigación fueron puérperas preeclámplicas que al momento de la recolección de información se encontraban hospitalizadas en el servicio de ginecobstetricia de una Institución de cuarto nivel de atención, con las siguientes características:

- Pacientes en postparto con diagnóstico de preeclampsia
- Pacientes que durante su embarazo hubiesen asistido al control prenatal
- Pacientes con participación voluntaria

### 7.3. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

**Instrumento.** Percepción del control prenatal de un grupo de puérperas preeclámplicas.

Este instrumento contiene preguntas orientadoras que se formularon para la realización de las entrevistas semiestructuradas a las participantes de esta investigación:

1. ¿Para usted qué es el control prenatal?
2. ¿Por qué asistió a los Controles prenatales? ¿Cuál es para usted la importancia de este programa?
3. ¿Qué características considera importante para la relación enfermero-paciente en el control prenatal?
4. ¿Qué es para usted la preeclampsia?
5. ¿Conoce usted los signos de alarma de la preeclampsia? ¿De qué forma se lo explicaron? ¿le quedaron claros?
6. ¿Qué significó para usted el hecho de tener preeclampsia?
7. ¿Qué relación encuentra entre la preeclampsia y el control prenatal?
8. ¿En cuanto al lugar donde recibió el control prenatal, como era su infraestructura, qué le hacía falta o que tenía de positivo para su atención?
9. ¿Cómo era el acceso a las citas del control prenatal, le quedaba cerca, los horarios eran adecuados?

10. ¿Qué profesionales de la salud, la atendieron dentro del control prenatal?
11. ¿Cómo era el trato que recibió por parte de esos profesionales?
12. ¿La educación que le brindo el profesional de enfermería durante el control prenatal fue útil para usted? ¿porque?
13. ¿Qué aspectos o características considera importantes que tenga el profesional de enfermería en el control prenatal?
14. ¿Cómo considera que fue la valoración en el control prenatal?
15. ¿Durante los controles prenatales a los que usted asistía, le hacían control de signos vitales, le hacían examen físico, que valoraban en usted y en su bebé en gestación?
16. ¿El profesional de enfermería respondió a sus dudas y oriento sus inquietudes?
17. ¿Usted acudió a los controles prenatales puntualmente?, si no lo hizo ¿cuáles fueron sus motivos?
18. ¿Qué sugerencias u opiniones tiene para mejorar el control prenatal?
19. ¿Qué sentimiento le generó el control prenatal?, ¿Por qué?, ¿A qué le debe o atribuye ese sentimiento?
20. ¿El control prenatal satisfago sus necesidades de atención?, ¿era lo que esperaba?
21. ¿Cómo se sentía en el control prenatal con la enfermera?
22. ¿Cómo era la relación con el profesional de la salud que la atendía durante los controles prenatales?
23. ¿Cómo considera que fue la calidad de la atención dentro del control prenatal?

#### **7.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Para la recolección de la información, se contó en primera instancia con la aprobación del Departamento de Enfermería Clínica de la Facultad de Enfermería de la Universidad Javeriana y posterior a ello por la aprobación del Comité de Investigación y Ética de la Institución de IV nivel de atención, quienes autorizaron la recolección de la información en el servicio de ginecobstetricia.

La información se recolectó con diez participantes, por medio de entrevistas semiestructuradas a profundidad persona a persona; las entrevistas se desarrollaron en un ambiente confortable para las participantes y esto incluyó espacios en los cuales no se le estuviera realizando algún procedimiento o intervención que pudiera interrumpir la continuidad de la conversación.

La duración de cada entrevista tomó entre veinte minutos y una hora, igualmente las entrevistas no tuvieron un tiempo estipulado, este dependía de la información que brindaban las participantes y hasta que no se obtuviera información nueva o relevante para el estudio.

Antes de comenzar la entrevista, se le explicó a cada participante el objetivo del estudio, la metodología de recolección de información, así como los beneficios y riesgos de participar en ella, finalmente cada participante que accedió a participar firmó el consentimiento informado.

Durante la entrevista, se indagaron características sociodemográficas y ginecobstétricas, posteriormente se procedió a realizar la entrevista a partir de preguntas orientadoras sobre la percepción de las pacientes con respecto al control prenatal; en conjunto se realizaron diarios de campo donde se registraron todas las manifestaciones no verbales identificadas por los investigadores durante la recolección de la información.



La recolección de la información se llevó a cabo hasta que se logró saturación de la información por parte de las participantes, entendiendo por saturación teórica, como aquel proceso en el cual “ningún dato nuevo que se recolecta logra agregar información relevante a la que ya se tiene” (Giraldo, M. 2004).

## **7.5. ORGANIZACIÓN, SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

Para la organización de la información, las entrevistas grabadas fueron escuchadas hasta dos veces por parte de los investigadores, una vez escuchadas se transcribieron de manera textual, a cada entrevista se le asignó un código que representaba a la participante en este caso a la púérpera y se abrevio con la letra (P), de acuerdo a ello, a cada una de las diez entrevistas se le asignó un código y un número secuencial (P1, P2, P3, P4, ...) esto con el fin de proteger la identidad de las participantes de acuerdo al principio ético de la privacidad y confidencialidad.

Una vez se transcribieron en su totalidad las entrevistas, los investigadores procedieron a la lectura de las mismas para lo cual se realizó un cuadro matriz donde se colocó el código de cada entrevista, las frases de cada participante y luego de ello se identificaron las diferentes subcategorías de información, para facilitar la agrupación y clasificación de la información a cada código se le asignó un color representativo; una vez se agrupo toda la información el cuadro matriz, se formaron cuatro categorías de información que permitieron el análisis correspondiente y la elaboración de conclusiones del estudio.

Las categorías de información que surgieron del análisis de información fueron:

- Categoría 1: Conocimientos que tienen las puérperas con preeclampsia sobre el control prenatal y la enfermedad.
- Categoría 2: Lo experimentado en el control prenatal.
- Categoría 3: sentimientos generados por el control prenatal.
- Categoría 4: lo deseado del control prenatal.

Determinadas dichas categorías, los investigadores realizaron un análisis de contenido y finalmente plantearon conclusiones y recomendaciones derivadas de los resultados del estudio.

## **7.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Esta investigación se basó en lo establecido por la Resolución No. 008430 de 1993 en el cual como lo nombra el artículo 5 “prevalecerá el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar”. Igualmente esta investigación se amparó bajo los principios éticos de la autonomía, beneficencia no maleficencia y justicia, como lo señala Prieto, G. (1999) la *autonomía* se entiende como “la libertad que tiene una persona para establecer las propias normas personales de conducta, facultándola para gobernarse a sí misma, basada en la propia escala de valores y principios”, en este sentido este principio ético hizo referencia a la participación voluntaria de las participantes en el estudio

En cuanto a la beneficencia no maleficencia, Prieto, G. (1999) señala que toda investigación deberá actuar bajo fundamentación científica y ser muy cuidadosa para evitar causar daño a las participantes, así mismo toda investigación en salud deberá generar beneficios en términos de los participantes, avance en el conocimiento y contribución para mejorar la atención o servicio.

Finalmente la justicia hizo referencia a que las participantes de esta investigación contaron con los mismos recursos humanos y materiales, independiente de alguna condición especial, así mismo, la calidad de la investigación fue exactamente igual para cada una de las participantes.

Durante las entrevistas se mantuvo la privacidad de las participantes, solo los investigadores tuvieron acceso a esta información.

Los resultados serán publicados, sin embargo estas publicaciones no incluirán el nombre de los participantes o ninguna otra información que permita identificarlos personalmente. Así mismo, cada participante autorizó su participación en esta investigación a través del consentimiento informado (Ver ANEXO 2)

## 8. ANÁLISIS DE RESULTADOS

### 8.1. CARACTERIZACIÓN DE LAS PARTICIPANTES

En la investigación participaron 10 puérperas con preeclampsia, entre los 19 y 32 años de edad, este intervalo de edad de las participantes llama la atención, ya que no se relaciona con lo estipulado por la Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio (CINETS, 2013) en el que se estipula que uno de los factores de riesgo para desarrollar preeclampsia es la edad de 40 años o más. De otro lado, el 60% de las participantes provenían de Bogotá, y el 40% restante de otras ciudades tales como Cali, Tocaima, Tolima o Sucre.

En cuanto al nivel educativo, el 40 % de las participantes eran bachilleres, un 30% tenían un nivel técnico de formación, el otro 20% no terminó el bachillerato y el 10% contaba con un nivel de formación universitaria. Se ha demostrado que el nivel educativo tiene una relación directa con las complicaciones maternoperinatales asociadas a trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo, como lo señala Mayorga, M. (2012): “el nivel de educación influye directamente en la presencia de complicaciones de los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo, esto es dado principalmente por el desconocimiento de la mujer gestante respecto a dicha patología, lo que se relaciona con el número de controles prenatales y la identificación de signos de alarma.”

Con referencia al estado civil, el 60% de las participantes vivían en unión libre, el 30% eran solteras y el 10% casadas; de acuerdo a un estudio realizado por Vinaccia, S., et al (2006), las gestantes que presentan alguna complicación perinatal incluida la preeclampsia tienen un riesgo relativo de

3,85 para presentar situaciones estresantes y de ansiedad severa, que se incrementa a un 10,3 cuando la gestante carece de un apoyo social adecuado, en este caso el apoyo familiar o de su compañero sentimental.

Según el trimestre de gestación, el 10% se encontraba en el segundo trimestre y el 90% en el tercer trimestre. La asistencia al control prenatal oscilo entre los 3 hasta los 8 controles, con un promedio total de 5,8 controles. En esta investigación se encontró que la poca asistencia al control prenatal de algunas participantes se asoció a la presencia de la preeclampsia, característica que se relaciona con lo encontrado por Morgan, F., et al. (2010), en el cual un grupo de gestantes con preeclampsia tuvieron menos controles prenatales a comparación del grupo de gestantes que no desarrollaron la enfermedad; a su vez, Alfaro, M. (2005), concluyo que existe dos veces más probabilidad de tener un control prenatal inadecuado y como consecuencia desarrollar preeclampsia.

En cuanto a los antecedentes ginecoobstétricos, el 40% de las participantes eran primigestantes, el restante 60% eran multigestantes, de este grupo, el 20% eran madres por cuarta vez; así mismo, del total de participantes el 60% tuvo a su hijo por cesárea, finalmente, cabe resaltar también que el 50% de las participantes multigestantes han tenido una o dos perdidas de la gestación; estas características ginecobstétricas de las pacientes se correlacionan como factores de riesgo para la aparición de la preeclampsia estipulados en la Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. (CINETS, 2013)

El cuadro No. 2 muestra individualmente las características de las participantes

**CUADRO 2.** Caracterización de las participantes

Participante	Edad	Procedencia	Nivel educativo	Estado civil	Ocupación	Semanas de gestación	# controles prenatales	ANTEC. GINECO
P1	21	Bogotá	Técnico	Soltera	Auxiliar administrativa	33	5	G2 C1 A1
P2	23	Bogotá	Séptimo	Unión libre	Auxiliar de lavandería	32	5	G4 P3 A 1
P3	23	Cali	Técnico	Unión libre	Técnico de sistemas	35	7	G2 C1 A1
P4	32	Tocaima	Universitario	Casada	Administrador ambiental	36	8	G1 P1 A0
P5	22	Bogotá	Técnico	Unión libre	Auxiliar de enfermería	35,5	4	G1 C1 A0
P6	21	Tolima	Bachiller	Soltera	Independiente	35	7	G3 C1 P1 A1
P7	21	Bogotá	Bachiller	Unión libre	Asesora	25	3	G1 C1 A0
P8	19	Bogotá	Bachiller	Unión libre	Estudiante	35	7	G1 C1 A0
P9	19	Bogotá	Bachiller	Soltera	Estudiante	37	7	G2 P2 A0
P10	32	Sucre	Octavo	Unión libre	Independiente	32	5	G4 C2 A2

*Fuente: Clavijo, H., López, L. y Ramírez, Y., Percepción del Control Prenatal de un grupo de púerperas preeclámpticas hospitalizadas en el servicio de ginecología de una institución de cuarto nivel de atención en Bogotá, 2014.*

## 8.2. RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS DIARIOS DE CAMPO

En los diarios de campo se registró información concerniente al ambiente físico donde se desarrolló la entrevista y a los aspectos psicosociales o conductuales de las participantes durante la misma.

En cuanto a la ubicación, todas las entrevistas se llevaron a cabo en las habitaciones de las pacientes ubicadas dentro del servicio de alto riesgo de

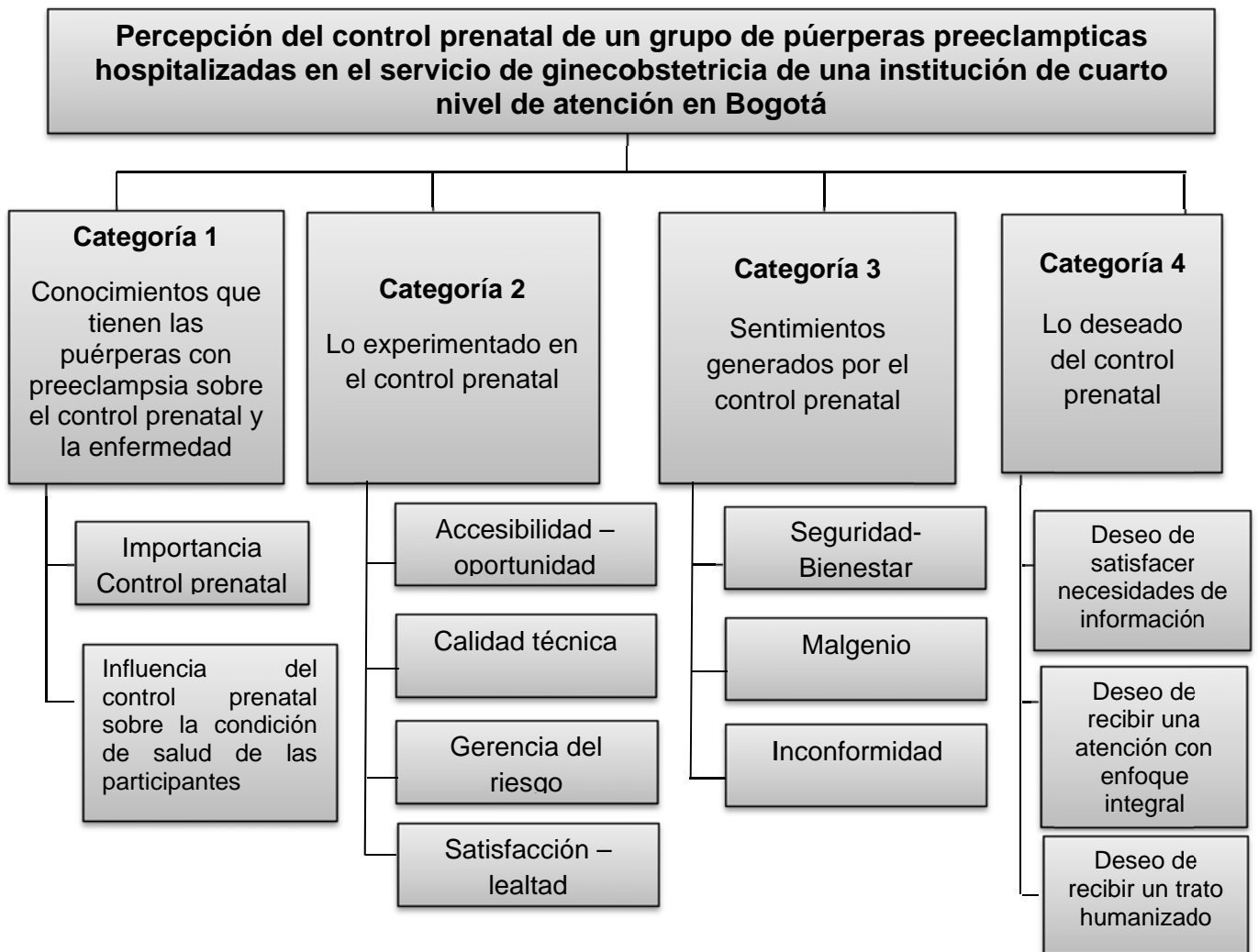
ginec obstetricia, igualmente, cada entrevista se desarrolló en un ambiente adecuado, en este caso cuando la participante no se encontrara en ningún procedimiento o intervención por parte del equipo médico y si se encontraba en visita de algún familiar, la entrevista se postergaba hasta que la paciente lo dispusiera. Dentro del ambiente físico, las habitaciones se encontraban con buena iluminación, espacios calurosos, con buena ventilación, en algunos momentos hubo molestias por ruidos debido a que la habitación era compartida por otra paciente, sin embargo las entrevistas se realizaron de manera continua e íntima.

En cuanto a los aspectos psicoemocionales que se evidenciaron en las participantes, sobresalieron la incertidumbre, la timidez, la tranquilidad y el inconformismo; la incertidumbre estuvo presente al momento de iniciar la entrevista, cuando los investigadores les contaban el objetivo de la investigación y como iba a ser la dinámica de la recolección de datos, algunas participantes preguntaban para que era la investigación o de qué forma podían participar. También en algunas participantes había timidez, con respecto a que se les grabara la entrevista, además se evidenciaba en algunas por sus respuestas dicotómicas al comienzo de la misma. La tranquilidad se fue identificando a medida que avanzaba la entrevista y se creaba un ambiente de confianza entre la participante y los investigadores, lo que permitió obtener respuestas más profundas; en algunas participantes se vieron expresiones de inconformismo o de malgenio con respecto a algunas preguntas en torno a la atención recibida durante el control prenatal, ello dio a que en algunas se aumentara su tono de voz y las respuestas que daban tenían intención de reclamo o queja.

### 8.3. ANÁLISIS DE CATEGORIAS Y SUBCATEGORIAS DE INFORMACIÓN

A continuación se presentará un cuadro que resume las categorías y subcategorías que surgieron del análisis de resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a las participantes de esta investigación

**GRÁFICA 1.** *Categorías de información: Percepción del control prenatal*



*Fuente: Clavijo, H., López, L. y Ramírez, Y., Percepción del Control Prenatal de un grupo de púerperas preeclámpticas hospitalizadas en el servicio de ginecobstetricia de una institución de cuarto nivel de atención en Bogotá, 2014.*

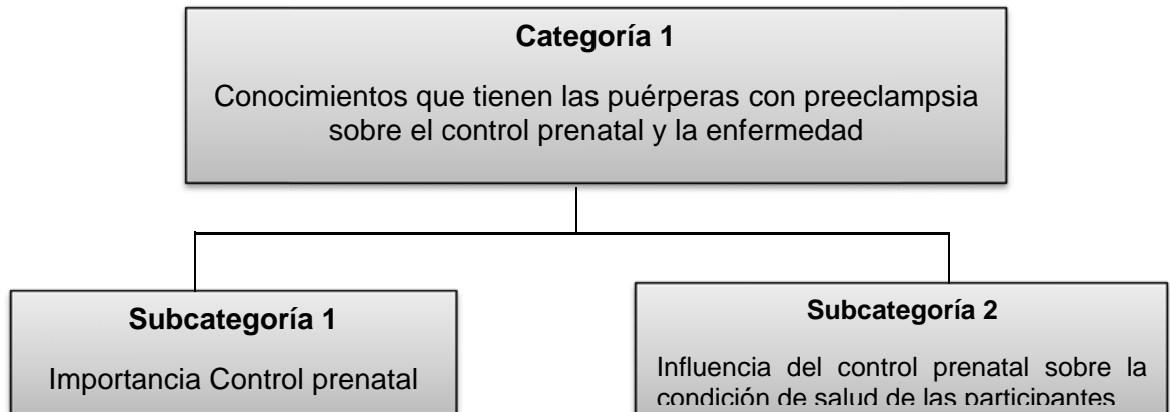


La aproximación al análisis de resultados partió de la realización de un cuadro matriz donde se condensó toda la información proveniente de las entrevistas, esto permitió dividir la información en diferentes subcategorías, que al agruparlas mediante un análisis directo se pudieron definir cuatro categorías generales, donde se pudo clasificar de manera textual los hallazgos derivados de las entrevistas.

A continuación se describen y analizan las cuatro categorías con sus respectivas subcategorías:

### **8.3.1. Categoría 1: Conocimientos que tienen las puérperas con preeclampsia sobre el control prenatal y la enfermedad.**

**GRÁFICA 2.** *Categoría 1: Conocimientos que tienen las puérperas con preeclampsia sobre el control prenatal y la enfermedad.*



*Fuente: Clavijo, H., López, L. y Ramírez, Y. Percepción del Control Prenatal de un grupo de puérperas preeclámpicas hospitalizadas en el servicio de ginecobstetricia de una institución de cuarto nivel de atención en Bogotá, 2014.*

Esta categoría refleja la percepción que tuvieron las participantes acerca del control prenatal y la relación de este con su enfermedad. Cabe resaltar como lo señala Mayorga, A. (2012) que las personas comprenden un evento, situación o contexto a partir de imaginarios, que son basados en las

experiencias de otras personas, de la transmisión cultura de conocimiento de unos a otros y de su propia experiencia.

En este sentido, las participantes vivieron la experiencia del control prenatal y a partir de lo vivido generaron sus propios pensamientos con respecto a la importancia del control prenatal y la influencia de este sobre el embarazo y sobre su enfermedad.

Conforme a lo anterior, se han definido las siguientes subcategorías:

- **Importancia del control prenatal**

Para las participantes, el control prenatal representó un espacio continuo de valoración y seguimiento al desarrollo del bebé en gestación: *"Estudio donde se lleva el seguimiento del bebé y como va evolucionando todo el embarazo"* (P1)

Así mismo, para una de las participantes el control prenatal era una forma para evitar enfermedades o complicaciones durante la gestación: *"Ehh es el control que uno lleva sobre el embarazo ehh para evitar alguna malformación o algún riesgo con el bebé"* (P6)

Todas las participantes refirieron encontrar en el control prenatal una oportunidad de seguimiento y de control del embarazo, lo que varió en cada una de ellas fue su motivación, algunas asistieron para conocer el estado de salud de su bebé en gestación: *"Esto pues es como ir a mirar cómo está el bebé si está creciendo bien, que no tenga ninguna complicación"* (P2), para otras, el control prenatal no sólo era una atención enfocada en el bebé en gestación, sino que también estaba dirigida a la salud de ella como mujer y como madre: *Mmmm Por que van mirando lo del crecimiento, miran lo de la tensión arterial, miran mmm pues los exámenes de laboratorio que uno esté bien."* (P3), *Yo iba porque yo quería saber que el bebé estuviera bien de yo estar bien, de estar haciendo las cosas bien.* (P10).

Los anteriores resultados se relacionan con lo encontrado en un estudio realizado por Hormazabal, J. (2006), donde un grupo de gestantes adolescentes refirieron que el control prenatal se percibía como una necesidad de asistencia periódica para asegurar un embarazo saludable. Las impresiones de estas investigaciones muestran como el control prenatal genera un impacto en la mentalidad de las usuarias y como las actividades que se llevan a cabo durante una consulta, representan para ellas nociones de seguridad acerca de la evolución positiva del embarazo y también como lo refiere Rivera, A. (2008) este control le permite a la usuaria no solo asegurar el conocimiento de la condición de salud de su bebé en gestación sino que también las involucra como ejes centrales de atención lo que fortalece en ellas su rol materno.

Otro aspecto importante que tenían en cuenta las participantes era la periodicidad en la realización del control prenatal, mostrando que para ellas la motivación al momento de asistir de forma cumplida era para estar tranquilas acerca del estado de salud del binomio madre –hijo *“Mmmm Porque van mirando lo del crecimiento, miran lo de la tensión arterial, miran mmm pues los exámenes de laboratorio que uno esté bien.”* (P3), *“Como un control que le llevan a uno para el evolucionamiento del bebe para llevar control del tamaño y peso”*, así mismo, otra participante refirió: *“Si sabía que existían que tocaba asistir cuando uno está embarazado había que asistir a los controles mensuales”*. (P7).

Del mismo modo, ellas también identificaron que el profesional de la salud mira de forma general el desarrollo del embarazo, dando la clasificación del riesgo por medio de antecedentes de enfermedades, aparición de signos de alarma, controles de laboratorios, entre otros: *“El control prenatal fue digamos ...como toda la secuencia médica y el apoyo que nos brindaron durante el embarazo para de esa manera eh conocer el proceso que iba a*

*tener durante el embarazo, ehh las enfermedades, los signos de alarma y los controles que se le hacen pues al bebé y a la madre en gestación.” (P4)*

En general, para las participantes el control prenatal fue la oportunidad más directa para garantizar un estado de bienestar y seguridad durante el embarazo, independientemente de haber desarrollado la preeclampsia, todas las acciones que se emplearon en cada uno de los controles a los que asistieron estuvieron dirigidos a ofrecer un servicio de seguimiento y direccionamiento del estado de salud del binomio madre-hijo, lo que representó para las usuarias un motivo de asistencia a los controles en aspectos de seguridad, pero también como un aspecto que debe cumplir una mujer cuando está embarazada, ya que como lo afirman Córdoba, R., Escobar, L. & Guzmán L. (2012) la asistencia al control prenatal permite conocer factores de riesgo, que al ser detectados y controlados oportunamente por el equipo de salud disminuyen la morbimortalidad materno-fetal.

**- Influencia del control prenatal sobre la condición de salud de las participantes**

En esta subcategoría, se analiza como el control prenatal influyó a las participantes en cuanto al conocimiento y al manejo de la preeclampsia, así mismo, analiza las implicaciones y complicaciones que ellas le asignaron a la patología.

En cuanto a la percepción que tuvieron las participantes sobre la patología de base en este caso la preeclampsia, se encuentra que para muchas de ellas, la enfermedad está asociada no solo a cifras tensionales elevadas sino que también la evolución de esta puede llegar a afectar directamente la vida tanto del bebé en gestación como la suya: *“Mmmm es una enfermedad que se produce porque se sube la tensión y que puede significar algo fatal para él bebe y la mamá.” (P3)*, otra participante igualmente afirmó *“Ehh creo*

*que es cuando uno sufre de la tensión, entonces que se sube o se baja y pues está en riesgo la vida tanto de la mamá como del bebé.” (P6)*

Estos hallazgos se relacionan con lo encontrado por Noguera, N. & Muñoz, L. (2014) quienes indagaron sobre los significados que tenía un grupo de gestantes a la experiencia de tener preeclampsia, dentro de los resultados se obtuvo que para ellas, esta enfermedad era concebida como una alteración en las cifras tensionales, como una condición peligrosa para la vida del bebé en gestación en cuanto a la restricción del crecimiento intrauterino, déficit en el aporte de nutrientes al bebé en gestación, llegando inclusive a contemplar la muerte.

Así mismo, para algunas, la preeclampsia como condición peligrosa puede llegar a tener efectos nocivos sobre la salud materna e igualmente conllevar a complicaciones como la eclampsia o el Síndrome de Hellp: *“Dicen que de la preeclampsia viene la eclampsia y no sé qué y después la el “lep” que algo así” “Que eso si ya coge cerebro, riñones, todo eso.” (P2)*. Esto se relaciona con lo encontrado por Noguera, N. y Muñoz, L. (2014), donde las participantes conocían que de la preeclampsia se podían derivar múltiples complicaciones que comprometían otras funciones del organismos como la disminución de las plaquetas, la inflamación generalizada, entre otras; a su vez, otra participante refirió que la preeclampsia es una de las causas de mortalidad materna y a partir de ello le asignó una condición de mucho cuidado y precaución: *“Pues no muy bien pero sí sé que es la segunda causa de muerte de las gestantes y sé que es muy grave tanto para uno como para el bebé”(P9)*

La preeclampsia para las participantes también significó algo inesperado, algo que no pensaron que les iba a suceder; para una de las participantes su conocimiento sobre la enfermedad no fue tan claro y únicamente se enteró del compromiso clínico que tenía cuando acudió al servicio de

urgencias, algo que la tomó por sorpresa: *La preeclampsia no tenía tanto conocimiento como hasta ahorita que la vi, pues me pareció algo muy grave si o sea nunca pensé que fuera tan grave, pues al momento que llegue acá la doctora me dijo mamá o la desembarazamos o nos quedamos sin mamá y sin bebita, fue para mí un show completo porque o sea tenía entendido que la preeclampsia era grave pero nunca que me iba a suceder a mí” (P10).*

Los conocimientos que tuvieron las participantes con la preeclampsia se relaciona con lo encontrado en una investigación hecha por Laza, C., et al. (2014) en la cual para el grupo de participantes, la enfermedad fue percibida como una condición que llegó de una forma inesperada y sin avisar; generando una sorpresa desagradable que afectó el desarrollo normal del embarazo y la posibilidad del nacimiento sin problemas del hijo deseado.

Otro aspecto relacionado con el conocimiento que tenían las participantes acerca de la enfermedad, era la asociación de unos signos y síntomas característicos y por los cuales la gestante debería acudir al servicio de urgencias ya que podían ser característicos de un trastorno hipertensivo propio del embarazo, en este sentido, las participantes señalaron signos de alarma tales como: cefalea, elevación de las cifras tensionales, visión borrosa, ver luces, escuchar pitidos, e inflamación de miembros superiores e inferiores: *“Ehh, dolor de cabeza fuerte e inflamación de los pies, manos y cara y ver lucecitas y escuchar pitidos en los odios” (P1), “Están los eh.. me dieron pues unos básicos que eran dolor de cabeza, ver lucecitas, pitos en los oídos, ehh inflamación en las manos, sangrado, ehh sangrado ehh ausencia de movimientos del feto, eso sobre todo.” (P6).*

Una vez se ha analizado todos los conocimientos que tuvieron las participantes con respecto a su enfermedad, es momento de analizar cuál fue la influencia del control prenatal sobre el diagnóstico y el direccionamiento para el tratamiento de la preeclampsia. Todas las

participantes refirieron que dentro del control prenatal que recibieron se les informó sobre los signos de alarma por los cuales debería acudir de manera inmediata al servicio de urgencias para que fueran tratadas: *“Me explicaba que si me hinchaba mucho o si tenía dolor de cabeza me dirigiera para urgencias, que.....si tenía sangrado, contracciones...de los dolores de cabeza de las lucecitas por eso fue que yo también consulte a urgencias”(P3), “Que si uno escuchaba piticos o veía lucecitas eso significaba que la tensión esta alta o que podía subirse o estaba alta o sangrado vaginal o que dolor en la boca del estómago.” (P6).*

En este sentido, el control prenatal significó un espacio de observación y seguimiento por medio de una valoración clínica, educación en salud y una periodicidad en la atención que permitió dirigir de manera oportuna a las participantes a un centro asistencial para el manejo de la preeclampsia lo que permitió que en ninguna de las participantes hubiese carga de mortalidad neonatal. Así mismo, para una de las participantes, el control prenatal tuvo en cuenta no solo la condición clínica de la hipertensión asociada al embarazo sino que también tuvieron en cuenta sus antecedentes familiares y personales *“Ehh porque bueno empezamos con el antecedente de la obesidad y me empezaron a cambiar las cifras tensionales, yo nunca había sufrido de tensión alta pero empezaron a alterarse” (P5),* así mismo hubo un acompañamiento educativo que hizo que la participante comprendiera la importancia y los posibles alcances de la enfermedad: *“Le comente al médico que estaba con dolor de cabeza y que me tomara la tensión y me remitieron para urgencias y acá me dijeron que me tocaba pasar más tiempo con el bebé.”(P5).*

A diferencia de la importancia que le dieron las participantes de este estudio a la educación y refuerzo de conocimiento acerca de los signos de alarma del embarazo y en especial de la preeclampsia como una manera o estrategia que les permitió recibir un tratamiento de manera oportuna, en dos

investigaciones realizadas en Colombia, se encontró que para las participantes los signos de alarma no fueron lo suficientemente llamativos o importantes como para acudir al servicio de urgencias por el riesgo de complicaciones maternoperinatales, así mismo para algunas de las participantes la falta de conocimientos sobre el tema impidió una acción oportuna o rápida al momento de presentar dichos signos, tal como lo afirma Pérez, B. (2011) el desconocimiento de los signos y síntomas de alarma conlleva a realizar prácticas paliativas alejadas del tratamiento adecuado y del cuidado de enfermería oportuno.

Algo similar a lo que se encontró en el estudio ya conocido de Noguera, N. & Muñoz, L. (2014) donde se muestra que los signos de alarma a pesar de ser conocidos son subvalorados, como lo fueron la cefalea y la epigastralgia.

### **8.3.2. Categoría 2: Lo experimentado en el control prenatal.**

Lo experimentado en el control prenatal hace alusión al proceso de atención que recibieron las participantes durante las consultas a las que acudieron durante el periodo prenatal. En este sentido, se analizó todas las condiciones de calidad que un programa de atención de salud como el control prenatal debe garantizar para lograr los objetivos para los cuales que fue propuesto: diagnosticar las condiciones en las que se encuentra la madre y el feto, así mismo identificar factores de riesgo y educar a la gestante y su pareja sobre el rol de la maternidad y la crianza. (Cáceres, F., 2009).

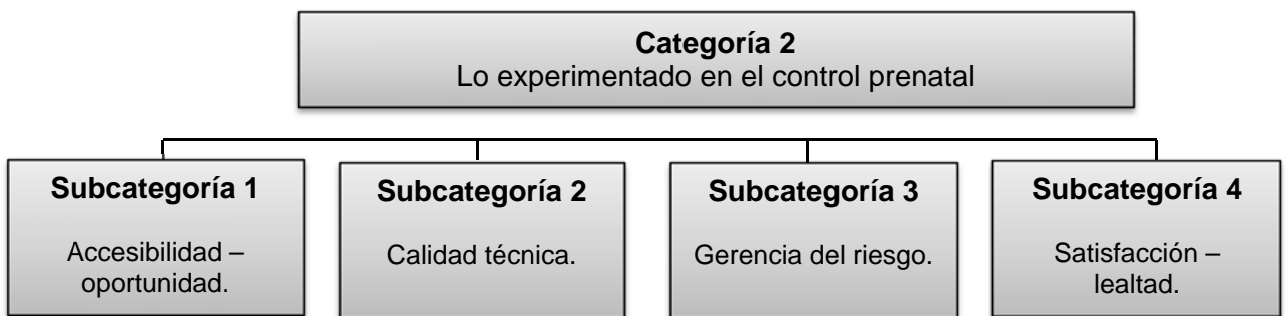
Al hablar de calidad en programas de atención en salud es relevante traer a mención lo estipulado por el Decreto 1011 del 2006 en donde definen calidad de atención en salud como *“la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre*



*beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.”*

Conforme a la anterior definición, para esta categoría, la calidad de los servicios de atención que recibieron las participantes durante el control prenatal estuvieron compuestas por impresiones con respecto a la infraestructura donde tenían las consultas, la relación con el profesional de la salud, los procesos que se llevaron a cabo dentro de la atención, la accesibilidad al programa, la continuidad del mismo y la satisfacción por la atención recibida.

**GRÁFICA 3.** *Categoría 2: Lo experimentado en el control prenatal.*



*Fuente: Clavijo, H., López, L. y Ramírez, Y. Percepción del Control Prenatal de un grupo de púerperas preeclámpticas hospitalizadas en el servicio de ginecobstetricia de una institución de cuarto nivel de atención en Bogotá, 2014.*

La calidad de atención en salud se analiza desde la prestación de los servicios en el control prenatal, para esta investigación se tuvieron en cuenta parámetros generales de la política de calidad estipulados por el Ministerio de Protección Social de Colombia, definiendo así las siguientes subcategorías: accesibilidad – oportunidad, calidad técnica, gerencia del riesgo y satisfacción- lealtad. A continuación se miraran una a una con sus respectivas características:

- **Accesibilidad – oportunidad:**

Esta se definió en el marco del control prenatal como la oportunidad de las usuarias al momento de escoger la asignación de las citas para la consulta del control prenatal y su cumplimiento, en la atención de los servicios de ayudas diagnósticas (ecografías obstétricas, perfil biofísico), toma y entrega de laboratorios clínicos, selección de centro de atención para el desarrollo de citas y exámenes requeridos.

Se encontró en las participantes que en su gran mayoría tenían fácil acceso a los centros de atención que ofrecía su EPS, siendo sus citas acordes a sus horarios y de oportuna atención “Y yo... *tuve digamos una serie que complicaciones e infecciones vaginales entonces digamos yo me iba para allá al mismo día sin tener cita y me daban las citas rápido o para que me las adelantaran porque lo que le digo uno pedía la cita y mes dos meses digamos con la niña yo tenía pues el problema y me dieron la cita para el 13 de julio y mira que la tuve el 11*” (P3). Esta cobertura y accesibilidad no se observó en dos de las participantes, en donde dado a la difícil llegada a las sedes de atención no se asistió a los controles prenatales de forma oportuna “No, *cambie de profesional porque ehh en un principio me estaban atendiendo en otra sede y en esta sede ... ehh empecé a asistir pero entonces me quedaba muy lejos*” (P6), de la misma manera a pesar de la asignación de la cita no se dio el cumplimiento de esta por parte del profesional de la salud encargado “*Hubo una ocasión donde tomé la cita y el médico no me quiso atender y así quedo, me quede esperando porque no me atendían.*” (P7). Es de vital importancia tener en cuenta no solamente la asignación de las citas y de distinto exámenes requeridos sino también las características socioeconómicas y demográficas de las pacientes para el respectivo desarrollo y cumplimiento del control prenatal.

- **Calidad técnica.**

Esta subcategoría es definida teniendo en cuenta dos aspectos importantes, los cuales son el talento humano y las instalaciones propias para el desarrollo de las actividades del control prenatal. Por parte del talento humano se tuvo en cuenta las características de atención propia del profesional de la salud siendo valoración, trato amable con las usuarias, información de calidad y oportuna.

En algunas de las participantes se percibió que se sintieron inconformes con la atención prestada por el profesional de la salud en aspectos como la información ofrecida: *“Si porque en una de las citas me toco así con un enfermero ehh hombre y le pregunte que como hacía que yo llevaba estos síntomas de la tensión, me decía que mm él no había sido mamá para dar un diagnostico o una respuesta concreta a eso”*. (P5), *“Si porque ustedes conocen más términos que uno, yo por lo menos a veces iba de afán y no preguntaba nada, por lo menos digamos un examen de yo no sé qué cosas, yo si bueno me lo mandaba hacer pero ni idea sabía que tenía que que era eso”* (P2). Además se observa que el rol de profesional de la salud en el control prenatal según la percepción de las participantes solo se centra en ordenar procedimientos, mirar cuanto tiempo de gestación tienen la usuaria y dar nuevas solicitudes de procedimientos o interconsultas, como por ejemplo *“.. Pues igual ellas solamente hacen es orden de exámenes y mirar ehh cuánto tiempo lleva uno y mirar ecografías y eso es”, “... porque como ellas solamente son pa´ eso, pa las ordenes, para mirar los exámenes como es un mes con ella y otro mes con la ginecóloga”* (P7), *“De los médicos pues si no, porque no me ehh ordenaron los exámenes, por ejemplo el de la glucosa no me los ordenaban a tiempo”* (P5). Es importante resaltar que para una de las participantes esta percepción no fue compartida dando un punto de vista positivo acerca del rol del profesional de la salud *“Mm había como un monitoreo del bebé ehh después la presión arterial, nos pesaban, y ehh nos*

*revisaban los exámenes, y nos recomendaban como las indicaciones de esos meses”, “Digamos que siempre fue como muy estricta con los exámenes y con la información que tenía que darnos, En cada consulta nos indicaban las recomendaciones y porque motivo teníamos que estar en urgencias en caso de que se presentara algún tipo de alarma en ese momento” (P4)*

El segundo aspecto importante es acerca de las instalaciones de los centros en donde se dio la atención prestada, siendo para las participantes lugares adecuados para el desarrollo de la consulta, respetando la privacidad, calidad de los insumos y equipos utilizados para su atención “*“En aspectos físicos tanto el personal como el lugar donde se hace muy higiénico como muy limpio, presentable.” (P5), “Si digamos con respecto a la instalación del del hospital, del centro médico todo fue pues muy muy bueno.” (P6)*

#### **- Gerencia del riesgo**

Este aspecto se analizó centrándose en la percepción que tienen las participantes acerca de la capacidad del profesional de la salud que brinda el control prenatal para identificar y de la misma manera remitir de manera adecuada a las gestantes que por diversos criterios serían clasificadas como gestantes de alto riesgo. Para las participantes los profesionales de la salud no fueron asertivos al momento de evaluar el riesgo de su embarazo, omitiendo aspectos que ellas consideraban de importancia o que mostraban peligro para el desarrollo de la gestación, mostrando inconformidad por lo sucedido “*Y pues yo le decía a la enfermera, a la jefe de enfermería que yo me siento muy hinchada y no eso es normal entonces...no .. no, todo eso es normal, normal, normal y hasta que vea que no era normal (P2), “Si nos comentaron de los antecedentes, pero al parecer yo los anuncie pero nunca se tuvieron en cuenta, sino hasta ahorita en la última etapa”, “Ehh lo que le digo nunca tuvieron en cuenta eso, siempre lo dejaron pasar por alto y hasta ahorita tuve la situación que se me adelantó el embarazo el parto.” (P5)*

De igual forma, manifestaron las participantes la importancia de que el profesional de la salud a cargo de control prenatal proporcione a cada caso un enfoque individual, sin hacer generalizaciones al momento de la valoración, no tan solamente limitándose a lo que se encuentra escrito en la norma de atención, sino por el contrario pasar los límites al momento de la valoración y ayudas diagnósticas de ser considerado por el profesional de acuerdo a la clasificación del riesgo de la paciente, como lo se ve sustentando en las siguientes percepciones *“Que cambien todo, en cuanto a que no generalicen porque todos los casos no son iguales, o sea el hecho de que yo sea de los caso de alto riesgo y resulta que mi riesgo no es igual al de las otras compañeras, otras mamitas...”* (P5), *“Pues si ella... hacia todo lo que le tocaba.. Que péseme.. que tálleme... que la tensión si ósea ella lo hacía todo, lo de norma. Ósea lo que tenía que hacer.”* (P3)

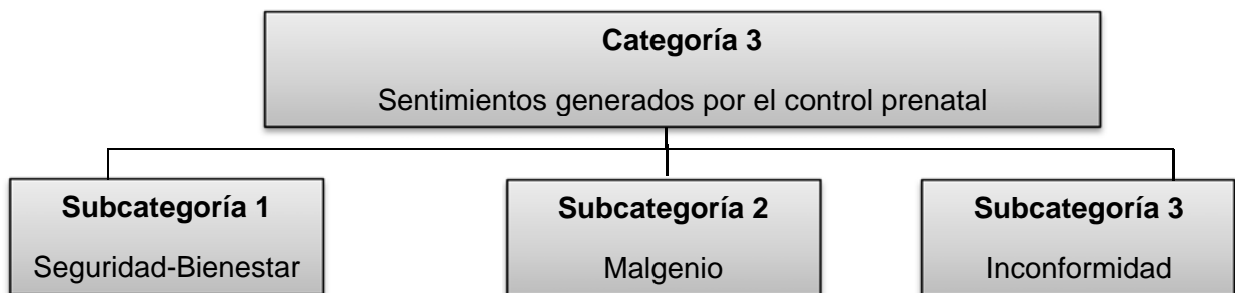
- **Satisfacción – lealtad.**

Definida como la satisfacción global que obtuvieron las participantes al momento de la atención en el control prenatal, en donde la mayoría de ellas manifestó que en general la atención es considerada “buena” haciendo énfasis especial al profesional de la salud, pero siempre resaltando que faltan algunos aspectos importantes para mejorar por el profesional en cuanto a investigación, tiempos de atención y educación. *“...que sean investigadoras y le pregunte más a uno, y pues en los controles es muy poquito tiempo entonces como que mmmmm el peso y ta ta ta y bueno bueno ella anota rápido porque es muy seguidito y solo una enfermera para todo.”* (P3), *“...Si porque ustedes conocen más términos que uno, yo por lo menos a veces iba de afán y no preguntaba nada, por lo menos digamos un examen de yo no sé qué cosas, yo si bueno me lo mandaba hacer pero ni idea sabía que tenía que que era eso”* (P2).

Una investigación realizada por Arias, J., et al. (2007), mostró como para las usuarias del control prenatal, el tener un trato con un profesional interesado en su salud, que respete la privacidad, ofrezca educación clara sobre la gestación y de instrucciones sobre cuidados maternoperinatales, aumenta los niveles de satisfacción y de percepción de la calidad de atención recibida, en este sentido, se hace necesario fortalecer en profesionales encargados de ofrecer estos programa perfiles de liderazgo, de educación y de comunicación asertiva para con las usuarias.

### 8.3.3. Categoría 3: Sentimientos generados por el control prenatal

**GRÁFICA 4.** *Categoría 3: Sentimientos generados por el control prenatal.*



*Fuente: Clavijo, H., López, L. y Ramírez, Y. Percepción del Control Prenatal de un grupo de púerperas preeclámplicas hospitalizadas en el servicio de ginecología de una institución de cuarto nivel de atención en Bogotá, 2014.*

Los sentimientos son expresiones mentales de las emociones, una emoción es: “una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo, conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo” (Chóliz, M., 2005); en este sentido, los sentimientos son el resultado de la relación, vivencias y experiencias de la forma de actuar de cada persona.

Cada paciente de acuerdo a lo vivido en el control prenatal, expresó diferentes sentimientos, que estaban influenciados por la atención recibida, las complicaciones de la preeclampsia en su vida y la de su bebé en

gestación y las creencias de cada una con respecto al control prenatal. Los sentimientos descritos por las participantes van desde la seguridad, hasta el malgenio, el inconformismo y el miedo.

De acuerdo a lo anterior, se encuentran las siguientes subcategorías:

- **Seguridad- bienestar:**

Las participantes refirieron que el control prenatal fue una herramienta que les proporcionaba bienestar y seguridad para la salud tanto de ellas como la de sus bebés en gestación, así mismo, manifestaron que la experiencia que adquirieron dentro del control prenatal les permitió modificar conductas en salud y adquirir conocimientos sobre el cuidado de su salud y la de su hijo: *“Pues ... pensar en que el bebé saliera bien, en que eh sobre todo en la salud del bebé, entonces yo creo que por eso es que pues asistía a todos los controles y deje digamos las costumbres que normalmente uno pues que tenía antes de estar en embarazo y todo eso” (P6)*

Consideraban igualmente, que el estar pendiente y recibir una atención de manera continua era sinónimo de seguridad y tranquilidad: *“Pues por el hecho de que ahí estaban pendientes..., entonces yo me sentía de pronto un poco más segura al ver que todo estaba pues bien” (P1)*, de igual manera, las participantes sentían que el control prenatal era una forma segura para evitar complicaciones o enfermedades durante el embarazo: *“Ehh pues considero que es importante, primero pues evitar riesgos ehh por el tema también de los exámenes ehh de esta manera conocer cualquier tipo de enfermedad o algún tipo de signo de alarma que pusiera en riesgo la vida de mi bebé o la mía.”(P4)*, otra participante también resalto: *“Claro es importante para... evitar precisamente que uno en el desarrollo, en el, en el proceso del embarazo desarrolle preeclampsia o algún tipo de enfermedad.” (P6)*

Un estudio realizado por Mayorga, A. (2012) encontró que para unas gestantes adolescentes, el control prenatal representó un espacio de protección y confianza, pues refirieron que el personal de la salud estuvo pendiente de ellas y de sus bebés en gestación y esto se evidenciaba por la atención que recibían en cuanto al examen y el seguimiento mes a mes, lo que se relaciona con los resultados de esta investigación y la seguridad que para muchas de las participantes les proporcionaba asistir a los controles prenatales y por la atención que recibieron por el equipo de salud.

También, el control prenatal representó para las participantes un estado de bienestar expresado por sentimientos de felicidad, emoción y tranquilidad, y estaba representado por el escuchar la fetocardia del bebé en gestación, la valoración física, la ecografía y demás actividades que se desarrollan dentro del control prenatal, en este sentido, algunas pacientes refirieron sentir: *“Emoción porque escuchaba los latidos del bebé y pues la salud que... pues saber que el bebé estaba vivo y los resultados de los laboratorios.” (P8)* o *“felicidad pues porque uno sabe cómo... al escuchar el corazoncito, en la monitoria, todo eso, felicidad porque uno sabe que las cosas están bien y que uno que el embarazo va bien.” (P9)*

- **Malgenio:**

Dentro de la categoría de sentimientos también se pudo evidenciar que algunas de las participantes manifestaron sentimientos de enojo y de malgenio en cuanto a la calidad de la atención que recibieron en el control prenatal, llegando a asociar a la misma atención dentro del control como causante del desarrollo de la preeclampsia, así lo refiere una de las participantes: *“Me da malgenio, porque por decirlo así por personal tan eh mediocre como ese eh se puede, se vienen a presentar estos casos.” (P5)*, quien a su vez afirma que de haber sido de otra manera la atención recibida, la salud de su bebé en gestación estaría en mejores condiciones: *“Si hubiese*



*sido de otra manera yo hubiera evitado pues la cesárea y hubiera dejado que el bebé maduraran más sus pulmones.” (P5)*

**- Inconformidad:**

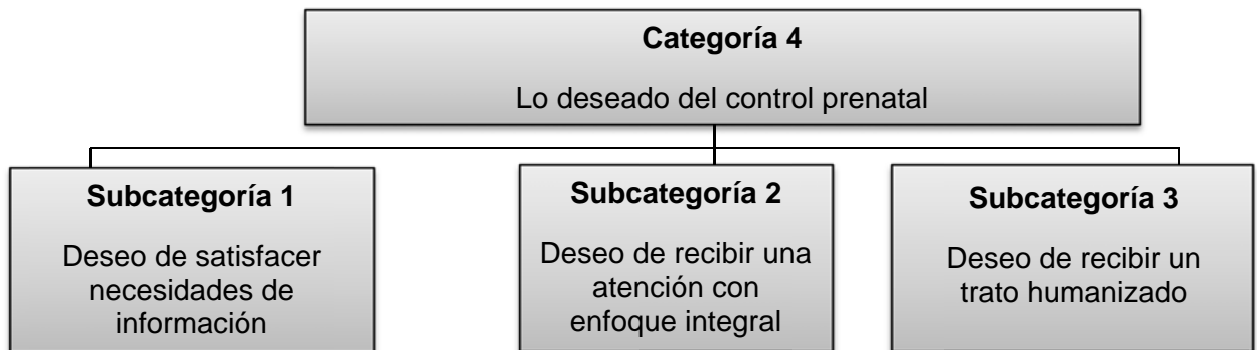
Otro de los sentimientos que algunas de las participantes refirieron de acuerdo a la experiencia que tuvieron con el control prenatal es la inconformidad o desacuerdo en cuanto a la atención recibida por el profesional de la salud; para una de las participantes en particular, su inconformismo estaba relacionado con la relación y el trato indiferente que recibió por parte de un profesional de enfermería: *“si porque en una de las citas me toco así con un enfermero ehh hombre y le pregunte que como hacía que yo llevaba estos síntomas de la tensión, me decía que mm él no había sido mamá para dar un diagnostico o una respuesta concreta a eso.” (P5)*, y a su vez, expresó que debido a la no prontitud con la que recibió la atención o el direccionamiento para el manejo integral de la preeclampsia, su embarazo no pudo terminar de la mejor manera y la salud tanto de ella como la de su bebé en gestación se vio afectada: *“Aquí estoy porque no había solución o sea ya no había tratamiento porque no se hizo a tiempo, ya el tratamiento fue retirar, sacar al bebé y pues acá con el medicamento.” (P5)*. Esto se relaciona con un estudio realizado por Seclen, J. et al. (2004) donde el 22,6% de las participantes refirió sentir insatisfacción con la atención prenatal debido a un trato inadecuado por los profesionales de la salud, razón por la cual la comunicación y la actitud del equipo de salud se convierten en una barrera directa para la adherencia de las gestantes al control prenatal.

Para otra participante, la noticia de tener preeclampsia y las complicaciones que le generó esta condición, la tomaron por sorpresa pero a su vez también le hicieron sentir inconformidad con el control prenatal, debido a que como lo refirió en su momento, durante todos los controles no se le identificó alguna

sintomatología o factor de riesgo que pudiese haber desencadenado la enfermedad: “Pues para mí fue un shock, dije no me puede estar sucediendo porque yo fui a todos mis controles bien y todo me decía que iba bien entonces no me lo esperaba.” (P10).

#### 8.3.4. Categoría 4: Lo deseado del control prenatal

**GRÁFICA 5.** Categoría 4: Lo deseado del control prenatal



*Fuente: Clavijo, H., López, L. y Ramírez, Y. Percepción del Control Prenatal de un grupo de púerperas preclámpticas hospitalizadas en el servicio de ginecología de una institución de cuarto nivel de atención en Bogotá, 2014.*

Sobre la percepción que tuvieron las participantes de esta investigación acerca del control prenatal, se encontró que la mayoría resaltó y le comunicó a los investigadores sobre sugerencias o recomendaciones para la atención prenatal, dichas sugerencias surgen de la misma experiencia que cada una vivió durante su atención prenatal.

En esta categoría, se entiende lo deseado del control prenatal, como esas necesidades de cuidado que no fueron satisfechas o cumplidas por parte del profesional de la salud dentro de la atención que recibieron las participantes durante los controles a los que asistieron, en este caso, las necesidades insatisfechas que las participantes manifestaron como sugerencia van desde las necesidades de información, una atención con enfoque integral y la necesidad de recibir un trato cordial y ameno por parte del equipo de salud.

Las subcategorías son:

- **Deseo de satisfacer necesidades de información:**

En esta subcategoría se encontró que las participantes refirieron que una de las fallas del control prenatal al que asistieron estaba relacionada con los problema de comunicación y de información que se brinda dentro del programa, algunas participantes relataron que el problema estaba en la poca información que se les ofreció acerca de su patología dentro de los mismos controles mensuales a los que asistían, así mismo comentaron que se deberían abrir espacios de formación y educación en salud acerca de la preeclampsia ya que afirmaban que por falta de conocimiento sobre la fisiopatología de la enfermedad y el manejo que se debería tener, se dio menos importancia que la que en realidad se debió tener para reducir las complicaciones maternoperinatales que se presentaron: *“Deberían de haber cómo más información de la preeclampsia si es algo grave porque uno no sabe de qué da ni de que viene eso” (P2)*, así mismo, otra participante refirió: *“si es como que hagan más charlas en la EPS de la preeclampsia de que mire que puede pasar esto lo otro algo así” (P7)*, igualmente, otra participante refirió: *“Yo pienso que o sea haberia como que de poner más a las mamitas en conocimiento del riesgo que uno puede vivir en este momento de todo lo que le puede suceder a uno con eso uno puede estar más precavido de las cosas.” (P10)*; demostrando como en los controles prenatales hace falta brindar oportunidades de educación en salud con respecto no solo a los cuidados prenatales, los cambios del embarazo, la importancia de un estilo de vida saludable sino que también es importante informar y generar consciencia sobre la magnitud de diferentes patologías que pueden ocurrir durante el embarazo y que pueden complicar la vida tanto de la madre como la del bebé.

Un estudio realizado por Camarena, L. y Von Glascoe, Ch. (2007) encontró que una de las falencias del control prenatal era la falta de comunicación y las barreras que se desprenden de una comunicación no adecuada o poco clara entre el profesional y la usuaria, en donde se emplea por lo general un lenguaje técnico, a veces incomprensible para las pacientes, hechos que se asemejan a lo encontrado en esta investigación, donde el uso de palabras incomprensibles o técnicas y la falta de información clara pueden generar inconformismo por parte de las usuarias y muchas veces dificultar la adherencia al control prenatal.

Otra perspectiva que se encontró en el estudio, es con respecto al deseo que en el control prenatal se satisfaga necesidades de información, está relacionado a que el profesional de la salud debería indagar e ir más allá durante la cita o la consulta de control prenatal, algunas participantes refirieron que sería ideal que los profesionales de la salud tuviesen una postura investigativa y no se conformaran únicamente con la poca información que las participantes les proporcionan durante la consulta; así mismo, refirieron que para una mejor valoración debería haber un mayor tiempo de consulta: *“Mmm Tiene que ser algo como investigativa mm que no diga lo que uno le diga si no que le explique más cosas, que le de a uno más información, que sea amable, que lo traten a uno muy bien, y pues en los controles es muy poquito tiempo entonces como que mmmmm el peso y (ta ta ta) y bueno ... bueno ella anota rápido porque es muy seguidito y solo una enfermera para todo.” (P3)*

Otro aspecto importante que se resalta dentro de esta subcategoría, es el deseo por parte de las participantes de recibir una atención de un profesional de la salud que emplee términos claros, comunes y que sean comprensivos con ellas: *“Cuando le vayan a hablar a uno que hablen con palabras que uno utiliza o sea palabras del común no palabras así que uno no entienda porque... pues uno ahí por no caer como en la pena de preguntar se va*

*confundido y ... pues pienso que esa no es la gracia” (P1), así mismo, otra participante afirmo que sería importante que dentro del control prenatal el profesional de la salud sea claro y responda de manera adecuada a las inquietudes que se presenten: “Tener muy buena explicación frente a las preguntas que uno tenga en esos momentos.” (P4)*

Adicional a lo anterior, es importante resaltar lo que relato una participante con respecto a la falta de información relacionada con la promoción y divulgación del control prenatal, pues aseguraba que no pudo iniciar los cursos para la preparación de la maternidad y paternidad a tiempo debido a que desconocía en que momento iniciaban: *“Mmm pues lo que a mí me paso fue que yo no sabía que para los cursos psicoprofilácticos tenían que hacerse cuando tenía 20 semanas, yo asistí cuando tenía 30, cuando iba a llegar a las 30 entonces me regañaron que por que empecé tarde, y pues no pude culminar mi curso, entonces que nos avisen digamos cuando tengamos o que nos digan ya pueden comenzar los cursos parentales.” (P8)*

**- Deseo de recibir una atención con enfoque integral**

Esta subcategoría refleja la necesidad referida y sentida por las participantes en cuanto a cual sería para ellas una atención adecuada dentro del control prenatal e igualmente refleja las carencias que se presentaron durante la atención, dentro de las sugerencias que presentaron las pacientes en este estudio se encontró, el poder recibir una atención con un enfoque individual y no generalizado, por otro lado también se encontró que para otras participantes el papel del profesional de enfermería dentro del control no fue relevante y que dentro de algunas instituciones los cursos para la preparación de la maternidad y paternidad está dirigido por deportólogos y no por un profesional de la salud.

En el primer aspecto, una participante señaló que dentro del control prenatal se identificó que su embarazo era de alto riesgo, sin embargo para ella el

enfoque que le dieron a su condición no fue individual o personalizado sino que según ella al haber identificado su caso como alto riesgo su trato o enfoque fue como el de todas las gestantes de alto riesgo: *“Que cambien todo, en cuanto a que no generalicen porque todos los casos no son iguales, o sea el hecho de que yo sea de los caso de alto riesgo y resulta que mi riesgo no es igual al de las otras compañeras, otras mamitas” (P5)*

De la misma manera, se consideró relevante dentro de esta subcategoría la necesidad que tuvieron las participantes de que su atención hubiese sido con un enfoque interdisciplinario, algunas de ellas comentaron que dentro del control prenatal, únicamente fueron valoradas por el médico general o por el ginecobstetra, sin embargo para ellas , hizo falta tener una valoración interdisciplinaria por parte de enfermería o nutrición: *Ah eso fue lo otro el tema del peso pues yo nunca tuve la asesoría nutricional pues porque el obstetra siempre me decía que pidiera la cita pero allá nunca estaban las citas a tiempo”(P6).*

También es importante para esta investigación es el papel del profesional de enfermería dentro del control prenatal como agente fundamental en la atención a las gestantes y en el abordaje oportuno de los casos de alto riesgo que comprometan la vida de la gestante y de su hijo, sin embargo, en las experiencias recogidas por los investigadores, se encontró que para muchas de las participantes el papel del profesional de enfermería tiene poca relevancia, algunas de ellas refieren que no le dieron importancia a la cita que tuvieron con un profesional de enfermería debido a la falta de conocimiento y experticia de la enfermera para informar: *“Ehh pues la verdad no me pareció importante la cita, no les vi como la parte buena ya que pues la muchacha que me atendió no se sabía cómo explicar” (P1)*; otra participante refirió que el papel que vieron del profesional de enfermería estaba ligado a únicamente llevar controles por el sistema y llevar todos los procesos administrativos de la atención dejando a un lado el contacto con la

paciente, la valoración integral y el desarrollo de estrategias educativas: *“Pero en la EPS solamente cumplen es con llevar los controles y por sistema y mandar órdenes y ya, pero así como tal información, información no dan” (P7) ... ““Y pienso que la enfermera como que la que más lo ve a uno en el mayor tiempo del embarazo, si hagan como charlas de preeclampsia mire esto mire lo otro porque la preeclampsia es grave...” (P7)*

Sin embargo, aunque para algunas participantes la atención o la consulta por parte de enfermería fue poco significativa, para otras, surge el deseo de tener una atención integral y una valoración del profesional de enfermería, esta participante tuvo una experiencia particular en la que el curso de maternidad-paternidad fue dirigido y brindado por un profesional en educación de la salud sin embargo refiere que la atención que recibió fue deficiente: *“No, me lo dicto un... un señor que estudió algo de educación física, entonces él hizo la especialización en el tema de maternidad y todo eso.”... “Fue bastante deficiente la atención pues porque no me explico absolutamente nada.” (P6)* razón por la cual la participante sugirió que sería bueno recibir una atención complementaria del profesional de enfermería: *“Entonces sería bueno llevar a parte de los controles que uno tiene con el médico con un control con enfermería como para mmm resolver alguna inquietud que le surja a uno en el momento.” (P6)*

- **Deseo de recibir un trato humanizado:**

Tal como lo refiere Peplau citado por Arredondo, Cl. y Siles, J., la enfermería es “un proceso significativo, terapéutico e interpersonal. Funciona de forma cooperativa con otros procesos humanos que hacen posible la salud de los individuos” (2009), en este sentido, su relación con el sujeto de cuidado está basado en características interpersonales que permitan reconocer al otro en su dimensión plena, brindando un cuidado humanizado es decir un cuidado

comprensivo, sensible donde el compromiso y el interés por el otro permita satisfacer sus necesidades.

Cabe resaltar que el control prenatal se caracteriza por ser oportuno, precoz, periódico, de completa cobertura y de calidad, esta última se relaciona también con que dentro del control prenatal el profesional de la salud debe estar capacitado para brindar una atención integral, y dentro de ello se encuentra el trato humanizado. (Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo)

En la investigación realizada, se encontró que las participantes refirieron que el trato recibido por el profesional de la salud en los controles prenatales fue distante y cortante, para algunas participantes, los profesionales de la salud deberían tener paciencia y ser amables con los pacientes, ya que como lo refiere una de ellas, no todas tienen el mismo nivel de conocimientos y puede que para algunas se facilite la comprensión de palabras técnicas pero para otras no: *“me parecería mejor que primero fueran como más humanos..., que tengan un poquito más de cómo paciencia con uno en ese estado ... de pronto ser un poco más amable con los pacientes, ser un poco más paciente..., porque pueden que hayan pacientes que saben mucho de esas palabras y pueden que otros que no sepan absolutamente nada, entonces manejar un lenguaje adecuado dependiendo del paciente” (P1)*

Otra participante relato que desearía que el profesional de enfermería fuese más allá, tuviese un trato más cordial, más comunicativo, más integrativo, y que no se limitara únicamente a hacer la rutina de un chequeo o control, que las preguntas de cordialidad no fuesen impuestas sino que realmente surgieran dentro de un proceso natural de comunicación entre enfermero-paciente: *“Pues que le cuenten a uno lo que uno no sabe qué va a pasar, porque hay enfermeras que ¿como esta? ¿Cómo le ha ido?.....y ya” (P3)*, esto se relaciona con lo encontrado por Camarena, L. y Von Glascoe, Ch.



(2007) donde un grupo de participantes refirió que la relación con el equipo de salud en el control prenatal se caracterizaba por “la falta de diálogo, la asimetría y el reforzamiento del poder médico.” Algo que es alarmante y de prestar atención puesto que una de las barreras para la adherencia del programa en las usuarias es que se encuentren con profesionales de la salud apáticos y poco interesados en el otro.

Algo que también se relaciona a lo descrito anteriormente, lo sustenta la investigación realizada por Mejía, E., Vázquez, M. & García, S. (2012) en donde un grupo de mujeres con preeclampsia refirió que durante la atención prenatal, dentro de la comunicación con los profesionales de la salud únicamente captaron un mensaje atemorizante acerca de la condición de riesgo de su embarazo y que ella como su bebé en gestación podrían morir.

## 9. CONCLUSIONES

- Las percepciones que las puérperas preeclámplicas hospitalizadas le atribuyen a la experiencia del control prenatal están contextualizados en cuatro categorías con sus respectivas subcategorías: conocimientos que tienen las puérperas con preeclampsia sobre el control prenatal y la enfermedad; lo experimentado en el control prenatal; sentimientos generados por el control prenatal y lo deseado del control prenatal.
- Las puérperas de este estudio comprenden la preeclampsia como una enfermedad propia del embarazo, caracterizada por cifras tensionales elevadas y un compromiso sistémico tanto para el bebé en gestación como para ella, condición que les produjo incertidumbre, angustia y preocupación; de igual forma, comprenden el control prenatal como un programa que se encarga del seguimiento al desarrollo y estado de salud del bebé en gestación.
- Las puérperas de este estudio realizan una valoración positiva acerca de la importancia que tuvo el control prenatal ya que consideran que es una oportunidad de valoración y seguimiento, que comprende una valoración clínica así como la educación en salud y la periodicidad de los controles permitieron a las participantes identificar de manera adecuada los signos de alarma y así dirigirse oportunamente al centro asistencial y dar un tratamiento integral a pesar de considerar la aparición de la preeclampsia como algo inesperado. Además, entre las motivaciones para la asistencia del control prenatal se identificó el interés de conocer el estado de salud del binomio madre e hijo.

- Las puérperas de este estudio de acuerdo a sus experiencias en el control prenatal mostraron unas impresiones consideradas como condiciones de calidad para la atención, las cuales son relacionadas con el profesional de la salud, la infraestructura del lugar de atención, los procesos que comprendieron la atención, accesibilidad al programa, continuidad del mismo y satisfacción de la atención recibida. Se evidenciaron debilidades de la atención prestada en cuanto a la comunicación y calidad técnica de los profesionales de la salud que llevaban la consulta, falencias en cuanto al enfoque de riesgo de las participantes, aunque también resaltaron aspectos positivos en cuanto a la infraestructura, recursos físicos y materiales de los centros donde recibieron el control.
- Las puérperas de este estudio a causa del control prenatal generaron una serie de sentimientos influenciados por la atención recibida, complicaciones de la preeclampsia en la vida del binomio madre- hijo y las creencias con respecto al control prenatal. Estos sentimientos son: la seguridad y el bienestar para el binomio madre – hijo permitió que modificaran conductas y adquirieran conocimientos propios de su gestación, generando expresiones de felicidad, emoción, tranquilidad; malgenio y enojo producidos por la calidad de atención relacionando este factor como el causante del desarrollo de la preeclampsia; e inconformidad o desacuerdo gracias a la atención recibida por el profesional de la salud.
- Las puérperas de este estudio dieron a conocer las expectativas acerca del control prenatal por medio de sugerencias y recomendaciones, estas fueron identificadas como actividades insatisfechas defendiéndolas como necesidades de cuidado entre las

cuales se encontraron: las necesidades en educación, la necesidad de una atención con un enfoque integral y la necesidad de un trato humanizado. Además, hacen valoraciones acerca de la importancia del cumplimiento de estas para la realización del control prenatal para que sea de mayor impacto tanto para los conocimientos que deben tener para el desarrollo de su gestación, como también para la calidad del control prenatal.

## 10.RECOMENDACIONES

- Teniendo en cuenta los resultados de la presente investigación se recomienda a los profesionales de la salud que dirigen el control prenatal, una inclusión de aspectos relevantes en la calidad de atención re-direccionando actividades en educación para la gestante, parejas y familia, atención con un enfoque integral y humanizado que satisfaga las necesidades de las gestantes.
- Se recomienda que se realicen programas y proyectos de intervención a nivel nacional e internacional que incorpore las necesidades de intervención de acuerdo a las características socio-demográficas y culturales de las gestantes.
- Se recomienda incluir y divulgar los aspectos de calidad para la atención del control prenatal, siendo claros en las características que los comprende y en el impacto que tiene para la gestante y su familia el practicarlos de manera oportuna.
- Se recomienda tanto a los profesionales de la salud como las instituciones que prestan esta la atención del control prenatal incluyan en sus actividades de cuidado las necesidades que tienen las gestantes relacionadas con sus condiciones personales, sociales y culturales.
- Realizar investigaciones en donde se tenga en cuenta las intervenciones de los profesionales de la salud en el control prenatal y como estos impactan de forma directa la percepción y continuación del programa para la modificación e identificación de alteraciones propias del embarazo.

- Para próximas investigaciones se proponen las siguientes preguntas  
¿Los profesionales de la salud tienen en cuenta los factores psicosociales para brindar una adecuada atención en el control prenatal?, ¿Los enfermeros al momento de brindar las actividades de intervención tiene en cuenta las necesidades propias de cada gestante?, ¿Los criterios de calidad estipulados para brindar la atención del control prenatal son realizados tanto por los profesionales de la salud como las instituciones que prestan el servicio?, ¿Cuáles son los factores que permiten a las gestantes no asistir de forma adecuada y oportuna a los controles prenatales?

## BIBLIOGRAFÍA

- Alexander, G. y Kotelchuck, M. (2001). . Assesing the Role and Effectiveness of Prenatal Care: History, Challenges, and Directions for Future Research. *Public Health Reports*, 116, 308-310. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497343/pdf/12037259.pdf>
- Alfaro, M. (2005). *Asociación entre el control prenatal y la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2009). *Guía de Atención Materna*. Recuperado de [http://www.esevictoria.gov.co/sitio2/Guias\\_Protocolos/GINECOLOGIA%20Y%20OBSTETRICIA/Guias%20atencion%20materna%20SDS.pdf](http://www.esevictoria.gov.co/sitio2/Guias_Protocolos/GINECOLOGIA%20Y%20OBSTETRICIA/Guias%20atencion%20materna%20SDS.pdf)
- Alcaldía de Bogotá (2006) *Decreto 1011 del 2006*. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>
- Amezcuca, M. y Gálvez, A. (2002). Modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en la voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76 (5). Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272002000500005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500005)
- Arias, J., Bernal, K., Giraldo, D., Gonzáles, E. y Rivera, P. (2007). Calidad del control prenatal realizado por profesionales de enfermería en una IPS

pública. *Hacia la promoción de la salud*, 13. 131. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126690009>

Arredondo, Cl., y Siles, G. (2009). Tecnología y humanización de los cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Índex de enfermería*, 18 (1). Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962009000100007&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962009000100007&script=sci_arttext)

Asamblea Nacional Constituyente. (1991). Constitución Política de Colombia. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>

Avena, J., Joerin, V., Dozdor, L. y Brés, S. (2007). Preeclampsia-eclampsia. *Revista posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 165, 25.

Baranchuk, N. (2000). Humanización de la atención perinatal. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 19, (4), 148-149. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/912/91219402.pdf>.

Cáceres, F. (2009). El control prenatal: una reflexión urgente. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 60 (2). Recuperado de: [http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista\\_Vol60No2\\_Abril\\_Junio\\_2009/v60n2a07.pdf](http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol60No2_Abril_Junio_2009/v60n2a07.pdf).

Camarena, L. y Von Glascoe, Ch. (2007). Perspectiva de calidad de atención prenatal alterna a la institucional; ciudad de Chihuahua, México.



*Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 25 (1), enero-junio. 40-49.* Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12025106.pdf>. Consultado el 26 de octubre de 2014

Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS. (2013). *Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.*

Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: El proceso emocional.* Recuperado de: <http://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>.

Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993.* Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>.

Concejo de Bogotá D.C. (2011). *Proyecto de acuerdo 229 de 2011.* Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=43686>.

Córdoba, R., Escobar, L. & Guzmán, L. (2012). Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ESES San Sebastián de la Plata, Huila. 2009. *Revista Facultad de Salud –RFS- Enero-Junio 2012, 4 (1), 44.*

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2013). Cuadro 8. Defunciones maternas por grupos de edad, según lista de causas a 3 caracteres CIE-10. Recuperado de: <http://www.dane.gov.co/index.php/es/component/content/article/118->

demograficas/estadisticas-vitales/2869-defunciones-no-fetales-2011-preliminar

Díaz, L., y Serrano N., (2008). Oportunidades de investigación en preeclampsia, desde la perspectiva de prevención primaria. Un artículo de reflexión. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 59 (3), 206-208. Recuperado de [http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista\\_Vol59No3\\_Julio\\_Septiembre\\_2008/v59n3a05.pdf](http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol59No3_Julio_Septiembre_2008/v59n3a05.pdf)

Giraldo, M. (2004). Investigación cualitativa a través de la teoría fundamentada en los datos. *Revista Ingeniería Industrial*, 2, (6). 83. Recuperado de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/ingenieria/revista/Ingenieria-Industrial/VolII-n6/art5.pdf>. Consultado el 08 de mayo de 2014

Gómez M & Danglot C (2006). El neonato de madre con preeclampsia-eclapmsia. *Revista mexicana de Pediatría*. 73 (2), 82-88. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2006/sp062g.pdf>

Gobierno Federal. (2005). Detención y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo. Guía de práctica Clínica GPC, 7- 47

Grupo del cuidado (2000). Nuevos avances conceptuales del grupo del cuidado. *Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia, Unibiblos*

Hormazabal, J. (2006). Percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional matrona/matrón en el control prenatal. Universidad Austral de Chile. Recuperado de: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmh812p/doc/fmh812p.pdf>.

Hospital Universitario del Valle, HUV, “Evaristo Gracia” (2010). Calidad de atención en salud. Percepción de los usuarios. Cali –Colombia, Pág. 16.

Jiménez, E., Martínez, L., Vargas, N., Agudelo, C., y Ortiz, I. (2013). Preeclampsia: la evolución diagnóstica desde la genómica y la proteómica. *Revista Chilena de Obstetricia y ginecología*, 78 (2). Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262013000200014](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000200014). Consultado el 19 de abril de 2014.

Jiménez, M. (2003). Satisfacción del usuario como indicador de calidad. *Revista Mexicana de enfermería cardiológica*, 11 (2). 58-65.

Laza, C., Pulido, G. y Castiblanco, R. (2014). Peligro, muerte y secuelas: percepción de la preeclampsia severa por quienes la han vivido. *Enfermería global*. 34, 485. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/enfermeria2.pdf>.

Lapidus A. (2010). Guía para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión en el Embarazo. Argentina. Recuperado de: [http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/Guia\\_Hipertension.pdf](http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/Guia_Hipertension.pdf)

Liu, CH. (2012). Relationship between prenatal care and maternal complications in women with preeclampsia: Implications for continuity and discontinuity of prenatal care. *Taiwan: Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*. 51. 576-582. Recuperado de [http://ac.els-cdn.com/S1028455912001891/1-s2.0-S1028455912001891-main.pdf?\\_tid=2c3ac66c-9654-11e3-bf69-](http://ac.els-cdn.com/S1028455912001891/1-s2.0-S1028455912001891-main.pdf?_tid=2c3ac66c-9654-11e3-bf69-)

0000aacb35e&acdnat=1392477581\_01955ca0f841c9b1f492068d163  
04c9d

Malvino E., (2011). Preeclampsia Grave y Eclampsia. Págs. 5-6. Recuperado de:

[http://www.obstetriciacritica.com.ar/doc/Preeclampsia\\_Eclampsia.pdf](http://www.obstetriciacritica.com.ar/doc/Preeclampsia_Eclampsia.pdf)

Mayorga, A. (2012). Tesis: percepción sobre el control prenatal de las gestantes adolescentes en la E.S.E. San Cristóbal, Bogotá 2012. *Tesis Universidad Nacional de Colombia*. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11472/1/598593.2012.pdf> .

Mayorga, M. (2012). Informe de investigación sobre: “Influencia del nivel de educación en las complicaciones de los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo en el Hospital Provincial Docente Ambato en el período Julio-Diciembre del 2010.” *Trabajo de grado Universidad Técnica de Ambato. Ecuador*. Recuperado de: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/926/7086-Mayorga%20Mar%C3%ADa.pdf?sequence=1>.

Mejía, E., Vázquez, M., y García, S. (2012). Conocimiento de la usuaria para la detección oportuna de la preeclampsia Universidad Autónoma de Querétaro. Recuperado de: <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/1304/1/RI000698.pdf>.

Mesa, Cl. (2001). Factores de riesgo para la preeclampsia severa y temprana en el Hospital General de Medellín 1999-2000. *Revista CES Medicina*, 15 (1). 19-28.

Ministerio de la Protección Social. (S.F). Sistema de información para la calidad. Del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social. República de Colombia.

Ministerio de Protección Social. (2007). Decreto 3039 de 2007. Recuperado de:  
<http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/politicaspUBLICAS/decreto%203039.pdf>.

Ministerio de protección social y salud. (S.f.) Guía 3: Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Recuperado de:  
<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias03.pdf>.

Ministerio de salud y protección social. (2013). Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. *Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en salud CINETS*.

Ministerio de Salud. (2000). Resolución Número 412 de 2000. Recuperado de:  
<http://www.convergenciagnoa.org/images/Documentospdf/legislacion/Resolucion%20412.pdf>.

Ministerio de Salud. (1993). Resolución No 008430 de 1993. Recuperado de:  
[http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite\\_de\\_etica/Res\\_\\_8430\\_1993\\_-\\_Salud.pdf](http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf)

- Ministerio de Salud. (2013). Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Págs. 21-22
- Montero, L. (2011). Diccionario médico. Enfermería Maternoinfantil Venezuela. Recuperado de: [http://www.portalesmedicos.com/diccionario\\_medico/index.php/Puerpera](http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Puerpera).
- Mora, F., Barajas, E. (2005). Prevención, Diagnóstico y Manejo de la preeclampsia-eclampsia. Salud reproductiva. México. Págs. 9-38.
- Morales, D. y Calderón, M. (2012). Desarrollo de un instrumento de mejoramiento para el área de urgencias de la clínica X del Valle del Cauca con el fin de apoyar la acreditación internacional bajo los estándares de la Joint Commission. Universidad ICESI. Recuperado de: [http://bibliotecadigital.icesi.edu.co/biblioteca\\_digital/bitstream/10906/68072/1/desarrollo\\_instrumento\\_urgencias.pdf](http://bibliotecadigital.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/68072/1/desarrollo_instrumento_urgencias.pdf) .
- Morgan, F., Calderón, S., Martínez, J., González, A., y Quevedo, E. (2010). Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles. *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, 78. (3), 153-159. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom103b.pdf>
- Naciones Unidas. (2013). Objetivos del Desarrollo del Milenio, Informe de 2013. Recuperado de: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2013-spanish.pdf>.

Neisser. (S.F) La percepción. Recuperado de <http://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf>

Noguera, N., y Muñoz, L. (2014). Significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 16 (1), 34. Enero – junio 2014. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145231426003.pdf>.

Organización de las Naciones Unidas. (S.f.). Objetivo 5: Mejorar la salud materna. Recuperado de: [http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/Goal\\_5\\_fs\\_sp.pdf](http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/Goal_5_fs_sp.pdf).

Organización Mundial de la Salud. (2003). Control prenatal de la OMS. Recuperado de: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_RHR\\_01.30\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30_spa.pdf).

Organización Panamericana de la Salud. Manual clínico, AIEPI Neonatal. Capítulo 3: Salud Materno-infantil. Recuperado de: [http://www.esevictoria.gov.co/sitio2/images/stories/tudecides/GUIA\\_CONTROL\\_PRENATAL.pdf](http://www.esevictoria.gov.co/sitio2/images/stories/tudecides/GUIA_CONTROL_PRENATAL.pdf).

Oviedo, G. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría de Gestalt. *Revista de estudios sociales*, 18. 89-96.

Pérez, B. (2011). Significado que las puérperas asignan a la experiencia de una gestación con preeclampsia. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/5415/1/belialuisaperezherrera.2011.pdf>

Piedrahita, Ch., y Agudelo, B. (2010). Preeclampsia: un problema complejo para enfrentar desde su fisiología. *Revista Medicina & Laboratorio* 16, (11-12). 551-552. Recuperado de: <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadMedicina/Departamentos/ObstetriciaGinecologia/disenos/documentos/Art38.pdf>

Pinedo, A., y Orderique, L. (2001). Complicaciones maternoperinatales de la preeclampsia-eclampsia. *Revista Ginecología y obstetricia*, 47 (1). Recuperado de: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol\\_47n1/complicaciones\\_mater.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_47n1/complicaciones_mater.htm)

Prieto, G. (1999). La investigación en salud: principios éticos y legales. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 1 (1), 33-39.

Ramonedá, V., y Mussons, F. (2008). Preeclampsia. Eclampsia y Síndrome HELL. Asociación Española de pediatría. Barcelona. Recuperado en: [www.aeped.es/protocolos/](http://www.aeped.es/protocolos/).

Rentería, S. (2010). Evaluación de la adherencia a guías del programa de control prenatal en cafosalud (CAFI) San Juan IPS, primer semestre de 2010. Tesis, Universidad del CES. Recuperado de: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/947/2/Evaluacion\\_adherencia\\_guias.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/947/2/Evaluacion_adherencia_guias.pdf)

Rivera, A. (2008). Control prenatal. Universidad Autónoma de México. Escuela Nacional de enfermería y obstetricia. Recuperado de: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2zTloJVD7P>



UJ:www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/TEMAS/CONPRENA.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co&client=firefox-a.

Ruiz, O. (1996). Metodología de la investigación cualitativa. Págs.: 51-80

Sánchez, H. Pérez, G. Pérez, P. y Vázquez, F. (2005). Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 43, (5). 377-378. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im055c.pdf>

Seclen- Palacin, J., Benavides, B., Jacoby, E., Velásquez, A. y Watanabe, E. (2004). ¿Existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de control prenatal?: experiencia en hospitales del Perú. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16, (3). Recuperado de: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892004000900001&lang=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892004000900001&lang=pt).

Secretaría general de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (2006). Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de la salud del Sistema General del Seguridad Social en Salud. Diario oficial 46230. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>.

Serrano, N., Páez, M., Beltrán, M., y Colmenares, Cl. (2012). Preeclampsia y riesgo cardiovascular: estudio de seguimiento en la población de GenPE en Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 63, (3). 242. Recuperado de

[www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista\\_Vol63No3\\_Julio\\_Septiembre\\_2012/v63n3a07.pdf](http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol63No3_Julio_Septiembre_2012/v63n3a07.pdf)

Ulanowick, M., Parra, K., Rozas, G., y Monzón, L. (2005). Hipertensión gestacional consideraciones generales, efectos sobre la madre y el producto de la concepción. *Revista posgrado de la Vía cátedra de medicina*, 165. Pág 21.

Universidad Católica de Chile. (S.F). Control prenatal. Universidad Católica de Chile. Chile. Recuperado de [http://escuela.med.puc.cl/publ/AltoRiesgo/control\\_prenatal.html](http://escuela.med.puc.cl/publ/AltoRiesgo/control_prenatal.html)

Vargas, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Revista Alteridades*, 4 (8). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>

Vargas, V., Acosta, G., y Adán, M. (2012). La preeclampsia un problema de salud pública mundial. *Revista chilena de Obstetricia y Ginecología*, 77 (6), 471-476. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000600013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000600013&script=sci_arttext)

Vera, L. (s.f.). La investigación cualitativa. Recuperado de [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/velez\\_vera\\_\\_investigacion\\_cualitativa\\_pdf.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/velez_vera__investigacion_cualitativa_pdf.pdf).

Villanueva, L., y Collado, S. (2007). Conceptos actuales sobre la preeclampsia-Eclampsia. *Revista médica AAPAUNAM*. Vol. 50. N° 2. Pág. 1-5.

Vinaccia, S., Sánchez, M., Bustamante, E., Cano, E. y Tobón, S., (2006).  
Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (1). 44-51. ISSN 1697-2600.

Watson, J. (1979) Enfermería: Ciencia humana y cuidados humanos. Una teoría de enfermería. *Boston: Jones and Bartlett*.

## **ANEXOS**

### ***ANEXO 1. Características de las participantes***

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERIA

#### **DATOS SOCIODEMOGRAFICOS**

FECHA: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

LUGAR DE PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_

NIVEL DE ESTUDIOS: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

#### **DATOS GINECOBSTÉTRICOS**

NÚMERO DE EMBARAZOS: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CESÁREAS: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE PARTOS: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE ABORTOS \_\_\_\_\_



Esta información va dirigida a las personas a quienes se les ha pedido que participen en una investigación.

**Título de la investigación:** Percepción del control prenatal de un grupo de puérperas preeclámpticas que se encuentran hospitalizadas en el servicio de ginecobstetricia de una institución de cuarto nivel de atención en Bogotá

**Personas a cargo del estudio:** Henry Andrés Clavijo, Laura Cristina López, Yeraldy Milena Ramírez

**Dónde se va a desarrollar el estudio:** Servicio de Ginecobstetricia Hospital Universitario San Ignacio

La preeclampsia es un problema de salud pública, puesto que incide de manera importante en la tasa de morbilidad materna y neonatal en todo el mundo, pero de manera preocupante el impacto de esta enfermedad se evidencia aún más en los países en vías de desarrollo, que por temas de infraestructura, deficiencia en los programas de control o seguimiento materno, inequidades en salud y falta de cobertura en servicios, no cubren el manejo de esta patología y junto con esto también tienen que lidiar con otras situaciones que ponen en riesgo la vida de la madre y su hijo como el caso de hemorragias postparto o sepsis.

Esta patología puede ser prevenible o tratable, siempre y cuando sea diagnosticada de manera oportuna, a partir del control prenatal, según la Organización Panamericana de Salud (OPS), el 95% de las muertes maternas son evitables a partir de un oportuno programa de control prenatal y de una buena calidad en la atención del parto, de esta manera los enfermeros son agentes claves que pueden contribuir positivamente a la reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal, no solo porque están capacitados académicamente, sino porque además tal y como lo señala Arias, “los enfermeros son los profesionales que generan más confianza para resolver inquietudes,

consecuentemente se logran niveles más altos de la satisfacción de la gestante”<sup>1</sup> de esta manera es muy importante reconocer el impacto de un adecuado control prenatal para la detección oportuna de signos de alarma para presentar trastornos hipertensivos en el embarazo.

El objetivo general del estudio es describir la percepción que tiene un grupo de puérperas preeclámpicas con relación a la atención recibida en el control prenatal realizado por el profesional de enfermería

**Plan del Estudio** El estudio se desarrollará a través de las siguientes actividades: Para recolectar la información en la investigación, se realizará una entrevista semiestructurada a profundidad persona a persona, esta entrevista se grabará y se transcribirá de manera textual, para las entrevistas no se tendrá un tiempo establecido de duración sino hasta que la información que se aporte no sea significativa para el estudio.

#### **Beneficios de Participar en este Estudio**

- Las pacientes con preeclampsia recibirán el reconocimiento de los investigadores.
- Las participantes recibirán información acerca de la patología.
- Las pacientes podrán compartir sus inquietudes en relación a su salud y eventos de enfermedad con personas que se interesan en su situación y que, en caso de ser necesario, les brindarán apoyo y orientación en estos temas, en la medida de sus capacidades
- Se les brindará información a las participantes sobre los signos y síntomas del postparto.

#### **Riesgos de Participar en este Estudio de Investigación**

No se conoce de ningún riesgo físico por el hecho de participar en esta investigación. Sin embargo no se desconoce la posibilidad de presentar por parte de las pacientes un estado emocional adverso el cual podrá ser referido a los investigadores quienes brindaran un apoyo afectivo en caso de que ocurran estos eventos adversos.

#### **Privacidad de las Entrevistas, Confidencialidad y de los Archivos y Anonimato**

Durante las entrevistas, se mantendrá su privacidad. Los archivos con información se mantendrán de manera confidencial. Sólo los investigadores y el personal autorizado como el Comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Javeriana pueden revisar los archivos resultantes de este proyecto.

Con el fin de mantener el anonimato, no se escribirá el nombre de los entrevistados en el formato de la entrevista. Cada encuesta será identificada con un número. Los datos y

---

<sup>1</sup>Arrias J, Bernal K, Giraldo D, Gonzales E, Rivera P. 2007. Calidad del control prenatal realizado por profesionales de enfermería en una IPS pública. Hacia la promoción de la salud, volumen 13. pág. 131. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126690009> consultado el 08 de mayo de 2014

la información serán guardados bajo llave en la oficina de los investigadores. Los resultados de este estudio pueden ser publicados. Sin embargo, la información será combinada con la de otros participantes. Las publicaciones no incluirán el nombre de los participantes o ninguna otra información que permita identificarlos personalmente.

### **Participación Voluntaria**

La decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria. Usted es libre de decidir participar y/o así como retirarse en cualquier momento, sin que esto implique ninguna sanción o pérdida de beneficios que ya haya obtenido.

### **Preguntas y Contactos**

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede comunicarse en Bogotá con Henry Andrés Clavijo Valderrama al teléfono 3142460214 y correo electrónico: henryclavijo1@hotmail.com; Laura Cristina López al teléfono 3015808508 y correo electrónico: lauracris10\_25@hotmail.com; Yeraldly Milena Ramírez al teléfono 3204218188 y correo electrónico: ramirez\_yeraldly15@hotmail.com, o con la Asesora Norma Noguera al teléfono 3208320 ext. 2655-2660 y al correo electrónico: nogueran@javeriana.edu.co

### **Consentimiento.**

**De manera libre doy mi consentimiento para participar. Entiendo que esta es una investigación. He recibido copia de esta forma de consentimiento informado.**

**Declaración del Investigador.** De manera cuidadosa he explicado a los participantes del protocolo arriba enunciado. Certifico que, basada en lo mejor de mi conocimiento, los participantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

_____	_____	_____
Firma del Investigador-a	Nombre del Investigador	Fecha
_____	_____	_____
Firma del Investigador-a	Nombre de la Investigadora	Fecha
_____	_____	_____
Firma del Investigador-a	Nombre de la Investigadora	Fecha
_____	_____	_____
Firma del responsable	Nombre del responsable	Fecha

**ANEXO 3. Cronograma de Actividades**

No	ACTIVIDAD	2013			
		AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
1.	Elección tema de investigación				
2.	Acercamiento con asesora de tesis				
3.	Búsqueda de información relacionada con Preeclampsia				
4.	Primer acercamiento de la pregunta de investigación justificada				

No	ACTIVIDAD	2014			
		FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
1.	Planteamiento del problema: pregunta de investigación				
2.	Recolección de la información: antecedentes, justificación, marco teórico				
3.	Planteamiento de objetivos y propósitos de la investigación				
4.	Definición operativa de términos				
5.	Elección y construcción del diseño metodológico				
6.	Definición de consideraciones éticas para la investigación				
7.	Desarrollo de cronograma y presupuesto				
8.	Presentación del tema de investigación al Departamento clínico de la facultad de Enfermería				
9.	Presentación de anteproyecto a docentes y estudiantes				

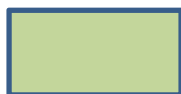


No	ACTIVIDAD	2014				
		AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
1.	Aprobación por parte del comité de investigación de la Institución de IV nivel de atención	Cumplido				
2.	Selección de participantes	Cumplido	Cumplido			
3.	Realización de entrevistas	Cumplido	Cumplido			
4.	Definición de las categorías de información recolectada		Cumplido	Cumplido		
5.	Análisis de contenido de la información			Cumplido	Cumplido	
6.	Presentación de los resultados				Cumplido	
7.	Correcciones finales				Cumplido	Cumplido
8.	Informe final					Cumplido
9.	Sustentación					Cumplido

### Convenciones



Cumplido



Pendiente



Proyectado

**ANEXO 4. Presupuesto**

**RESUMEN DEL PRESUPUESTO GLOBAL DEL PROYECTO**

<b>RESUMEN DE GASTOS</b>	
<b>GASTOS</b>	<b>TOTAL</b>
<b>EQUIPOS</b>	<b>\$1.100.000</b>
<b>MATERIALES</b>	<b>\$110.000</b>
<b>SERVICIOS</b>	<b>\$574.000</b>
<b>VIATICOS</b>	<b>\$142.800</b>
<b>RECURSOS HUMANOS</b>	<b>\$1.800.000</b>
<b>TOTAL</b>	<b>\$3.726.000</b>

Descripción gastos de equipo

<b>CANTIDAD</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>JUSTIFICACION</b>	<b>VALOR UNITARIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
1	Grabadora	Grabación de entrevistas	\$230.000	\$230.000
1	Memoria SD	Grabación de entrevistas	\$50.000	\$50.000
1	Memoria USB	Recopilación de archivos	\$20.000	\$20.000
1	Computador	Depreciación	\$800.000	\$800.000
<b>TOTAL</b>				<b>\$1.100.000</b>

Descripción gastos materiales

<b>GASTOS DE MATERIALES</b>				
<b>CANTIDAD</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>JUSTIFICACION</b>	<b>VALOR UNITARIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
<b>255</b>	Impresiones	Impresiones	\$200	\$51.000
<b>1</b>	Plastificado	Presentación trabajo final	\$5.000	\$5.000
<b>1</b>	Resma de papel	Impresiones	\$17.000	\$34.000
<b>2</b>	Cuadernos	Transcripción de las entrevistas	\$7.000	\$14.000
<b>5</b>	Esferos	Transcripción de las entrevistas	\$1.200	\$6.000
<b>TOTAL</b>				<b>\$110.000</b>

Descripción gastos de servicios

<b>GASTOS DE SERVICIOS</b>		
<b>SERVICIO</b>	<b>JUSTIFICACION</b>	<b>TOTAL</b>
<b>LUZ</b>	Realización trabajo final	\$300.000
<b>INTERNET</b>	Realización trabajo final	\$154.000
<b>COMUNICACIÓN</b>	Comunicación investigadores	\$ 100.000
<b>TOTAL</b>		<b>\$574.000</b>

Descripción de viáticos

<b>GASTOS DE VIÁTICOS</b>				
<b>CANTIDAD</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>JUSTIFICACION</b>	<b>VALOR UNITARIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
<b>84</b>	Transporte	Desplazamiento	\$1.700	\$142.800
<b>TOTAL</b>				\$142.800

Descripción de Recursos humanos

<b>Gastos de Recurso humano</b>			
<b>CANTIDAD</b>	<b>JUSTIFICACION</b>	<b>VALOR UNITARIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
1	Profesor	\$1.000.000	\$1.000.000
3	Alumnos	\$266.666	\$800.000
	TOTAL		\$1.800.000