

**PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN GESTANTES  
DIAGNOSTICADAS CON PREECLAMPSIA EN UNA INSTITUCIÓN DE  
CUARTO NIVEL, BOGOTÁ**

**LEIDY JOHANA ALVAREZ LOZANO  
NATALY YOHANA ESPITIA SUAREZ**



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
BOGOTÁ D.C  
2012**

**PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN GESTANTES  
DIAGNOSTICADAS CON PREECLAMPSIA EN UNA INSTITUCIÓN DE  
CUARTO NIVEL, BOGOTÁ**

**LEIDY JOHANA ALVAREZ LOZANO  
NATALY YOHANA ESPITIA SUAREZ**

**Trabajo de grado para obtener el título de Enfermera**

**Asesor de Tesis  
MARIA EUGENIA CASTELLANOS OCHOA  
Docente facultad de Enfermería  
Magister en Educación**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
BOGOTÁ D.C  
2012**

Nota de Aceptación:

---

---

---

---

---

---

---

Firma del Presidente del Jurado

---

Firma del Jurado

---

Firma del Jurado

Bogotá D.C. Diciembre 03 de 2012

## DEDICATORIA

*Los triunfos de la vida de una persona tienen autores, Dios en primera instancia que guía mis pasos, mis padres que con su ejemplo de constancia y apoyo fortalecieron mi proceso académico, mis hermanas.*

*Reconozco lo importante que fueron las buenas personas que encontré en este camino que culmina al obtener mi título de enfermera de la Pontificia Universidad Javeriana.*

*Johana Álvarez*

*Principalmente dedico este trabajo a Dios por ser mi guía en todo momento; a mis padres y hermana por su apoyo incondicional en este proceso de formación.*

*También a mi amiga de tesis, con quien por el esfuerzo y empeño realizado, logramos este gran resultado.*

*Nataly Espitia*

## **AGRADECIMIENTOS**

Al departamento de Enfermería Clínica de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, quienes aprobaron la iniciativa y el desarrollo del proyecto.

Al Hospital Universitario San Ignacio, especialmente al servicio de Gineco-Obstetricia, por permitir la recolección de la muestra y la aplicación de la escala de percepción del cuidado profesional.

A la Dra. Kristen Swanson por mostrar una apertura investigativa traspasando las barreras de distancia e idioma, su colaboración en el transcurso de esta investigación, por disponer de su tiempo y permitir el uso del instrumento “escala de cuidado profesional”. Así mismo, por su receptividad y disposición significativa para posibilitar el aprendizaje y la construcción de conocimiento.

A la Enfermera Edilma Gutiérrez por convertirse en aliada de este proyecto, brindarnos sus conocimientos, asesoría y orientación frente aspectos conceptuales y metodológicos que coadyuvaron a encauzar la ruta a seguir en dicha construcción.

Un enorme agradecimiento a las madres gestantes, por compartir la inigualable experiencia de dar vida, ellas nos permitieron de forma abierta entrar en sus mundos y conocer parte de sus historias de vida, sus percepciones frente al cuidado brindado por el profesional de enfermería; ellas son y serán siempre fuente de inspiración para crear, investigar, cualificar la practica a partir de nuevos conocimientos y herramientas de abordaje e intervención.

A nuestra docente María Eugenia Castellanos, por sus asesorías, consejos oportunos; y sobre todo por darnos la oportunidad de investigar en algo nuevo para enriquecer la práctica del profesional de enfermería.

## NOTA DE ADVERTENCIA

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

## CONTENIDO

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	19
<b>1. PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO</b>	22
1.1 Descripción del Problema	22
1.2 Pregunta de Investigación	25
1.3 Definición Operacional de Términos	26
1.3.1 Percepción de Cuidado	26
1.3.2 Cuidado de Enfermería	26
1.3.3 Preeclampsia	27
1.3.4 Institución de Cuarto Nivel	27
1.4 Justificación	29
1.5 Objetivos	33
1.5.1 Objetivo General	33
1.5.2 Objetivos Específicos	33
1.6 Propósitos	34

<b>2.</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>35</b>
2.1	La Preeclampsia como Síndrome Específico del Embarazo	35
2.1.1	Epidemiología de la Preeclampsia	38
2.1.2	Clasificación de la Preeclampsia	39
2.1.3	Factores de Riesgo de la Preeclampsia	39
2.1.4	Manejo de la Preeclampsia	46
2.2	Cuidado de Enfermería: Teoría de Kristen Swanson	48
2.3	Percepción del Cuidado de Enfermería	54
<b>3.</b>	<b>DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>57</b>
3.1	Tipo de Estudio	57
3.2	Población de Estudio	57
3.3	Tamaño de la Muestra	57
3.4	Criterios de Inclusión	58
3.5	Criterios de Exclusión	59
3.6	Procedimiento	59
3.7	Instrumento: Escala de Cuidado Profesional	61
3.8	Consideraciones Éticas	63

<b>4.</b>	<b>PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS Y RESULTADOS</b>	<b>65</b>
4.1	Caracterización socio-demográfica y antecedentes gineco-obstetricos	65
4.2	Resultados de los cinco procesos de cuidado de enfermería	72
4.2.1	Conocer	72
4.2.2	Estar Con	75
4.2.3	Hacer Por o Para	79
4.2.4	Permitir o Posibilitar	83
4.2.5	Mantener las Creencias	85
4.3	Resultados de las subcategorias de la escala de cuidado profesional	88
4.3.1	Resultados de las Subcategorías de la escala de percepción de cuidado profesional	88
<b>5.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>91</b>
<b>6.</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>93</b>
<b>7.</b>	<b>LIMITACIONES</b>	<b>94</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>95</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>102</b>

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
<b>Figura 1.</b> Estructura del cuidado.	52

## LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
<b>Grafica 1.</b> Distribución de las gestantes con preeclampsia hospitalizadas en una institución de cuarto nivel según edad, 2012.	65
<b>Grafica 2.</b> Distribución de las gestantes con preeclampsia hospitalizadas en una institución de cuarto nivel según red de apoyo, 2012.	66
<b>Grafica 3.</b> Distribución de las gestantes con preeclampsia hospitalizadas en una institución de cuarto nivel según Estado Civil, 2012.	67
<b>Grafica 4.</b> Distribución de las gestantes con preeclampsia hospitalizadas en una institución de cuarto nivel según Estrato socioeconómico, 2012.	68
<b>Grafica 5.</b> Antecedentes obstétricos en gestantes diagnosticadas con preeclampsia hospitalizadas en una institución de cuarto nivel, 2012	69
<b>Grafica 6.</b> Antecedentes obstétricos en gestantes diagnosticadas con preeclampsia hospitalizadas en una institución de cuarto nivel, 2012	70
<b>Grafica Nº 7.</b> Resultados del proceso de cuidado Conocer, en gestantes con diagnostico de preeclampsia	72
<b>Grafica Nº 8.</b> Resultados del proceso de cuidado Estar con, en	76

gestantes con diagnostico de preeclampsia

**Grafica Nº 9.** Resultados del proceso de cuidado Hacer por o para, en gestantes con diagnostico de preeclampsia 80

**Grafica Nº 10.** Resultados del proceso de cuidado Permitir o posibilitar, en gestantes con diagnostico de preeclampsia 83

**Grafica Nº 11.** Resultados del proceso de cuidado Mantener las creencias, en gestantes con diagnostico de preeclampsia 85

**Gráfica 12.** Análisis de la Subcategoría, Sanador Compasivo 88

**Gráfica 13.** Análisis de la Subcategoría, Sanador Competente 89

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
<b>Tabla 1.</b> Clasificación de los factores de riesgo de preeclampsia.	40

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
<b>Anexo 1.</b> Consentimiento Informado	102
<b>Anexo 2.</b> Formato características socio-demográficas	104
<b>Anexo 3.</b> Escala original de percepción del cuidado profesional	105
<b>Anexo 4.</b> Escala de percepción del cuidado profesional traducida al idioma español	106
<b>Anexo 5.</b> Carta validadores	107
<b>Anexo 6.</b> Formato de validación de instrumento por experto	108
<b>Anexo 7.</b> Solicitud de permiso para el uso de la escala de percepción del cuidado profesional	111
<b>Anexo 8.</b> Solicitud de permiso para traducción de la escala de percepción del cuidado profesional al idioma español	112

## INTRODUCCIÓN

La preeclampsia (PE) es un trastorno que afecta a las mujeres durante la gestación humana, produciendo alteraciones en las condiciones de salud de madre e hijo<sup>1</sup>; representa un alto impacto social y económico en los países en desarrollo puesto que es la principal causa de morbilidad materno-fetal con una mortalidad perinatal cinco veces mayor<sup>2</sup>.

Si bien se han generado grandes avances tanto en la comprensión de la enfermedad como en su control, es importante reconocer que desde el punto de vista etiológico, fisiopatológico, clínico, epidemiológico y de salud pública se define como una enfermedad compleja, dado que su patogénesis implica la interacción de una serie de factores intrínsecos e extrínsecos de la mujer, los cuales son fundamentales como estrategia de prevención<sup>3</sup>.

Según estadísticas “cada 30 minutos muere una mujer en el mundo debido a la preeclampsia, es la primera causa de ingreso de pacientes embarazadas a las unidades de terapia intensiva, la mortalidad por complicaciones del embarazo ocupa el 15º lugar en la mortalidad hospitalaria en general”<sup>4</sup>. En Colombia

---

<sup>1</sup> DÍAZ, Luis. SERRANO, Norma. Oportunidades de investigación en preeclampsia, desde la perspectiva de prevención primaria. un artículo de reflexión. En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. [en línea]. Vol. 20, N°. 4 (2007). [consultado 17 de mayo de 2012]. Disponible en <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1952/195214332005.pdf>>

<sup>2</sup> SATIZÁBAL, José. MORENO, Lina. MONTOYA, julio. y GARCÍA, Felipe. Preeclampsia, problema de salud pública latente: Etiología genética y molecular. En: Revista el hombre y la maquina. [en línea]. Vol. 59, N°. 3. (2008). [consultado 17 de mayo de 2012]. Disponible en <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=47817140009>>

<sup>3</sup> DÍAZ, L. y SERRANO, N., Op.cit., p. 207.

<sup>4</sup> MARAÑÓN, Tatiana. FERNÁNDEZ, Rosa. MASTRAPA, Kenia, BERTOT, Grisel. Estudio de algunos factores de riesgo de la Preeclampsia- Eclampsia. Análisis multivariado. En: Revista de Ginecología y Obstetricia. [en línea]. (2009). [consultado 17 de mayo de 2012]. Disponible en <<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1670/1>>

constituye la principal causa de mortalidad materna con más del 42% de fallecimientos atribuibles a esta enfermedad, afecta aproximadamente al 8% de las embarazadas del mundo entero, con un incremento progresivo de su incidencia lo cual representa un problema de salud pública a nivel mundial<sup>5</sup>.

Es importante tener en cuenta que la paciente con preeclampsia requiere de elaboración de procesos de cuidados encaminados a proporcionar bienestar y evitar complicaciones tanto para ella como para el bebé. Dado que es enfermería quien tiene un mayor contacto con las pacientes que son hospitalizadas por esta causa, es importante que se elaboren procesos de atención basados en las percepciones de las gestantes y teniendo como referente teorías validadas que sirven de base para fundamentar los procesos de cuidado y no prescindir del componente holístico.

A partir de lo anterior esta investigación buscó indagar sobre las percepciones que tienen las gestantes frente al cuidado que les es proporcionado por parte de enfermería, para ello se realizó un estudio de tipo descriptivo que utilizó como instrumento la escala profesional del cuidado creada por la doctora Kristen Swanson, este instrumento evalúa la percepción de cuidado de las gestantes teniendo en cuenta los cinco procesos básicos de cuidado ( conocer, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias) además, el instrumento clasifica el cuidado en dos subcategorías (sanador compasivo y sanador competente). Dicho instrumento se aplicó en gestantes con diagnóstico de preeclampsia que se encontraban hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Universitario San Ignacio; encontrando que según los cinco procesos de cuidado establecidos por la doctora Swanson mostraron que las percepciones de las gestantes respecto a los procesos conocer, hacer por, permitir y mantener las creencias en general fueron positivas; sin embargo, en el proceso estar con, es

---

<sup>5</sup> SATIZÁBAL, J. MORENO, L. MONTOYA, J. y GARCÍA, F., Op.cit., p. 84.

importante fortalecer algunos aspectos. En las subcategorías, se puede concluir que las gráficas muestran mayores porcentajes en sanador compasivo dando a entender que es el tipo de cuidado que se realiza en la institución objeto de estudio. Es por esto que se hace imperativo continuar trabajando en la humanización de las personas de los servicios a fin de proveer una atención integral para la paciente.

## 1. PRESENTACION DEL ESTUDIO

### 1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La preeclampsia<sup>6</sup>, es un síndrome específico de la gestación secundario a una reducción de la perfusión de órganos múltiples, vaso espasmo y a la activación de la cascada de la coagulación, que ocurre después de la semana 20 de la gestación y se diagnostica por la elevación de la presión arterial (sistólica mayor a 140 mmHg o diastólica mayor a 90 mmHg) con proteinuria (> 300 gramos en 24 horas) y edema. Dentro de los signos y síntomas característicos, de este síndrome, se encuentran la hiperreflexia, cefalea, fosfenos, tinnitus, epigastralgia, náuseas, vomito y oliguria, que conllevan alteraciones patológicas en el organismo<sup>7</sup>.

La preeclampsia conlleva a complicaciones maternas, fetales y neonatales durante las etapas de la gestación, parto y puerperio<sup>8</sup>, sus repercusiones en la mortalidad y morbilidad materno-perinatal la han convertido en un problema prioritario a solucionar en el ámbito de salud pública<sup>9</sup>. La literatura reporta que a nivel mundial,

---

<sup>6</sup> PORTH M, Carol. Fisiopatología salud- enfermedad un enfoque conceptual. 7ª edición. Editorial médica panamericana, 2007. 523 p.

<sup>7</sup> NOGUERA ORTIZ, Norma. Intervención de enfermería a la paciente con diagnóstico de preeclampsia. En: Actualizaciones de Enfermería. [en línea]. Vol. 13, Nº. 2 (2010). [consultado 18 febrero de 2012]. Disponible en <<http://www.youblisher.com/p/69823-Revista-Actualizaciones-en-Enfermeria-Fundacion-Santa-Fe-2-10/>>

<sup>8</sup> *Ibid.*, p. 12.

<sup>9</sup> MARTÍNEZ L, Yolanda. LECHUGA Q, Angélica. TERRONES G, Alberto. Y SALVADOR, Jaime. Hipertensión inducida por el embarazo en adolescentes: un estudio multicéntrico. En: Revista ansiedad y estrés. [en línea]. Vol. 11, Nº. 1 (2005). [consultado 28 de marzo de 2012]. Disponible en <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1197905>>

“se presenta en un 6 a 8% de todos los embarazos, observando un claro aumento de la incidencia en pacientes con factores de riesgo en un 20.3%”<sup>10</sup>.

La primera causa de muerte materna es la asociada al síndrome hipertensivo gestacional, en América Latina y el Caribe tiene una frecuencia promedio de 25,7%<sup>11</sup>. Colombia no es ajeno a este evento, la principal causa de mortalidad materna es consecuencia de los trastornos hipertensivos (28,8%), seguido de las complicaciones relacionadas con el parto (17,2%), complicaciones del puerperio (8%) abortos (8,7%) y otras causas no especificadas (36%)<sup>12</sup>. Para el año 2006, la proporción de mortalidad materna secundaria a preeclampsia varió de 23,8% a 50% en las instituciones de tercer nivel<sup>13</sup>; situación que no ha tenido una variación significativa ya que para el 2010, el DANE reportó que de los trastornos hipertensivos fue la segunda causa de muerte materna y el grupo con más defunciones fue el de las mujeres entre 34 a 39 años<sup>14</sup>.

---

<sup>10</sup> MONSERRAT TÁBORA, María E. LEZAMA RIOS, Sonia. Prevención de preeclampsia en pacientes con factores de riesgo mediante el uso de aspirina en bajas dosis. En: Revista Médica de los Post Grados de Medicina UNAH [en línea]. Vol. 10, N°. 3 (2007). [consultado 2 de abril de 2012]. Disponible en <<http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2007/pdf/Vol10-3-2007-10.pdf>>

<sup>11</sup> DONOSO, Enrique. Muerte materna en Chile por eclampsia. En: Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. [en línea]. Vol. 75, N°. 5 (2010). [consultado 28 de marzo de 2012]. Disponible en <<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v75n5/art01.pdf>>

<sup>12</sup> ARISTIZÁBAL, Juan. GÓMEZ, Germán. LOPERA, Juan. ORREGO, Laura. RESTREPO, Carlos. MONSALVE, Germán. GÓMEZ, Martín. SOCHA, Nury. VASCO, Mauricio. Paciente obstétrica de alto riesgo: ¿dónde debe realizarse su cuidado periparto?. En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [en línea]. Vol. 56, N°. 2 (2005). [consultado el 28 de marzo de 2012]. Disponible en <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=195214313008>>

<sup>13</sup> MARTÍNEZ DÍAZ, Luis. SERRANO DÍAZ, Norma. Oportunidades de investigación en preeclampsia, desde la perspectiva de prevención primaria. Un artículo de reflexión. En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [en línea]. Vol. 59, N°. 3 (2008). [consultado 15 de febrero de 2012]. Disponible en <[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)>

<sup>14</sup> DANE. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística). Información de Defunciones no fetales, 2010. [en línea]. [consultado 15 de febrero de 2012]. Disponible en <[http://www.dane.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1048:defunciones-no-fetales-2010-preliminar-&catid=118:estadisticas-vitales](http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=1048:defunciones-no-fetales-2010-preliminar-&catid=118:estadisticas-vitales)>

De la preeclampsia es importante mencionar que si bien “la prevención de está aún no se conoce ampliamente, se sabe que el realizar un diagnóstico precoz junto con el apoyo por parte del profesional de salud cualificado son factores determinantes de un mejor pronóstico”<sup>15</sup>. Esto evidencia el requerimiento urgente de una mejor formación del equipo interdisciplinario de salud-enfermeras y médicos, para lograr de manera efectiva el adecuado manejo y control de la mujer gestante (que experimenta cambios físicos, fisiológicos y psicológicos), especialmente cuando se desencadenan complicaciones<sup>16</sup>, tales como; “síndrome HELLP, insuficiencia renal, eclampsia, accidente cerebrovascular, edema pulmonar, ruptura hepática espontánea, el abrupto de placenta, alteraciones electrolíticas y el colapso circulatorio (posparto)”<sup>17</sup>.

Si bien dichas complicaciones se destacan en la literatura, son escasos los estudios que tratan sobre las experiencias y las percepciones de las mujeres que experimentan o han experimentado esta patología; un estudio realizado en 2011 por Franco de Silva<sup>18</sup> acerca de las percepciones de un grupo de mujeres sobre los trastornos hipertensivos de la gestación, reveló la necesidad de repensar y reorganizar el modelo de atención perinatal en salud, no sólo en el nivel de atención de alta complejidad sino en las unidades básicas de salud. Lo cual indica en este contexto, que para brindar una atención holística en las gestantes de alto riesgo se debe ir más allá de los estándares de calidad y de los cuidados protocolizados con enfoque biomédico que dejan de lado los relacionados con el

---

<sup>15</sup> CUNHA, Karla. OLIVEIRA, Juliana. NERY, Inez. Asistencia de Enfermería en la Opinión de las Mujeres con Preeclampsia. Brasil, 2007, p. 254-260.

<sup>16</sup> Ibid., p. 255.

<sup>17</sup> GOMEZ SOSA, Elba. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. Cuba: Ciudad de la Habana, 2000, p. 102.

<sup>18</sup> FRANCO de SILVA, Eveline. PEIXOYO, Fernanda. RIGOL, Juliana. y AZEVEDO, Suzana. Percepción de un grupo de mujeres en la enfermedad hipertensiva específica del embarazo. En: Revista Gaucha de Enfermagem. Vol. 32, N°. 2; (2011), p. 316-322.

apoyo emocional a las gestantes, siendo estos los factores que incidirán en atenuar la sintomatología presentada en la gestante preeclámptica.

En el estudio de Cunha y Cols<sup>19</sup> hace énfasis que entre los profesionales de la salud capacitados para prestar asistencia adecuada, la enfermera se destaca; ella tiene por esencia “el cuidar”. Ese cuidar implica el desarrollo de competencias para educar, intervenir y encaminar a otros profesionales a realizar intervenciones según las necesidades que requiera la gestante.

En esto radica lo imprescindible del rol que desempeña la enfermera; el reto es evidenciar un cuidado holístico que a la vez refleje en acciones la calidad y la humanización del cuidado el cual debe tener como referente el cómo son percibidas esas acciones por la persona a quien se cuida. Para esta investigación se indaga acerca de las percepciones de cuidado que tienen las gestantes con preeclampsia, a fin de proveer información que servirá como herramienta en la elaboración o modificación de guías y protocolos de atención de enfermería a este grupo poblacional.

## **1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la percepción que poseen las gestantes diagnosticadas con Preeclampsia, en una institución de cuarto nivel, frente al cuidado de enfermería en Bogotá para el segundo periodo del 2012?

---

<sup>19</sup> CUNHA. OLIVEIRA. y NERY., Op.cit., p. 255.

## **1.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

### **1.3.1 Percepción de cuidado:**

Hace referencia a la opinión del paciente hospitalizado acerca del cuidado que le proporciona el personal de enfermería<sup>20</sup>. Para esta investigación se tuvo en cuenta los cinco procesos de cuidado: conocer, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias; en ellos se hace evidente el cuidado de enfermería caracterizado por la actitud filosófica de la enfermera, la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados<sup>21</sup> que a la vez reflejan de manera simultánea las dimensiones humanísticas, éticas y filosóficas de la ciencia de enfermería.

### **1.3.2 Cuidado de Enfermería:**

La teórica Kristen Swanson<sup>22</sup> proporciona la definición que se toma para esta investigación: el cuidado es una forma enriquecedora de relacionarse con otra persona a la que se valora ante la cual uno tiene un sentimiento personal de compromiso y responsabilidad. Es una forma educada de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se tiene un compromiso y una responsabilidad como enfermero<sup>23</sup>.

---

<sup>20</sup> ORTEGA L, Rosa. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería según la opinión del paciente y la enfermera. Tesis (Subdirección de posgrado e investigación). Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería. Departamento de enfermería. Bogotá, 2004, 65 p.

<sup>21</sup> SWANSON, Kristen. Nursing as informed caring for the well being of others. En: The journal of nursing scholarship. [en línea]. Vol. 25, N<sup>o</sup>. 4 (1993). [consultado 15 de febrero de 2012]. Disponible en <[http://nursing.unc.edu/ccm/groups/public/@nursing/documents/content/ccm3\\_032549.pdf](http://nursing.unc.edu/ccm/groups/public/@nursing/documents/content/ccm3_032549.pdf)>

<sup>22</sup> POTTER, Patricia. y PERRY, Ann. Fundamentos de enfermería. 5a. Ed. España: Elsevier., 2002. 107 p.

<sup>23</sup> MARRIER T, Ann. y RAILE A, Martha. Teoría del Cuidado: Modelos y teorías de enfermería. Cap. 35. 6a. ed. España: Elsevier., 2007. 768 p.

### **1.3.3 Preeclampsia:**

La preeclampsia es un síndrome específico del embarazo secundario a una reducción de la perfusión de órganos múltiples, vaso espasmo y a la activación de la cascada de la coagulación, que ocurre después de la semana 20 de la gestación y se diagnostica por la elevación de la presión arterial (sistólica mayor a 140 mmHg o diastólica mayor a 90 mmHg) con proteinuria (> 300 gramos en 24 horas) y edema. Dentro de los signos y síntomas característicos, de este síndrome, se encuentran la hiperreflexia, cefalea, fosfenos, tinitus, epigastralgia, náuseas, vómito y oliguria, que conllevan alteraciones patológicas en el organismo<sup>24</sup>.

### **1.3.4 Institución de cuarto nivel:**

Según el acuerdo 20 de 1990<sup>25</sup>, el Sistema Distrital de Salud de Bogotá catalogó a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, en donde se presta atención especializada. Organizada en niveles de complejidad y de atención según el tipo de servicios, procedimientos e intervenciones que están en capacidad de realizar según su capacidad tecnológica y personal. El presente estudio se realizó en una institución de IV nivel de atención caracterizada por: la presencia de médicos generales, médicos especialistas básicos y subespecialistas (cardiólogos, neurólogos, nefrólogos, gastroenterólogos, y otros). Igualmente, incorporan personal profesional, técnico, auxiliar y administrativo, más la dotación de equipos e instrumental médico-quirúrgico, acorde a los recursos financieros y tecnológicos de la Institución, según

---

<sup>24</sup> PORTH M, Carol., Op.cit., p. 523.

<sup>25</sup> ACUERDO 20 DE 1990. Sistema Distrital de Salud de Bogotá. Diciembre 8. Bogotá, D.E.

las responsabilidades médico-asistenciales y administrativas fijadas por la Dirección del Sistema Distrital de Salud<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> *Ibíd.*, p. 6.

## 1.4 JUSTIFICACIÓN

La preeclampsia es un síndrome hipertensivo exclusivo de la gestación, de etiología desconocida la cual es causada por múltiples factores, cuyo tratamiento definitivo es el parto; además de ser causal de repercusiones sobre la madre y el hijo por nacer, en términos de morbilidad y mortalidad materna o perinatal, conlleva a hospitalizaciones prolongadas. Actualmente, esta patología constituye un problema de salud pública tanto en el contexto nacional como en el mundial<sup>27</sup>.

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud<sup>28</sup> (OMS) reportó más de 200.000 muertes maternas ocurren cada año como consecuencia de las complicaciones derivadas de la preeclampsia-eclampsia, en su mayor parte prevenibles. En países desarrollados la mortalidad de preeclampsia es de 1,4 por cada 100.000 nacimientos y representa el 16,1% de las muertes maternas. La afección se presenta en el 6% a 8% de las gestantes; sin embargo, la incidencia es muy variable dependiendo de las características poblacionales.

En América Latina y el Caribe la muerte materna asociada al síndrome hipertensivo gestacional es la primera causa con una frecuencia promedio de 25,7%<sup>29</sup>. Por otra parte, en Colombia (a pesar de tener un 93% de partos institucionales) la morbilidad y mortalidad materna y perinatal es alta y a veces lleva a pensar entre otros factores en la atención en salud; se ha estimado que

---

<sup>27</sup> MARTÍNEZ L, Yolanda. LECHUGA Q, Angélica. TERRONES G, Alberto. Y SALVADOR, Jaime., Op.cit., p.1.

<sup>28</sup> Citado por MALVINO, Eduardo. Preeclampsia Grave y Eclampsia: Consideraciones generales. En: Biblioteca de obstetricia crítica. [en línea]. Tomo III, Capítulo. 1 (2011). [consultado 28 de marzo de 2012]. Disponible en <[http://www.obstetriciacritica.com.ar/doc/Preeclampsia\\_Eclampsia.pdf](http://www.obstetriciacritica.com.ar/doc/Preeclampsia_Eclampsia.pdf)>

<sup>29</sup> DONOSO, Enrique., Op.cit., p. 281.

entre un 90 y 95% de las muertes maternas son potencialmente evitables no sólo desde los determinantes de la salud sino también desde la de atención clínica<sup>30</sup>.

La atención materna incluye tanto la terapéutica médica como las intervenciones de enfermería, las cuales se instauran a nivel intrahospitalario mediante protocolos y guías, cuando a la gestante se le clasifica con un embarazo de alto riesgo y sus condiciones clínicas requieren hospitalización. En el caso de la preeclampsia, la búsqueda de datos permite determinar que la edad gestacional en donde se registra mayor ingreso hospitalario es entre la semana 32 a 37; teniendo en cuenta que la gestación a término va de la semana 38 a la 41, el periodo de hospitalización para las gestantes con preeclampsia oscilaría entre las 4 y 8 semanas que al estar alejada de su entorno trae consigo implicaciones personales, laborales y familiares. Los cuales son factores que agudizan la evolución de la preeclampsia, para ello es imprescindible que enfermería brinde una atención holística encaminada a atenuar los factores que puedan agudizar el cuadro de la gestante.

Razón por la cual es necesario reconocer el rol de la enfermera al brindar cuidado, en tal sentido la OMS señala que es una pieza clave para realizar un verdadero cambio en la cobertura y calidad de los servicios de salud<sup>31</sup>; ya que enfermería, desde el ingreso de toda persona a cualquier institución de salud, es quien establece mayor contacto con los(as) pacientes; por lo tanto, es necesario que el

---

<sup>30</sup> GAITÁN, Hernando. ESLAVA, Javier. GARZÓN, Carmen. RUBIO, Jorge. FORERO, Jaime. VALBUENA, Luis. VARGAS, Aída del Pilar. SOTELO, Darío. y PÁEZ, Alberto. Tamizaje de eventos adversos en atención obstétrica y del puerperio en el instituto materno infantil de Bogotá, Colombia. 2002 – 2003. En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. [en línea]. Vol. 56, N°. 1. (2005). [consultado 28 de marzo de 2012]. Disponible en [http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista\\_Vol56No1Enerol\\_Marzo\\_2005/V56N1A03.PDF](http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol56No1Enerol_Marzo_2005/V56N1A03.PDF)

<sup>31</sup> Citado por PUEBLA, Dulce. RAMÍREZ, Alejandro. RAMOS, Paula. MORENO, Mireya. Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. En: Revista de Enferm Instituto Mexicano Seguro Social. [en línea]. Vol. 17, N°. 2. (2009). [consultado 08 de Septiembre de 2012]. Disponible en <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=71&IDARTICULO=24971&IDPUBLICACION=2541>

profesional esté capacitado para identificar las necesidades y conozca las percepciones de cuidado que tienen las gestantes con diagnóstico de preeclampsia con el fin de brindar un cuidado holístico.

En relación a este tema los referentes de investigación son muy escasos, un estudio realizado en México<sup>32</sup> acerca de la percepción del paciente de la atención otorgada por el profesional de enfermería, revela que la percepción de los usuarios es de gran importancia y suma relevancia en todo lo referente a atención en salud, lo que muestra la necesidad de implementar modelos enfocados a la atención integral hacia el paciente y el respeto a sus derechos desde el proceso formativo.

Un estudio cualitativo acerca de la asistencia de enfermería en la opinión de las mujeres con preeclampsia realizado en Brasil, reporto que “la relación enfermera-paciente fue considerada impersonal y sin compromiso concluyendo así que la ayuda de enfermería debe ser más humana en la ayuda a las necesidades físicas, sociales y psicoemocionales de los pacientes”<sup>33</sup> y no sólo caracterizando en la aplicación de intervenciones físicas como toma de su presión arterial, administración de medicamentos, entre otros, sino también estableciendo intervenciones que tengan en cuenta la parte psicosocial de la paciente.

Con base en lo anterior realizar esta investigación permite conocer la percepción de las gestantes respecto a la atención dada por el personal de enfermería, la

---

<sup>32</sup> PUEBLA, Dulce. RAMÍREZ, Alejandro. RAMOS, Paula. MORENO, Mireya. Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. En: Revista de Enferm Instituto Mexicano Seguro Social. [en línea]. Vol. 17, N°. 2. (2009). [consultado 08 de Septiembre de 2012]. Disponible en <<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=71&IDARTICULO=24971&IDPUBLICACION=2541>>

<sup>33</sup> CUNHA. OLIVEIRA. y NERY., Op.cit., p. 254-260.

cual es de gran importancia para realizar un verdadero cambio en los procesos de cuidado y en los protocolos de atención en salud que permitan brindar cuidados de manera holística; para ello se debe reconocer que el cuidado ofrece unos valores fundamentales en la profesión, como también unas bases teóricas para el desarrollo y mejora del conocimiento, lo cual permite guiar la práctica de investigación clínica y humanizar la atención brindada en diferentes contextos; aun más en lo referente a la salud de la diada materno-fetal, la cual tiene un alto valor social y representa prioridad en salud pública.

## **1.5 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS**

### **1.5.1 OBJETIVO GENERAL**

Describir la percepción del cuidado de enfermería en gestantes con diagnóstico de preeclampsia hospitalizadas en una institución de cuarto nivel entre el 1 de Agosto y 30 de Octubre de 2012.

### **1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Describir las características socio-demográficas y antecedentes gineco-obstétricos de las gestantes hospitalizadas con diagnóstico con preeclampsia.

Categorizar la percepción del cuidado de enfermería en gestantes con preeclampsia según los cinco procesos de cuidado establecidos por la Dra. Kristen Swanson.

Categorizar la percepción de cuidado de enfermería en gestantes teniendo en cuenta las subcategorías de la escala de cuidado profesional establecidas por la Dra. Kristen Swanson.

## **1.6 PROPÓSITOS**

Proporcionar elementos que permitan mejorar el cuidado de enfermería a las gestantes de alto riesgo desde la perspectiva holística del cuidado, teniendo como base su percepción durante el proceso de hospitalización.

Presentar los resultados de la investigación a la facultad de enfermería, con el fin de contribuir en la línea de investigación de mujer sobre el cuidado de enfermería, para que se logre intervenciones que permitan el mejoramiento de éste, respecto a la percepción que tienen las gestantes con diagnóstico de preeclampsia que se encuentran hospitalizadas en una institución de cuarto nivel.

## 2 MARCO TEÓRICO

### 2.1 La preeclampsia como síndrome específico del embarazo

Según Amarán, Sosa, Pérez, Arias y Valverde<sup>34</sup> la preeclampsia (PE) es un “síndrome multisistémico variable, específico del embarazo, caracterizado por una reducción de la perfusión sistémica, generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Puede ocurrir después de las 20 semanas de gestación, durante el parto o en los primeros días del puerperio”. Se diagnostica por un aumento de la presión arterial mayor de 140/90 mmHg, con proteinuria mayor de 300mg/l en 24 horas y edema<sup>35</sup>. Dentro de los signos y síntomas característicos de este síndrome se encuentran: hiperreflexia, cefalea, fosfenos, tinitus, dolor abdominal, náuseas, vómito, oliguria; disfunción hepática y elevación de la creatinina sérica, trastornos visuales y dolores epigástricos<sup>36</sup> que conllevan alteraciones patológicas en el organismo.

La preeclampsia presenta compromiso multisistémico en la gestante, generando complicaciones como: insuficiencia renal, coagulopatía, edema agudo de pulmón, convulsiones y síndrome de Hellp (hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia), entre otras; a nivel fetal el daño de la unidad coriodecidual ocasiona graves complicaciones: retardo del crecimiento intrauterino (RCIU), sufrimiento fetal agudo (SFA), prematuridad y muerte fetal<sup>37</sup>.

---

<sup>34</sup> AMARÁN, Jorge. SOSA, Mariela. PÉREZ, Migdia. ARIAS, Dagmaris. y VALVERDE, Ivis. Principales características de la preeclampsia grave en gestantes ingresadas en un hospital de Zimbabwe. En: Medisan [en línea]. Vol. 13, N°. 3 (2009). [consultado 15 de Septiembre de 2012]. Disponible en <[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_3\\_09/san01309.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_3_09/san01309.pdf)>

<sup>35</sup> SATIZÁBAL S, MORENO G, MONTOYA y GARCÍA V, Op.cit., p. 85.

<sup>36</sup> NOGUERA ORTIZ, Op.cit., p. 14.

Es una patología progresiva: preeclampsia leve a severa, eclampsia, síndrome de Hellp; en cada una de estos estados el vaso espasmo parece ser el elemento fisiopatológico esencial con repercusión multisistémica, “genera una hipo-perfusión tisular a órganos vitales (placenta, riñón, hígado y cerebro), desarrollo de lesiones vasculares y estimulación de los mecanismos de coagulación, aumento de las resistencias vasculares periféricas y así mismo un aumento de la tensión arterial”<sup>38</sup>. Estas alteraciones fisiopatológicas tienen su origen en el endotelio vascular de la placenta, como el factor causal de hipo-perfusión orgánico.

El daño endotelial se inicia por una reacción inmunológica anormal en el proceso de desarrollo e implantación placentaria que produce inadecuada dilatación en las arterias espirales uterinas e hipo-perfusión crónica. El lecho endotelial lesionado activa la elaboración y liberación de endotelinas, que producen vasoconstricción y alteraciones de la función endotelial vascular, incrementando la sensibilidad a las sustancias vasopresoras, y produciendo finalmente isquemia y cambios patológicos severos<sup>39</sup>.

En la placenta las lesiones de las arteriolas uteroplacentarias producen deterioro en la perfusión causando envejecimiento degenerativo precoz de la placenta, trayendo consigo posibles complicaciones como: restricción del crecimiento intrauterino, abrupto placentario y aumento de la contractibilidad uterina<sup>40</sup>. La reducción en el flujo plasmático renal secundario al desbalance

---

<sup>37</sup> DULEY, Lelia. Preeclampsia and the hypertensive disorders of pregnancy. *En*: British Medical Bulletin. [en línea]. Vol. 67, Nº. 3 (2003). [consultado 15 de febrero de 2012]. Disponible en <<http://bmb.oxfordjournals.org/content/67/1/161.full.pdf>>

<sup>38</sup> NOGUERA ORTIZ, Op.cit., p. 15.

<sup>39</sup> *Ibíd.*, p. 15.

<sup>40</sup> *Ibíd.*, p. 15.

entre mediadores vasoconstrictores y vasodilatadores y al consecuente vaso espasmo, conduce a decremento en la filtración glomerular con retención de sodio, reducción en el aclaramiento del ácido úrico y aumento en los niveles de creatinina. La lesión en el endotelio capilar de los glomérulos ocasiona fuga de las proteínas plasmáticas hacia la orina, particularmente de albúmina, manifestándose la proteinuria. El volumen intravascular se reduce a la vez que sale líquido del compartimento intravascular y produce hemoconcentración, aumento de la viscosidad de la sangre, y edema tisular; se desarrolla edema severo y se observa un aumento rápido de peso<sup>41</sup>.

La disminución de la perfusión hepática produce daño hepato-celular con compromiso de la función, probablemente secundario a isquemia e hipoxia locales, se manifiesta en alteraciones patológicas que van del edema hepático, a la hemorragia subcapsular, al infarto o ruptura hepática, produciendo como síntoma la epigastralgia (dolor epigástrico). La alteración en el funcionamiento de las células hepáticas se expresa también mediante la elevación de las transaminasas glutamicopirúvica y oxalacética, así como de la deshidrogenasa láctica, entre otras<sup>42</sup>.

El vasoespasmo arteriolar y la disminución del flujo sanguíneo de la retina produce síntomas visuales como los escotomas y la visión borrosa. La misma situación patológica conduce a edema y hemorragia cerebral, así como a un aumento de la irritabilidad del sistema nervioso central. Esta última se manifiesta como cefalea, hiperreflexia, clonus positivo en tobillo y en ocasiones, el desarrollo de eclampsia<sup>43</sup>.

---

<sup>41</sup> *Ibíd.*, p. 15.

<sup>42</sup> *Ibíd.*, p. 15.

### 2.1.1 Epidemiología de la preeclampsia

A nivel mundial, estadísticamente se afirma que “se presenta en un 6 a 8% de los embarazos, observando un claro aumento de la incidencia en pacientes con factores de riesgo en un 20.3%”<sup>44</sup>. Las estadísticas materno-perinatales, tanto a nivel nacional como internacional, reportan que constituye una de las primeras causas de morbi-mortalidad materna y perinatal, causando alteraciones en la salud, de la gestante que padece la enfermedad y el hijo por nacer<sup>45</sup>.

En América Latina y el Caribe la muerte materna asociada al síndrome hipertensivo gestacional es la primera causa con una frecuencia promedio de 25,7%<sup>46</sup>.

En Colombia, es la primera causa de mortalidad materna con 38% de fallecimientos atribuibles a esta causa, y la segunda causa de mortalidad perinatal, produciendo complicaciones como; parto prematuro y retardo en el crecimiento intrauterino. Tiene una tasa de mortalidad materna de 42 X 100.000 nacidos vivos, teniendo un curso clínico de mayor severidad en el país<sup>47</sup>.

Para el año 2006, la proporción de mortalidad materna secundaria a preeclampsia varió de 23,8% a 50% en las instituciones de tercer nivel<sup>48</sup>. Situación que no

---

<sup>43</sup> *Ibíd.*, p. 15.

<sup>44</sup> MONSERRAT T. Y LEZAMA R. *Op.cit.*, p.

<sup>45</sup> AMARÁN V, SOSA Z, PÉREZ P, ARIAS A y VALVERDE B. *Op.cit.*, p. 2.

<sup>46</sup> DONOSO, Enrique., *Op.cit.*, p. 281.

<sup>47</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. , *Op.cit.*, p. 9

<sup>48</sup> MARTÍNEZ D Y SERRANO D. , *Op.cit.*, p. 207.

cambia para el 2007, cuando se reportó que la que la preeclampsia fue la tercera causa de muerte materna, seguida por la eclampsia<sup>49</sup>.

### **2.1.2 Clasificación de la preeclampsia**

La preeclampsia se clasifica en leve y severa<sup>50</sup>, de acuerdo con los valores de la tensión arterial y proteinuria en 24 horas:

- Preeclampsia leve: presión arterial de 140/90 mmHg en la diastólica, cuando se conocen las cifras basales previas, se presenta después de la semana 20 hasta 30 días posparto, existe proteinuria de más de 300 mg en 24 horas, ausencia de síntomas de vaso espasmo.
- Preeclampsia severa: presión arterial de 160/110 mmHg o más, después de la semana 20 hasta 30 días posparto, existe proteinuria mayor de 5 mg en 24 horas, presencia de cefalea, acúfenos, fosfenos, edema generalizado.

### **2.1.3 Factores de riesgo de la preeclampsia**

El profesional de enfermería tiene a su cargo el seguimiento del desarrollo gestacional mediante la ejecución del control prenatal, esto requiere tener conocimiento de los factores de riesgo asociados con el desarrollo de la preeclampsia, ya sea para intervenirlos o para generar estrategias de prevención o tratamiento oportuno, que permita evitar complicaciones de vital importancia para

---

<sup>49</sup>NOGUERA ORTIZ, Op.cit., p. 14.

<sup>50</sup> SECRETARIA DE SALUD. Prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/ eclampsia. 3 edición. México, D. F., 2002. 15 p.

la diada materno-fetal y para todos los profesionales de salud que participan en la atención del binomio madre-hijo; es por esto que debe conocerse los factores de riesgo de preeclampsia que se muestran en la tabla siguiente:

**Tabla N° 1.** Clasificación de los factores de riesgo de preeclampsia

MATERNOS		
Preconcepcionales	Relacionados con la gestación en curso	Otros factores
-Edad materna menor de 20 y mayor de 35 años. -Raza negra. -Historia personal de PE (en embarazos anteriores). -Presencia de algunas enfermedades crónicas: hipertensión arterial, obesidad, enfermedad renal, neurofibromatosis, síndrome antifosfolípido primario (anticuerpos antifosfolípidos) y otras enfermedades; dislipidemia.	-Sobre distención uterina (embarazo gemelar y polihidramnios). -Embarazo molar en nulípara.	-Malnutrición por defecto. -Bajo nivel socioeconómico. -Estrés crónico. -Redes de apoyo

**Fuente:** CRUZ, Jeddu. HERNÁNDEZ, Pilar. QUESADA, Marelis. e ISLA, Ariadna. Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I. Vol. 23, N°.4. 2 p.

A continuación se describe cada uno de los factores de riesgo:

**Factores de riesgo maternos preconcepcionales:**

- Edad materna: Las edades extremas (menor de 20 y mayor de 35 años) constituyen uno de los principales factores de riesgo de hipertensión inducida por el embarazo, y se ha informado que en estos casos el riesgo de padecer

una preeclampsia se duplica. Se ha planteado que las mujeres mayores de 35 años padecen con mayor frecuencia enfermedades crónicas vasculares, y esto facilita el surgimiento de la preeclampsia. Por otra parte, se ha dicho que en el caso de las pacientes muy jóvenes se forman con mayor frecuencia placentas anormales, lo cual le da valor a la teoría de la placentación inadecuada como causa de la preeclampsia<sup>51</sup>.

- Raza negra: La preeclampsia aparece con mayor frecuencia en las mujeres de esta raza, lo cual ha sido explicado por el hecho de que la hipertensión arterial crónica es más frecuente y severa en estas personas<sup>52</sup>.
- Historia personal de preeclampsia: Se ha observado que entre un 20 y 50% de las pacientes que padecieron una preeclampsia durante un embarazo anterior, sufren una recurrencia de la enfermedad en su siguiente gestación<sup>53</sup>.
- Hipertensión arterial crónica: Complica del 1 al 5% de todos los embarazos con una incidencia de un 15-25%<sup>54</sup>. La hipertensión arterial crónica produce daño vascular por diferentes mecanismos, y la placenta anatómicamente es un órgano vascular por excelencia, lo cual puede condicionar una

---

<sup>51</sup> CRUZ, Jeddu. HERNÁNDEZ, Pilar. QUESADA, Marelis. e ISLA, Ariadna. Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I. En: Revista Cubana Med Gen Integr [en línea]. Vol. 23, Nº. 4 (2007). [consultado 16 de febrero de 2012]. Disponible en <[http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23\\_4\\_07/mgi11407.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_4_07/mgi11407.pdf)>

<sup>52</sup>MORENO, Zoila. SANCHEZ Sixto. PIÑA, Fernando. REYES, Antonia. y WILLIAMS, Michele. Obesidad pregestacional como factor de riesgo asociado a preeclampsia. En: anales de la facultad de medicina. [en línea]. Vol. 64, Nº. 2 (2003). [consultado 16 de febrero de 2012]. Disponible en <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/379/37964204.pdf>>

<sup>53</sup> Ibid., p. 4.

<sup>54</sup> ORIZONDO, Rogelio. FERRER, Belkis. PENTÓN, Rogelio. y DÍAS, Carlos. Resultados obstétricos y perinatales en 150 pacientes con hipertensión arterial crónica asociada al embarazo. En: Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. [en línea]. Vol. 32, Nº. 3. (2006). [consultado 16 de febrero de 2012]. Disponible en <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2006000300002&script=sci\\_arttext#cargo](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2006000300002&script=sci_arttext#cargo)>

oxigenación inadecuada del trofoblasto y favorecer el surgimiento de la preeclampsia<sup>55</sup>. Para realizar el diagnóstico de hipertensión arterial crónica después de un trastorno hipertensivo asociado al embarazo deben transcurrir 12 semanas. Es una obligación reevaluar toda paciente con hipertensión en el puerperio<sup>56</sup>.

- Obesidad: Moreno y Cols,<sup>57</sup> han confirmado que la obesidad materna antes del embarazo es un factor condicionante de preeclampsia. La obesidad, por un lado, se asocia con frecuencia con la hipertensión arterial, y por otro, provoca una excesiva expansión del volumen sanguíneo y un aumento exagerado del gasto cardíaco, que son necesarios para cubrir las demandas metabólicas incrementadas, que esta le impone al organismo, lo que contribuye a elevar la tensión arterial. Por otro lado, los adipositos secretan citoquinas, en especial el factor de necrosis tumoral, que producen daño vascular, lo que empeora el estrés oxidativo, fenómeno que también está involucrado en el surgimiento de la preeclampsia<sup>58</sup>.
- Enfermedad renal crónica (nefropatías): En la preeclampsia el primer órgano materno que se afecta es el endotelio vascular principalmente en territorio renal, y en todos los casos inicialmente funcional que se caracteriza por la formación de edema y de una intensa vasoconstricción que causa hipertensión arterial<sup>59</sup>.

---

<sup>55</sup> CRUZ. HERNÁNDEZ. QUESADA. e ISLA. Op.cit., p. 4.

<sup>56</sup> VELAZQUEZ, Jesús. Hipertensión posparto. En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. [en línea]. Vol. 56, No. 2. (2005). [consultado 18 de Septiembre de 2012]. Disponible en <[http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista\\_Vol56No2Abril\\_Junio\\_2005/V56N2A05.PDF](http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol56No2Abril_Junio_2005/V56N2A05.PDF)>

<sup>57</sup> MORENO, Z. SANCHEZ, S. PIÑA, F. REYES, A. y WILLIAMS, M. Op.cit., p. 102.

<sup>58</sup> CRUZ. HERNÁNDEZ. QUESADA. e ISLA. Op.cit., p. 4.

- Presencia de anticuerpos antifosfolípidos: Estos están presentes en varias enfermedades autoinmunes, como el síndrome antifosfolípido primario y el lupus eritematoso sistémico, y su presencia (prevalencia aproximada de 15% en mujeres con alto riesgo obstétrico) se ha relacionado con un aumento de la probabilidad de padecer una preeclampsia<sup>60</sup>.
- Dislipidemia: La dislipidemia se asocia con un aumento del estrés oxidativo y con la aparición de disfunciones endotelial, condiciones que están relacionadas con la génesis de la preeclampsia, generalmente acompañando otras enfermedades crónicas tales como: obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial, lo que incrementa aún más el riesgo de padecer una preeclampsia.

#### **Factores de riesgo maternos relacionados con la gestación en curso:**

- Sobredistensión uterina (embarazo gemelar y polihidramnios): El riesgo de preeclampsia se eleva hasta 10% a 20% en los embarazos gemelares<sup>61</sup>. Tanto el embarazo gemelar como la presencia de polihidramnios generan sobredistensión del miometrio; esto disminuye la perfusión placentaria y produce hipoxia trofoblástica, que por mecanismos complejos, pueden favorecer la aparición de la enfermedad. Así, se ha informado que la

---

<sup>59</sup> VÁZQUEZ, Juan. Daño renal en preeclampsia-eclampsia. En: Imbiomed. [en línea]. Vol. 18, Nº. 1. [consultado 20 de Septiembre de 2012]. Disponible en <[http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=22635&id\\_seccion=107&id\\_ejemplar=2336&id\\_revista=18](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=22635&id_seccion=107&id_ejemplar=2336&id_revista=18)>

<sup>60</sup> CRUZ. HERNÁNDEZ. QUESADA. e ISLA. Op.cit., p. 5.

<sup>61</sup> SATIZÁBAL S, MORENO G, MONTOYA y GARCÍA V, Op.cit., p. 85.

preeclampsia es 6 veces más frecuente en el embarazo múltiple que en el sencillo<sup>62</sup>.

Por otra parte, en el embarazo gemelar hay un aumento de la masa placentaria y, por consiguiente, un incremento del material genético paterno vinculado con la placenta, por lo que el fenómeno inmunofisiopatológico típico de la preeclampsia puede ser más precoz e intenso en estos casos<sup>63</sup>.

- Embarazo molar: La frecuencia de preeclampsia es 10 veces superior en estos casos a la encontrada en el embarazo normal. Durante el embarazo molar se produce un mayor y más rápido crecimiento del útero, lo que genera distensión brusca del miometrio, con el consiguiente aumento del tono uterino, disminución del flujo sanguíneo placentario e hipoxia que, como ya se comentó, está vinculada con la aparición de la enfermedad.

Asimismo, en el embarazo molar está aumentada la masa placentaria, ya que hay una superabundancia de vellosidades coriónicas, lo cual puede anticipar y acrecentar la reacción inmunitaria anormal vinculada con la aparición de la preeclampsia<sup>64</sup>.

---

<sup>62</sup> CRUZ. HERNÁNDEZ. QUESADA. e ISLA. Op.cit., p. 8.

<sup>63</sup> Ibid., p. 8.

<sup>64</sup> Ibid., p. 8.

### **Factores de riesgo ambientales:**

- Malnutrición por defecto: Se ha visto que con frecuencia, la malnutrición por defecto se asocia con la preeclampsia. La desnutrición se acompaña generalmente de anemia, lo cual significa un déficit en la captación y transporte de oxígeno, que puede ocasionar la hipoxia del trofoblasto. Por otro lado, en la desnutrición también existe deficiencia de varios micronutrientes, como calcio, magnesio, zinc, selenio y ácido fólico, cuya falta o disminución se ha relacionado con la aparición de la preeclampsia<sup>65</sup>.
- Bajo nivel socioeconómico: Esta relación se fundamenta en la mala calidad del control prenatal, debido a que regularmente el diagnóstico y el tratamiento tempranos previenen su evolución<sup>66</sup>.
- Estrés crónico: Las mujeres sometidas a estrés crónico presentan una elevación en sangre de la ACTH, que es producida fundamentalmente por la hipófisis, pero también por la placenta. La elevación de la ACTH favorece el incremento de la síntesis de cortisol por las glándulas suprarrenales y este produce un aumento de la tensión arterial, pero también actúa sobre la placenta adelantando su reloj biológico, y puede así desencadenarse el parto antes de las 37 semanas<sup>67</sup>.

Detectar tempranamente durante el embarazo los factores de riesgo de preeclampsia tiene gran importancia, ya que esto permitirá diagnosticarla de forma

---

<sup>65</sup> Ibid., p. 8.

<sup>66</sup> SATIZÁBAL S, MORENO G, MONTOYA y GARCÍA V, Op.cit., p. 84.

<sup>67</sup> CRUZ. HERNÁNDEZ. QUESADA. e ISLA. Op.cit., p. 10

precoz y en algunos casos, hasta prevenirla y actuar sobre ellos, evitando así todo el malestar que puede causar esta enfermedad en la madre, su producto y el personal de salud que los atiende<sup>68</sup>.

### 2.1.1 El manejo de la preeclampsia

En el manejo de la preeclampsia no existe una medida terapéutica que revierta el compromiso endotelial y multisistémico, ya que la enfermedad puede empeorar progresivamente el síndrome de hipoperfusión tisular hasta la falla orgánica. Sin embargo, hospitalizar a la gestante en una institución de alta complejidad, inicia el tratamiento.<sup>69</sup> Para la presente investigación se tomo como referente el manejo de preeclampsia de la institución objeto de estudio (Hospital Universitario San Ignacio).

A continuación se presenta el manejo de la preeclampsia según su clasificación:

- Manejo preeclampsia leve: para el manejo de la preeclampsia se recomienda: control clínico durante una semana, toma e interpretación paraclínicos (hemograma, uroanálisis, glicemia, pruebas de función renal y ecografía obstétrica), control y vigilancia de cifras tensionales y signos de alarma hospitalizada cada 4 horas por enfermería; prueba de bienestar fetal con doppler obstétrico y/o perfil biofísico cada 72 horas y plaquetas cada 72 horas, vigilancia de crecimiento y peso fetal cada 3 semanas, Inducción del trabajo de parto a la semana 37 y no usar antihipertensivos. En caso de

---

<sup>68</sup> Ibid., p. 10.

<sup>69</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas con el embarazo. Colombia, Bogotá: Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública, 2007. 244-245 p.

llevar más de 1 semana de vigilancia intrahospitalaria sin ningún signo de alarma, sin deterioro materno, pruebas de bienestar fetal satisfactorias, la paciente se incluirá en un plan de hospitalización domiciliaria; este consta de hospitalización en casa hasta semana 37, control y vigilancia de cifras tensionales y signos de alarma en casa realizado por una enfermera todos los días, asistir a urgencias si se presenta signos de vasoespasmo, pruebas de bienestar fetal con doppler y perfil biofísico cada semana y plaquetas semanal, no usar antihipertensivos, inducción del trabajo de parto a la semana 37 y vigilancia del crecimiento fetal cada 3 semanas.

- Manejo de Preeclampsia grave: la gestante debe ser vigilada por parte del personal de enfermería con acciones como: hospitalizar en sala de partos, nada vía oral, administración de lactato de ringer (bolo 500cc mas 6 gramos de sulfato de magnesio durante 30 minutos y continuar 100cc mas 2 gr de sulfato de magnesio horario), paso de sonda vesical a cistoflo, control horario de signos vitales maternos y líquidos administrados y eliminados, prueba de bienestar fetal (de acuerdo a edad gestacional), toma e interpretación paraclínicos ( tiempos de coagulación, hemograma, uroanálisis, frotis de sangre periférica, LDH, TGO, TGP, bilirrubinas total, e indirecta, creatinina, BUN, glucosa) y control de cifras tensionales si se presentan superiores a 160/110 mmHg. Luego que las cifras tensionales no hayan sido controladas se debe administrar Labetalol (20 mg I.V. cada 20 minutos hasta completar dosis máxima de 220 mg) y Hidralazina (5 mg cada 20 minutos I.V. hasta completar dosis máxima 15 mg), se procede a desembarazar según condición obstétrica, continuar sulfato de magnesio a 2 gr hora por 24 horas después del parto y solicitar plaquetas de control 6 horas posteriores al parto y por ultimo hospitalización de por lo menos 72 horas posterior al parto con vigilancia horaria de signos vitales y líquidos administrados durante infusión de sulfato de magnesio y luego cada 4 horas.

### **2.1.2 Cuidado de enfermería: Teoría de Kristen Swanson**

La teórica Kristen Swanson<sup>70</sup> define el cuidado como una forma enriquecedora de relacionarse con otra persona a la que se valora ante la cual uno tiene un sentimiento personal de compromiso y responsabilidad. Es una forma educada de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se tiene un compromiso y una responsabilidad como enfermero<sup>71</sup>.

La Teoría de los cuidados de la Dra. Swanson, fue inspirada por Dra. Jean Watson y desarrollada empíricamente a partir de 3 investigaciones en diferentes contextos fenomenológicos, el primero con 20 mujeres que sufrieron pérdidas gestacionales inesperadas, donde las participantes identificaban conductas proporcionadas por otras personas y que eran útiles para ellas. En el segundo estudio los datos fueron recolectados a través de la observación de la prestación del cuidado de 19 proveedores, a los niños prematuros y enfermos de una unidad de cuidados intensivos (UCI), allí fue importante establecer que significaba para ellos ser proveedor de la atención en la UCI neonatal y el tercer estudio describe las experiencias de 8 madres de alto riesgo social, donde se pretende que ellas recuerden y describan la relación enfermera/paciente, 4 años después de la intervención de enfermería<sup>72</sup>.

Swanson destaca un componente fundamental y universal de la buena enfermería es cuidar del bienestar biopsicosocial y espiritual del cliente. La teoría de los cuidados de Swanson deriva empíricamente de una investigación fenomenológica

---

<sup>70</sup> SWANSON, Kristen. Citado por POTTER, Patricia. y PERRY, Ann. Fundamentos de enfermería. 5a. Edición. España: Elsevier., 2002. 107 p.

<sup>71</sup> SWANSON, Kristen. Teoría de los cuidados. Citado por MARRIER T, Ann. y RAILE A, Martha. Teoría del Cuidado: Modelos y teorías de enfermería. Cap. 35. 6a. ed. España: Elsevier., 2007. 768 p.

<sup>72</sup> *Ibíd.*, p. 768.

y ofrece una clara explicación de lo que significa para las enfermeras el modo de cuidar en la práctica. Hace énfasis en que el objetivo de la enfermería es promover el bienestar de otros y a su vez define los cuidados como “una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado, hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal”<sup>73</sup>. Desarrollo aun más su teoría de los cuidados haciendo explícitas sus principales asunciones sobre los cuatro meta-paradigmas de interés en la disciplina enfermera: enfermería, persona-cliente, salud y entorno:

**Enfermería:** define la enfermería como la disciplina concedora de los cuidados para el bienestar de otros. Afirma que la disciplina de la enfermería está fundada por el conocimiento empírico de la enfermería y de otras disciplinas relacionadas, así como por “conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia clínica y los valores y expectativas personales y sociales”<sup>74</sup>.

**Persona:** define a las personas como “seres únicos que están en proceso de creación y cuya integridad se completa cuando se manifiestan en pensamientos, sentimientos y conductas”<sup>75</sup>. Postula que las experiencias vitales de cada individuo están influidas por una compleja interacción de una herencia genética, el legado espiritual y la capacidad de ejercer libre albedrío, Swanson considera a las personas como seres dinámicos, en crecimiento, espirituales, que se autor reflejan y que anhelan estar conectadas con otros.

---

<sup>73</sup> Citado por: MARRINER TOMEY, Ann. Modelos y teorías en enfermería. Séptima Edición: Elsevier Science, 2011. 766-772 p.

<sup>74</sup> *Ibíd.*, p. 339-345.

<sup>75</sup> *Ibíd.*, p. 339-345.

**Salud:** según Swanson, la experiencia la experiencia de salud y el bienestar son un complejo proceso de cuidados y curación que incluye “desprenderse de un dolor intenso, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y salir con un sentimiento de renovada plenitud”<sup>76</sup>

**Entorno:** sostiene que el entorno para la enfermería es “cualquier contexto que influye o que es influido por el cliente”<sup>77</sup> a su vez afirma que hay muchos tipos de influencias sobre el entorno, como los aspectos culturales, sociales, biofísicos, políticos y económicos entre otros.

Swanson<sup>78</sup> elabora su teoría con base en los estudios de los cuidados de manera inductiva como resultado de varias investigaciones donde utilizó fenomenología descriptiva; en su tesis doctoral analizó los datos obtenidos con entrevistas en profundidad a 20 mujeres que habían abortado recientemente, los resultados de dicha investigación le dieron la base para formular dos modelos, el modelo de la experiencia humana del aborto y el modelo de los cuidados. Con el primer modelo descubrió que era posible aplicarlo también a madres, padres, médicos y enfermeras responsables de cuidar, y con el segundo modelo desarrolló 5 procesos básicos (conocer, estar con, hacer por, permitir o posibilitar y mantener las creencias) que dan significado a actos etiquetados como cuidados y pueden aplicarse en toda situación donde se brinde cuidado:

- **Conocer:** el Conocimiento es esforzarse por comprender el significado de un suceso en la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a

---

<sup>76</sup> *Ibíd.*, p. 339-345.

<sup>77</sup> *Ibíd.*, p. 339-345.

<sup>78</sup> SWANSON, Kristen. Teoría de los cuidados. Citado por MARRIER T, Ann. y RAILE A, Martha. Teoría del Cuidado: Modelos y teorías de enfermería. Cap. 35. 6a. ed. España: Elsevier., 2007. 768 p.

la que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado”<sup>79</sup>.

- **Estar con:** la compañía es “estar emocionalmente presente en el otro”<sup>80</sup>, que la persona perciba que el personal de enfermería está disponible para aclarar sus dudas y enseñarle lo que ella necesita hasta que se empodere del cuidado, “Influye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada”<sup>81</sup>.
- **Hacer por o para:** “hacer por otros lo que haríamos por nosotros mismos si fuera posible, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad, competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad”<sup>82</sup>.
- **Permitir o posibilitar:** es “facilitar el paso del otro por transiciones de la vida o por situaciones desconocidas, centrándose en el acontecimiento, informando, explicando, apoyando, dando validez a sentimientos, generando alternativas, pensando las cosas detenidamente y dando retroalimentación”<sup>83</sup>.
- **Mantener las creencias:** mantener la fe o la creencia de que el otro tiene la capacidad de salir adelante, que va a superar un hecho o acontecimiento y

---

<sup>79</sup> Ibid., p. 768.

<sup>80</sup> Ibid., p. 768.

<sup>81</sup> Ibid., p. 768.

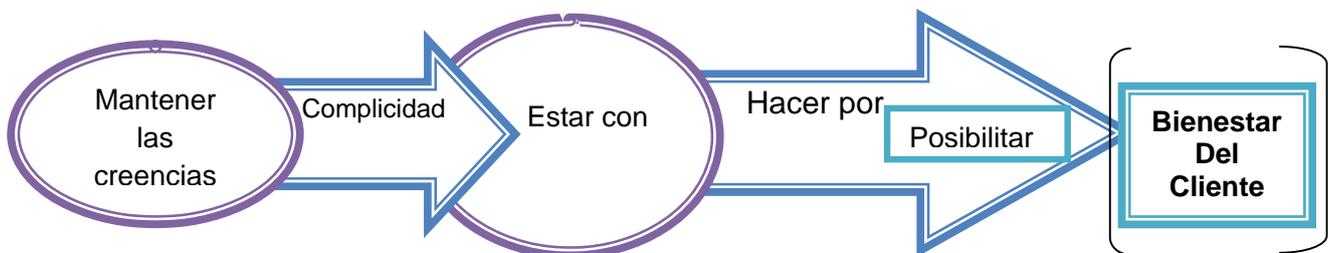
<sup>82</sup> Ibid., p. 768.

<sup>83</sup> Ibid., p. 768.

se va a enfrentar al futuro con un significado, teniéndole en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista y ayudando a encontrar ese significado estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación<sup>84</sup>.

Estos 5 procesos enunciado por Swanson describen la importancia de comprender la historia de la persona (saber), la necesidad de estar emocionalmente involucrados con él (estar con), el hacer todo lo que esté a nuestro alcance (haciendo por) y encontrar la manera de hacer frente a la profundidad y dureza de sus experiencias (facilitar), manteniendo la fe en la capacidad de la persona para que encuentre la forma de resolver los problemas (mantenimiento de la creencia)<sup>85</sup>, lo anterior se representa en la siguiente figura:

**Figura Nº 2. Estructura del cuidado**



**Fuente:** MARRINER TOMEY, Ann. Modelos y teorías en enfermería. Séptima Edición: Elsevier Science, 2011.

<sup>84</sup> Ibid., p. 768.

<sup>85</sup> SWANSON, Kristen. Practicas basadas en la investigación con mujeres que han tenido abortos involuntarios. En: Image J. Nurs. Vol. 31, (1999), p. 339-345.

Para la presente investigación se aplicó la escala de cuidado profesional creada por la Dra. Kristen Swanson (2000)<sup>86</sup>, que evalúa la percepción de cuidado que ofrece el personal de enfermería a la gestante con diagnóstico de preeclampsia. Dicha escala consta de dos subcategorías (sanador compasivo y sanador competente), las cuales se derivan de los procesos de cuidado: conocer, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias. Los conceptos de las dos subcategorías fueron tomados de la investigación realizada por Posada María<sup>87</sup>, quien define:

- Sanador Compasivo: Se refiere al comportamiento del profesional de enfermería que en la práctica del cuidado de la salud de los seres humanos establece una relación afectuosa y de confianza<sup>88</sup>. Consta de 11 ítems: emocional, reconfortante, positiva, actúa bruscamente, manera en que se expresa, escucha atentamente, atenta de sus sentimientos, visiblemente afectada por su experiencia, capaz de ofrecer esperanza y respetuosa.
- Sanador Competente: Se refiere al comportamiento del profesional de enfermería, con responsabilidad, compromiso, pericia e idoneidad para ejercer la práctica del cuidado de la salud de los seres humanos<sup>89</sup>. Consta de 7 ítems: Informativa clínicamente competente, personal, Apoyo, técnicamente hábil, cuidado y centrada en usted

---

<sup>86</sup> Citado por WATSON, Jean. Assessing and measuring caring in nursing and health science. Capítulo 18. Second Edition. New York: Springer publishing company, 2002. 199 p.

<sup>87</sup> POSADA MORALES, María N. Adaptación Transcultural de la Escala de Cuidado Profesional (CPS): Adecuación Semántica. Trabajo Tesis para optar el título de Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la salud materno perinatal (Jefe Enfermera). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Programa de Maestría en Enfermería. Bogotá, 2011, Pp. 107

<sup>88</sup> *Ibíd.*, p.107.

<sup>89</sup> *Ibíd.*, p. 107.

A partir lo anterior se hace imprescindible que en los servicios de salud brinden cuidados de manera holística, teniendo una estructura pensada en pro del paciente e integrando cada uno de los procesos de cuidado a fin de mejorar la percepción respecto al cuidado brindado por parte de enfermería, ya que estos procesos son elementos esenciales en la relación enfermera-paciente y pueden ser aplicables a cualquier contexto donde la persona requiera de cuidado de la enfermera. Para esta investigación se describe cuales son las percepciones del cuidado de enfermería que tienen las gestantes con preeclampsia en una institución de cuarto nivel y como dicha estructura de cuidado provisto por las enfermeras que allí laboran beneficia o afecta la percepción de las gestantes; a fin de mejorar la atención brindada a las pacientes.

## 2.2 Percepción del cuidado de enfermería

La percepción de cuidado es entendida como “los elementos, las características del ser cuidado y del cuidar a otro, con relación al entorno y al escenario en que se da el acto de cuidado, depende de las actitudes, habilidades con que se cuida, que son apreciados por el paciente en forma subjetiva y personal. Es el proceso mental mediante el cual el paciente y el profesional de enfermería identifican los comportamientos de cuidado, de acuerdo con sus criterios, valores, vivencias, experiencias, conocimientos y expectativas”<sup>90</sup>.

La percepción de las gestantes respecto al cuidado proporcionado por parte de enfermería, se considera como una actividad guiada por ciertas expectativas que pueden ser modificadas por la información que se obtiene, como consecuencia de

---

<sup>90</sup> GÓMEZ, Olga. DAZA, Luis. y ZAMBRANO, Vladimir. Percepción de cuidado en estudiantes de enfermería: caracterización e impacto para la formación y visión del ejercicio profesional. En: Artículo de investigación [en línea]. Vol. 26, N°. 1 (2008). [consultado 24 de mayo de 2012]. Disponible en <<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v26n1/v26n1a09.pdf>>

esa actividad se puede reflejar en gran medida el grado de satisfacción que la gestante puede tener del cuidado recibido por la enfermera<sup>91</sup>.

A nivel nacional se han realizado estudios que muestran el grado de satisfacción que tienen los pacientes de los servicios de salud; sin embargo, se puede observar que la satisfacción de estos ha sido evaluada desde una perspectiva global en la atención en salud, donde el cuidado que brinda enfermería no ha sido valorado específicamente<sup>92</sup>.

Evaluar la perspectiva del paciente es cada vez más necesario y común, “Enfermería es fundamental en la atención que se brinda en cualquier institución de salud, conocer la percepción del paciente sobre el cuidado que se ofrece es de vital importancia en la práctica de enfermería en el actual modelo de seguridad social, que ha dado información y educación a los pacientes”<sup>93</sup>. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a los servicios y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas.

El profesional de enfermería docente debe fomentar la excelencia en la educación, aplicando las teorías de enfermería para desarrollar en los alumnos las habilidades necesarias para que proporcionen atención de calidad al usuario demostrando competencia, profesionalismo y humanización en todo el proceso de atención y en cualquier escenario clínico<sup>94</sup>. La deficiencia de la calidad en la

---

<sup>91</sup> PUEBLA, V. RAMIREZ, G. RAMOS, P. y MORENO, G., Op.cit., p 98.

<sup>92</sup> BAUTISTA, Luz. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. En: Revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. [en línea]. Vol. 8, N<sup>o</sup>. 1 (2008). [consultado 08 de Septiembre de 2012]. Disponible en <<http://www.redalyc.org/redalyc/pdf/741/74108108.pdf>>

<sup>93</sup> Ibid., p. 76.

atención de los servicios de salud es una de las principales quejas y críticas que reciben las instituciones en nuestro país, dada la percepción que el paciente tiene de las instituciones<sup>95</sup>.

Por lo tanto, conocer la percepción de los pacientes, es importante para el sector salud, dentro de este la enfermera es quien se encuentra en mayor contacto con el paciente y es quien pudiera modificar la percepción que el usuario tiene con relación a su atención, a través de una comunicación efectiva enfermera-paciente y con las bases teóricas con las que cuenta para guiar su práctica, ya que le aportan elementos para evaluar, analizar y proponer planes de acción con diferentes teorías y modelos.

---

<sup>94</sup> GUTIÉRREZ, Liliana. El trato humano, ¿incrementa el costo en la calidad de la atención? En: Revista de Enfermería Instituto Mexicano Seguro Social. México, D.F. [en línea]. Vol. 15, N° 3 (2007). [consultado 08 de Septiembre de 2012]. <Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2007/eim073a.pdf>>

<sup>95</sup> PUEBLA V. RAMÍREZ G. RAMOS P. y MORENO G. Op.cit., p. 98.

### **3. DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Tipo de estudio**

Para responder a la pregunta de investigación se utilizó un estudio descriptivo, transversal; que estudian situaciones que ocurren en condiciones naturales, esta investigación pretendió describir la percepción de cuidado en las gestantes que se encontraban con diagnóstico de preeclampsia en una institución de cuarto nivel y transversal, puesto que solo se hace una medición de lo que se quiere hacer. Los datos fueron analizados, para datos de carácter cuantitativo.

#### **3.2 Población de estudio**

Para esta investigación la población correspondió a mujeres gestantes con diagnóstico de preeclampsia que se encontraban hospitalizadas en una institución de cuarto nivel en Bogotá durante el periodo comprendido entre Agosto y Octubre de 2012.

#### **3.3 Tamaño de la muestra**

Teniendo en cuenta que para el año 2011 la estadística de la institución de estudio reportó 99 pacientes con diagnóstico de preeclampsia, se realizó el cálculo de la muestra para poblaciones finitas.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2}$$

$$n = \frac{1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.03^2} = 203$$

$$n = \frac{99 * (1.96)^2 * 0.05 * 0.95}{(0.03)^2 (99 - 1) + (1.96)^2 * 0.05 * 0.95}$$

$$n = \frac{99 * 3.8416 * 0.05 * 0.95}{0.0009 * 98 + 3.8416 * 0.05 * 0.95}$$

$$n = \frac{18.065124}{0.270676}$$

$$n = 66$$

66 → 12 meses

X ← 3 meses

$$X = 16,5$$

El cálculo de muestra para poblaciones finitas fue de 66 pacientes para un periodo de un año, para la presente investigación se tomaron 17 gestantes durante un periodo de tres meses. Sin embargo, entre el periodo de Agosto y Octubre de 2012 la estadística de la institución aumento, consiguiendo finalmente una muestra de 20 pacientes.

### 3.4 Criterios de inclusión

- Gestantes con diagnóstico de preeclampsia hospitalizadas en la institución de cuarto nivel en Bogotá.

- Pacientes que libremente desearon participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado

### **3.5 Criterios de exclusión**

- Pacientes con patología sobre agregada tales como; alteraciones del estado mental, diabetes, hipertensión crónica, síndrome de Hellp, entre otras.

### **3.6 Procedimiento**

En el presente estudio se aplicó el instrumento: “escala de cuidado profesional”, creado por la Dra. Swanson (2000), a través de un proceso de validación de contenido en el cual se realizaron los siguientes pasos:

1. Solicitud del permiso a la doctora Kristen Swanson para uso de la escala de cuidado profesional y traducción del idioma inglés al español.
2. Proceso de traducción y retro traducción del instrumento; en donde la doctora Kristen Swanson aprobó la traducción realizada.
3. Proceso de validación de contenido realizada por 3 expertos en el área de enfermería y dominio de los idiomas inglés y español (anexo 6).
4. Solicitud y aprobación de recolección de información con el comité de ética de la institución de cuarto nivel.

5. Realización de prueba piloto de validación de contenido con 20 gestantes preeclámpticas. Con previa solicitud de su participación voluntaria en el estudio.

Se espera que los resultados describan la percepción de cuidado de enfermería en las gestantes con diagnóstico de preeclampsia. El análisis de los resultados se describirá según los cinco procesos de cuidado:

Proceso 1. Conocer

Proceso 2. Estar con

Proceso 3. Hacer por

Proceso 4. Posibilitar

Proceso 5. Mantener las creencias

Es de anotar que en la aplicación de la escala el investigador:

- Presentará el estudio a la gestante explicando la naturaleza y el objetivo del mismo y lo invitara a participar, en caso de que lo haga firmara voluntariamente el consentimiento informado.
- Explicará la escala de cuidado profesional a la gestante, proporcionando un ambiente adecuado de confidencialidad. Se desarrollará en presencia del investigador y será auto diligenciada por la participante.
- Agradecerá la participación e informará como los datos que proporciona conlleva a procesos de mejoramiento de la atención que brinda el personal de enfermería.

Por otra parte es necesario que el investigador recolecte la información acerca de los datos socio-demográficos y antecedentes gineco-obstetricos.

### 3.7 Instrumento: escala de cuidado profesional

En el presente estudio se aplico el instrumento: “*escala de cuidado profesional*”<sup>96</sup>, creado por la Dra. Swanson, 2000, la escala original está en inglés y fue desarrollada como un medio para evaluar la percepción de cuidado que ofrece la enfermera a una persona que requiere de cuidados específicos, en este caso a la gestante con diagnostico de preeclampsia.

Sus bases teórico conceptuales surgieron de la Teoría de Mediano Rango “Teoría de los cuidados” de la Dra. Swanson, que fue desarrollada a través de una serie de estudios clínicos en el área de salud de la mujer en 1991, ella cuenta con validez de constructo y validez de contenido a través de la correlación con la escala del inventario de relación Barret Lennart ( $r = .61$   $P < 0.001$ ) y alfa de Cronbach de  $.97$ <sup>97</sup>.

La escala original consta de 18 ítems distribuidos en una escala tipo Likert que cuenta con seis opciones de respuesta descritas de la siguiente forma:

<b>Siempre</b>	<b>1</b>
<b>Casi siempre</b>	<b>2</b>
<b>La mitad de las ocasiones</b>	<b>3</b>

---

<sup>96</sup> WATSON, Jean. Assessing and measuring caring in nursing and health science., Op.cit., p. 99.

<sup>97</sup> Ibid. p. 99-100.

<b>De vez en cuando</b>	4
<b>No, nunca</b>	5
<b>No aplicable</b>	N/A

La escala tiene dos subcategorías (sanador compasivo y sanador competente) las cuales se derivan de los procesos de cuidado: conocer, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias. Cabe resaltar que a pesar de que es una escala de tipo likert no tiene puntaje a la hora de interpretar los resultados; es decir, el análisis de cada ítem se da a partir del número de respuestas de las seis opciones descritas anteriormente y se evalúa a la enfermera según los ítems correspondientes a cada subcategoría como: “sanador compasivo” y “sanador competente”. Los conceptos de las dos subcategorías fueron tomados de la investigación realizada por Posada María<sup>98</sup>, quien define:

- Sanador Compasivo: Se refiere al comportamiento del profesional de enfermería que en la práctica del cuidado de la salud de los seres humanos establece una relación afectuosa y de confianza<sup>99</sup>. Consta de 11 ítems: Reconfortante, positiva, escucha atentamente, atenta de sus sentimientos, visiblemente afectada por su experiencia, capaz de ofrecer esperanza y respetuosa. Cabe aclarar que tres de los ítems (Nº 1, Nº 4, Nº 5) están estructurados de forma negativa y buscan determinar la manera como percibe el actuar de la enfermera, siendo este un aspecto referente en el presente estudio.

---

<sup>98</sup> POSADA MORALES, María N., Op.cit., p. 107

<sup>99</sup> Ibíd., p. 107

2. Sanador Competente: Se refiere al comportamiento del profesional de enfermería, con responsabilidad, compromiso, pericia e idoneidad para ejercer la práctica del cuidado de la salud de los seres humanos<sup>100</sup>. Consta de 7 ítems: Informativa clínicamente competente, personal, Apoyo, técnicamente hábil, cuidado y centrada en usted

### 3.8 Consideraciones éticas

Para el presente estudio se tendrá en cuenta la ley 266 de 1996 de Colombia, que incluye los principios de “integralidad, individualidad, dialogicidad, calidad,”<sup>101</sup>.

La integralidad, la cual orienta el proceso de cuidado de enfermería a la gestante, con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual.

La individualidad, la cual asegura un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores de la población de la estudio. Además, permite comprender el entorno y las necesidades individuales para brindar un cuidado de enfermería holístico, con el respeto debido a la diversidad cultural y la dignidad de la gestante sin ningún tipo de discriminación.

La dialogicidad, fundamenta la interrelación enfermera-paciente, elemento esencial del proceso del cuidado de enfermería que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, basada en relaciones interpersonales simétricas,

---

<sup>100</sup> *Ibid.*, p. 107.

<sup>101</sup> CONGRESO DE COLOMBIA, LEY 266 de 1996. Artículo 2. Colombia, Bogotá. [en línea]. [consultado 18 de febrero de 2012]. Disponible en <[http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/1996/Ley\\_266.pdf](http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/1996/Ley_266.pdf)>

conducentes al diálogo participativo en el cual la gestante expresa con libertad y confianza sus necesidades y expectativas de cuidado.

La calidad, que orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva en este caso a la gestante, fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos. Se refleja en la satisfacción de la persona usuaria del servicio de enfermería y de salud, así como en la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio.

Así mismo se acta a la presente investigación la resolución 008430 de 1993<sup>102</sup>, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, esta investigación es considerada de riesgo mínimo para las participantes ya que se puede generar inconformidad frente al resultado del estudio, así como inquietudes; sin embargo, a las participantes que cumplan con los criterios establecidos para la inclusión se les informará de forma verbal y escrita la descripción del objetivo, procedimientos, riesgos, beneficios y su autonomía para continuar o retirarse del estudio cuando lo consideren pertinente. Todos estos aspectos estarán registrados en el consentimiento informado, que será firmado por la paciente y por los investigadores que desarrollan este proceso. (Anexo 1).

---

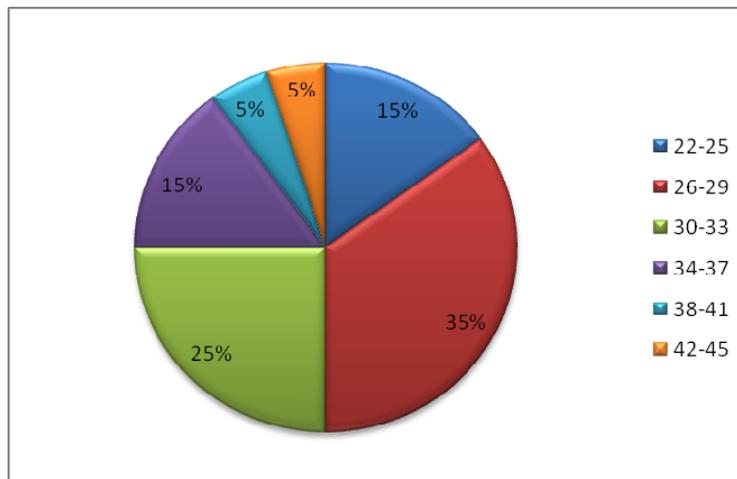
<sup>102</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD. Resolución N° 008430 de 1993. [en línea]. [consultado 18 de febrero de 2012]. Disponible en <[http://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf)>

## 4. PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS Y RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos luego de la aplicación del instrumento de características sociodemográficas (ver anexo 2) y la escala de percepción del cuidado profesional (ver anexo 4) en 20 gestantes diagnosticadas con preeclampsia las cuales se encontraban hospitalizadas en una institución de cuarto nivel en Bogotá, utilizando para el análisis de los resultados estadísticas descriptivas.

### 4.1 CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA Y ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

**Grafica N° 1.** Distribución de las gestantes con preeclampsia hospitalizadas en una institución de cuarto nivel según edad, 2012

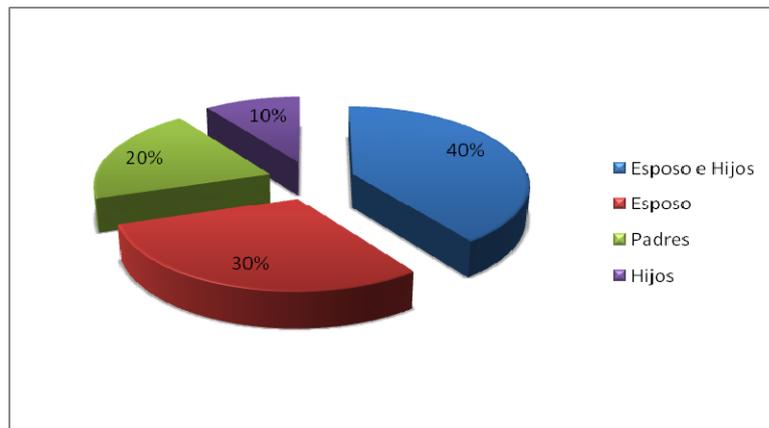


Fuente: Formato de información de características sociodemográficas en gestantes diagnosticadas con preeclampsia en una institución de cuarto nivel en Bogotá, 2012.

**Edad:** de las gestantes participantes en el presente estudio, las edades oscilaron entre 22 y 44 años, con una media de 30 años (una DE= 5,4 años), del total de la muestra, un 35% se encontraban entre 26 a 29 años de edad, siendo éste rango de edad, el más afectado por la preeclampsia; seguido de un 25% entre 30 a 33 años, y un 15% entre 34 a 37 años de edad, los rangos de edad mencionados anteriormente tienen similitudes con el estudio realizado por Franco da Silva<sup>103</sup> en donde el rango de edad de las pacientes oscila entre los 20-35 años.

Así mismo, con un 5% le sigue el rango de edad de 38 a 41 años y un 5% entre 42 a 45 años, lo permite evidenciar la relación entre los resultados anteriores y el estudio realizado por Cruz y Cols<sup>104</sup> en donde plantea que las mujeres mayores de 35 años padecen con mayor frecuencia enfermedades crónicas vasculares, y esto facilita el surgimiento de la preeclampsia.

**Grafica N° 2.** Distribución de las gestantes con preeclampsia hospitalizadas en una institución de cuarto nivel Según con quien vive, 2012



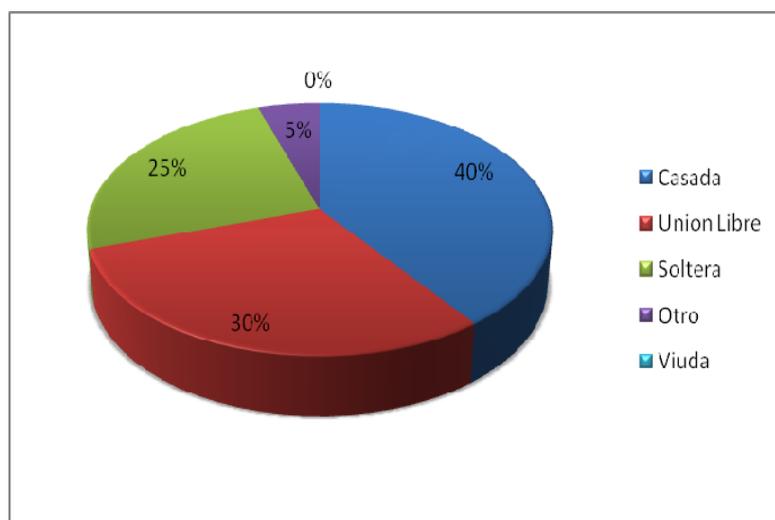
Fuente: Formato de información de características sociodemográficas en gestantes diagnosticadas con preeclampsia en una institución de cuarto nivel en Bogotá, 2012.

<sup>103</sup> FRANCO de S. PEIXOYO, F. RIGOL, J. y AZEVEDO S. Op.cit., p. 318.

<sup>104</sup> CRUZ. HERNÁNDEZ. QUESADA. e ISLA. Op.cit., p. 4.

**Con quien vive:** Del total de la muestra el 40% de las gestantes vivían con su esposo e hijos, el 30% vivían solo con su esposo, seguido de el 20% con los padres y el 10% por madres solteras quienes vivían con sus hijos.

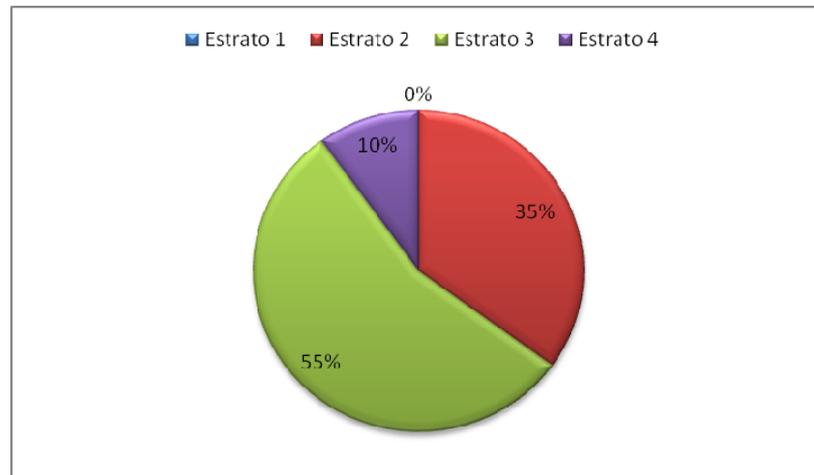
**Grafica N° 3.** Distribución de las gestantes con preeclampsia hospitalizadas en una institución de cuarto nivel según Estado Civil, 2012.



Fuente: Formato de información de características sociodemográficas en gestantes diagnosticadas con preeclampsia en una institución de cuarto nivel en Bogotá, 2012.

**Estado civil:** respecto a la distribución de las gestantes preeclámplicas se encontró que un 40% estaban casadas, un 30% vivían en unión libre, seguido de un 25% solteras y un 5% que pertenece a otros (divorciada). No se encuentra relación entre el estado civil como factor de riesgo para desarrollo de la preeclampsia.

**Grafica N° 4.** Distribución de las gestantes con preeclampsia hospitalizadas en una institución de cuarto nivel según Estrato socioeconómico, 2012.



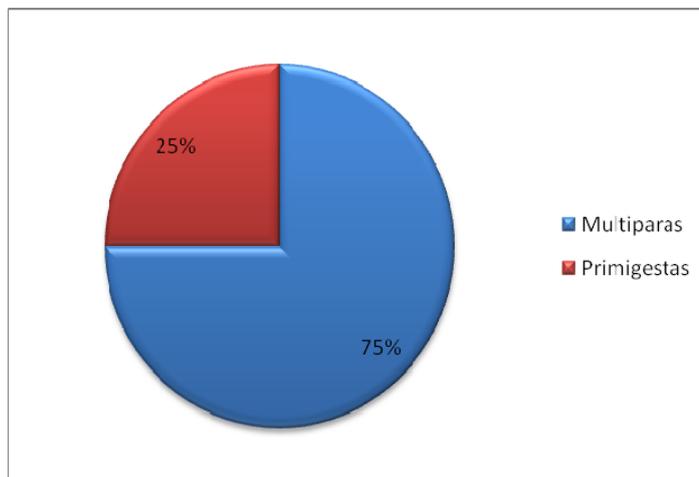
Fuente: Formato de información de características sociodemográficas en gestantes diagnosticadas con preeclampsia en una institución de cuarto nivel en Bogotá, 2012.

**Estrato socioeconómico:** del total de la muestra se encontró que un 55% de las gestantes pertenecían al estrato socioeconómico tres, un 35% al estrato socioeconómico dos y un 10% al estrato socioeconómico cuatro. Un estudio realizado por Satizábal y Cols<sup>105</sup>; revela que la preeclampsia es una enfermedad que afecta principalmente a pacientes de bajo nivel socioeconómico dado por la mala calidad del control prenatal y el difícil acceso al sistema de salud debido a que regularmente el diagnóstico y el tratamiento temprano previenen su evolución.

---

<sup>105</sup> Ibid., p. 84.

**Grafica N° 5.** Antecedentes obstétricos en gestantes diagnosticadas con preeclampsia hospitalizadas en una institución de cuarto nivel, 2012



Fuente: Formato de información de características sociodemográficas en gestantes diagnosticadas con preeclampsia en una institución de cuarto nivel en Bogotá, 2012.

**Antecedentes obstétricos:** respecto a los antecedentes obstétricos en las gestantes diagnosticadas con preeclampsia, se encontró que del total de la muestra un 75% de las gestantes son multíparas y un 25% primigestas. Aunque la mayor parte de la población estudio es multípara es importante tener en cuenta que la preeclampsia es una patología que predominantemente afecta a mujeres primigestas; según una revisión de 6.498 casos de la literatura realizado por Hinselmann<sup>106</sup> el 74% de las preeclámplicas son primigestas calculando así que existe un riesgo seis veces mayor en este grupo de gestantes respecto a las multíparas.

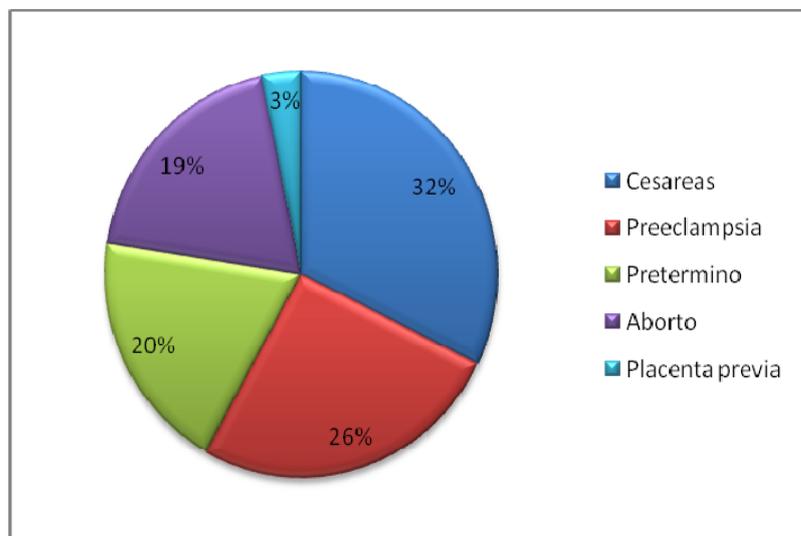
Por otra parte, el personal de enfermería debe tener en cuenta el momento en que la gestante inicia los controles prenatales, puesto que al indagar acerca de los

---

<sup>106</sup> Ibid., p. 84.

antecedentes obstétricos se puede conocer los factores de riesgo predisponentes para el desarrollo de la preeclampsia.

**Grafica N° 6.** Antecedentes obstétricos en gestantes diagnosticadas con preeclampsia hospitalizadas en una institución de cuarto nivel, según mujeres multíparas, 2012



Fuente: Formato de información de características sociodemográficas en gestantes diagnosticadas con preeclampsia en una institución de cuarto nivel en Bogotá, 2012.

De igual forma, respecto a los antecedentes obstétricos en las gestantes diagnosticadas con preeclampsia, se encontró que de la muestra de mujeres multíparas, un 32% refieren cesárea anterior, un 26% padecieron en una gestación anterior preeclampsia, un 20% su parto anterior fue pretermino, seguido por, 19% de gestantes con antecedente de abortos y un 3% presentaron placenta previa en los embarazos anteriores.

Los antecedentes de preeclampsia, evidencian que persiste una relación entre haber padecido preeclampsia durante el embarazo anterior y presentar recurrencia

de la enfermedad en su siguiente gestación. Datos similares a los encontrados en el estudio de Moreno y Cols<sup>107</sup> donde señala este fenómeno entre un 20 y 50% de las pacientes. Resultados que desde enfermería señalan la importancia de realizar una buena anamnesis, profundizando en los antecedentes dentro de la consulta preconcepcional y el control prenatal que desarrolla enfermería.

---

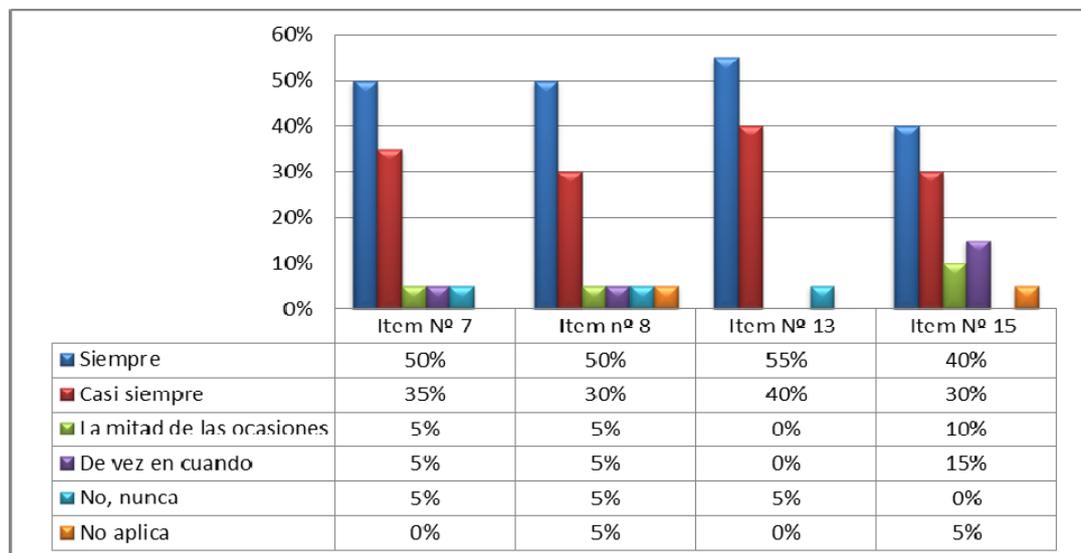
<sup>107</sup> MORENO, Z. SANCHEZ S. PIÑA, F. REYES, A. WILLIAMS, M. Op.cit., p. 4.

## 4.2 RESULTADOS DE LOS CINCO PROCESOS DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

### 1.2.1 CONOCER:

La categoría que corresponde a conocer abarca los ítems N° 7 considera que su actuar demuestra los conocimientos, N° 8 siente que ella(s) comprende(n) su situación, N° 13 siente que están pendientes de su cuidado, y N° 15 percibe que saben de sus sentimientos y los respetan de la escala de cuidado profesional; las cuales buscan identificar el proceso de compromiso entre la persona que proporciona los cuidados (el personal de enfermería) y la persona a la que se cuida (gestantes hospitalizadas).

**Grafica N° 7.** Resultados del proceso de cuidado Conocer, en gestantes con diagnostico de preeclampsia



Fuente: Escala de Percepción del Cuidado Profesional aplicada a gestantes con diagnostico de preeclampsia en una institución de cuarto nivel en Bogotá, 2012.

Respecto al ítem N° 7 , se encontró que del total de la muestra un 50% (n= 10) considero que siempre el actuar de enfermería está relacionado con los conocimientos y competencias clínicas que posee, un 35% (n= 7) considero que casi siempre se relacionan, 5% (n=1) la mitad de las ocasiones, 5% (n=1) de vez en cuando y un 5% (n=1) restante no nunca, lo cual permite analizar que más de la mitad de la población con un 95% percibe que el personal de enfermería demuestra conocimiento y competencias en los cuidados terapéuticos que proporciona. Este ítem se puede correlacionar en la literatura de Swanson<sup>108</sup>, cuando describe que este proceso requiere de habilidades y competencias por parte del personal de enfermería para actuar de forma idónea, basados en los fundamentos científicos de la profesión.

Respecto al ítem N° 8 del total de la muestra el 50% (n=10) percibieron que el personal de enfermería siempre es comprensivo con su situación, el 30% (n=6) afirman que casi siempre, seguido de un 5% (n= 1) la mitad de las ocasiones, el 5% (n= 1) de vez en cuando, el otro 5% (n= 1) no nunca y el 5% (n= 1) restante no aplica. Al observar los resultados se observa que dentro de los procesos de cuidado establecidos para las gestantes, más de la mitad con un 90% (siempre y casi siempre) perciben que el personal de enfermería se encuentra en disposición de comprender la situación de las gestantes, evitando conjeturas y centrándose en la persona a la que se cuida.

Es por esto, que los resultados arrojados se pueden apoyar en lo propuesto por la Dra. Kristen Swanson, donde este proceso requiere no solo brindar cuidado sino también esforzarse por comprender el verdadero significado de lo que expresan las gestantes, con el fin de proporcionar un cuidado holístico<sup>109</sup>.

---

<sup>108</sup> SWANSON, Kristen., Op.cit., p. 768.

<sup>109</sup> Ibid., p. 768.

Al analizar los datos del ítem N° 13 en el cual se indaga si el personal de enfermería está pendiente de los cuidados prestados a las gestantes, se encuentra que un 55% (n= 11) de la muestra percibieron que siempre están pendientes de su cuidado, seguido de un 40% (n= 8) con casi siempre, y tan solo un 5% (n=1) perciben que nunca. Lo cual permite analizar que la mayoría de las gestantes con un 95% perciben que el personal de enfermería se centra en ellas y están pendientes en el momento de brindar los cuidados que requieren.

En relación con el proceso conocer la doctora Swanson<sup>110</sup> afirma que enfermería debe centrarse en la persona que se cuida, mediante la valoración de todos los aspectos de la condición de la gestante y su realidad. Por lo tanto, conocer la percepción de las gestantes con preeclampsia es importante ya que aportan elementos para evaluar y mejorar los procesos de cuidado en la práctica de enfermería.

El ítem N° 15 analiza que un 40% (n= 8) de las gestantes percibieron que siempre el personal de enfermería a cargo de brindar cuidados tiene conocimiento de los sentimientos y opiniones de las pacientes acerca de su situación de salud y la respetan, seguido de un 30% (n= 6) quienes afirman que casi siempre es así, un 15% (n= 3) respondió de vez en cuando, un 10% (n=2) la mitad de las ocasiones, en los porcentajes mencionados anteriormente las gestantes manifestaban que la percepción de este ítem variaba de acuerdo al turno puesto que no siempre las enfermeras a cargo de su cuidado demostraban conocimiento de sus sentimientos y el 5% (n= 1) afirmó que no aplicaba. En relación con el proceso conocer más de la mitad de la muestra percibió que siempre o casi siempre el personal de enfermería se esfuerza por entender y respetar los sentimientos frente a los sucesos ocurridos en la gestante. Dicho aspecto es fundamental puesto que

---

<sup>110</sup> *Ibíd.*, p. 768.

implica un esfuerzo por parte de la enfermera para entender un evento en la vida de otro, en este caso a la gestante preecláptica<sup>111</sup>.

#### **4.2.2 ESTAR CON:**

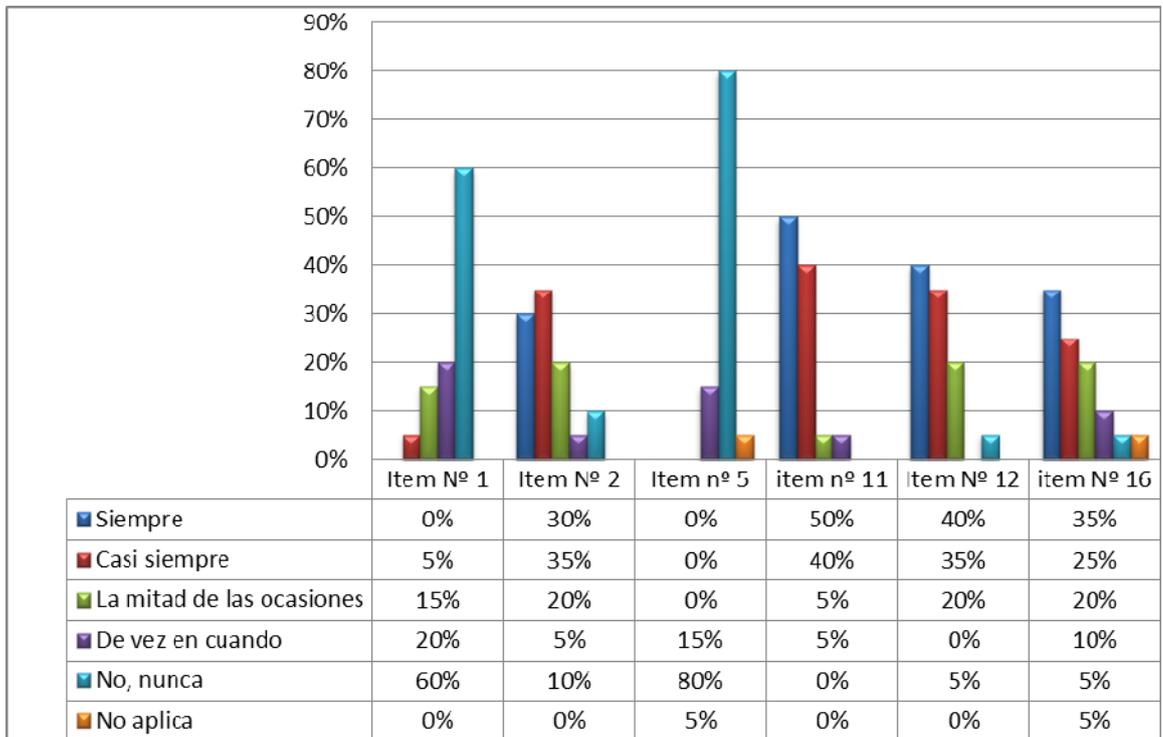
Este proceso comprende los ítems N° 1 lo percibe distante emocionalmente, N° 2 siente que su acompañamiento le es reconfortable, N° 5 se siente insultado por la manera en que se expresa, N° 11 encuentra en ella(s) apoyo, N° 12 siente que están atentas a escucharla y N° 16 describe que su experiencia les conmueve y lo demuestran. Este proceso hace referencia a “estar emocionalmente presente con la persona que se cuida, transmitiendo disponibilidad y compartiendo sentimientos sin abrumar a la otra persona dicha categoría abarca aquellos mensajes verbales y no verbales transmitidos a la paciente”<sup>112</sup>.

---

<sup>111</sup> *Ibid.*, p. 768.

<sup>112</sup> *Ibid.*, p. 768.

**Grafica N° 8.** Resultados del proceso de cuidado Estar con, en gestantes con diagnostico de preeclampsia



Fuente: Escala de Percepción del Cuidado Profesional aplicada a gestantes con diagnostico de preeclampsia en una institución de cuarto nivel en Bogotá, 2012.

El ítem anterior corresponde a una de las preguntas negativas de la escala de cuidado profesional, al realizar el análisis de la grafica acerca de si las gestantes perciben distante emocionalmente al personal de enfermería que provee los cuidados se encuentra que el 60% (n=12) percibieron no, nunca, el 20% (n=4) de vez en cuando, seguido un 15% (n= 3) la mitad de las ocasiones y tan solo el 5% (n= 1) percibieron casi siempre. Los resultados anteriores reflejan que en general las gestantes con diagnostico de preeclampsia tienen una percepción positiva respecto al ítem N° 1, considerándolas personas cálidas y amables dispuestas a brindar los cuidados de forma holística para su situación de salud. Es por ello, que se hace necesario realizar procesos de sensibilización para el personal de

enfermería fundamentos en la doctora Kristen Swanson<sup>113</sup> quien afirma, que estar emocionalmente significa estar abierta a la realidad del otro demostrando que la experiencia de las gestantes, sus sentimientos, creencias y necesidades son importantes para la enfermera que proporciona los cuidados.

Al analizar el ítem N° 2 se encuentro que el 35% (n= 7) de las gestantes de la muestra percibieron que casi siempre el acompañamiento proporcionado por parte de enfermería les es reconfortante, seguido de un 30% (n= 6) afirmo siempre, un 20% (n=4) la mitad de las ocasiones, un 10% (n= 2) no nunca y un 5% (n= 1) restante respondió de vez en cuando; dicha situación permite inferir que para la mayoría de las gestantes con preeclampsia el acompañamiento proporcionado por parte de enfermería genera en ellas consuelo, transmitiendo mensajes de permanente disponibilidad, interés y comprensión hacia la gestante en el proceso de cuidar<sup>114</sup>.

Respecto al ítem N° 5 se encontró que del total de la muestra un 80% (n= 16) respondió no nunca, un 15% (n= 3) indico que de vez en cuando y el 5% (n= 1) restante indico que no aplica, estos resultados permiten analizar que más de la mitad de la población estudio percibió un trato cordial y respetuoso por parte del personal de enfermería, lo cual indica los procesos de atención por parte del personal de enfermería influyen en la percepción de los pacientes; sin embargo, se hace necesario realizar mejoras en pro de convertir los resultados no favorables en resultados positivos. Es importante tener en cuenta que ser amable, respetuoso y comunicarse con la persona de forma adecuada es uno de los

---

<sup>113</sup> *Ibid.*, p. 768.

<sup>114</sup> *Ibid.*, p. 768.

componentes que debe tener el profesional de enfermería para ser un cuidador integral<sup>115</sup>.

Respecto a la grafica N° 11 referente al apoyo que perciben las gestantes con Preeclampsia que se encuentran hospitalizadas por parte del personal de enfermería, se encuentra que un 50% (n= 10) del total de la muestra percibió siempre apoyo, seguida de un 40% (n= 8) quienes indicaron casi siempre, un 5% (n= 1) la mitad de las ocasiones y un 5% (n= 1) restante de vez en cuando, lo cual permite analizar que el mostrar una disponibilidad continua sin abrumar a la persona cuidada en el proceso de atención a la paciente genera sentimientos de seguridad, confianza y tranquilidad en la persona a la que se cuida.

En la presente grafica del ítem N° 12 se encuentra que del total de la muestra el 40% (n=8) percibió que siempre sintieron que el personal de enfermería estuvo atento a escucharlas, un 35% (n= 7) afirmo que casi siempre, seguido de un 20% (n= 4) que indico la mitad de las ocasiones y un 5% (n= 1) restante indico no nunca; lo cual permite analizar que la mayoría de las gestantes preeclámpticas se sintieron escuchadas por parte del personal de enfermería, dicho aspecto es muy importante debido a que en el proceso de cuidar, “la escucha es atención, disponibilidad y es la base de la comunicación, además es la base para comprender el estado interior de la persona cuidada y determinar cuál es la información significativa para actuar”<sup>116</sup>.

En ítem N° 16, de la escala de percepción del cuidado profesional, que hace referencia como las experiencias de las gestantes les conmueve y lo demuestran

---

<sup>115</sup> COMITÉ DE ETICA DE SARQUAVITAE. Guía práctica de ética para profesionales de la salud. 2011. 21 p.

<sup>116</sup> *Ibid.*, p. 21.

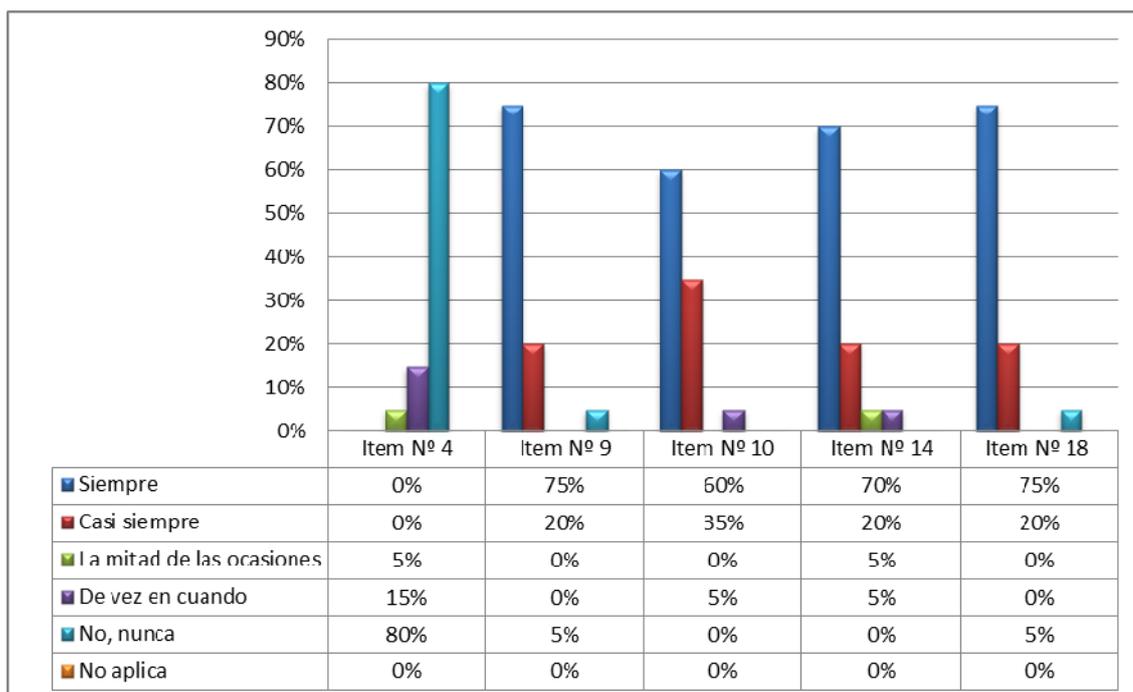
al personal de enfermería. En esta categoría se observó que al aplicar la escala en el ítem N° 16, el 35% (n=7) de las gestantes percibieron que durante la hospitalización siempre el personal de enfermería se conmovió y lo demostró con las experiencias que ellas contaban, el 25% (n= 5) casi siempre; el 20% (n=4) la mitad de las ocasiones, seguido de un 10% (n= 2) de vez en cuando, el 5% (n= 1) no nunca y un 5% (n=1) no, aplica.

De igual manera, se observó que el personal de enfermería estuvo pendiente; es decir, estuvo emocionalmente abierto a la realidad del otro, demostrando que la experiencia de la gestante, sus sentimientos, creencias y necesidades importan a al personal de enfermería que la cuida. En general, es necesario recordar que en la práctica profesional la enfermería puede liderar el cuidado a gestantes con diagnóstico de preeclampsia atendiendo la categoría de cuidado “estar con” en el cual el personal de enfermería más que entender la plegaria de la gestante con preeclampsia, esta emocionalmente abierta a la realidad que experimentan cuando sienten temor por el riesgo de morir ella y su hijo, desesperación y otros sentimientos.

#### **4.2.3 HACER POR O PARA:**

El proceso de Hacer por o para corresponden los ítems: N° 4 si percibe que su manera de actuar es brusca, N° 9 si se siente tratada y valorada como persona; N° 10 si se siente cuidada, N° 14 si siente que los cuidados que le proporcionan son técnicamente idóneos; y, N° 18 si siente que le respetan.

**Grafica N° 9.** Resultados del proceso de cuidado Hacer por o para, en gestantes con diagnostico de preeclampsia



Fuente: Escala de Percepción del Cuidado Profesional aplicada a gestantes con diagnostico de preeclampsia en una institución de cuarto nivel en Bogotá, 2012.

En cuanto al ítem N° 4 que hace referencia a si la gestante percibe que la manera de actuar del personal de enfermería es brusca; se encontró que el 80% (n=16) de la población afirmaron que no, nunca actuaron de manera brusca, el 15% (n= 3) de vez en cuando, tan solo un 5% (n=1) la mitad de las ocasiones, estos resultados mostraron que un 20% (n= 4) de vez en cuando y la mitad de las ocasiones su manera de actuar fue brusca, al contrario de lo que sucedió con la otra variable, donde la mayoría de las gestantes no, nunca percibieron que la

manera de actuar del personal de enfermería fue brusca; es decir, actuar con habilidad y competencia y, proteger al que es cuidado es clave de esta categoría.

Según la CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico)<sup>117</sup> publico algunas recomendaciones a la profesión de enfermería como: mantener comunicación efectiva, concepción holística de las personas, atención libre de riesgos y daños, coordinación efectiva con equipo interprofesional y sobre todo actuar con principios éticos. Estas recomendaciones se pueden relacionar con el estudio presente ya que el personal de enfermería no solo está en la capacidad de brindar cuidado sino también actuar con profesionalismo y ética.

En cuanto al ítem N° 9 si se siente tratada y valorada como persona, se encontró que el 75% (n= 15) de las gestantes del estudio indicaron que siempre se sentían tratadas y valoradas como persona, el 20% (n= 4) casi siempre y el 5% (n=1) no, nunca. Estos resultados mostraron a pesar de que las gestantes siempre y casi siempre se sienten tratadas y valoradas como persona, sigue existiendo deficiencia en la atención durante la hospitalización, dada la percepción de una de las gestantes donde refirió no, nunca fue tratada y valorada como persona. Por tal motivo, es importante que el personal de enfermería al actuar haga las cosas bien; siempre y cuando respetando la dignidad del paciente, en este caso de las gestantes.

Respecto al ítem N° 10 que hace referencia a si se siente cuidada se encontró que el 60% (n= 12) de las gestantes siempre percibieron sentirse cuidada por parte del personal de enfermería, el 35% (n= 7) casi siempre y el 5% (n= 1) de vez en cuando. Este ítem se puede correlacionar en la literatura de Marriner<sup>118</sup>, cuando describe que la categoría Hacer por o para; es hacer por otros lo que haríamos por nosotros mismos; es decir, todo lo que la enfermera haría por la gestante que no

---

<sup>117</sup> Cita por PUEBLA V. RAMÍREZ G. RAMOS P. MORENO G., Op.cit., p. 99

<sup>118</sup> MARRINER T., Op.cit., p. 766-772.

podría hacer por si misma porque no sabe o no conoce, para suplir alguna necesidad de ella o para que aprenda a cuidarse.

Por otro lado, el estudio “percepción de la calidad del cuidado en enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander”<sup>119</sup>, describe que enfermería es fundamental en la atención que se brinda en cualquier institución de salud, conocer la percepción de la gestante sobre el cuidado que se ofrece es de vital importancia en la práctica de enfermería ya que puede ayudar a generar estrategias de mejoramiento o modificaciones en las guías y protocolos ya establecidos.

En el ítem N° 14, que hace referencia si siente que los cuidados que le proporciona el personal de salud son técnicamente idóneos, el 70% (n=14) de las gestantes percibió que siempre, el 20% (n=4) casi siempre, seguido de un 5% (n=1) la mitad de las ocasiones; y otro 5% (n=1) de vez en cuando. Los resultados anteriores reflejan que en general las gestantes con diagnóstico de preeclampsia tienen una buena percepción en cuanto a que sienten que los cuidados que le proporciona el personal de enfermería son técnicamente idóneos.

Para finalizar el análisis de la categoría Hacer por, el ítem N° 18 de la escala de percepción del cuidado profesional hace referencia a si siente que le respetan. En esta categoría se observó que al aplicar la escala en el ítem N° 18 se encontró que el 75% (n= 15) de las gestantes hospitalizadas en una institución de cuarto nivel perciben que el personal de enfermería le respetan, el 20% (n= 4) casi siempre y tan solo un 5% (n= 1) no, nunca.

---

<sup>119</sup> BAUTISTA R., Op.cit., p. 76.

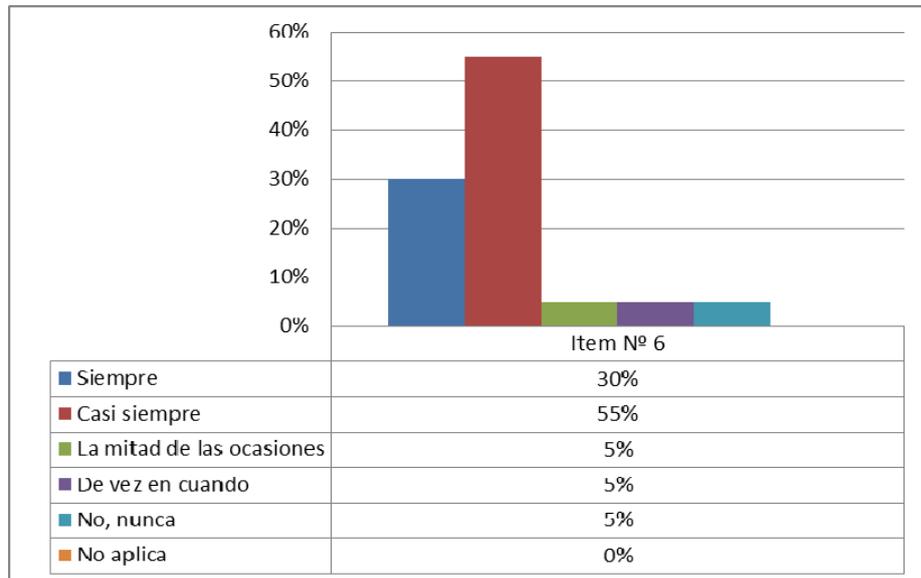
De igual manera, Puebla y Cols<sup>120</sup>, describen en un estudio que la percepción se puede evaluar midiendo elementos importantes que debe poseer el personal de enfermería como: respeto, definido como la virtud por la cual reconocemos y tenemos presente de manera habitual la dignidad de las personas, como seres únicos e irrepetibles, así como sus derechos según su condición y circunstancias. Por tanto, conocer la percepción de las gestantes con diagnóstico de preeclampsia, es importante para el sector de salud, recordemos que el personal de enfermería es quien se encuentra en mayor contacto con el paciente; en este caso la gestante, y es quien pudiera modificar la percepción con relación a su atención, a través de una comunicación efectiva enfermera-paciente y con las bases teóricas con las que cuenta para guiar su práctica, ya que le aportan elementos para evaluar, analizar y proponer planes de mejoramiento en la práctica de enfermería.

#### 4.2.4 PERMITIR O POSIBILITAR:

**Grafica N° 10.** Resultados del proceso de cuidado Permitir o posibilitar, en gestantes con diagnóstico de preeclampsia

---

<sup>120</sup> PUEBLA V. RAMÍREZ G. RAMOS P. Y MORENO G., Op.cit., p. 98.



Fuente: Escala de Percepción del Cuidado Profesional aplicada a gestantes con diagnóstico de preeclampsia en una institución de cuarto nivel en Bogotá, 2012.

En ítem N° 6, de la escala de percepción del cuidado profesional, que hace referencia a si siente que el personal de enfermería le brinda suficiente información sobre su estado de salud actual.

En esta categoría se observó que al aplicar la escala en el ítem N° 6, el 55% (n=11) de las gestantes percibieron que durante la hospitalización casi siempre el personal de enfermería le brindó suficiente información sobre su estado de salud actual, el 30% (n= 6) siempre; el 5% (n=1) la mitad de las ocasiones, el 5% (n=1) de vez en cuando, y el otro 5% (n=1) no, nunca. Cabe resaltar, que hay deficiencia en cuanto a la información que se le brinda a las gestantes sobre su estado de salud, evidenciándolo con una de las gestantes que percibió no, nunca recibir información.

Es por esto, que los resultados arrojados se pueden apoyar en lo propuesto por Kristen Swanson, donde esta proceso requiere no solo brindar el cuidado sino también que el personal de enfermería utilice sus conocimientos para informar, explicar y apoyar; esto con el fin de fortalecer el auto cuidado en la gestante con preeclampsia<sup>121</sup>.

A su vez, la categoría de cuidado “Permitir o posibilitar”, permite vislumbrar si la gestante se puede empoderar de su bienestar. El personal de enfermería puede transformar autovaloraciones escrupulosas muchas de ellas, basadas en costumbres, mitos, creencias y desinformación; para de esta manera, orientar/motivar con conocimiento y capacidad de persuasión en la gestante acciones que permitan la detección temprana de alteraciones, de tal forma que cada manifestación que su cuerpo le muestra sea apreciada como un evento desconocido que debe ser informado y validado por los profesionales de enfermería<sup>122</sup>.

#### **4.2.5 MANTENER LAS CREENCIAS:**

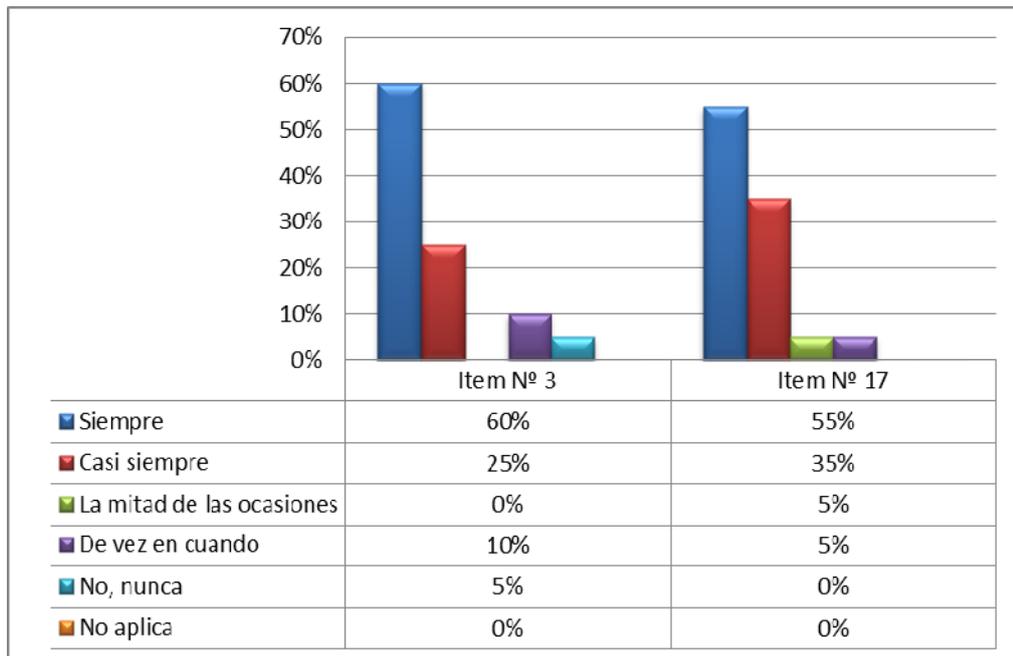
A la categoría de mantener las creencias corresponden los ítems: N° 3 si percibe que su actitud es positiva, y el ítem N° 17 si considera que son personas que tienen la capacidad de inspirar esperanza.

**Grafica N° 11.** Resultados del proceso de cuidado Mantener las creencias, en gestantes con diagnostico de preeclampsia

---

<sup>121</sup> MARRINER T., Op.cit., p.766-772.

<sup>122</sup> *Ibíd.*, p.766-772.



Fuente: Escala de Percepción del Cuidado Profesional aplicada a gestantes con diagnóstico de preeclampsia en una institución de cuarto nivel en Bogotá, 2012.

En cuanto al ítem N° 3 que hace referencia a si la gestante percibe que la actitud que le proporciona el personal de enfermería es positiva; se encontró que el 60% (n= 12) de las gestantes perciben que la actitud del personal de enfermería siempre es positiva, el 25% (n= 5) casi siempre; el 10% (n= 2) de vez en cuando y el 5% (n=1) no, nunca. Los resultados anteriores reflejan que en general las gestantes con preeclampsia tienen una percepción positiva sobre la actitud que les proporciona el personal de enfermería. Sin embargo, un 5%; de las gestantes percibió no, nunca actitud positiva por parte de personal de enfermería. Esto quiere decir, que aún se debe seguir trabajando en el componente actitudinal del personal de enfermería. Un estudio por Puebla y Cols<sup>123</sup> concluye que las nuevas generaciones de enfermería tienen el reto de lograr el verdadero cambio en la actitud y calidad que se brinda, basándose en un marco teórico, ético y legal para así dignificar la profesión, a nosotros mismos y por supuesto a los pacientes.

<sup>123</sup> Ibid., p. 102.

Según lo mencionado anteriormente, el personal de enfermería debe tener ciertas actitudes para brindar un cuidado integral; ya que por medio de sus vivencias e interacciones con las pacientes, adquiere la capacidad de saber que el cuidado no solamente son procedimientos técnicos sino que también incluye la capacidad de percibir a la gestante en sus diferentes dimensiones.

En esta categoría se evaluó la capacidad que tiene el personal de enfermería para inspirar esperanza a las gestantes diagnosticadas con preeclampsia, es así como la interacción enfermera-paciente gestante arrojó los siguientes resultados: el 55% (n= 11) de las gestantes durante su hospitalización siempre percibieron por parte del personal de enfermería la capacidad de inspirar esperanza, el 35% (n= 7) casi siempre, el 5% (n= 1) la mitad de las ocasiones; y el otro 5% (n=1) de vez en cuando. Cabe destacar que la percepción para este ítem fue positiva, ya que los porcentajes de las variables siempre y casi siempre fueron los más altos con una diferencia de un 20%.

Con respecto a lo anterior, se puede analizar que el personal de enfermería de esta institución si tiene la capacidad de transmitir fe y esperanza a la gestante con preeclampsia durante su proceso de hospitalización; para que las gestante tengan la capacidad de salir adelante, superar cualquier acontecimiento o complicación que se pueda dar en el embarazo<sup>124</sup>.

Teniendo en cuenta el análisis de cada uno de los procesos de cuidado y los hallazgos obtenidos del instrumento, acerca que la percepción que tienen las gestantes con preeclampsia del cuidado proporcionado por parte de enfermería, se encontró que la mayoría de las respuestas obtenidas en cada ítem fueron positivas puesto que la gestante percibió que el cuidado no solo va dirigido a controlar y disminuir riesgos y complicaciones sino que también se centra en los

---

<sup>124</sup> *Ibíd.*, p.766-772.

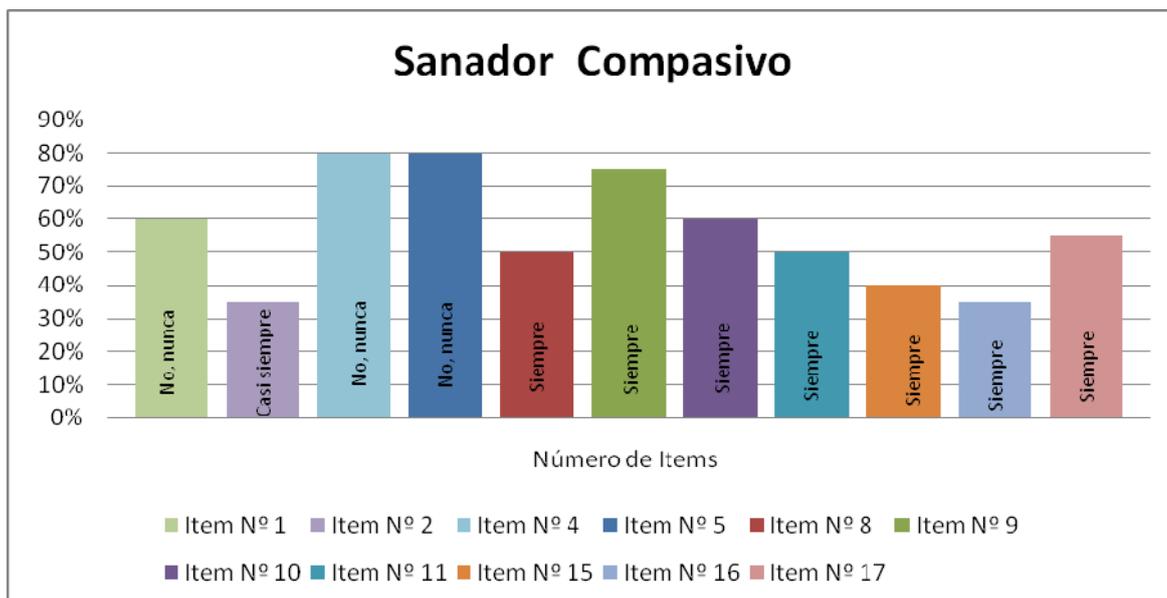
aspectos interpersonales que permiten establecer una relación de confianza con la persona cuidada. De igual forma, es importante que el profesional de enfermería incorpore fundamentos teóricos que permitan evaluar, analizar y direccionar los procesos de cuidado en pro de mejorar la atención brindada.

#### **4.3 RESULTADOS DE LAS SUBCATEGORIAS DE LA ESCALA DE CUIDADO PROFESIONAL**

A continuación se presentaran los resultados de la escala de cuidado profesional de Kristen Swanson teniendo en cuenta las subcategorías establecidas por la autora: sanador compasivo y sanador competente.

##### **4.3.1 RESULTADOS DE LAS SUBCATEGORÍAS DE LA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE CUIDADO PROFESIONAL**

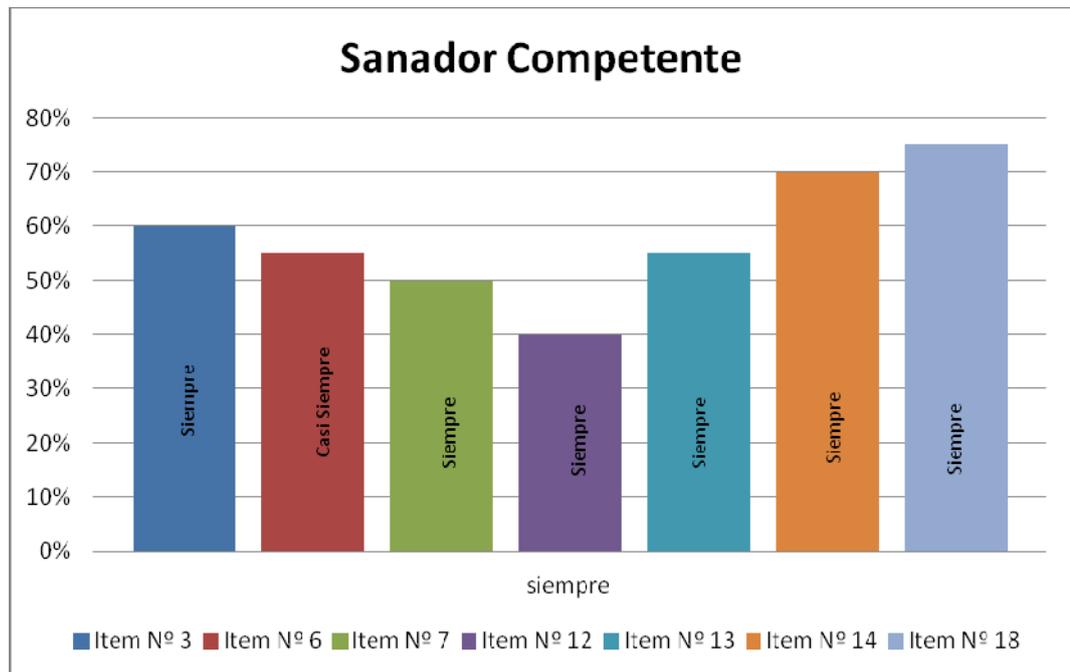
**Gráfica 12.** Análisis de la Subcategoría, Sanador Compasivo



Fuente: Escala de Percepción del Cuidado Profesional aplicada a gestantes con diagnóstico de preeclampsia en una institución de cuarto nivel en Bogotá, 2012.

La subcategoría sanador compasivo fue analizada teniendo en cuenta la respuesta con mayor porcentaje por cada ítem, en donde se encontró que el 80% corresponde a los ítems N° 4 y N° 5, el 75% (ítem N° 9), el 60% (ítems N°1 y 10), seguido de un 55% (ítems N° 17), un 50% (ítems N° 8 y 11), un 40% (ítems N° 15) y por último un 35% (ítems N° 2 y 16), lo cual permite analizar que del total de los ítems que pertenecen a la subcategoría sanador compasivo más de la mitad sobrepasan el 50%, indicando que el personal de enfermería de la institución objeto establece una relación cordial y de confianza con las gestantes preeclámplicas durante el proceso de hospitalización. Sin embargo, es necesario realizar procesos de sensibilización al personal de enfermería que contribuyan al mejoramiento de dicha subcategoría.

**Gráfica 13.** Análisis de la Subcategoría, Sanador Competente



Fuente: Escala de Percepción del Cuidado Profesional aplicada a gestantes con diagnóstico de preeclampsia en una institución de cuarto nivel en Bogotá, 2012.

De igual forma, la subcategoría sanador competente fue analizada teniendo en cuenta la respuesta con mayor porcentaje por cada ítem, en donde se encontró que el 75% correspondía al ítem N° 18, el 70% (ítem N° 14), el 60% (ítem N° 3), el 55% (ítems N° 6 y N° 13), el 50% (ítem N° 7), y un 40% (ítem N° 12), los resultados anteriores muestran que el comportamiento del personal de enfermería hacia las gestantes se caracterizó por la responsabilidad, el respeto, actitud positiva y la idoneidad para ejercer la práctica del cuidado. Sin embargo, es importante que la institución objeto trabaje en aspectos como la escucha a las pacientes, ya que esta es una herramienta clave para detectar a tiempo posibles complicaciones y necesidades.

Según el análisis de las subcategorías, se puede concluir que las gráficas muestran mayores porcentajes en sanador compasivo dando a entender que es el tipo de cuidado que se realiza en la institución objeto de estudio. Cabe aclarar que

los cuidados de las subcategorías sanador competente también son percibidos en la población objeto; sin embargo, para esta investigación se evidenció menor proporción.

El reto es seguir trabajando en conocer las percepciones que tienen las pacientes de alto riesgo aplicando la escala de cuidado profesional, para que así las instituciones prestadoras de servicio de salud emprendan acciones de mejoramiento en los procesos de atención de enfermería integrando las subcategorías sanador compasivo y sanador competente como parte fundamental de un cuidado holístico.

## **5. CONCLUSIONES**

Esta investigación se realizó en la ciudad de Bogotá con una población de 20 mujeres gestantes preeclámpticas cuyas edades oscilan entre 22 y 44 años de edad, que se encontraban hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del HUSI, quienes en gran parte estaban casadas y vivían con su esposo e hijos, pertenecían a los estratos socioeconómicos dos y tres, en cuanto a los antecedentes obstétricos se encontró que el 75% de la población eran multíparas y un 26% tenía antecedentes de preeclampsia.

Los resultados de la investigación respecto a la percepción de cuidado de enfermería en gestantes con diagnóstico de preeclampsia, según los cinco procesos de cuidado establecidos por la doctora Swanson mostraron que las

percepciones de las gestantes respecto a los procesos conocer, hacer por, permitir y mantener las creencias en general fueron positivas; sin embargo, en el proceso estar con, es importante fortalecer aspectos como el acompañamiento, la escucha activa y la disponibilidad a fin de brindar un cuidado holístico y mejorar la percepción de las pacientes que reciben cuidado por parte de enfermería.

Según el análisis de las subcategorías, se puede concluir que las gráficas muestran mayores porcentajes en sanador compasivo dando a entender que es el tipo de cuidado que se realiza en la institución objeto de estudio. Cabe aclarar que los cuidados de las subcategorías sanador competente también son percibidos en la población objeto; sin embargo, para esta investigación se evidenció menor proporción.

El reto es seguir trabajando en conocer las percepciones que tienen las pacientes de alto riesgo aplicando la escala de cuidado profesional, para que así las instituciones prestadoras de servicio de salud emprendan acciones de mejoramiento en los procesos de atención de enfermería integrando las subcategorías sanador compasivo y sanador competente como parte fundamental de un cuidado holístico.

## **6. RECOMENDACIONES**

A partir del proceso y del análisis que se realizó durante esta investigación, surgen algunas recomendaciones las cuales ayudaran a contribuir al mejoramiento de la atención proporcionada por enfermería a las gestantes con preeclampsia.

Es importante realizar seguimiento dentro de los departamentos de enfermería acerca del cuidado de enfermería desde la percepción de los usuarios, a fin de implementar estrategias que impacten en la calidad de atención que presta enfermería.

Emplear instrumentos aplicados en diferentes contextos, cuyos resultados permitan procesos de autoevaluación desde enfermería, para así iniciar

estrategias de mejoramiento o modificaciones en las guías y protocolos ya establecidos.

Es fundamental que se socialicen los resultados obtenidos de la investigación para generar cambios en la atención de enfermería.

## **7. LIMITACIONES**

Una de las limitantes del este estudio estuvo relacionada con no haber establecido un alfa de Cronbach para el instrumento traducido al idioma español.

## **BIBLIOGRAFIA**

AMARÁN, Jorge. SOSA, Mariela. PÉREZ, Migdia. ARIAS, Dagmaris. y VALVERDE, Ivis. Principales características de la preeclampsia grave en gestantes ingresadas en un hospital de Zimbabwe. En: Medisan [en línea]. Vol. 13, N°. 3 (2009). [consultado 15 de Septiembre de 2012]. Disponible en <[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_3\\_09/san01309.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_3_09/san01309.pdf)>

ARISTIZÁBAL, Juan. GÓMEZ, Germán. LOPERA, Juan. ORREGO, Laura. RESTREPO, Carlos. MONSALVE, Germán. GÓMEZ, Martín. SOCHA, Nury. VASCO, Mauricio. Paciente obstétrica de alto riesgo: ¿dónde debe realizarse su cuidado periparto?. En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [en línea]. Vol. 56, N°. 2 (2005). [consultado el 28 de marzo de 2012]. Disponible en <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=195214313008>>

BAUTISTA, Luz. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. En: Revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. [en línea]. Vol. 8, N°. 1 (2008). [consultado 08 de Septiembre de 2012]. Disponible en <<http://www.redalyc.org/redalyc/pdf/741/74108108.pdf>>

Citado por MALVINO, Eduardo. Preeclampsia Grave y Eclampsia: Consideraciones generales. En: Biblioteca de obstetricia crítica. [en línea]. Tomo III, Capitulo. 1 (2011). [consultado 28 de marzo de 2012]. Disponible en <[http://www.obstetriciacritica.com.ar/doc/Preeclampsia\\_Eclampsia.pdf](http://www.obstetriciacritica.com.ar/doc/Preeclampsia_Eclampsia.pdf)>

Citado por: MARRINER TOMEY, Ann. Modelos y teorías en enfermería. Séptima Edición: Elsevier Science, 2011. 766-772 p.

Citado por PUEBLA, Dulce. RAMÍREZ, Alejandro. RAMOS, Paula. MORENO, Mireya. Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. En: Revista de Enferm Instituto Mexicano Seguro Social. [en línea]. Vol. 17, N°. 2. (2009). [consultado 08 de Septiembre de 2012]. Disponible en <<http://new.medigraphic.com/cgibin/resumen.cgi?IDREVISTA=71&IDARTICULO=24971&IDPUBLICACION=2541>>

Citado por WATSON, Jean. Assessing and measuring caring in nursing and health science. Capitulo 18. Second Edition. New York: Springer publishing company, 2002. 199 p.

COMITÉ DE ETICA DE SARQUAVITAE. Guía práctica de ética para profesionales de la salud. 2011

CONGRESO DE COLOMBIA, LEY 266 de 1996. Artículo 2. Colombia, Bogotá. [en línea]. [consultado 18 de febrero de 2012]. Disponible en <[http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/1996/Ley\\_266.pdf](http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/1996/Ley_266.pdf)>

CUNHA, Karla. OLIVEIRA, Juliana. NERY, Inez. Asistencia de Enfermería en la Opinión de las Mujeres con Preeclampsia. Brasil, 2007, p. 254-260.

DANE. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística). Información de Defunciones no fetales, 2010. [en línea]. [consultado 15 de febrero de 2012]. Disponible en [http://www.dane.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1048:defunciones-no-fetales-2010-preliminar-&catid=118:estadisticas-vitales](http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=1048:defunciones-no-fetales-2010-preliminar-&catid=118:estadisticas-vitales)

DÍAZ, Luis. SERRANO, Norma. Oportunidades de investigación en preeclampsia, desde la perspectiva de prevención primaria. un artículo de reflexión. En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. [en línea]. Vol. 20, N°. 4 (2007). [consultado 17 de mayo de 2012]. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1952/195214332005.pdf>

DONOSO, Enrique. Muerte materna en Chile por eclampsia. En: Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. [en línea]. Vol. 75, N°. 5 (2010). [consultado 28 de marzo de 2012]. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v75n5/art01.pdf>

DULEY, Lelia. Preeclampsia and the hypertensive disorders of pregnancy. En: British Medical Bulletin. [en línea]. Vol. 67, N°. 3 (2003). [consultado 15 de febrero de 2012]. Disponible en <http://bmb.oxfordjournals.org/content/67/1/161.full.pdf>

FRANCO de SILVA, Eveline. PEIXOYO, Fernanda. RIGOL, Juliana. y AZEVEDO, Suzana. Percepción de un grupo de mujeres en la enfermedad hipertensiva específica del embarazo. En: Revista Gaucha de Enfermagem. Vol. 32, N°. 2; (2011), p. 316-322.

GAITÁN, Hernando. ESLAVA, Javier. GARZÓN, Carmen. RUBIO, Jorge. FORERO, Jaime. VALBUENA, Luis. VARGAS, Aída del Pilar. SOTELO, Darío. y PÁEZ, Alberto. Tamizaje de eventos adversos en atención obstétrica y del puerperio en el instituto materno infantil de Bogotá, Colombia. 2002 – 2003. En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. [en línea]. Vol. 56, N°. 1. (2005).

[consultado 28 de marzo de 2012]. Disponible en <[http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista\\_Vol56No1Enerol\\_Marzo\\_2005/V56N1A03.PDF](http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol56No1Enerol_Marzo_2005/V56N1A03.PDF)>

GÓMEZ, Olga. DAZA, Luis. y ZAMBRANO, Vladimir. Percepción de cuidado en estudiantes de enfermería: caracterización e impacto para la formación y visión del ejercicio profesional. En: Artículo de investigación [en línea]. Vol. 26, Nº. 1 (2008). [consultado 24 de mayo de 2012]. Disponible en <<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v26n1/v26n1a09.pdf>>

GOMEZ SOSA, Elba. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. Cuba: Ciudad de la Habana, 2000, p. 102.

GUTIÉRREZ, Liliana. El trato humano, ¿incrementa el costo en la calidad de la atención? En: Revista de Enfermería Instituto Mexicano Seguro Social. México, D.F. [en línea]. Vol. 15, Nº. 3 (2007). [consultado 08 de Septiembre de 2012]. <Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2007/eim073a.pdf>>

MARAÑÓN, Tatiana. FERNÁNDEZ, Rosa. MASTRAPA, Kenia, BERTOT, Grisel. Estudio de algunos factores de riesgo de la Preeclampsia- Eclampsia. Análisis multivariado. En: Revista de Ginecología y Obstetricia. [en línea]. (2009). [consultado 17 de mayo de 2012]. Disponible en <<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1670/1>>

MARTÍNEZ L, Yolanda. LECHUGA Q, Angélica. TERRONES G, Alberto. Y SALVADOR, Jaime. Hipertensión inducida por el embarazo en adolescentes: un estudio multicéntrico. En: Revista ansiedad y estrés. [en línea]. Vol. 11, Nº. 1 (2005). [consultado 28 de marzo de 2012]. Disponible en <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1197905>>

MARTÍNEZ DÍAZ, Luis. SERRANO DÍAZ, Norma. Oportunidades de investigación en preeclampsia, desde la perspectiva de prevención primaria. Un artículo de reflexión. En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [en línea]. Vol. 59, N°. 3 (2008). [consultado 15 de febrero de 2012]. Disponible en <[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)>

MARRIER T, Ann. y RAILE A, Martha. Teoría del Cuidado: Modelos y teorías de enfermería. Cap. 35. 6a. ed. España: Elsevier., 2007. 768 p.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas con el embarazo. Colombia, Bogotá: Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública, 2007. 244-245 p.

MONSERRAT TÁBORA, María E. LEZAMA RIOS, Sonia. Prevención de preeclampsia en pacientes con factores de riesgo mediante el uso de aspirina en bajas dosis. En: Revista Médica de los Post Grados de Medicina UNAH [en línea]. Vol. 10, N°. 3 (2007). [consultado 2 de abril de 2012]. Disponible en <<http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2007/pdf/Vol10-3-2007-10.pdf>>

MORENO, Zoila. SANCHEZ Sixto. PIÑA, Fernando. REYES, Antonia. y WILLIAMS, Michele. Obesidad pregestacional como factor de riesgo asociado a preeclampsia. En: anales de la facultad de medicina. [en línea]. Vol. 64, N°. 2 (2003). [consultado 16 de febrero de 2012]. Disponible en <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/379/37964204.pdf>>

NOGUERA ORTIZ, Norma. Intervención de enfermería a la paciente con diagnostico de preeclampsia. En: Actualizaciones de Enfermería. [en línea]. Vol. 13, N°. 2 (2010). [consultado 18 febrero de 2012]. Disponible en <<http://www.youblisher.com/p/69823-Revista-Actualizaciones-en-Enfermeria-Fundacion-Santa-Fe-2-10/>>

ORIZONDO, Rogelio. FERRER, Belkis. PENTÓN, Rogelio. y DÍAS, Carlos. Resultados obstétricos y perinatales en 150 pacientes con hipertensión arterial crónica asociada al embarazo. En: Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. [en línea]. Vol. 32, Nº. 3. (2006). [consultado 16 de febrero de 2012]. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2006000300002&script=sci\\_arttext#cargo](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2006000300002&script=sci_arttext#cargo)

ORTEGA L, Rosa. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería según la opinión del paciente y la enfermera. Tesis (Subdirección de posgrado e investigación). Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería. Departamento de enfermería. Bogotá, 2004, 65 p.

PORTH M, Carol. Fisiopatología salud- enfermedad un enfoque conceptual. 7ª edición. Editorial médica panamericana, 2007. 523 p

POSADA MORALES, María N. Adaptación Transcultural de la Escala de Cuidado Profesional (CPS): Adecuación Semántica. Trabajo Tesis para optar el título de Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la salud materno perinatal (Jefe Enfermera). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Programa de Maestría en Enfermería. Bogotá, 2011, Pp. 107

POTTER, Patricia. y PERRY, Ann. Fundamentos de enfermería. 5a. Ed. España: Elsevier., 2002. 107 p

PUEBLA, Dulce. RAMÍREZ, Alejandro. RAMOS, Paula. MORENO, Mireya. Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. En: Revista de Enferm Instituto Mexicano Seguro Social. [en línea]. Vol. 17, Nº. 2. (2009). [consultado 08 de Septiembre de 2012]. Disponible en <http://new.medigraphic.com/cgibin/resumen.cgi?IDREVISTA=71&IDARTICULO=24971&IDPUBLICACION=2541>

REPÚBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD. Resolución N° 008430 de 1993. [en línea]. [consultado 18 de febrero de 2012]. Disponible en <[http://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf)>

SATIZÁBAL, José. MORENO, Lina. MONTOYA, julio. y GARCÍA, Felipe. Preeclampsia, problema de salud pública latente: Etiología genética y molecular. En: Revista el hombre y la maquina. [en línea]. Vol. 59, N°. 3. (2008). [consultado 17 de mayo de 2012]. Disponible en <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=47817140009>>

SECRETARIA DE SALUD. Prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/eclampsia. 3 edición. México, D. F., 2002. 15 p.

SWANSON, Kristen. Nursing as informed caring for the well being of others. En: The journal of nursing scholarship. [en línea]. Vol. 25, N°. 4 (1993). [consultado 15 de febrero de 2012]. Disponible en <[http://nursing.unc.edu/ccm/groups/public/@nursing/documents/content/ccm3\\_032549.pdf](http://nursing.unc.edu/ccm/groups/public/@nursing/documents/content/ccm3_032549.pdf)>

SWANSON, Kristen. Practicas basadas en la investigación con mujeres que han tenido abortos involuntarios. En: Image J. Nurs. Vol. 31, (1999), p. 339-345.

SWANSON, Kristen. Citado por POTTER, Patricia. y PERRY, Ann. Fundamentos de enfermería. 5a. Edición. España: Elsevier., 2002. 107 p.

SWANSON, Kristen. Teoría de los cuidados. Citado por MARRIER T, Ann. y RAILE A, Martha. Teoría del Cuidado: Modelos y teorías de enfermería. Cap. 35. 6a. ed. España: Elsevier., 2007. 768 p.

VELAZQUEZ, Jesús. Hipertensión posparto. En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. [en línea]. Vol. 56, No. 2. (2005). [consultado 18 de Septiembre de 2012]. Disponible en <[http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista\\_Vol56No2Abril\\_Junio\\_2005/V56N2A05.PDF](http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol56No2Abril_Junio_2005/V56N2A05.PDF)>

VÁZQUEZ, Juan. Daño renal en preeclampsia-eclampsia. En: Imbiomed. [en línea]. Vol. 18, N°. 1. [consultado 20 de Septiembre de 2012]. Disponible en <[http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=22635&id\\_seccion=107&id\\_ejemplar=2336&id\\_revista=18](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=22635&id_seccion=107&id_ejemplar=2336&id_revista=18)>

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION DE LA ESCALA DE CUIDADO PROFESIONAL**

Información para la persona a la que se le ha solicitado participar en esta investigación.

La información que se presenta a continuación tiene como finalidad ayudarle a decidir acerca de la participación voluntaria en esta investigación. Por favor léalo cuidadosamente, si no entiende algo, o si tiene alguna duda, pregúntele a la persona encargada del estudio.

**Título de la investigación:** Percepción del cuidado de enfermería en gestantes diagnosticadas con preeclampsia en una institución de tercer nivel.

**Persona a cargo del estudio:** Johana Álvarez Lozano  
Nataly Espitia Suarez

**Dónde se va a desarrollar:** El estudio se realizará en una institución de cuarto nivel de Atención en Salud, durante su hospitalización.

**Información general del estudio** El objetivo de la investigación es describir la percepción del cuidado de enfermería en gestantes con diagnóstico de preeclampsia

hospitalizadas en una institución de tercer nivel entre el 1 de Agosto y 30 de Octubre de 2012.

### **Beneficios**

Las participantes del estudio se beneficiarán, ya que los resultados de la investigación permitirán:

- Describir las necesidades de cuidado que manifiestan las gestantes con diagnóstico de preeclampsia hospitalizadas en una institución de tercer nivel
- Implementar intervenciones de enfermería a partir de las necesidades de cuidado que manifiestan las gestantes con diagnóstico de preeclampsia con el fin de brindar un cuidado humanizado y de calidad.
- Establecer si existen estrategias que disminuyan el tiempo de estancia hospitalaria

### **Riesgos de participar**

La investigación no le implica exposición a situaciones de riesgo alguno para su salud, o la del bebé por nacer; sin embargo, puede constituirse como un riesgo mínimo cuando en los participantes se genera inconformidad frente al resultado del estudio, así como inquietudes. A lo largo de la investigación se utilizará palabras propias del instrumento a evaluar, que tal vez usted no entienda, por favor, pregunte al personal encargado de la realización de éste, para que le explique cualquier palabra o información adicional que necesite ser aclarada.

### **Confidencialidad y privacidad de los archivos y anonimato**

La información que se obtiene es confidencial y no se usará para ningún otro propósito que no sea este estudio, los resultados serán publicados respetando el anonimato de la participante.

Sus respuestas en la aplicación del instrumento “Escala de Cuidado Profesional” serán codificadas para mantener el anonimato. Se realizará en un espacio propicio para fomentar la confianza entre el investigador y el participante.

Se garantiza por parte de las investigadoras respetar el derecho de las personas participantes de este estudio a recibir la información que soliciten de una forma clara, precisa y veraz.

### **Participación Voluntaria**

La decisión de participar completamente voluntaria, usted es libre de participar en este estudio así como de retirarse en cualquier momento.

Si decide no participar o decide retirarse en cualquier momento antes de terminar la investigación, no tendrá consecuencias de ningún tipo.

### **Preguntas y Contactos**

Cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede comunicarse con:



Nacidos muertos SI  NO

Molar SI  NO

Hemorragia Pos parto SI NO

Polihidramnios SI  NO

Oligoamnios SI  NO

**CARING PROFESSIONAL SCALE**

RPM SI NO

Placenta previa SI  NO

Abruptio placenta SI  NO

En el embarazo anterior presento preeclampsia SI  NO

**ANEXO3: ESCALA ORIGINAL DE CUIDADO PROFESIONAL**

Circle the number under the words that best describe the way you experienced your health care provider.						
	Yes Definitely	Mostly	About half and half	Occasionally	No, not at all	Not Applicable
Was the health care provider that just took care of you:						
1. Emotionally distant.	1	2	3	4	5	ORIN/A
2. Comforting?	1	2	3	4	5	N/A
3. Positive?	1	2	3	4	5	N/A
4. Abrupt?	1	2	3	4	5	N/A
5. Insulting?	1	2	3	4		N/A
6. Informative?	1	2	3	4	5	N/A
7. Clinically competent?	1	2	3	4	5	N/A
8. Understanding?	1	2	3	4	5	N/A
9. Personal?	1	2	3	4	5	N/A
10. Caring?	1	2	3	4	5	N/A
11. Supportive?	1	2	3	4	5	N/A
12. An attentive listener?	1	2	3	4	5	N/A
13. Centered on you?	1	2	3	4	5	N/A
14. Technically skilled?	1	2	3	4	5	N/A
15. Aware of your feelings?	1	2	3	4	5	N/A
16. Visibly touched by your experience?	1	2	3	4	5	N/A
17. Able to offer you hope?	1	2	3	4	5	N/A
18. Respectful of you?	1	2	3	4	5	N/A

\*By Kristen M. Swanson, 2000.

## ANEXO 4: ESCALA DE CUIDADO PROFESIONAL TRADUCIDA AL IDIOMA ESPAÑOL

<b>ESCALA DE CUIDADO PROFESIONAL</b>						
Encierre en un círculo el número (de acuerdo a la característica asignada) que mejor describe cómo usted percibió el cuidado que le proporcionó el Personal de Enfermería.						
	Siempre	Casi siempre	La mitad de las ocasiones.	De vez en cuando	No, nunca	No aplicable
En relación con el cuidado que le proporciona el personal de enfermería usted:						
1. Lo percibe distante emocionalmente.	1	2	3	4	5	N/A
2. Siente que su acompañamiento le es reconfortante?	1	2	3	4	5	N/A
3. Percibe que su actitud es positiva?	1	2	3	4	5	N/A
4. Percibe que su manera de actuar es brusca?	1	2	3	4	5	N/A
5. Se siente insultado por la manera en que se expresa?	1	2	3	4	5	N/A
6. Siente que le brinda suficiente información sobre su estado de salud actual?	1	2	3	4	5	N/A
7. Considera que su actuar demuestra los conocimientos y competencias clínicas que posee?	1	2	3	4	5	N/A
8. Siente que ella(s) comprende(n) su situación?	1	2	3	4	5	N/A
9. Se siente tratada y valorada como persona?	1	2	3	4	5	N/A
10. Se siente cuidada?	1	2	3	4	5	N/A
11. Encuentra en ella(s) apoyo?	1	2	3	4	5	N/A
12. Siente que están atentas a escucharla?	1	2	3	4	5	N/A
13. Siente que están pendientes de su cuidado?	1	2	3	4	5	N/A
14. Siente que los cuidados que le proporcionan son técnicamente idóneos?	1	2	3	4	5	N/A
15. Percibe que saben de sus sentimientos y los respetan?	1	2	3	4	5	N/A
16. Percibe que su experiencia les conmueve y lo demuestran?	1	2	3	4	5	N/A
17. Considera que son personas que tiene la capacidad de inspirar esperanza?	1	2	3	4	5	N/A
18. Siente que le respetan?	1	2	3	4	5	N/A

\*Kristen M. Swanson. Traducción del Español, autorizado por el autor.

## ANEXO 5: CARTA VALIDADORES

Bogotá, Octubre 23 de 2012

Enfermera

Docente Facultad de Enfermería  
Pontificia Universidad Javeriana

Respetuoso saludo

Reconociendo su trayectoria en el ámbito académico y su profesionalismo en el área investigativa nos dirigimos a usted respetuosamente para solicitar su concepto como experto sobre la traducción, re- traducción y adaptación al medio en relación con la escala de cuidado profesional creada por Kristen Swanson, a fin de que esta sea válida para su uso en el idioma español.

De manera cordial agradecemos la atención prestada.

**María Eugenia Castellanos Ochoa**  
**Profesor Asistente**  
**Facultad de enfermería**  
**Pontificia universidad javeriana**

## ANEXO 6: FORMATO DE VALIDACION DE INSTRUMENTO POR EXPERTO

### FORMATO DE VALIDACION DE INSTRUMENTO POR EXPERTO:

Nombre: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

1. Considera usted que el instrumento es claro.

Si:  No

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Al idioma español la escala se ajusta a la semántica latino americana.

Si:  No

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Teniendo en cuenta la descripción del instrumento la traducción cumple con la intencionalidad del autor.

Si:  No

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. La extensión de los ítems de la escala adecuada.

Si:  No

Observaciones:

---

---

5. El instrumento responde al constructo (percepción)

Si:  No

Observaciones:

---

---

	ES CLARO		PERTINENTE		RELEVANTE		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1. Lo percibe distante emocionalmente.							
2. Siente que su acompañamiento le es reconfortante?							
3. Percibe que su actitud es positiva?							
4. Percibe que su manera de actuar es brusca?							
5. Se siente insultado por la manera en que se expresa?							
6. Siente que le brinda suficiente información sobre su estado de salud actual?							
7. Considera que su actuar demuestra los conocimientos y competencias clínicas que posee?							
8. Siente que ella(s) comprende(n) su situación?							
9. Se siente tratada y valorada como persona?							
10. Se siente cuidada?							

11. Encuentra en ella(s) apoyo?							
12. Siente que están atentas a escucharla?							
13. Siente que están pendientes de su cuidado?							
14. Siente que los cuidados que le proporcionan son técnicamente idóneos?							
15. Percibe que saben de sus sentimientos y los respetan?							
16. Percibe que su experiencia les conmueve y lo demuestran?							
17. Considera que son personas que tiene la capacidad de inspirar esperanza?							
18. Siente que le respetan?							

En forma global considera que los ítem dan respuesta al constructo teórico.

Si:  No

Porque:

---



---

Firma: \_\_\_\_\_

Cedula ciudadanía: \_\_\_\_\_

**ANEXO 7: SOLICITUD DE PERMISO PARA EL USO DE LA ESCALA DE  
CUIDADO PROFESIONAL**

From: swansok@email.unc.edu  
To: jeanwatson@comcast.net; natasuarez\_022@hotmail.com;  
jean@watsoncaringscience.org; kswanson@unc.edu  
Subject: RE: Urgent meeting

Date: Thu, 24 May 2012 17:24:05 +0000

Dear Ms Espitia:

You have my permission to use the scale.

Kristen

**ANEXO 8: SOLICITUD DE PERMISO PARA TRADUCCIÓN DE LA ESCALA DE PERCEPCIÓN DEL CUIDADO PROFESIONAL AL IDIOMA ESPAÑOL**

Date: On Oct 15, 2012, at 5:46 PM

Dear Ms Ochoa:

You have my permission to use the Caring Professional Scale and to translate it for use with Spanish speaking people. If you are asking me to confirm the validity of the Spanish translation I cannot help as I do not speak Spanish.

Kristen M. Swanson, RN, PhD, FAAN

Dean and Alumni Distinguished Professor

University of North Carolina at Chapel Hi

