



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ANTE EL TRATO
HUMANIZADO DE ENFERMERÍA EN UNIDAD DE
HEMODIÁLISIS”**

**T E S I S
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ATENCIÓN AL ADULTO EN ESTADO
CRÍTICO**

**P R E S E N T A
L.E. AVILEZ ARTEAGA GUADALUPE ATENEA**

**DIRECTOR DE TESIS
ME. MA. DEL SOCORRO FAJARDO SANTANA**

Cuernavaca, Mor. Septiembre, 2018

Dedicatoria

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando he estado a punto de caer; por ello, con toda la humildad y fe que de mi corazón puede emanar, agradezco y dedico primeramente a Dios.

Al motor de mi vida Sabine esa personita que me eligió para aprender de ella y esforzarme cada día más para demostrarle que toda lucha vale la pena mientras te haga feliz, mi muza constantemente mi hija.

A mis padres que han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, que siempre estuvieron ahí en los momentos más difíciles para que yo saliera adelante.

A mamá Mary que nunca dejaré de admirar.

A mis hermanas que su apoyo siempre ha estado a mi lado aunque la distancia nos diga lo contrario.

A mi asesora de tesis que en todo momento me apoyo y confió en mí.

“La enfermera recorría los pasillos oscuros iluminando con su lámpara,
es momento de iluminar con trato humanizado los pasillos
cuando por ellos la veamos pasar”.

Atenea Avilez

Contenido

Introducción:	1
Capítulo I. Generalidades	3
1.1 Planteamiento del problema:	3
1.2 Justificación	5
1.3. Objetivos	7
1.3.1. Objetivo general.....	7
1.3.2. Objetivos específicos	7
1.4. Antecedentes	8
1.4.1. Internacional	8
1.4.2 Nacional	11
2.1 El cuidado humanizado	15
2.2. Teórica Jean Watson	17
2.2.1 Teoría del cuidado humano de Jean Watson.....	17
2.2.3 Conceptos de Metaparadigma de enfermería en la teoría del cuidado humano de Jean Watson (1985).....	19
2.2.4 Factores de cuidado.....	21
2.2.5. Conceptos según Jean Watson	25
2.3. Enfermedad Renal Crónica	27
2.3.1. Diagnóstico:	28
2.3.2 Criterios para diagnosticar ERC.....	28
2.3.3. Sospecha diagnóstica de ERCT (Enfermedad Renal Crónica Terminal)	29
2.3.4. Clasificación según la etapa de la enfermedad renal crónica	30
2.3.5. Factores de riesgo:	31
2.3.6. Factores de riesgo de progresión:.....	31
2.3.7. Tratamiento	31
2.3.7.1 Hemodiálisis.....	36
2.3.7.2 Principios de la hemodiálisis	37
2.3.7.3. Estado emocional en los pacientes sometidos a hemodiálisis	38
2.3.7.4 Cuidados de enfermería en pacientes con hemodiálisis.	39
2.4. Marco legal.....	44
2.4.1. Norma Oficial Mexicana	44

2.4.2. Ley 41/2002.	45
2.4.3. Derechos del paciente Renal	51
2.4.4. Deberes:	52
Capítulo III. Metodología.....	53
3.1 Diseño de la investigación.....	53
3.2. Población.	53
3.3. Muestra	53
3.4. Criterios.....	54
3.6. Variables	55
3.7. Instrumento de recolección	58
3.8 Limitaciones:	59
3. 9 Análisis estadístico.....	59
3.10. Consideraciones Éticas.....	59
3.10.1. Decálogo del código de ética de las enfermeras y enfermeros de México .	61
IV. Anexos	64
Anexo 1. Instrumento	64
Anexo 2. Consentimiento informado al paciente	66
Anexo 3 Solicitud de aplicación del instrumento	67
Capitulo V. Referencia Bibliográfica	69

Resumen

Introducción: La esencia de la enfermería siempre será el cuidar, ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo especialmente. Desde este punto de vista, el cuidado no sólo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral. **Objetivo:** Conocer con qué frecuencia percibe el paciente un trato humanizado de enfermería durante su estancia en Unidad de Especialidades Médicas (UNEME) de hemodiálisis Cuernavaca Morelos México (2018). **Metodología:** Estudio transversal cuantitativo descriptivo, se tomará una muestra aleatoria simple con un total de 30 paciente, 15 del turno matutino y 15 del turno vespertino, atendidos en la UNEME de Hemodiálisis Cuernavaca Morelos la recolección de datos se obtendrá mediante un cuestionario con validez y confiabilidad mediante el instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE Clinicountry 3ª versión”, previo consentimiento informado. Las variables a analizar serán “cualidades del hacer de enfermería, apertura de la comunicación enfermera paciente, disposición para la atención”. Los datos serán capturados en el programa Excel y procesados en el programa stata13. **Criterios de inclusión:** Aquellos pacientes en tratamiento de hemodiálisis que deseen participar bajo previo consentimiento firmado, cumpliendo con los siguientes criterios: Pacientes con estado de conciencia alertas, orientados, con idioma español y sin limitaciones visual y auditiva. **Criterios de exclusión:** Pacientes con alteración del estado de conciencia alerta, (somnoliento, estupor, coma) relacionado con deterioro neurológico fisiopatológico o medicamentoso. Pacientes que no acepten su participación bajo consentimiento informado. Con limitación audio visual. **Palabras clave:** Percepción, trato humanizado de enfermería, hemodiálisis, Jean Watson

Summary

Introduction: The essence of nursing will always be caring, to help the patient increase their harmony within their mind, body, and soul, primarily to generate processes of self-knowledge. From this point of view, caring not only requires that the nurse be scientific, academic and clinical but also a humanitarian and moral agent. **Objective:** To know how often the patient perceives a humanized nursing treatment during his or her stay in the Medical Specialties Unit (UNEME) of hemodialysis Cuernavaca Morelos México (2018). **Methodology:** Descriptive quantitative transversal study, a simple random sample will be taken with a total of 30 patients, 15 from the morning shift and 15 from the evening shift, attended in the UNEME Cuernavaca Morelos. Data collection will be obtained through a questionnaire with validity and reliability through the instrument "Perception of Behaviors of Humanized Nursing Care PCHE (Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería) Clinicountry Third version," prior informed consent. The variables to be analyzed will be "qualities of nursing, patient-nurse communication openness, and disposition for care." The data will be captured in the Excel program and processed in the program Stata13. **Inclusion criteria:** Those patients in hemodialysis treatment who wish to participate under prior signed consent, meeting the following criteria: Patients in a state of conscious alertness, oriented, Spanish-language and without visual and auditory restrictions. **Exclusion criteria:** Patients with an altered state of conscious alertness, (drowsy, stupor, coma) related to pathophysiologic neurological deterioration or medication. Patients who do not accept their participation under informed consent. With auditory and visual restrictions. **Keywords:** Perception humanized nursing treatment, hemodialysis, Jean Watson.

Introducción:

La esencia de la enfermería siempre será el cuidar, ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma. Desde este punto de vista, el cuidado no sólo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos.

El cuidado va más allá de la teoría, involucra muchos aspectos propios del ser humano, entre estos encontramos la empatía, responsabilidad, el ser humanitario, la espiritualidad entre otros. Por otra parte existen otros aspectos importantes relacionados a las características antes descritas, como es la vocación por la profesión la cual incluye hacer bien una práctica de enfermería por gusto, porque se siente bien con lo que se hace, la compenetración con la profesión, el dominio teórico práctico, los valores propios del ser humano, los cuales contribuyen a generar un equilibrio y a mantener el respeto por la vida.

Esta investigación se enfoca en evaluar la frecuencia con la que el paciente percibe el trato humanizado de enfermería en la Unidad de Especialidades Médicas (UNEME) de hemodiálisis Cuernavaca Morelos. Con el propósito de obtener información, que será de beneficio a esta unidad y al servicio de calidad para mejorar la atención de enfermería en relación al trato humanizado.

En esta se analizará el planteamiento del problema, el cual se encauza a observar la atención mecanizada y rutinaria que se desarrolla en la unidad de hemodiálisis donde el trato humanizado de enfermería debido a lo antes mencionado corre el riesgo de no percibirse. Es por eso que surge la pregunta ¿Con qué frecuencia percibe el paciente un trato humanizado de enfermería durante la sesión de hemodiálisis?

Para esta investigación se planteará un estudio transversal cuantitativo descriptivo, se tomará una muestra aleatoria simple con un total de 30 paciente, 15 del turno matutino y 15 del turno vespertino, la recolección de datos se obtendrá mediante un cuestionario con validez y confiabilidad, por medio del Instrumento "Percepción de

comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE Clinicountry 3ª versión”, previo consentimiento informado.

El marco teórico se basa en la teoría de Jean Watson “cuidado humanizado”, esta resulta útil, dentro de este estudio porque permite plantear una filosofía de cuidados, un lenguaje teórico propio y una relación entre teoría práctica que revitaliza aspectos perdidos o no visibles de la enfermería. Watson reconoce que el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza. Donde reconoce que el cuidado humano se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. (Watson J. 2016)

Capítulo I. Generalidades

1.1 Planteamiento del problema:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), preocupada por esta situación, explora medidas con las cuales se minimice el abismo entre la formación profesional, el sistema de salud, la tecnología y el trato humanizado. Reto que ha motivado la promulgación de la política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en búsqueda de la protección de los derechos de las personas, a partir del lema: “Trato humanizado a la persona sana y enferma”; este organismo enfatiza que la humanización: “Es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida”. (Arias M. 2007).

Es por ello que se vuelve de suma importancia el trato humanizado en la atención enfermería con ello estaríamos fortaleciendo un cuidado holístico y brindando mayor calidad en nuestro desempeño.

En México estudios han determinado como el trato humanizado se refleja carente en percepción del paciente, poniendo a esto como un reto para la promoción de un cuidado basado en la raíz de la enfermería la vocación, los valores y el trato humanizado.

Durante la práctica clínica de la especialidad atención al adulto en estado crítico, realizada en UNEME de Hemodiálisis Cuernavaca Morelos, visto desde un ángulo no laboral se observa que la atención de enfermería resulta mecanizada y rutinaria corriendo el riesgo de convertirse en una atención deshumanizada.

El manejo diario del procedimiento establecido por protocolo, el cual por turno el personal de enfermería realizan dos veces, demuestra como la relación enfermera paciente toma un papel monótono y esto se observa desde que el paciente ingresa y auto asume su papel ya conocido a desempeñar: Ingresa, se pesa, se lava las manos, se sienta en su reposit; mientras que la enfermera asume su protocolo de atención:

asepsia, monitorización de signos vitales, programación de la máquina conexión, vigilancia estrecha, esto a grandes rasgos.

Es en este contacto que el trato humanizado se puede o no percibir.

Ante esta situación se plantea este problema de investigación con la pregunta: ¿Con qué frecuencia percibe el paciente un trato humanizado de enfermería durante la sesión de hemodiálisis?

“La empatía es algo que nunca deberíamos olvidar y a esto me refiero, el actuar de la manera en que nos gustaría ser tratados si estuviéramos ante una situación así.”

1.2 Justificación

La humanización no es fácil, pues no basta con la voluntad de prestar un servicio, sino que es necesario un replanteamiento conceptual al ejercer las enfermeras el cuidado en un entorno marcado por numerosas exigencias y diversos obstáculos para ofrecer cuidados humanizados. (Guarín, G. 2012)

Mundialmente, la profesión de enfermería, es reconocida como: “Un servicio esencial para la humanidad y constituye un capital humano de suma importancia para el campo de la salud, por su aporte al cuidado del proceso vital humano, por su enlace dinámico entre los sistemas de salud y por su contribución al logro de mejores condiciones de vida y bienestar de las personas”. (Arias, M. 2007)

El cuidado es una actividad que concierne a todos los profesionales de la salud, sin embargo la enfermería, como profesión, es la que destina más esfuerzo, tiempo y dedicación a los cuidados. Es así que las teorías de enfermería que se han desarrollado en las últimas décadas han reconocido la importancia de los cuidados para comprender los fundamentos y sus componentes teóricos lo que permite, claramente, dar un sentido coherente y consistente a la profesión como una ciencia humana. (Raile, M. 2011)

Los cuidados en nuestra cultura y tiempos actuales necesitan una fuerte reconsideración hacia la humanización de la salud, en la que los cuidados se sitúan ética y profesionalmente, como parte de la disciplina de enfermería. (Martínez, M. 2015)

Este estudio tiene la finalidad de identificar cómo los pacientes en la unidad de hemodiálisis están percibiendo el trato humanizado de enfermería, enfocado a este tipo de paciente porque son seres humanos con una patología crónico degenerativa en la cual ya requieren de un tratamiento de sustitución renal para poder seguir con vida, son pacientes que tienen que realizar un cambio en su estilo de vida totalmente, donde el duelo constantemente los acompaña, eso involucra vulnerabilidad en los sentimientos y emociones.

Es importante saber como ellos perciben el trato con ese personal de enfermería que a simple vista son desconocidos, pero si se analiza se vuelven parte fundamental

de su vida, ya que son las personas con las que conviven a la semana 3 veces durante 9 horas promedio, durante el resto de su vida.

El ser humano socialmente elige su compañía, sus amistades, su familia, se relaciona en base a que persiguen un mismo objetivo los cuales pueden ser gustos musicales, religiosos, académicos, aquello que los mantiene en común unidos. Pero cuando la enfermedad es la que los orilla a un nuevo grupo social, el cual no se eligió por satisfacción si no por necesidad, experimentan un cambio emocional, físico y social.

La esencia de la enfermería siempre será el cuidar del ser sano o enfermo, esta vinculación de ver las necesidades de nuestro paciente se convierte con el tiempo en un ejercicio instintivo, pero a su vez también puede caer en la cotidianidad y la costumbre, más cuando los pacientes son de la misma patología.

La realización de este proyecto tiene un aspecto práctico del cual se pretende beneficiar a la unidad de hemodiálisis UNEME Morelos para conocer la frecuencia del trato humanizado que está brindando su personal enfermería, con estos resultados entregados al jefe de enfermería de la unidad conjunto al área de calidad se podrán implementar estrategias que favorezcan o mejoren este aspecto en el trato humanizado de enfermería, logrando de esta manera el reconocimiento a la profesión por parte de la sociedad, además se espera que sea un referente para investigaciones futura.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Identificar con qué frecuencia percibe el paciente un trato humanizado de enfermería durante su estancia en la unidad de hemodiálisis.

1.3.2. Objetivos específicos

- Seleccionar los pacientes con base a la muestra y los criterios de inclusión y exclusión.
- Aplicar el cuestionario validado previo consentimiento informado.
- Realizar el procesamiento de datos por medio del programa Excel y Stata.
- Obtener resultados y conclusión

1.4. Antecedentes

1.4.1. Internacional

En Junio del 2017, en Lima Perú se realizó un estudio “La percepción del paciente con tratamiento de hemodiálisis sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza”. De enfoque cuantitativo, tipo descriptivo de corte transversal, la población de 60 pacientes con tratamiento de hemodiálisis, la muestra de 40 seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia que reunieron criterios de inclusión y exclusión; el instrumento fue PCHE modificado, fue sometido a pruebas de validez y confiabilidad. (Mili S. 2017)

Mediante este estudio se demostró que la percepción del paciente con tratamiento de hemodiálisis sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza es desfavorable con un mayor porcentaje arrojado, donde se tomo en cuenta las variables, promoción y aceptación de los sentimientos del paciente, relación de ayuda confianza, provisión de un entorno de apoyo y protección, infundir fe y esperanza, promoción de la enseñanza - aprendizaje interpersonal. Mediante este estudio en Perú cobra sentido la importancia de evaluar el trato humanizado del personal de enfermería, tan simple como detectar si está o no presente en su labor. (Mili, S. 2017)

Rodríguez Fernández, Ada Mercedes. En Lima Perú en el 2014, realizó un estudio titulado “Percepción del paciente ambulatorio en terapia de hemodiálisis sobre el cuidado humanizado de la enfermera en una institución de salud”.

Rodríguez Mercedes determino la percepción del paciente ambulatorio en terapia de hemodiálisis sobre las características del cuidado humanizado de la enfermera en una institución de salud en el año 2014; Identificó la percepción del paciente ambulatorio en terapia de hemodiálisis sobre el cuidado humanizado de la enfermera en la dimensión actitud empática. Identificó la percepción del paciente ambulatorio en terapia de hemodiálisis sobre el cuidado humanizado de la enfermera en la dimensión cordialidad en el trato, la percepción del paciente ambulatorio en terapia de hemodiálisis sobre el cuidado humanizado en la dimensión autenticidad. (Rodríguez, F. 2014)

Este fue un trabajo de tipo cuantitativo, nivel aplicativo y método descriptivo de corte transversal, pues lo datos obtenidos se obtuvieron en un tiempo y espacio determinado.

El nivel de percepción del paciente ambulatorio en terapia de hemodiálisis sobre el cuidado humanizado de la enfermera dio como resultado en las encuestas como medianamente favorable 55.9%, favorable 38.2% y como medianamente desfavorable 5.9% y como desfavorable 0%. (Rodríguez, F. 2014)

En la dimensión de actitud empática, en la encuestas dio el resultado como medianamente favorable 50%, como favorable un 47%, medianamente desfavorable 1% y como desfavorable 0%. En la dimensión de cordialidad en el trato arrojó como resultado favorable 50%, como medianamente favorable 41.2%, como medianamente desfavorable 8.8% y desfavorable 0%. En la dimensión autenticidad arrojó como resultado favorable 52.9%, como medianamente favorable 44.1%, como medianamente desfavorable 3% y desfavorable 0%. (Rodríguez, F. 2014)

“La percepción sobre las características del cuidado humanizado de la enfermera, fue medianamente favorable, demostrando que el cuidado que brinda la enfermera puede ser mejorado y enmarcarse en ayudar al paciente a aumentar su armonía entre cuerpo, alma y mente, como un proceso interpersonal, intersubjetivo y transpersonal,

basada en la relación de ayuda, más que aplicar conocimientos de forma clínica. (Rodríguez, F. 2014)

En el indicador de comprensión de su estado emocional, de la dimensión actitud empática; muestra que la enfermera debe brindar más seguridad al paciente para que pueda expresar sus sentimientos y dar confianza para que la puedan llamar, ya que perciben estas características del cuidado como medianamente favorable.

En la dimensión cordialidad en el trato, fue calificada como favorable, lo cual hace que el paciente sienta confianza en expresar sus sentimientos para que así pueda potenciar su autonomía y promueva su autoayuda. En la dimensión, actitud empática, que fue calificada en su mayor porcentaje como medianamente favorable, indicando que puede llegar a mejorar ciertos aspectos, siendo capaz de detectar, sentir y expresar de forma semejante los sentimientos que el paciente experimenta, para que su cuidado pueda ser favorable”. (Rodríguez, F. 2014)

Otro estudio realizado en Lima Perú fue “Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado del equipo de enfermería de centro quirúrgico de la clínica internacional sede San Borja”, el cual se identificó la percepción en apoyo emocional, proactividad, características de la enfermera y priorizar al ser cuidado. El estudio fue de nivel aplicativo, de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal la población estuvo constituida por 82 pacientes de la clínica internacional sede San Borja.

La técnica fue la entrevista y el instrumento escala de Likert, considerando consentimiento informado.

En este estudio se determinó que la mayoría de los pacientes tiene una percepción medianamente favorable sobre el cuidado humanizado del equipo de enfermería en el servicio de sala de operaciones; y en las dimensiones descritas hay una percepción favorable y medianamente favorable (Inca, M.R. 2017).

Romero Massa Elizabeth, Contreras Méndez Imelda, Pérez Pájaro Yanileth, Moncada Anny, Jiménez Zamora Verónica, en Cartagena, el 2013 realizó un estudio titulado “Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados”. Se determino la percepción de cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados.

El Método de estudio fue descriptivo transversal. Participaron 132 pacientes hospitalizados en una institución de salud pública. La recolección de la información se realizó mediante una encuesta sociodemográfica y e instrumento PCHE.

“Los pacientes hospitalizados, experimentaron excelente y buena percepción del cuidado humanizado brindado por enfermeras, especialmente frente a priorizar el cuidado, dar apoyo emocional, características de la enfermera y sus cualidades del hacer y disponibilidad para la atención”. (Romero, M. 2013)

1.4.2 Nacional

Karen Ivette Segura Granados en la ciudad de México realiza la investigación en el 2014 titulada “Percepción del cuidado de enfermería en el paciente adulto”.

Ésta investigación con un diseño de tipo cualitativa, de método fenomenológico y para la recolección de datos se utilizó la técnica de la entrevista a profundidad con una guía de preguntas biográficas, demográficas y de percepción para obtener la esencia del objeto de estudio. El análisis de datos se llevó a cabo a través de lo propuesto por S.J Taylor y R. Bogdan

Dentro de sus conclusiones destaca que en las experiencias que los informantes mostraron, dieron pauta para que fueran organizadas e interpretadas llegando a encontrar un punto de coincidencia entre los participantes y los autores en sus respectivas entrevistas acerca del cuidado, donde expresan lo siguiente:

1. “El cuidado brindado a los pacientes fue eficaz durante su estancia hospitalaria, aunque como en todo, está la contraparte y también han aceptado que en

ocasiones el cuidado no ha sido del todo bueno, pero le restan importancia a esto porque para ellas (os) lo más importante es rescatar el buen trabajo.” (Segura, K. 2014)

2. El trato digno, se desglosó en adecuado e inadecuado, obteniendo en dos de los participantes un trato digno adecuado, mientras que en el otro participante fue inadecuado. Es importante tener en cuenta que la profesionista de enfermería desempeña un papel importante mientras ellos se encuentran fuera de su entorno familiar y social, al adentrarse a un ambiente en común como lo es la estancia hospitalaria. Y para lograr ofrecer el trato digno es necesaria una cercanía con habilidad, amabilidad, seguridad, respeto, direcciona el sentir a una constante confianza y libertad para aclarar dudas, expresar sentimientos y externar actividades de la vida diaria que desean y requieren cubrir. (Segura, K. 2014)

3. Las actitudes profesionales en cuanto a la humanización y deshumanización fueron mencionadas indirectamente, encontrando que se da de acuerdo al momento en el que se desarrolle alguna actividad pues algunos pacientes mencionaron que tiene mucho que ver con el humor que tenga en ese momento el personal, pues pueden ser bromistas y buenos o estar molestos y regañarlos. Por ello tendremos que aprender día con día a demostrar la paciencia, la flexibilidad, la comprensión, el conocimiento y la praxis fundamentada ayudando tanto al paciente como al equipo multidisciplinario que nos rodea. Por lo que se debe reforzar la atención brindada para convertir al personal no sólo en profesionistas, si no en profesionales. Y seguir siendo reconocidos siempre por un buen trabajo. (Segura, K. 2014)

4. En cuanto al apoyo emocional, la seguridad o inseguridad que sienten por parte del personal de enfermería Los participantes refieren “se sienten seguros y tranquilos, apoyados emocionalmente al momento de ser cuidados.” Así que se debe continuar teniendo presentes las cuatro esferas biopsicosociales de la persona, ya que siempre serán relevantes en la atención de cuidados depende el equilibrio de ellas pues es conocido que mantener la salud no sólo es un aspecto biológico. (Segura, K. 2014)

Enfermera refirió en su entrevista “Es impresionante ver el cambio y darnos cuenta que nuestra profesión no es algo estático sino continuo que se va modificando en torno

al cuidado de los que nos necesitan y de acuerdo a las deficiencias de nuestra época las cuales no son iguales a las que se enfrentaron nuestras antecesoras.” (Segura, K. 2014)

“Dedicar más tiempo a dialogar con nuestros colegas, para enseñar y aprender es una buena manera de mejorar el cuidado que brindamos, pues se ha considerado que una de las mayores fortalezas de la profesión de enfermería es el deseo y la decisión por establecerse como una disciplina respetable desde la vista científica.” (Segura, K. 2014)

En San Cristóbal de las Casas Chiapas en el 2013 Carmen Domínguez Aguilar realizó el ensayo “Riesgo de deshumanización en el servicio de urgencias adulto del Hospital de las Culturas”

En éste plantea el análisis del cuidado que es entregado por las enfermeras en los diferentes ámbitos del desarrollo profesional, en el Hospital de las culturas de San Cristóbal de las Casas; Chiapas ubicado en Boulevard Javier López Moreno; Barrio de Fátima S/N; donde abarcaremos el valor del cuidado humanizado para la enfermería y cómo ésta se visualiza por parte del personal en especial en el servicio de urgencias. (Domínguez, C. 2013)

El cuidado humanizado es algo que aún se desconoce por parte del personal de enfermería en las diferentes áreas o servicios del hospital de las culturas; por lo que es importante trabajar arduamente con toda la institución independientemente de que algunos lo practiquen con sus usuarios para reforzar el humanismo que para muchos lo han perdido y otros están en riesgo de hacerlo. (Domínguez, C. 2013)

Enfocándose con los jefes y supervisores de cada área para proporcionar sesiones que motiven al personal de enfermería con temas interesantes que llamen la atención sobre los cuidados humanizados; y recuerden los valores que una enfermera(o) debe tener con igualdad en todos los usuarios; que día a día demandan el servicio de urgencias, brindándoles atención con calidad, eficiencia, motivar la reflexión y discusión entre los profesionales de enfermería sobre el tema de la humanización y su relación con su quehacer cotidiano, como es el cuidar, sin olvidar los estándares e indicadores

de calidad como lo es el trato digno que debe tener nuestros usuarios atendidos en esta institución. (Domínguez, C. 2013)

En Veracruz se realizó el estudio “Percepción de auto eficacia del cuidado humanizado que otorgan las enfermeras al paciente de cuidados intensivos” 2015 por María Martínez.

Esta investigación fue de tipo cuantitativa, realizada a licenciadas en enfermería y enfermeras especialistas en terapia intensiva, describió la percepción de auto eficacia del cuidado humanizado que otorgan las enfermeras a los pacientes hospitalizados en cuidados intensivos del hospital centro de especialidades médicas Dr. Rafael Lucio en Xalapa Veracruz, la muestra estuvo conformada por 15 enfermeras(os) que accedieron al estudio divididas en turnos matutino, vespertino y nocturno, la recolección de datos se obtuvo con 2 instrumentos uno que medía las variables socio demográficas y el otro con modificaciones en algunos ítems el “Caring Efficacy Scale”, desarrollado por Carolie Coates en 1992 que se basa en la teoría transpersonal del cuidado humano de Jean Watson. (Martínez, M. 2015)

“Las enfermeras especialistas perciben más el cuidado humanizado que las licenciadas en enfermería. Los factores de cuidado con indicadores bajos de acuerdo a la teoría de Watson fueron los siguientes: Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás, desarrollo de una relación de ayuda confianza, promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos, uso sistemática del método de resolución de problemas para la toma de decisiones.” (Martínez, M. 2015)

Por lo anterior se sugiere un trabajo constante y esforzado de las enfermeras a fin de aumentar la percepción de cuidado humanizado. Finalmente, se puede resumir que los resultados de percepción de auto eficacia del cuidado humanizado son aún insatisfactorios encontrando percepciones ligeras de cuidado humanizado. (Martínez, M. 2015)

Capítulo II. Marco Teórico

La enfermera en su labor diaria asiste al ser humano sano o enfermo mediante la ejecución de acciones que favorecen a la salud y su restablecimiento. La enfermera tiene la capacidad de observar, escuchar, apreciar, valorar, monitorizar, planear y ejecutar, es decir brindar cuidado es la esencia de la práctica de enfermería; mediante un plan que favorezca la satisfacción de las necesidades del paciente basado en los recursos científicos, humanos y físicos disponibles, la profesionalización de este arte se plasma en lo que conocemos como proceso atención enfermería.

Esta capacidad de detectar necesidades e intervenciones se vuelve un ejercicio diario a cumplir en base a una formación previamente teórica y académica.

2.1 El cuidado humanizado

Representa una guía iluminadora y el apoyo a la práctica por su beneficio en cultivar una conciencia de cuidados, y el establecimiento de una relación terapéutica fuerte y sostenible; por lo que el cuidado representa el quehacer de enfermería, basado en valores humanísticos con el fin de satisfacer las necesidades de los pacientes y mejorar su calidad de vida. (Guerrero, R. 2015)

El cuidado humanizado enfocado al mundo sanitario, se refiere al profesional de enfermería en todo lo que realiza para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los ámbitos físicos, emotivo, social y espiritual. Algunos de los elementos que permiten humanizar los cuidados se enfocan hacia el desarrollo de un proceso de cuidado familiar, continuo, generador de vida, seguro para el paciente, culturalmente aceptable, con aplicación de tecnología, con toque humano y fundamentalmente centrado en la persona. (Guerrero, R. 2015)

El cuidado humano implica valores, deseo y compromiso de cuidar, conocimiento, acciones de cuidar y consecuencias. Se debe saber quién es el otro, sus necesidades, limitaciones y fortalezas, que conducen a su crecimiento. (Guerrero, R. 2015)

Percepción

Deriva del latín *perceptio* y describe tanto a la acción como a la consecuencia de percibir, tener la capacidad para recibir mediante los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas o comprender y conocer algo. (Pérez, J. 2012)

Para la psicología, la percepción consiste en una función que le posibilita al organismo recibir, procesar e interpretar la información que llega desde el exterior valiéndose de los sentidos.

El término comenzó a captar la atención de los estudios durante el siglo XIX. Los primeros modelos vinculaban la magnitud de un estímulo físico con la del episodio percibido posibilitaron la aparición de la denominada psicofísica. (Pérez, J. 2012)

Una sensación es una experiencia que se vive a partir de un estímulo; es la respuesta clara a un hecho captado a través de los sentidos. Una percepción, por su parte es la interpretación de una sensación. Aquellos que es captado por los sentidos adquiere un significado y es clasificado en el cerebro. Suele decirse que la sensación es lo que precede a la percepción. (Pérez, J. 2012)

Percepción de cuidado

Es definida según Watson “como el proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado”

2.2. Teórica Jean Watson

Margaret Jean Watson, nació en los Estados Unidos de Norteamérica en 1940, es licenciada en enfermería con una maestría de enfermería en salud mental y Psiquiatría, y posteriormente realiza un doctorado en psicología de la educación y consejería. En 1979, Watson publica su primer libro titulado “Enfermería: The philosophy and science of caring” (La filosofía y ciencia de los cuidados), en el que expone su teoría, la que en sus palabras: “Emergió desde mi inquietud por otorgar un nuevo significado y dignidad al mundo de la enfermería y al cuidado de los pacientes”. (Izquierdo, E. 2015).

Posteriormente, Watson corregirá y complementará el sentido original de su teoría, estructurando los diez factores caritativos por el de proceso “caritas” o proceso de cuidar que fueron expuestos en su libro titulado “Nursing: Human science and human care”. (Enfermería: ciencia y cuidados humanos). En este libro, afirma que expande los aspectos filosóficos y transpersonales del “momento de cuidados” como el eje de su marco de referencia y hace más evidente los aspectos éticos, del arte y los espirituales metafísicos. Impregnada en el pensamiento postmoderno, Watson publica su libro: *Postmodern nursing and beyond* (Enfermería posmoderna y otros enfoques) en el año 1999. (Izquierdo, E. 2015).

2.2.1 Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

La teoría del cuidado humano se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. Su teoría tiene un enfoque filosófico (existencial fenomenológico), con base espiritual, cuidado como un ideal moral, y ético de la enfermería. (Guerrero, R. 2015)

La filosofía De Jean Watson sostiene que el cuidado humano comprende; un compromiso moral proteger y realzar la dignidad humana; va más allá de una evaluación médica, la experiencia, percepción y la conexión: Mostrando interés profundo a la persona. El cuidado humanizado requiere de un compromiso moral por parte de los profesionales de salud, el cual requiere cada individuo, sea sano o enfermo, para mejorar su calidad de vida, inmerso en la educación en cada cuidado

brindado, y de esta manera elevar la percepción de los pacientes en relación al cuidado humanizado.(Guerrero, R. 2015)

Premisa 1. “El cuidado y la enfermería han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes. (Mili, M. 2017)

Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera persona y paciente persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol. (Mili, M. 2017)

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado. (Mili, M. 2017)

2.2.3 Conceptos de metaparadigma de enfermería en la teoría del cuidado humano de Jean Watson (1985)

Persona: Watson considera a la persona como “un ser en el mundo”; como una unidad de mente, cuerpo y espíritu, que experimenta es el sujeto de cuidado de enfermería.

Medio ambiente: Es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad pasado, presente y futuro imaginado.

Salud: De acuerdo con Watson (1985), la salud tiene que ver con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)”, asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.

Dolencia: No es necesariamente enfermedad es una confusión o desarmonía subjetiva en el yo interior o el alma de una persona en cierto nivel de desarmonía en las esferas de las personas como cuerpo, mente, alma de forma consciente o inconsciente.

Enfermería: Está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. Para Watson (1985) La enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante a como la otra persona los experimenta.

Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la autocuración.

Watson privilegia el enfoque humanístico, atendiendo el individuo biopsicosocial, espiritual y sociocultural, y señala que el objetivo de la enfermería es ayudar a las personas a alcanzar el más alto grado de armonía entre mente, cuerpo y alma. Para Watson, el foco principal de la enfermería está en diez factores de cuidado derivados de

una perspectiva humanista, combinada con una base de conocimientos científicos.
(Nascimento, K. 2009)



Metaparadigma de Jean Watson

2.2.4 Factores de cuidado

- **Formación de un sistema de valores humanístico altruista de valores.** Este factor se puede definir como la satisfacción a través de la donación y ampliación del sentido del Yo o del uno mismo.
 - **Proceso caritas** “ practica de la amabilidad amorosa y de la ecuanimidad dentro del contexto de la conciencia del cuidado” (Raile, M. 2015)

- **Infundir fe esperanza.** Este elemento facilita la promoción de una asistencia de enfermería holística, y potencia la salud entre los pacientes, a la vez que describe el papel de la enfermera en el desarrollo de unas interrelaciones eficaces con el paciente y en la promoción del bienestar ayudando al paciente a adoptar conductas de búsqueda de la salud.
 - **Proceso caritas** “Estar auténticamente presente, permitir y mantener un sistema de creencias profundo y apoyar el mundo subjetivo de uno mismo” (Raile, M. 2015)

- **Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás.** La identificación de los sentimientos conduce a la actualización de uno mismo mediante la autoaceptación de la enfermera y del paciente. Las enfermeras, al reconocer su sensibilidad y sus sentimientos se vuelven más genuinas, auténticas y sensibles hacia los demás.
 - **Proceso caritas** “El cultivo de las propias prácticas espirituales y del yo transpersonal más allá del ego” (Raile, M. 2015)

- **Desarrollo de una relación de ayuda confianza.** Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica

coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz. La coherencia conlleva ser real, honesto, genuino y auténtico.

- **Proceso caritas** “Desarrollar y apoyar una auténtica relación de cuidado de apoyo – confianza” (Raile, M. 2015)

- **Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos.** La enfermera tiene que estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, reconociendo que la comprensión intelectual y la comprensión emocional de una situación son diferentes.
 - **Proceso caritas** “Estar presente y apoyar la relación de sentimientos positivos y negativos como conexión con el espíritu más profundo, con uno mismo y con aquel de quien se debe cuidar” (Raile, M. 2015)

- **Utilización sistemática del método de resolución de problemas para la toma de decisiones.** La utilización del proceso de enfermería conlleva un planteamiento científico de la resolución de los problemas de la asistencia de enfermería, disipando la imagen tradicional de las enfermeras como “criadas de los médicos”. El proceso de enfermería es similar al de investigación, en cuanto es sistemático y organizado. (Izquierdo, E. 2015).
 - **Proceso caritas** “ Uso creativo de las propias y de todas las vías de conocimiento, como parte del proceso de cuidado; participar en el arte de las prácticas de curación-cuidado” (Raile, M. 2015)

- **Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal.** Éste es un concepto importante de la enfermería, dado que separa la asistencia de la curación. Permite informar al paciente y derivar hacia éste la responsabilidad sobre su salud y bienestar. La enfermera facilita este proceso con técnicas de enseñanza aprendizaje, diseñadas para permitir que el paciente consiga el autocuidado,

determine sus necesidades personales y adquiera la capacidad de desarrollarse personalmente.

- **Proceso caritas** “Participar en una experiencia autentica de enseñanza aprendizaje que asista a la unidad del ser significado, intentando mantenerse dentro del marco de referencia de otros”. (Raile, M. 2015)
- **Provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o corrección mental, física, sociocultural y espiritual.** La enfermera debe reconocer la influencia que tienen los factores internos y externos en la salud y la enfermedad de los individuos. El bienestar mental y espiritual y los planteamientos socioculturales son conceptos importantes para el entorno interior del individuo. Además de las epidemiológicas, las variables externas incluyen el confort, la intimidad, la seguridad y los ambientes limpios y estéticos.
 - **Proceso caritas** “Crear un entorno de curación a todos los niveles, entorno físico, no físico, energía y conciencia allí donde lo saludable, la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz se potencien”. (Raile, M. 2015)
- **Asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas.** La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes deben satisfacer las necesidades de orden inferior antes de intentar satisfacer las de orden superior. La alimentación, las eliminaciones y la ventilación son ejemplos de necesidades biofísicas de orden inferior, mientras que la actividad/ inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de orden inferior. La realización de la persona y las relaciones interpersonales son necesidades psicosociales de orden superior. La autorrealización es una necesidad intrapersonal – interpersonal de orden superior. (Esther Izquierdo, 2015).

- **Proceso caritas** “Ayudar con las necesidades básicas con una conciencia de cuidado deliberada, administrando “cuidados humanos esenciales” que potencien la alineación de la mente -cuerpo – espíritu, salud y unidad del ser en todos los aspectos del cuidado”. (Raile, M. 2015)

- **Tolerancia con las fuerzas fenomenológicas.** La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayudan a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencialista es una ciencia de la existencia humana que utiliza el análisis fenomenológico. Watson opinó que este elemento es difícil de entender. Se incluye para proporcionar una experiencia motivadora del pensamiento que conduzca a una mejor comprensión de nosotros mismos y de los demás. (Esther Izquierdo, 2015).

- **Proceso caritas** “Abrirse y atender a las dimensiones espiritual, misteriosa y existencial de la propia vida-muerte; cuidar el alma de uno mismo y de quien debe recibir el cuidado”. (Raile, M. 2015)

2.2.5. Conceptos según Jean Watson

Interacción enfermera – paciente

Para enfermería su “ideal moral es el cuidado, protección y preservación de la dignidad”, la enfermera cuando brinda cuidados lo debe realizar con valores, compromiso, voluntad, conocimiento. (Rivera, L. 2007)

Campo fenomenológico

El cuidado comienza en el momento que se ingresa al “campo fenomenológico” situación intrínseca formada en general por las vivencias de la persona y responde a la condición de la persona. (Rivera, L. 2007)

Relación de cuidado transpersonal

El cuidado de enfermería es “transpersonal” cuando se unen de manera espiritual dos personas que repercuten “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. Permitiendo ingresar al “campo fenomenológico del otro”. (Rivera, L. 2007)

Momento de cuidado

Este momento es creado, es una ocasión en que la enfermera y el paciente están en un punto de espacio y tiempo, este momento accede al descubrimiento de la persona misma. (Rivera, L. 2007)

2.2.6. Watson y los valores del cuidado humano.

- El cuidado y el amor son lo más universal, lo más misterioso de las fuerzas cósmicas, ellos abarcan la energía psíquica y universal.
- La asistencia y el amor, con frecuencia subestimados, son las piedras angulares de nuestra humanidad. La cobertura de estas necesidades satisfacen nuestra humanidad.
- Desde que enfermería es una profesión que cuida, sus habilidades para mantener el ideal y la ideología del cuidado en la práctica profesional afectará el desarrollo de la civilización y determinará la contribución de la enfermería a la sociedad.
- En principio debemos amar y cuidar nuestros propios comportamientos y tratarnos con delicadeza y dignidad antes de brindar cuidado a otros con delicadeza y dignidad. El cuidado a nosotros mismos es un paso previo al cuidado a los demás.
- Tradicionalmente la enfermería ha mantenido una postura de cuidado humano y atención hacia las personas en los asuntos relacionados con la salud y la enfermedad.
- El cuidado es el único centro de atención del ejercicio profesional de la enfermería es la esencia de la enfermería.
- El cuidado humano, tanto individual como grupal, progresivamente ha tenido menos énfasis en el sistema sanitario.
- Los fundamentos de la asistencia de enfermería han sido sublimados por los avances tecnológicos y por los obstáculos institucionales.
- Una cuestión trascendental para la enfermería actual y futura es la preservación y evolución del cuidado humano.
- El cuidado humano puede ser efectivamente demostrado y practicado a través de las relaciones interpersonales. Los procesos humanos intersubjetivos mantienen vivo un sentir común de humanidad, la identificación de sí mismo con los otros.

- Las contribuciones sociales, morales y científicas de la enfermería a la humanidad y a la sociedad residen en los compromisos con los ideales humanos en la teoría, la práctica y la investigación. (Watson J, 2016)

2.3. Enfermedad Renal Crónica

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) o Insuficiencia Renal Crónica (IRC) se define como la pérdida progresiva, generalmente irreversible, de la tasa de filtración glomerular que se traduce en un conjunto de síntomas y signos, denominado uremia y que en su estadio terminal es incompatible con la vida. (Barrios, J. 2016)

La insuficiencia renal crónica es un problema de Salud Pública a nivel mundial, el número de pacientes se viene incrementando tanto en países desarrollados como en desarrollo. Como consecuencia cada vez es mayor la necesidad de recurrir a procedimientos de diálisis, hemodiálisis y/o trasplante renal y por lo tanto se incrementa progresivamente el costo de atención. (Barrios, J. 2016)

La ERC constituye actualmente un problema de salud pública a nivel mundial. La incidencia y prevalencia de la misma ha aumentado en las últimas 3 décadas, así como los costos derivados de su tratamiento. Ésta afecta el estado de salud, emocional, económico y social de las personas ya que al ingresar a los programas de terapia de reemplazo renal; se ven obligados a someterse a un estricto tratamiento, teniendo que modificar su vida social, dieta, restricción de líquidos, técnicas dolorosas, muchas veces la pérdida de esperanzas de trasplantes renales y en muchos casos el abandono familiar afectan notablemente disminuyendo la colaboración con respecto al tratamiento, lo que conduce de que algunos pacientes adquieran conductas negativas a la diálisis. (Barrios, J. 2016)

En el año 2002, la publicación de las guías K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative) por parte de la National Kidney Foundation (NKF) sobre definición, evaluación y clasificación de la ERC supuso un paso importante en el reconocimiento

de su importancia. Se promovió por primera vez una clasificación basada en estadios de severidad y se definió como una tasa de filtrado glomerular inferior a 60 mL/min/1,73 m² o daño renal durante al menos tres meses. Siendo el daño renal la presencia de anormalidades estructurales o funcionales del riñón, que puedan provocar potencialmente un descenso de la tasa de filtrado glomerular. (Guías de práctica clínica SNS. 2016).

Posteriormente, en 2012, el grupo de trabajo en ERC de las guías Kidney Disease: Improving Global Outcomes, (KDIGO) añadió en la definición y la clasificación, la evaluación de las causas y de la albuminuria respectivamente, debido a que estos dos factores pueden afectar directamente al pronóstico y a la elección del tratamiento. Las causas principales de ERC en países desarrollados son la diabetes y la hipertensión, mientras que en países en vías de desarrollo son principalmente las causas de tipo infeccioso, tóxico o desconocido. (Guías de práctica clínica SNS. 2016).

2.3.1. Diagnóstico:

El diagnóstico de ERC se establece basado en la presencia de daño renal y la velocidad de filtración glomerular (VFG), independiente de la etiología.

2.3.2 Criterios para diagnosticar ERC

Estos son basados en la VFG < 60 mL/min/1.73 m² , y/o un daño renal, definido por alguno de los siguientes hallazgos: como es la alteraciones urinarias presencia de albuminuria y/o microhematuria, anormalidades estructurales anatómicas renales, enfermedad renal probada histológicamente por una biopsia renal positiva, estos criterios definen ERC independiente de su causa y deben estar presentes por más de 3 meses. (Comisión enfermedad renal crónica ,2017).

2.3.3. Sospecha diagnóstica de ERCT (Enfermedad Renal Crónica Terminal)

Debe plantearse en pacientes con antecedentes clínicos de morbilidad, diabetes e hipertensión arterial, su grado severidad, complicaciones, riesgo de pérdida de función renal y enfermedad cardiovascular. En niños, los antecedentes nefrourológicos tales como malformaciones congénitas, asociadas a Infección Urinaria. (Comisión enfermedad renal crónica ,2017).

2.3.4. Clasificación según la etapa de la enfermedad renal crónica

KDIGO 2012 Filtrado glomerular Categoría, descripción y rangos (ml/min/1.73m ²)			Albuminuria Categorías, descripción y rangos		
			A1	A2	A3
			Normal a ligeramente elevada	Aumento moderado	Aumento grave
			<30mg/g <3mg/mmol	30-299mg/g 2-29mg/mmol	≥300mg/g ≥30mg/mmol
G1	Normal o elevado	≥90			
G2	Ligeramente disminuido	60-89			
G3a	Ligera a moderadamente disminuido	45-59			
G3b	Moderado a gravemente disminuido	30-44			
G4	Gravemente disminuido	15-29			
G5	Fallo renal	<15			

International Society Nefrology. (2017). Clinical Practice Guideline Update For The Diagnostis, Evaluation, Prevention, And Treatment of Chronic Kidney Disease–Mineral And Bone Disorder (CKD-MBD). KDIGO, vol.7, 8

- El riesgo menor corresponde al color verde categoría de “bajo riesgo” y si no hay datos de lesión renal no se puede catalogar ni siquiera como ERC.
- Color amarillo riesgo “moderadamente aumentado”.
- Naranja “alto riesgo” y rojo “muy alto riesgo”, que expresan riesgos crecientes para los eventos mencionados. (International Society Nefrology. 2017).

2.3.5. Factores de riesgo:

Estos se relacionan con enfermedades crónicas degenerativas tales como son la diabetes, hipertensión arterial (HTA) y/o enfermedad cardiovascular, antecedentes con historia de enfermedad renal en familiares de 1er grado los cuales son padre, madre, hermanos o hijos, presencia de antecedentes patológicos personales de tipo nefrourológica como son las infección urinaria alta recurrente, obstrucción por neoplasias y cálculos urinarios. (Comisión Enfermedad Renal Crónica ,2017).

2.3.6. Factores de riesgo de progresión:

Estos se verán reflejados como las patologías crónico degenerativas en estadio descompensado, tales son la HTA, hipotensión. Paciente en algún tipo de estado de choque. Dentro de patologías metabólicas se ubicará la diabetes Mellitus descompensada con hiperglucemias o hipoglucemias, cetoacidosis diabética, se relacionaran también agentes nefrotóxicos como uso indebido de medicamentos, drogas sintéticas, herbolarias o intoxicaciones por cuerpo fosforados, se asociarán también las enfermedades hepáticas como es la falla hepática fulminante. Dentro de las cardiovasculares la dislipidemia, será un factor de riesgo progresivo. (Comisión Enfermedad Renal crónica ,2017).

2.3.7. Tratamiento y prevención

El manejo de la ERC consiste en 7 puntos principales: tratar las causas específicas de la enfermedad renal, identificar y resolver las causas reversibles de daño renal, tratar los factores de progresión, manejar y controla los factores de riesgo cardiovascular, evitar los nefrotóxicos, tratar las complicaciones urémicas y preparar al paciente para alguna técnica de sustitución renal (diálisis, hemodiálisis o trasplante) si corresponde. (B. Orozco, 2010)

Independiente de la causa de base y los otros factores fisiopatológicos involucrados, el manejo preventivo de la ERC ya instalada está enfocado en retardar o detener su tasa de progresión y prevenir los eventos cardiovasculares.

Tratamiento en la ERC no diabética

El tratamiento de la HTA es muy importante para lograr reducir la progresión de la ERC y reducir los eventos cardiovasculares. Estudios observacionales han mostrado un mayor riesgo de progresión si la presión arterial es mayor de 130/80 mm Hg.

Los fármacos mejor estudiados en retardar la progresión de la ERC son los inhibidores de la enzima de conversión (IECA). Su efectividad ha sido probada en el subgrupo de pacientes con ERC y proteinuria y son la primera línea de tratamiento en estos casos. En pacientes con proteinuria mayor de 500 mg/día, el riesgo de falla renal avanzada o de doblar la creatinina plasmática se ve reducido en un 40% al utilizar IECA comparado a otros antihipertensivos. Los riesgos clínicos de esta terapia son la falla renal aguda sobre agregada y la hipercalcemia. (Orozco, B. 2010)

En pacientes con ERC en etapas iniciales e HTA y sin proteinuria, no hay evidencia que favorezca a los IECA sobre otros antihipertensivos en reducir la progresión del daño renal.

Los efectos de los bloqueadores del receptor de angiotensina 2 (ARB) sobre la progresión de ERC han sido menos estudiados que los de los IECA. Un meta análisis sugiere que los ARB son fármacos igual de eficaces que los IECA en controlar la presión arterial y proteinuria en pacientes con ERC. Son una alternativa en aquellos pacientes que no toleran los IECA por tos o angioedema. (Orozco, B. 2010)

La combinación de IECA y ARB ofrece efectos sinérgicos en reducir la proteinuria, lo que teóricamente sugiere una mejor reno protección.

Estudios recientes apuntan al efecto antiproteinurico sinérgico de la espironolactona al combinarla con IECA o ARB. Se ha observado una mayor reducción en la proteinuria al adicionar espironolactona 25 mg al día a un IECA que al adicionar un ARB. Es importante señalar el riesgo de hipercalemia que acompaña a la combinación de estos fármacos.

Los pacientes con ERC requieren en general varios tipos de antihipertensivos distintos para lograr un buen control de su HTA, especialmente con los objetivos ya señalados de PA. Los diuréticos de asa o tiazidicos logran mejorar el componente de expansión de volumen de la HTA y además evitan el desarrollo de hipercalemia al caer la VFG. A su vez los bloqueadores de los canales de calcio no dihidropiridínicos, adicionan un efecto potente sobre la HTA sistólica y pueden reducir la proteinuria aún más. (Orozco, B. 2010)

Tratamiento en la ERC diabética

El tratamiento de la HTA en diabetes se asocia a una reducción en el riesgo de: muerte, accidente vascular encefálico y complicaciones micro-vasculares como la retinopatía.

Los IECA tienen un efecto favorable en pacientes con diabetes tipo 1 y nefropatía establecida, al reducir el riesgo de muerte, diálisis o trasplante. De igual forma los ARB han demostrado los mismos efectos favorables en pacientes con diabetes tipo 2 y nefropatía establecida. Los estudios sugieren que los IECA y los ARB logran retardar el paso a macroalbuminuria en pacientes con microalbuminuria. En pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, con función renal y albuminuria normales, los IECA logran retardar la aparición de la microalbuminuria. (Orozco, B. 2010)

La terapia combinada IECA + ARB logra reducir la proteinuria significativamente en pacientes con nefropatía diabética. Sin embargo aún se desconocen las consecuencias clínicas a largo plazo sobre el pronóstico renal. (Orozco, B. 2010)

El mal control glicémico se ha asociado a mayor riesgo de nefropatía diabética y progresión rápida de la ERC. Los estudios dónde se han buscado metas de hemoglobina glucosilada menor de 6%, han demostrado menor incidencia de nuevos casos de micro o macroalbuminuria en diabéticos tipo 1 y 2. Los beneficios de un control estricto de la glicemia deben balancearse contra los riesgos de hipoglicemia, evento que es más frecuente en pacientes con una VFG reducida. (Orozco, B. 2010)

Las estatinas no han demostrado beneficios claros en los pacientes sometidos a hemodiálisis. El subgrupo de dializados que pudiera beneficiarse es aquel con el mayor nivel basal de líquido dializante. Sí se observa una reducción de la mortalidad global y tasa de eventos cardiovasculares con estatinas, en pacientes con una VFG entre 30–60 ml/min. (B. Orozco, 2010)

La aspirina (ASA) es prescrita con frecuencia por su rol en la prevención cardiovascular secundaria. No existen estudios que sugieran que ASA pueda retardar la progresión de la enfermedad renal. Los antecedentes no apuntan a un mayor riesgo de hemorragia en pacientes con ERC tratados con dosis bajas de ASA. El uso de ASA u otro antiagregante plaquetario, debe individualizarse según el riesgo cardiovascular versus el riesgo de hemorragia del paciente. (Orozco, B. 2010)

Otros aspectos del cuidado médico preventivo son ajustar la dosis de los distintos fármacos según la VFG o según niveles plasmáticos si están disponibles.

Las medidas dietéticas recomendadas incluyen una reducción de la ingesta de sal, lo que facilita el control de la HTA. La restricción severa de proteínas no es recomendable por el riesgo de desnutrición.

Es importante destacar el cese del tabaco, debido al riesgo demostrado de progresión de ERC y mayor mortalidad en esta población.

La obesidad se asocia al desarrollo de ERC, progresión del daño renal y mortalidad relacionada a ERC. Es recomendable realizar ejercicio físico dinámico, de tipo moderado, por 30 a 60 minutos, 5 veces por semana.

El tratamiento de ERC, debe de ser según la etapa en que se encuentre el paciente, incluye:

Terapia específica, basada en el diagnóstico, la evaluación y manejo de condiciones comórbidas, aminorar la pérdida de función renal, prevención y tratamiento de enfermedad cardiovascular, prevención y tratamiento de complicaciones de la función renal reducida, preparación para terapias de sustitución renal, reemplazo de la función renal por diálisis o trasplante, individuos en riesgo, pero que no tienen ERC, deben ser aconsejados para seguir un programa de reducción de factores de riesgo, y control periódico. (Cobos, V. 2018)

2.3.7.1 Hemodiálisis

Las técnicas de terapia renal sustitutiva, es decir las técnicas que van a reemplazar la función del riñón como tal, siempre y cuando el riñón presente un deterioro o disminución de su función que oscile entre 5 y 15% de su capacidad, existen dos terapias que son hemodiálisis y diálisis peritoneal. La hemodiálisis es una técnica de depuración extracorpórea de la sangre que suple parcialmente las funciones renales de excretar agua y solutos, y de regular el equilibrio ácido básico y electrolítico. No suple las funciones endocrinas ni metabólicas renales. (Sellares, 2015)

Consiste en interponer entre dos compartimientos líquidos (sangre y líquido de diálisis), una membrana semipermeable. Para ello se emplea un filtro o dializador que funciona como una membrana. (Sellares, 2015)

La membrana semipermeable permite que circulen agua y solutos de pequeño y mediano PM, pero no proteínas o células sanguíneas, muy grandes como para atravesar los poros de la membrana. Los mecanismos físicos que regulan estas funciones son dos: la difusión o transporte por conducción y la ultrafiltración o transporte por convección. (Sellares, 2015)

La hemodiálisis es un procedimiento que se utiliza para eliminar las “toxinas y exceso de fluidos de la sangre y los tejidos”, este proceso dura de 3 a 5 horas y con frecuencia de 3 veces por semana. (Mili,S. 2017)

2.3.7.2 Principios de la hemodiálisis

- **La difusión** Es el mecanismo en lo cual dos líquidos de distinta concentración, al ponerse en contacto se unen formando una mezcla homogénea.
- **La osmosis** Es cuando se desplaza el líquido mediante una membrana semipermeable a partir el lado de “menor concentración al de mayor concentración”.
- **La ultrafiltración** Se produce cuando pasa el agua con solutos, lo cual causa presiones diferentes en la membrana en ambos lados, favoreciendo el paso del agua y las elementos en una dirección distinta. (Mili, S. 2017)

2.3.7.3. Estado emocional en los pacientes sometidos a hemodiálisis

Según Ruíz, (2017) Afirma que: Los pacientes diagnosticados de ERC van a experimentar una serie de cambios violentos en sus vidas a causa de la propia enfermedad y al tratamiento, alcanzando en algunos casos, a sufrir trastornos ansioso-depresivos, por falta de adaptación ante la nueva etapa.

Aparte de los cambios en el estado emocional, estos pacientes van a padecer la sintomatología propia de la enfermedad, que limita sus actividades físicas y el dolor sea más significativo. A esto hay que añadir, que el tratamiento con hemodiálisis puede condicionar que el paciente padezca durante la sesión de diálisis episodios de hipotensión, calambres musculares, vértigos, náuseas, vómitos, cefaleas y riesgo de infección en el acceso vascular, ya que es un puerto de entrada, que unido a un horario regulado y pasar durante extenuantes horas dializándose, ocasiona que sientan que han perdido su autonomía.

Por consiguiente, parece fundamental que el profesional de enfermería se focalice también en el estado emocional del paciente en hemodiálisis, en su percepción de la vida y no sólo en brindar el tratamiento posible. Por ello, es de gran importancia que se emprenda a ofrecer apoyo emocional en la etapa pre hemodiálisis para proporcionar al paciente recursos que le sean de ayuda a la hora de afrontar los diversos cambios que va a provocar la enfermedad y la terapéutica en su vida; de esta forma, logrará afrontar el estrés y adaptarse necesidades propias del proceso de enfermedad. (Ruiz, M. 2017)

2.3.7.4 Cuidados de enfermería en pacientes con hemodiálisis.

Valoración de enfermería es la primera fase proceso de enfermería y la cual nunca se separa de la atención enfermera para aplicar cuidados, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. (Alfaro, R. 1999)

Desde un punto de vista holístico la enfermera identifica las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados, deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos son:

Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.

Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones. (Alfaro, R. 1999)

Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.

Comunicarse de forma eficaz: Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.

Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.

Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. (Alfaro, R. 1999)

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato. Siguiendo un orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática. Por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas. Por "patrones funcionales de salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud. (Alfaro, R. 1999)

Se requiere de conocimientos científicos anatomía y fisiología y básicos, habilidades técnicas e interprofesionales, convicciones, ideas, creencias, capacidad creadora, sentido común y flexibilidad.

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento como son los signos vitales. (Alfaro, R. 1999)

Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento. (Alfaro, R. 1999)

Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual. (Alfaro, R. 1999)

Métodos para obtener datos:

Entrevista Clínica: Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella se obtiene el mayor número de datos, tiene cuatro finalidades:

Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados, facilitar la relación enfermera/paciente, permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas en el planteamiento de sus objetivos. (Alfaro, R. 1999)

Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.

Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal

Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

La observación: En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente. Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados. (Alfaro, R. 1999)

La exploración física: La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación. (Alfaro, R. 1999)

Planeación: Se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. Establecer prioridades en los cuidados, planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados, elaboración de las actuaciones de enfermería

Ejecución: Proveer intervenciones para su mejora, mediante un plan de actividades en base a las necesidades encontradas. Se realiza la determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera realiza para hacer realidad los objetivos: Educar al paciente sobre las actividades a realizar durante el procedimiento, preparación psicológica con trato digno y humanizado, considerando los derechos de los pacientes, brindar una atención ética basada en principios de enfermería, estándares de calidad y seguridad del paciente. (Alfaro, R. 1999)

Enfoque terapéutico: Llevar el control de vitales y peso del paciente, ubicarlo en posición adecuada en el dializador usando técnicas asépticas, en el sitio de la inserción observar gases y puntos de fijación, así como presencia de exudado.

Tener al paciente en observación y vigilancia constante durante todo el procedimiento, especialmente en presencia de signos de alarmas, al finalizar la sesión heparinizar los lúmenes del catéter. Brindar los cuidados posteriores al paciente como su peso, controles vitales y anotación respectivos en la historia clínica.

Evaluación: Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones. Al finalizar realizar revaloración holística. (Alfaro, R. 1999)

2.4. Marco legal

2.4.1. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos

Objetivo: Esta norma establece los criterios normativos de carácter administrativo, ético y metodológico, que en correspondencia con la Ley General de Salud y el Reglamento en materia de investigación para la salud, son de observancia obligatoria para solicitar la autorización de proyectos o protocolos con fines de investigación, para el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales, respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o rehabilitadora o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos, así como para la ejecución y seguimiento de dichos proyectos. (Norma oficial Mexicana, 2012)

Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis

Objetivo: Esta norma establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento, con los que deberán contar los establecimientos en los que se practique la hemodiálisis y terapias afines, ya sea en hospitales, unidades independientes o no ligadas a un hospital, así como el perfil del personal y los criterios científicos y tecnológicos a los que deberá sujetarse dicha práctica.

Campo de aplicación: Esta norma es de observancia obligatoria y sus disposiciones son obligatorias para los prestadores de los servicios de hemodiálisis y terapias afines de los sectores público, social y privado, en los términos previstos en la misma. (Norma Oficial Mexicana. 2010).

2.4.2. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Artículo 1. Ámbito de aplicación.

La presente ley tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación básica.

Artículo 2. Principios básicos.

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.

2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la ley.

3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.

6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

Artículo 3. Las definiciones legales.

A efectos de esta ley se entiende por: Centro sanitario: el conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios.

Artículo 4. Derecho a la información asistencial.

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

Artículo 5. Titular del derecho a la información asistencial.

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.
2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.
3. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
4. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

Artículo 6. Derecho a la información epidemiológica.

Los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, y el derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la ley.

Artículo 7. El derecho a la intimidad.

1. Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la ley.
2. Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

Artículo 8. Consentimiento informado.

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.
2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.
4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.
5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.

Artículo 14. Definición y archivo de la historia clínica.

1. La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro.

2. Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte, papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información.

3. Las Administraciones sanitarias establecerán los mecanismos que garanticen la autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella, así como la posibilidad de su reproducción futura.

4. Las comunidades autónomas aprobarán las disposiciones necesarias para que los centros sanitarios puedan adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para archivar y proteger las historias clínicas y evitar su destrucción o su pérdida accidental

Artículo 15. Contenido de la historia clínica de cada paciente.

1. La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada

Artículo 17. La conservación de la documentación clínica.

Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

Artículo 18. Derechos de acceso a la historia clínica.

El paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.

Artículo 20. Informe de alta

2.4.3. Derechos del paciente renal

- El tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) debe estar al alcance de todos los individuos que puedan y deseen beneficiarse con él, sin importar edad, sexo, raza, situación laboral, ubicación geográfica, condiciones de comorbidad, discapacidad física o mental.
- Todos los individuos con IRC e indicación médica deben ser referidos a tiempo para tratamiento de diálisis o trasplante.
- Todos los individuos con IRC deben tener acceso a un tratamiento ético completo e ininterrumpido y servicios de apoyo dirigidos a optimizar los resultados y la calidad de vida de los pacientes.
- Todos los individuos con IRC deben tener acceso a un equipo interdisciplinario de atención médica calificado como parte de un tratamiento completo e ininterrumpido.
- Todos los individuos con IRC y sus familias deben recibir información sobre todas las opciones de tratamiento de forma que estén en condiciones de participar completamente en las decisiones de su cuidado y realizar elecciones con conocimiento.
- Todos los individuos con IRC tienen el derecho a negarse o suspender el tratamiento y a ser apoyados en su decisión.
- Ningún individuo con IRC debe verse privado del acceso a los medicamentos y suplementos nutricionales necesarios por no poder pagarlos.

2.4.4. Deberes del paciente renal:

- Cumplir las prescripciones generales en materia de salud comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios.
- Utilizar las instalaciones de forma adecuada, a fin de que las mismas se mantengan en todo momento en condiciones de habitabilidad.
- Responsabilizarse del uso adecuado de los recursos, ofrecidos por el Sistema Sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de los servicios, procedimientos de incapacidad laboral y prestaciones.
- Cumplir las normas y procedimientos de uso y acceso a los derechos que se otorgan a través de la presente Ley.
- Mantener el debido respeto a las normas establecidas en cada centro, así como al personal que preste servicios en los mismos.
- Firmar, en caso de negarse a las actuaciones sanitarias, el documento pertinente, en el que quedará expresado con claridad que el paciente ha quedado suficientemente informado y rechaza el procedimiento sugerido.

Capítulo III. Metodología

3.1 Diseño de la investigación

Estudio transversal cuantitativo descriptivo, se tomará una muestra aleatoria simple con un total de 30 paciente, 15 del turno matutino y 15 del turno vespertino, atendidos en la UNEME de Hemodiálisis Cuernavaca Morelos la recolección de datos se obtendrá por medio de un cuestionario “PCHE Clinicountry 3^a versión”, previo consentimiento informado, las variables a analizar serán “cualidades del hacer de enfermería, apertura de la comunicación enfermera paciente, disposición para la atención”. El cuestionario será aplicado en la sala de recepción de los pacientes antes de entrar a su sesión.

3.2. Población.

Pacientes que reciben como terapia de sustitución renal hemodiálisis en la UNEME Cuernavaca Morelos.

3.3. Muestra

Se tomará una muestra aleatoria simple con un total de 30 pacientes, 15 del turno matutino y 15 del turno vespertino.

3.4. Criterios

Criterios de inclusión:

Aquellos pacientes en tratamiento de hemodiálisis que deseen participar bajo previo consentimiento firmado, cumpliendo con los siguientes criterios:

- Pacientes con estado de conciencia alertas, orientados, con idioma español y sin limitaciones visual y auditiva.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con alteración del estado de conciencia alerta, (somnoliento, estupor, coma) relacionado con deterioro neurológico fisiopatológico o medicamentoso.
- Pacientes que no acepten su participación bajo consentimiento informado.
- Con limitación audio visual

3.6. Variables

Operacionalización de las variables			
Variable	Análisis	Descripción	ITEMS Relacionados
Cualidades del hacer de enfermería	<p>Tipo de variable:</p> <p>Cuantitativa</p>	<p>Se refiere a las cualidades y valores que caracterizan al personal de enfermería que brinda cuidado. En esta categoría se destacan aspectos como facilitar que el paciente experimente sensaciones de bienestar y confianza, logrando que perciba un vínculo respetuoso en la relación enfermera(o) - paciente.</p>	<p>1. Le hacen sentirse como una persona 2. Le tratan con amabilidad 6. Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted 7. Le hacen sentirse tranquilo(a), cuando están con usted 8. Le generan confianza cuando lo(la) cuidan 15. Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado 17. Le demuestran respeto por sus creencias y valores</p>
	<p>Nivel de medición:</p> <p>Ordinal</p> <p>Categórica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Algunas veces • Nunca 		

Operacionalización de las variables			
Variable	Análisis	Descripción	ITEMS Relacionados
Apertura a la comunicación enfermera/paciente	Tipo de variable: Cuantitativa	Esta categoría se refiere a la apertura por parte de quien brinda el cuidado a un proceso dinámico, fundamental para el crecimiento, el cambio y la conducta, que permiten la interacción con el paciente a través de habilidades comunicativas que posibilitan la trasmisión de una realidad y la interacción con la misma. Esta apertura se orienta a la escucha activa, al diálogo, a la presencia y la comprensión de quien es cuidado.	4. Le miran a los ojos, cuando le hablan 5. Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes 9. Le facilitan el diálogo 10. Le explican previamente los procedimientos 11. Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas 12. Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos 14. Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación de salud 19. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud
	Nivel de medición: Ordinal Categoría: <ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Algunas veces • Nunca 		

Operacionalización de las variables			
Variable	Análisis	Descripción	ITEMS Relacionados
Disposición para la atención	Tipo de variable: Cuantitativa	Se refiere a la disposición que surge de ser solicitado por el sujeto de cuidado, que no se limita a un acto de observar sino que requiere en una inmersión en su realidad para descubrir sus necesidades y fortalecer el vínculo que los une en el cuidado.	3. Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización 13. Le dedican el tiempo requerido para su atención 16. Le llaman por su nombre 18. Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal) 20. Le manifiestan que están pendientes de usted 21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento 22. Responden oportunamente a su llamado 23. Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual 24. Le escuchan atentamente 25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo 26. Le brindan un cuidado cálido y delicado 27. Le ayudan a manejar el dolor físico 28. Le demuestran que son responsables con su atención 29. Le respetan sus decisiones 30. Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar 31. Le respetan su intimidad 32. Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico
	Nivel de medición: Ordinal		
	Categoría: <ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Algunas veces • Nunca 		

3.7. Instrumento de recolección

Se aplicará el instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE Clinicountry 3ª versión”, el cual tiene una trayectoria de más de 10 años, que permite evaluar las características de la atención humanizada de enfermería en escenarios hospitalarios. Éste se desarrolló en centro policlínico de Olaya, de tercer nivel con la participación de 320 pacientes hospitalizados.

Se aplicaron mediciones de validez de contenido por grupo de expertos, validez constructo por primera vez para el instrumento a través de un análisis factorial exploratorio, la confiabilidad del instrumento se calculó el Alfa de Cronbach, que arrojó una calificación de 0,96 que corresponde a que la correlación de los ítems dentro del instrumento, miden las mismas características, en este caso asociadas al fenómeno de la humanización, y plantea que el instrumento es confiable para su aplicación. Según George y Mallery un nivel de fiabilidad con un valor superior a 0,9 se clasifica como excelente. (Gonzalez, J. 2014)

En el análisis factorial con base en la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin para medición de adecuación de la muestra (KMO, por sus siglas en inglés), se obtuvo un valor de 0,956 y en la prueba de esfericidad de Bartlett uno de 0.0, indicadores que permitieron calcular las cargas factoriales y así determinar estadísticamente el constructo del instrumento que llevó a definir teóricamente tres dimensiones a saber: cualidades del hacer de enfermería, apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente y disposición para la atención. (González, J. 2014)

De los participantes en la aplicación del instrumento dentro de la Clínica Centro Policlínico del Olaya S.A., el 87% consideraron que siempre han percibido una relación de cuidado humanizado por parte del personal de enfermería. A través de este estudio, se aporta una 3ª versión del instrumento PCHE creado por Rivera y Triana en el año 2003 y adaptado por Rivera, Triana y Espitia en 2010, y sus pruebas psicométricas permiten afirmar que esta versión es válida y confiable para su aplicación en ámbitos hospitalarios. (González, J. 2014)

El cuestionario consta de 32 ITEMS con opción de respuestas bivariado.

3.8 Limitaciones:

Muestra de 30 pacientes de la UNEME Hemodiálisis ubicado en Av. Vicente Guerrero, zona 1 Lomas de la Selva Cuernavaca Morelos en un periodo a evaluar de seis meses, aplicando el cuestionario en el área de recepción antes de ingresar a su terapia de hemodiálisis, en el turno matutino y vespertino.

3.9 Análisis estadístico

Se realizará el análisis de frecuencia con que se percibieron las variables relacionadas al trato humanizado de enfermería durante la sesión de hemodiálisis. Los datos serán capturados en el programa Excel y procesados en el programa stata13.

3.10. Consideraciones Éticas

Se entregará una carta de consentimiento informado a cada uno de los pacientes que deseen participar, se mantendrá su anonimato y se respetara su libertad de elección al responder, sin alterar o evidenciar sus respuestas, ejerciendo el código de ética de enfermeras.

Se hará la investigación según lo dicta la norma antes mencionada NOM -012-SSA3-2012 Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Es de observancia obligatoria, para todo profesional de la salud, institución o establecimiento para la atención médica de los sectores público, social y privado, que pretendan llevar a cabo o realicen actividades de investigación para la salud en seres humanos. (Norma Oficial Mexicana, 2012).

Para el desarrollo de la presente investigación se abordó el código de ética de los enfermeros y enfermeras de México. La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros. (C.I.E., 2001)

3.10.1. Decálogo del código de ética de las enfermeras y enfermeros de México

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales (C.I.E., 2001)

De los deberes de las enfermeras para las personas

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo noveno.- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida. (C.I.E., 2001)

De los deberes de las enfermeras como profesionistas

Artículo décimo.- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero.- Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo.- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto.- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo décimo quinto.- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo décimo sexto.- Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

Artículo décimo séptimo.- Actuar con juicio crítico en la aplicación de las normas institucionales, tomando en cuenta la objeción de su conciencia. (C.I.E., 2001)

IV. Anexos

Anexo 1. Instrumento

Instrumento para la percepción del comportamiento del cuidado humanizado de enfermería (PCHE)
Clinicountry 3ª versión

Apreciado(a) señor(a): A continuación le presentamos un cuestionario que describe los comportamientos de cuidado de los integrantes de enfermería. En frente a cada afirmación, marque con una X la respuesta que según su percepción corresponde, a la forma en que se presentaron estos comportamientos durante su hospitalización.

ITEM	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1.- Le hacen sentir como una persona				
2.- Le tratan con amabilidad				
3.-Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización				
4.-Le miran a los ojos, cuando le hablan				
5.-Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes				
6.-Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted				
7.-El personal de enfermería le hace sentirse tranquilo(a) cuando está con usted				
8.-Le generan confianza cuando lo cuidan				
9.-Le facilitan el diálogo				
10.-Le explican previamente los procedimientos				
11.-Le responden con claridad y seguridad sus preguntas				
12.-Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos				
13.-Le dedican tiempo requerido a su atención				
14.-Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación				

de salud				
15.- Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado				
16.-Le llaman por su nombre				
17.- Le demuestran respeto por sus creencias y valores				
18.-Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)				
19.- Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud.				
20.-Le manifiestan que están pendientes de usted				
21.- Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento				
22.-Responden oportunamente a su llamado				
23.- Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual.				
24.-Le escuchan atentamente				
25.- Le preguntan si le preocupa por su estado de ánimo				
26.-Le brindan un cuidado cálido y delicado				
27. Le ayudan a manejar su dolor físico				
28. Le demuestran que son responsables con su atención				
29. Le respetan sus decisiones				
30. Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar				
31. Le respetan su intimidad				
32. Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico				

Anexo 2. Consentimiento informado al paciente

DESCRIPCIÓN:

Usted ha sido invitado a participar en una investigación para evaluar la percepción de los pacientes frente al cuidado que le ofrece el personal de enfermería en la unidad de hemodiálisis. Esta investigación es realizada por L.E. Atenea Avilez Arteaga.

Si acepta a participar en esta investigación, se le solicitará diligenciar una encuesta que contiene 32 ítems que describe los comportamientos de cuidado del personal de enfermería que lo está atendiendo; usted los calificará si considera que estos se evidencian “siempre”, “casi siempre”, “algunas veces” o “nunca”.

CONFIDENCIALIDAD

Todos los datos ofrecidos para este trabajo únicamente serán utilizados con fines docentes y de investigación. Todos los datos serán confidenciales, y en todo momento se mantendrá el anonimato, garantizándole su derecho a la intimidad y a la propia imagen.

DERECHOS:

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Fecha: _____

Firma

Anexo 3 Solicitud de aplicación del instrumento

Cuernavaca, Mor. a __de__ 2018

Por medio del presente solicito su autorización para poder realizar en la Unidad de Especialidades Medicas UNEME de Hemodiálisis Cuernavaca Morelos el trabajo de recolección de datos para la elaboración de mi tesis para obtener el grado especialista en Atención al adulto en estado crítico, la cual lleva por título “Percepción del paciente ante el cuidado humanizado de enfermería en unidad de hemodiálisis”. El objetivo será realizar una encuesta a una muestra de 30 pacientes 15 del turno matutino y 15 del turno vespertino previo consentimiento informado, con la finalidad de evaluar la frecuencia con que perciben el trato humanizado de enfermería en la unidad de hemodiálisis . Se hará la investigación según lo dicta la **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-012-SSA3-2012, QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA EJECUCION DE PROYECTOS DE INVESTIGACION PARA LA SALUD EN SERES HUMANOS.** Respetando la individualidad, sin ningún afán de evidenciar o causar algún daño a la imagen y prestigio de la unidad, la información será recabada con fines educativos. Se anexa cuestionario.

Atte. L.E. Guadalupe Atenea Avilez Arteaga

Anexo 4

Cronograma

Actividad	Tiempo																							
	Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre			
Mes																								
Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planteamiento del problema																								
Justificación																								
Objetivos																								
Antecedentes																								
Marco teórico																								
Metodología																								
Revisión																								

Capítulo V. Referencia Bibliográfica

- 1 González, J. (2014). Validez y confiabilidad de instrumento “Percepción de comportamiento de cuidado humanizado de enfermería PCHE CLINICOUNTRY 3ª VERSIÓN”. 2018, de universidad de Colombia Facultad de Enfermería Sitio web: <http://bdigital.unal.edu.co/46149/1/1110447614.2014.pd>
- 2 Pérez, J. Gardey, A. (2010). Ambulatorio. 2014, Definición Sitio web: <https://definicion.de/ambulatorio/>
- 3 Arias, M. R. La Ética y Humanización en el Cuidado en Enfermería. Tribunal Nacional Ético de Enfermería [en línea] octubre 2007. [Citado 12 de mayo 2016] [Aproximadamente 3 pp]. Disponible en: http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com%20_content&view%20=article&id=65
4. Nascimento, KC. Erdman, AL. Artículo “Comprender las dimensiones de los cuidados intensivos: la teoría del cuidado transpersonal y complejo”. Revista Latino-am Enfermagem 2009 Marzo – Abril. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/es_12.pdf
- 5 Raile, M. (2018). Modelo Betty Neuman. En Modelos y Teorías en enfermería (231- 240). Barcelona España: ELSEVIER
- 6 Hernández, N. (2011). Teorías y Métodos de enfermería II. Mayo 2018, de HUGES Sitio web: http://www.aniorte-nic.net/progr_asignat_teor_metod5.htm#Nightingale

7 Watson J. Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. Revista de actualizaciones en enfermería. [en línea] 2016 . Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres2/>

8 Izquierdo, E.M. (2015). Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. 2018, de Revista Cubana de Enfermería Sitio web: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/686/131>

9 Mili, S. Barrueta. (2017). Percepción del paciente con tratamiento de hemodiálisis sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2017, de Univeridad San Bautista Sitio web: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1738/T-TPLE-Sandra%20Mili%20Barrueta%20Blacido.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

10 Rivera, L.N. Álvarez, Álvaro T. (2007). Cuidado Humanizado de enfermería: Visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Country. 2018, de Universidad Nacional de Colombia Sitio web: https://www.u-cursos.cl/medicina/2011/0/ENFENFCO24/1/novedades/r/CUIDADO_HUMANIZADO_DE_ENFERMERIA_VISIBILIZANDO_LA_TEORIA_Y_LA_INVESTIGACION_EN_LA_PRACTICA.pdf

11 Guerrero, R., Ramírez, M.E,. (2015). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. LimaCallao, 2015. 2016, de Revista Enfermería Herediana Sitio web: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/3017/2967>

12 Pérez, J. Porto, A. (2012). Percepción. 2008, Definición. De Sitio web: <https://definicion.de/percepcion>

13 Barrios, J., Ríos, M.S. Hidalgo. (2016). Enfermedades crónicas no transmisibles. 26 febrero 2016, de UNAN Managua Sitio web: <http://repositorio.unan.edu.ni/1370/1/52212.pdf>

14 Guías de Práctica clínica SNS. (2016). Guía de Práctica Clínica sobre la Detección y el Manejo de la Enfermedad Renal Crónica. 2016, de Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad Sitio web: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_559_ERC_IACS_compl.pdf

15 Comisión Enfermedad Renal Crónica. (2017). Enfermedad Renal Crónica Protocolo. 2018, de Servicios de Salud Coquimbo Sitio web: [http://www.sscocoquimbo.cl/gob-cl/reglas/files/2017/10-04-2017/Protocolo%20ERC%20final%20\(SSC\).pdf](http://www.sscocoquimbo.cl/gob-cl/reglas/files/2017/10-04-2017/Protocolo%20ERC%20final%20(SSC).pdf)

16 Cobos, V. L., Genovesi, G. B. (2018). "Percepción del paciente con insuficiencia renal crónica en relación a tratamientos de hemodiálisis del hospital DR. ABEL GILBERT PONTÓN. abril 2018, de Universidad Guayaquil Sitio web: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30411/1/1195-TESES-COBOS-GENOVESI.pdf>

17 Sellares, V. L. (2015). Principios físicos: definiciones y conceptos. Retrieved from <http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articuloprincipios-fisicos-definiciones-conceptos-31>

18 Ruiz, M. A. M. (2017). Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis, 49. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-

19 Romero, M., Contreras-Méndez, I., Pérez-Pájaro, Y., Moncada, A., & Jiménez-Zamora, V. (2013). Cuidado humanizado 62 de enfermería en pacientes hospitalizados. Cartagena, Colombia. Revista Ciencias Biomédicas, 4(1).

20 Inca, M.R.. (2017). Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado del equipo de enfermería de centro quirúrgico de la Clínica Internacional Sede San Borja . 2017, de Universidad Nacional Mayor de San Marcos Sitio web: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6473/Inca_sm.pdf;jsessionid=05D8473A41CA2CEFC5C393766A25638E?sequence=1

21 Rodríguez, A. M. (2015). Percepción del paciente ambulatorio en terapia de hemodiálisis sobre el cuidado humanizado de la enfermera en una institución de salud 2014. (Tesis de licenciatura). UNMSM. Perú

22 Partezani Rodríguez, R.; Palacios Fhon, V.; Silva Fhon, J.; Vergaray Villanueva, S.; Ramón Córdova, S. ;(2015).Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. Enfermería Universitaria, Abril-Junio, 80-87.

23 Segura, K. I., Granados, C. M. Miranda García. (2014). Percepción del cuidado de enfermería en el paciente adulto. Revista electrónica de investigación en enfermería FESI-UNAM, 3 N. 5, 1-11

24 Domínguez, C. (2013). Riesgo de deshumanización en el servicio de urgencias adulto del Hospital de las Culturas. 23 enero 2013, de SCRIBD Sitio web: <https://es.scribd.com/document/124998252/Ensayo-de-Humanizacion>

25 Martínez, M. (2015). Percepción de autoeficacia del cuidado humanizado que otorgan las enfermeras al paciente de cuidados intensivos. 2018, de Universidad Veracruzana Facultad de Enfermería Sitio web: <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/46452/MartinezMartinezMaEsther.pdf;jsessionid=AC66980B6FE19AD9AE211C250DBADA94?sequence=>

26 Raile, M., Alligood A. Modelos y teorías España: Elsevier; 2011

27 Guarín, G., Berríob, M. El mundo de la enfermera: "Uno aquí no se sienta". Investigación y educación en enfermería. 2012 septiembre; 27(2).

28 "Principles of Care for Chronic Renal Insufficiency", en <http://www.kidney.ca/profil-eng.htm>

29 Norma Oficial Mexicana. (2010). Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis. 2010, de Gobierno Federal Sitio web:

<http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4093/Salud/Salud.htm>

30 C.I.E. (2001). Código de Ética para los enfermeros y enfermeras de México. México D.F.: Cruzada Nacional para la Calidad Salud

31 Raile, M. (2015). Modelos y Teorías de Enfermería. Barcelona España: Elseiver.

32. B. Orozco. (Septiembre 2010). Prevención y tratamiento de la enfermedad renal crónica. Médica clínica los Condes, V. 21, 779-789.

33. Norma Oficial Mexicana. (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. 2012, de Gobierno Federal Sitio Web:
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013

34. Alfaro, R. (1999). Proceso Enfermero. Barcelona: Springer.



FACULTAD DE ENFERMERÍA

JEFATURA DE POSGRADO

Cuernavaca Mor., 09 de Noviembre del 2018

No. Oficio: FE-JP-544-2018. ASUNTO: Votos Aprobatorios

DRA. CLARA IRENE HERNÁNDEZ MÁRQUEZ
JEFE DEL PROGRAMA DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA
PRESENTE

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la tesis titulada: PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ANTE EL TRATO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA EN UNIDAD DE HEMODIÁLISIS, trabajo que presenta la L.E. AVILEZ ARTEAGA GUADALUPE ATENEA, quien cursó el POSGRADO: ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA OPCIÓN TERMINAL: ATENCIÓN AL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO en la Facultad de Enfermería de la UAEM.

Lo anterior con la finalidad de continuar con los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

ATENTAMENTE

Table with 4 columns: Name, APROBADO, CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*, SE RECHAZA*. Rows include DRA. EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME, DRA. CLARA IRENE HERNÁNDEZ MÁRQUEZ, M.E. MA. DEL SOCORRO FAJARDO SANTANA, MTRA. ANA MARÍA LÓPEZ TRINIDAD, and MTRO. PASTOR BONILLA FERNÁNDEZ.

*En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).

