

PERCEPCIÓN DE LOS COMPORTAMIENTOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA
QUE TIENEN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE TRANSPLANTE RENAL DE
LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO
DE NEIVA. FEBRERO DE 2006 - ENERO DE 2011

LINA MARCELA BERMEO ROJAS
OLGA PATRICIA JIMENEZ BENITEZ

UNIVERSIDAD SUCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZACION ENFERMERIA NEFROUROLOGICA
NEIVA - HUILA
2011

PERCEPCIÓN DE LOS COMPORTAMIENTOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA
QUE TIENEN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE TRANSPLANTE RENAL DE
LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO
DE NEIVA. FEBRERO DE 2006 - ENERO DE 2011

LINA MARCELA BERMEO ROJAS
OLGA PATRICIA JIMENEZ BENITEZ

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al Título de Especialista
en Enfermería Nefrológica y Urológica

Asesora
EDNA FABIOLA GALÁN GONZÁLEZ
Mg. en Enfermería

UNIVERSIDAD SUCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZACION ENFERMERIA NEFROUROLOGICA
NEIVA - HUILA
2011

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Julio del 2011

DEDICATORIA

A Dios quien nos concede el privilegio de la vida y la fortaleza para superar las adversidades.

A mi esposo por darme el impulso para culminar este nuevo logro, por su amor y apoyo incondicional.

A mis padres por su cariño y consejos para el logro de mis metas profesionales y a mi compañera de investigación y trabajo por la dedicación y tolerancia mutua, a la espera de éxitos futuros en la vida profesional.

Lina Marcela

A mis padres por construir con su apoyo y amor la base de mi vida y el sustento de mi actuar, por ser los forjadores de mis principios y rectores de mi camino, quienes me enseñaron desde pequeña a luchar para alcanzar mis metas. Mi triunfo es el de ustedes, ¡los amo!

A los que nunca dudaron que lograría este triunfo: mis hermanos por su apoyo incondicional.

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor que siempre ilumina mi proceder.

A mi compañera Lina Marcela y a mi asesora de investigación Edna Fabiola porque gracias al equipo que formamos logramos llegar hasta el final del camino, por su gran apoyo y motivación.

Olga Patricia

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos

Ningún proyecto de investigación se puede hacer aislado de las demás personas, es por eso que queremos agradecer el auxilio de todos aquellos que contribuyeron a la elaboración de este estudio. Así mismo queremos brindar gratitud en especial a las asesoras del área investigativa EDNA FABIOLA GALAN y MARIA YEDME SANCHEZ, por contribuir con sus ideas y sugerencias en la revisión y reorganización del contenido de este trabajo, por su orientación, conocimientos y experiencia profesional, aportado a lo largo del desarrollo de la investigación.

Queremos expresar también agradecimiento a nuestras familias por brindarnos el apoyo incondicional.

Al enfermero Álvaro Triana de la Clínica del Country quien hizo una enorme contribución a nuestro trabajo facilitándonos el instrumento que aplicamos el PCHE, por sus recomendaciones y disposición para aclarar inquietudes.

Al personal de la Unidad de Trasplante Renal de la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, por facilitar el acceso a la información necesaria.

A los pacientes objeto del estudio, quienes aportaron sus ideas para hacer realidad el presente estudio.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	16
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
1.1 DESCRIPCIÓN	18
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	24
2. JUSTIFICACIÓN	25
3. OBJETIVOS	28
3.1 OBJETIVO GENERAL	28
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
4. MARCO DE REFERENCIA	29
4.1 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	29
4.1.1 Causas de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC)	29
4.1.2 Factores de riesgo para la IRC	30
4.1.3 Síntomas de la IRC	30
4.1.4 Diagnóstico de la IRC	30
4.1.5 Reemplazo renal	32
4.1.5.1 Hemodiálisis	32
4.1.5.2 Diálisis peritoneal	32
4.1.5.3 Trasplante renal	33
4.1.6 Historia de los trasplantes renales	34
4.1.7 Calidad de vida del paciente con trasplante renal	37
4.2 CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA	37
4.2.1 Concepto subjetivo	37
4.2.2 Concepto universal	37
4.2.3 Concepto holístico	37
4.2.4 Concepto dinámico	38
4.2.5 Interdependencia	38
4.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS	38

	Pág.	
4.3.1	Percepción	38
4.3.2	Percepción de cuidado	41
4.3.3	Cuidado de Enfermería	42
4.3.4	Paciente trasplantado renal	42
4.4	FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN UNA UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL	43
4.4.1	Información útil para el paciente	44
4.4.2	Información útil para los familiares	44
4.4.3	Preparación física del receptor	45
4.4.4	Cuidados posoperatorios	45
4.5	ESTUDIOS REALIZADOS SOBRE PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA	51
5.	MARCO TEORICO	57
5.1	CONCEPTOS DE LA TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON	60
5.1.1	Interacción enfermera - paciente	60
5.1.2	Campo fenomenológico	60
5.1.3	Relación de cuidado transpersonal	60
6.	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	62
7.	DISEÑO METODOLÓGICO	69
7.1	ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO	69
7.2	POBLACIÓN Y MUESTRA	69
7.2.1	Población	69
7.2.2	Muestreo	69
7.3	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	70
7.4	UNIDAD DE ANÁLISIS Y DE INFORMACIÓN	70
7.5	MÉTODO Y TÉCNICA	70
7.5.1	Método	70
7.5.2	Técnica	70
7.6	DESCRIPCION DE LOS INSTRUMENTOS	71
7.6.1	Encuesta socioeconómica	71
7.6.2	Instrumento de Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE)	71

	Pág.	
7.7	PROCEDIMIENTOS	74
7.7.1	Procedimientos para validez interna	74
7.7.2	Procedimientos para la recolección de la información	75
7.7.3	Prueba piloto	76
7.7.4	Procedimiento para tabulación y análisis de la información	77
7.8	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	78
8.	ASPECTOS ETICOS	79
9.	RESULTADOS	83
9.1	RESULTADOS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO	83
9.1.1	Genero	83
9.1.2	Edad	84
9.1.3	Estado civil	84
9.1.4	Ocupación económica	85
9.1.5	Ingresos	86
9.1.6	Nivel Educativo	87
9.1.7	Tipo de familia	87
9.1.8	Apoyo de la familia	88
9.2	RESULTADOS DE LA PERCEPCIÓN DE LOS COMPORTAMIENTOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA QUE TIENEN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE TRASPLANTES RENAL DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA	89
9.2.1	Resultados de la percepción global de los comportamientos del cuidado de enfermería que tienen los pacientes de la unidad de trasplantes renal de la ESE Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva	89
9.2.2	Resultados de los comportamientos del cuidado de enfermería que tienen los pacientes de la Unidad de Trasplantes Renal de la ESE Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva por categorías	90
9.2.3	Categoría sentimientos del paciente	90
9.2.4	Categoría características de la enfermera	92

	Pág.	
9.2.5	Categoría empatía	93
9.2.6	Categoría priorizar el ser de cuidado	94
9.2.7	Categoría dar apoyo físico	95
9.2.8	Categoría Proactividad	97
9.2.9	Categoría disponibilidad para la atención	98
9.2.10	Categoría dar apoyo emocional	99
9.2.11	Categoría cualidades del hacer de la enfermera	101
9.2.12	Resultados del cruce de la percepción global de los comportamientos del cuidado humanizado y otras variables sociodemográficas	103
9.2.13	Percepción global / edad	104
9.2.14	Percepción global / Género	105
9.2.15	Percepción global/ escolaridad	105
9.2.16	Percepción global / tiempo de trasplantado	106
10.	DISCUSIÓN	108
11.	ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO	117
11.1	PARTE UNO: PLAN DE EDUCACION CONTINUA DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERIA PARA EL MANEJO DEL PACIENTE DE TRASPLANTE RENAL	117
11.1.1	Objetivos	117
11.1.2	Responsables	117
11.1.3	Contenido	117
11.2	PARTE DOS: ESTRATEGIA OPERATIVA “CUIDADO HUMANIZADO”.	118
11.2.1	Objetivo	118
11.2.2	Encargados o responsables	118
11.2.3	Contenido	118
12.	CONCLUSIONES	121
13.	RECOMENDACIONES	123
	BIBLOGRAFIA	126
	ANEXOS	129

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Percepción de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011, Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP sobre los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería.	90
Tabla 2. Percepción de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011, Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP sobre los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en la categoría Sentimientos del paciente.	91
Tabla 3. Percepción de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011, Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP sobre los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en la categoría características de la Enfermera (o).	92
Tabla 4. Percepción de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011, Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP sobre los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en la categoría empatía.	93
Tabla 5. Percepción de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011, Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP sobre los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en la categoría priorizar al ser cuidado.	95
Tabla 6. Percepción de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011, Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP sobre los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en la categoría dar apoyo físico.	96
Tabla 7. Percepción de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011, Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP sobre los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en la categoría proactividad	97

	Pág.
Tabla 8. Percepción de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011, Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP sobre los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en la categoría disponibilidad para la atención.	98
Tabla 9. Percepción de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011, Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP sobre los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en la categoría apoyo emocional.	100
Tabla 10. Percepción de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011, Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP sobre los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en la categoría cualidades del hacer de la enfermera.	101
Tabla 11. Clasificación de la percepción de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011, Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP sobre los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería por puntaje decreciente.	102
Tabla 12. Comparación rangos de edad y percepción global de comportamiento humanizado de enfermería.	104
Tabla 13. Comparación género y percepción global de comportamiento humanizado de enfermería.	105
Tabla 14. Comparación escolaridad y percepción global de comportamiento humanizado de enfermería.	106
Tabla 15. Comparación tiempo trasplantado y percepción global de comportamiento humanizado de enfermería.	107

LISTA DE GRAFICAS

		Pág.
Grafica 1.	Género de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011 Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP, Neiva.	83
Grafica 2.	Edad de los de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011 Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP, Neiva.	84
Grafica 3.	Estado civil de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP, Neiva	85
Grafica 4.	Ocupación económica de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP, Neiva.	86
Grafica 5.	Ingresos de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP, Neiva.	86
Grafica 6.	Nivel educativo de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP, Neiva.	87
Grafica 7.	Tipo de familia de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP, Neiva.	88
Grafica 8.	Tipo apoyo de familia de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP, Neiva.	89

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Datos socioeconómicos-percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería.	130
Anexo B. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE)	131
Anexo C. Carta solicitud autorización para realizar la investigación	133
Anexo D. Respuesta autorización para realizar la investigación	134
Anexo E. Permiso de los autores para usar el instrumento PCHE	135
Anexo F. Consentimiento informado	137

RESUMEN

El trasplante renal es una forma de terapia cada vez más frecuente para pacientes con insuficiencia renal crónica en estadios IV y V, en donde Enfermería tiene un papel primordial como encargada de los cuidados y de la Educación Sanitaria; el contacto directo del personal de enfermería con los pacientes durante su postoperatorio inmediato les permite apreciar comportamientos de la atención dirigida a facilitar la formación, la seguridad, el auto-cuidado y la incorporación a la vida cotidiana del paciente trasplantado.

El objetivo fue describir la percepción de los comportamientos del cuidado de Enfermería que tienen los pacientes de la Unidad de Trasplante renal de la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, con el fin de formular estrategias de mejoramiento derivadas de los hallazgos.

Se utilizó un diseño descriptivo retrospectivo con abordaje cuantitativo para lo cual se utilizó el instrumento “Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería” (PCHE), en una muestra no probabilística de 49 pacientes.

La mayoría (59%) de los pacientes trasplantados fueron hombres, con edad promedio de 51 a 60 años, manifestaron tener una relación estable y una ocupación económica; el nivel de escolaridad predominante fue el de secundaria y el tipo de familia fue la nuclear, recibiendo de esta el apoyo en el cuidado de su salud.

Se encontró que siempre percibieron la categoría “sentimientos del paciente” con 98%; seguido por “características de la enfermera” con 93,9%. Por otra parte la puntuación más baja se obtuvo en la categoría “cualidades del hacer de la enfermera” con 77,6%, seguida por “dar apoyo emocional” con 79,6%. No se hallaron diferencias significativas entre las variables sociodemográficas estudiadas y la percepción que tienen los pacientes acerca de los cuidados que les brindó el personal de enfermería.

Palabras claves: Trasplante renal, percepción del cuidado, insuficiencia renal crónica, cuidado de enfermería.

ABSTRACT

Kidney transplantation is a form of therapy increasingly for patients with chronic renal failure in stages IV and V, where nursing has a primordial role as caretakers and Health Education; direct contact of nursing staff with patients during their immediate postoperative period allows them to appreciate the behaviors of attention directed to facilitate the training, the security, the self-care and the transplanted patient's incorporation into the daily life.

The objective was to describe the perception of nursing behaviors by the patients of the renal transplants unit of the University Hospital Hernando Moncaleano Perdomo of Neiva, Colombia, with the aim of developing improvement strategies from the findings.

It was used a retrospective design with a quantitative approach, implemented with the instrument "Perception of Humanized Nursing Care Behaviors" (PCHE), in a non-probabilistic sample of 49 patients.

The majority of transplanted patients (59%) were men, with a mean age of 51 to 60 years, reported having a stable relationship and a job; secondary level of schooling was the predominant; the prevailing type of family was the nuclear, from which they receive the support in their health care.

It was found that category "patient's feelings" always reached a high percentage with 98%; followed by "characteristics of the nurse" with 93.9%. At the opposite, the lowest score was obtained by the "qualities of nurse's doing" with 77.6%, followed by "emotional support" with 79.6%. No significant differences were found between the studied sociodemographic variables and the patients' perception about the care received by the nursing staff.

Keywords: Kidney transplantation, perception of care, chronic renal failure, nursing care.

INTRODUCCIÓN

El trasplante de órganos es hoy en día una forma de terapia cada vez más frecuente, en la que la Enfermería tiene un papel primordial, como encargada de los cuidados y de la Educación Sanitaria, que han sido dos de los principales objetivos en la Unidad de Trasplante Renal de la ESE Hospital Hernando Moncaleano Perdomo. Con el fin de facilitar la formación, la seguridad, los autocuidados y la incorporación a la vida cotidiana de la persona trasplantada, se deben adecuar o mejorar las estrategias para proporcionar al paciente trasplantado los conocimientos necesarios para la adaptación a su nueva situación tras el trasplante. Desde la experiencia del profesional de la salud, el trasplante es una nueva oportunidad para los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) de llevar un estilo de vida acorde al que llevaba antes de padecer esta enfermedad dentro de las limitaciones a las que conlleva este procedimiento para preservar el riñón trasplantado y prevenir complicaciones.

Según el grupo de cuidado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, el cuidado de enfermería es recíproco, interactivo e integrativo. Cuidar en enfermería implica un conocimiento propio de cada enfermo, un darse cuenta de las actitudes, aptitudes e intereses, motivaciones y conocimientos, que requieren su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad y apoyo efectivo.¹ Por todo lo anterior, es necesario que enfermería conozca la percepción que tiene el usuario sometido a trasplante renal sobre los comportamientos de cuidado de enfermería.

Con este trabajo de investigación se pretende aportar conocimientos que permitan enriquecer la práctica de enfermería, así mismo que sea un insumo importante para la unidad de trasplante del ESE Hernando Moncaleano Perdomo, teniendo en cuenta que los resultados pueden ayudar o servir de gran apoyo para la toma de decisiones que intervengan con relación cuidado holístico del personal de enfermería hacia los pacientes trasplantados, además de ser un estudio que puede llegar a ser aplicado en otros servicios de esta institución.

La importancia de estudiar cómo se percibe el cuidado de enfermería por parte de los pacientes con insuficiencia renal terminal (IRT) y que han sido sometidos al trasplante renal, emerge de la necesidad que se tiene de indagar cómo el cuidado integral que ofrece enfermería a estos pacientes, interfiere con las dimensiones físicas, psicológicas y sociales, incluyen una diversidad de componentes que

¹ COLOMBIA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Facultad de Enfermería. Grupo de Cuidado, Nuevos avances conceptuales del grupo de cuidado de Unibiblos. 2000.

pueden expresarse de manera diferente según la percepción subjetiva de cada paciente². Se hace énfasis además, en la necesidad de encontrar formas que faciliten el quehacer en función de la calidad de los cuidados de enfermería.

A través de los resultados de este estudio se pretende aportar al conocimiento disciplina, representado en el cuidado integral y personalizado que se brinda a los pacientes de trasplante renal, de tal forma que se busque el mejoramiento y el mantenimiento de su salud.

Para dar respuesta a las inquietudes planteadas y alcanzar los objetivos se empleó el instrumento “PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA”³ (PCHE), para medir la percepción de los pacientes acerca de los comportamientos del cuidado de la enfermera, entendido como la apreciación subjetiva que tiene el paciente acerca del cuidado de enfermería.

² ORTEGA SUAREZ, Francisco. Avances en la calidad de vida relacionada con la salud y trasplante renal, Servicio de Nefrología. Unidad de Investigación de Resultados en Salud. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. 2006.

³RIVERA ÁLVAREZ, Nelly y TRIANA, Álvaro. Departamento de Enfermería. Clínica del Country. Validez facial y de contenido. Nadia Reina. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCION

Según la Clínica Renal Colombiana en el año 2007⁴ existían en Colombia 17.000 pacientes en algún tipo de terapia de reemplazo renal y las proyecciones al universalizar el cubrimiento del plan obligatorio de salud, plantean como alta posibilidad que para el año 2010, existiera ya con requerimiento de diálisis o trasplante 28.000 pacientes. El aumento evidente a pasos agigantados de esta patología hace inminente conocer la percepción que tienen los pacientes a cerca del cuidado de enfermería para hacer ajustes que lleven a la disminución de las posibles complicaciones, en detrimento de la salud del paciente y el costo económico al que conlleva.

Siendo la enfermedad renal de alto costo, cada paciente cuesta por tratamiento dialítico básico, sin tener en cuenta las hospitalizaciones, incapacidades y la comorbilidad, en promedio 2.500.000 pesos moneda corriente (m/cte) por mes. El sistema de salud colombiano desembolsa anualmente 510.000.000.000⁵ pesos en terapia dialítica. Cada año, la incidencia de enfermedad renal crónica terminal aumenta en el país en más o menos 4.000 pacientes. Teniendo en cuenta que por cada paciente en diálisis existen 18 personas con algún grado de posibilidad de patología renal, la necesidad de desarrollo de programas preventivos medibles y tabulables, no diseñados para fortalecer el sistema de diálisis es cada vez más evidente.

A pesar de los avances en los tratamientos dialíticos de la insuficiencia renal crónica, a menudo estos pacientes no logran una mejoría sustancial de su salud, calidad de vida, rehabilitación social y expectativa de vida, porque a pesar de que es una muy buena opción para estos pacientes este tratamiento no sustituye completamente la función renal y deben estar sometidos a jornadas de diálisis largas, repetitivas, desgastantes entre muchos otros calificativos que los mismos pacientes le otorgan.

Los síntomas constitucionales de astenia, malestar general, la enfermedad cardiovascular progresiva, la neuropatía periférica y autonómica, la enfermedad ósea, la disfunción sexual y otros, persisten incluso en pacientes que se dializan

⁴ CLÍNICA RENAL COLOMBIANA. Artículo Riesgo de progresión en Insuficiencia Renal Crónica. 2007.

⁵Ibit., p. 9.

de una forma adecuada. Estos resultados no son inesperados, ya que los regímenes de hemodiálisis más eficaces habitualmente solo proporcionan una eliminación del 10% al 12% de los solutos pequeños y la eliminación de solutos de elevado peso molecular es aun menos eficaz⁶.

El trasplante renal se ha considerado como el tratamiento de elección para la mayoría de pacientes con IRCT. La principal indicación para trasplante renal, es ofrecer a estos pacientes una esperanza para suspender la diálisis, disminuyendo las complicaciones de la misma y sus limitaciones con respecto al quehacer las actividades cotidianas de los pacientes con insuficiencia renal avanzada, con rehabilitación laboral y social y a un menor costo que el mantenimiento de la diálisis crónica.

El trasplante es una intervención quirúrgica de gran envergadura que permite llevar una vida normal a los pacientes que padecen Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT), evita las complicaciones de las fases finales de la enfermedad, hace innecesaria la realización de diálisis y genera una disminución de los costos de la enfermedad; sin embargo implica incluirse en lista de espera lo cual genera altos niveles de ansiedad, el cuerpo puede rechazar el riñón donado y éste puede no durar toda la vida (Bro & Nicholson, 2003)⁷. Desde la experiencia profesional de las autoras de la presente investigación el trasplante es una nueva oportunidad para los pacientes con IRCT de llevar un estilo de vida sin las restricciones a las que son sometidos por ser sujetos de terapia dialítica, aún a pesar de las limitaciones que deben sobrellevar para preservar el riñón trasplantado y prevenir complicaciones.

En la actualidad, gracias a los continuos avances de la terapia inmunosupresora y de las técnicas quirúrgicas, casi todos los receptores de trasplantes pueden esperar que el riñón siga funcionando durante muchos años. Los resultados del trasplante a largo plazo dependen en gran medida del mismo paciente y absolutamente nadie puede reemplazarlo en las responsabilidades de sus cuidados.

Investigaciones realizadas han demostrado que tanto la Insuficiencia Renal Crónica "IRC" como sus tratamientos afectan en gran medida las áreas de

⁶ CUBILLOS GUTIÉRREZ, Jorge. Representante del grupo de trasplantes. Unidad de Trasplante renal Neiva. 11 febrero 2006.

⁷ACOSTA HERNÁNDEZ, Paola Andrea ; CHAPARRO LÓPEZ, Leidy Carolina y REY ANACONA, César Armando. Sistema de Información Científica. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Boyacá, Colombia.

desempeño de los pacientes, especialmente a nivel emocional, cognitivo, físico y social, lo que altera de manera notable su calidad de vida global⁸. Además, un mismo paciente puede recibir diferentes tipos de terapia en el curso de su enfermedad, lo cual afecta su estilo de vida de diferentes maneras, pues son muchos los factores estresantes a los que se enfrentan estos pacientes, como tensiones matrimoniales y familiares, dependencia forzada del personal y del sistema hospitalario,⁹ restricciones alimentarias, limitaciones funcionales, pérdida total o disminución de la capacidad de empleo, cambios en la percepción de sí mismo, alteraciones en el funcionamiento sexual, percepción de los efectos de la enfermedad, uso de medicamentos para tratar la enfermedad y temores relacionados con la muerte.¹⁰

La Organización Mundial de la Salud en su constitución afirma: “toda persona tiene derecho al más alto nivel de salud alcanzable y ha incluido la calidad de atención como un objeto del macro proyecto de salud para todos, dentro del cual se tiene en cuenta la percepción y la satisfacción de los pacientes”¹¹

Tomando un enfoque más general Vuori y Donabedian¹², indican que si no se presta una atención y un cuidado con calidad se vulneran los principios éticos del usuario, se generan pérdidas económicas incalculables para la institución y la falta de credibilidad de los usuarios hacia el personal que lo atiende.

De acuerdo a bases de datos de la Unidad de Trasplante Renal del HUHMP las principales complicaciones que han generado reingreso a hospitalización son infección de vías urinarias, rechazo agudo, rechazo subclínico, enfermedad ácido péptica, enfermedad diarreica aguda, falta de medicamentos y neumonía¹³; desde

⁸ CIDONCHA, M.; ESTEVEZ, ; MARIN, J.; ANDUELA, M.; SUBYAGA, G. y DIEZ DE BALDEON, S. Calidad de vida en pacientes en hemodialisis. Comunicaciones presentadas al XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. 2003.

⁹ ACOSTA H, Paola Andrea ; CHAPARRO L, Leidy Carolina y REY A, César Armando. “Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal” Revista Colombiana de Psicología, Núm. 17, 2008, pp. 9-26. Universidad Nacional de Colombia.

¹⁰ KIMMEL, P. Psychosocial Factors in Dialysis Patients. *Kidney International*, 2001, 59, 1599-1613.

¹¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Estrategias del informe de la “nuevos conocimientos y nuevas esperanzas”. Rev Panam Salud Publica 2002 ISSN 1020-498.

¹² Estudiantes investigadoras: CARDENAS, Olga Liliana *et al.* Estudio piloto de la validación del cuestionario CARE Q para medir la satisfacción del paciente frente al cuidado de enfermería. Unv. Del bosque. Colombia Mayo 2008.

¹³ HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO 2010. Base de datos pacientes trasplantados, grupo de trasplantes Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo 2010.

el punto de vista del cuidado brindado a los pacientes antes, durante y después del trasplante, y la educación que se ofrezca al paciente y a su cuidador con enfoque holístico contribuye en gran manera al cuidado ambulatorio del paciente y por ende una pronta recuperación postoperatoria.

La percepción de los pacientes en terapia dialítica respecto al cuidado directo de enfermería está directamente relacionada a posibles complicaciones y/o mejoría temprana del paciente en el posquirúrgico, debido a que en gran parte el éxito del trasplante está relacionado con el cuidado en el posoperatorio y el cuidado ambulatorio, que será más efectivo cuanto mejor sea el cuidado directo y el proceso de enseñanza de autocuidado del personal de enfermería para con el paciente.

Nuevos enfoques de gerencia en salud sobre la satisfacción del usuario, muestran que ofrecer calidad, significa corresponder a las expectativas de los usuarios e incluso sobrepasarlas, motivo por el cual el hecho de no brindar atención y cuidado con calidad, trae consigo problemas para los usuarios, ya que se va a sentir insatisfecho con la atención recibida, lo que hace que muchas veces traiga complicaciones en su estado de salud, al no recibir indicaciones precisas por parte del enfermero(a) ya sea porque no se le habló al usuario en un lenguaje entendible, o tuvo mala actitud al dirigirse al usuario, quien puede o no haberle entendido la importancia del tratamiento¹⁴.

La implicación y el significado del trasplante renal relacionada con la salud y como lo perciben los usuarios, está directamente ligada con la evaluación que realiza cada individuo respecto a la salud física, la percepción que tiene acerca de su salud psicológica y social y el grado de funcionamiento que tiene para realizar las actividades cotidianas, lo cual incluye entre otras, la movilidad y el bienestar emocional. Varios autores¹⁵ como Alvarez (2001), Badía y Lizán (2003), sostienen que los cambios en las relaciones sociales, familiares, laborales e incluso en el aspecto físico, están estrechamente relacionados con la aparición de trastornos emocionales en estos pacientes e incluso se ha identificado que tienen implicación importante en la rehabilitación como lo son la edad, sexo, estado civil, actividad laboral y nivel educativo (Fernández *et al.*, 2005).

¹⁴ CARDENAS, Op. cit., p. 7.

¹⁵ BADIA, X. y LIZAN, L. Estudios de calidad de vida. En A. Martin & J. Cano (Eds.), *Atencion primaria: Conceptos, organizacion y practica clinica* (p. 250-261). Madrid: Elsevier. 2003.

En un estudio cualitativo – fenomenológico realizado en el colegio de enfermeros del Perú durante el año 2004¹⁶, que aborda las vivencias de los pacientes trasplantados como protagonistas de su calidad de vida, los pacientes coinciden en afirmar que con el trasplante renal se resuelven todos los problemas derivados previos y el paciente renace a un mundo nuevo. Después del riguroso tratamiento de datos, las categorías que emergieron fueron: “El trasplante me devolvió la vida, Mi vida sin limitaciones, Cumpliendo con mi medicación estrictamente, Aceptando mi nueva imagen corporal, Sobrellevando las complicaciones de mi trasplante, Agradecidos con la donación, Solicitando ayuda a la familia y sociedad”¹⁷. Concluyendo que las vivencias experimentadas por los pacientes trasplantados sobre el cambio de vida después del trasplante es evidenciada en su vida personal, familiar, social, espiritual y de pareja.

Según un artículo publicado en la revista órgano oficial de Sociedad Española de Nefrología en el año 2009¹⁸ el significado del trasplante renal para los pacientes sometidos a este procedimiento es que es una alternativa para obtener una mejor calidad de vida, la oportunidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana que estaban obligados a restringir por la enfermedad renal. Esto es importante desde el punto de vista en que la gran mayoría de las personas trasplantadas tienen expectativas más altas de las que realmente tendrán después de pasado un periodo del trasplante renal; en algunas ocasiones estas expectativas pueden ser excesivas dependiendo de la información brindada por el personal de salud con respecto a este procedimiento y todo lo que conlleva.

Por otro lado como lo afirma Burgos,¹⁹ los pacientes suelen tener mejor percepción que lo que se da en la realidad cuando es más bajo su nivel sociocultural. Ellos perciben de acuerdo a estándares familiarizados en su cotidianidad. Las razones por las que el paciente aprecia mejor situaciones deficientes están relacionadas con condiciones socioculturales.

Cuidar es la esencia de Enfermería desde su iniciación con Florence Nightingale, y el cuidado es el elemento paradigmático que hace la diferencia entre enfermería y

¹⁶CERVERA VALLEJOS, Mirtha Flor. Investigaciones ganadoras en el concurso de investigación promovido por el colegio de enfermeros del Perú-region IX-Lanbayeque. Trasplante renal: “renaciendo a una nueva vida”. Agosto 2004.

¹⁷ Ibit., p. 6.

¹⁸ CLEEMPUT I, ; KESTELOOT K, ; DE GEEST S, Dobbels F, Vanrenterghem Y: Health professionals' perceptions of health status after renal transplantation: a comparison with transplantation candidates' expectations. *Transplantation* 76: 176-182, 2003.

¹⁹ BURGOS MORENO M, Paravic Klijn, T. Percepcion de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público. *Cienc. Enferm.* 2003.

otras disciplinas del área de la salud. Al realizar la conceptualización de cuidado dada por algunas teoristas y al revisar la elaborada por el grupo de cuidado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional se encuentra que Leninger en un sentido genérico, lo define como “aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores que van dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana”²⁰.

El cuidado de enfermería demanda que las habilidades prácticas o técnicas del personal de enfermería sean tan precisas que se puedan abarcar con detalle todas las necesidades que el usuario evidencie; como es sabido entre esas necesidades no solamente están las biológicas y dado que la Enfermería tiene el privilegio de entablar un contacto directo con el usuario, se hace partícipe también del conocimiento de las necesidades psicosociales.

El personal capacitado para la atención en salud ha centrado su atención en prestar servicios que cuenten con alta calidad que conlleve a disminuir los costos y riesgos en la atención de los usuarios, invitando al personal de enfermería a conocer y a poseer una actitud crítica y reflexiva con respecto a la realidad social del ser humano, frente a los derechos del individuo e importancia de los bienes comunes, como también a la toma de decisiones concertadas.

En una enfermedad como lo es la IRCT el comienzo de complicaciones es imposible de prevenir, en cambio en el trasplante renal el principal objetivo y la razón de ser del cuidado y por ende de enfermería está encaminado a la prevención de las complicaciones y el éxito del trasplante en el posoperatorio, ofreciendo al paciente cuidado directo y a su cuidador principal la información suficiente acerca del cuidado; éste es un punto clave en este proceso de recuperación, puesto que dentro de las actividades del personal de enfermería también se incluyen el apoyo espiritual, moral, afectivo que promueven el buen concluir de un trasplante renal, aclarando que no lo es todo, ya que es necesario que se acaten al 100% las recomendaciones indicadas por el equipo de salud para que el trasplante renal sea exitoso, así como también no se puede dejar de lado el hecho de que existen otros factores intrínsecos relacionados directamente con la fisiología de cada persona como lo es la respuesta inmune del receptor, aspecto que de una u otra manera trasciende en el éxito o fracaso del trasplante renal.

²⁰ COLOMBIA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Grupo de cuidado. Avances conceptuales del Grupo de Cuidado. En: Dimensiones de cuidado. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería.. Bogotá: Unibiblos. 2000. p. 4 –13.

Actualmente, el HUHMP ha determinado un manual de procesos en donde aparecen específicamente las funciones de cada integrante del equipo de trasplante, así como para el personal de cada uno de los diferentes servicios de esta institución y es allí donde se muestra cual debe ser el actuar del personal de enfermería, el cual está más encaminado a la prevención de futuras complicaciones para el trasplante renal y a brindar educación, dejando de lado el cuidado integral a los pacientes en cuanto a la parte de apoyo espiritual, moral y afectivo se refiere, lo que no permite de cierta forma desarrollar el cuidado como se ha idealizado y corresponder a las expectativas de los usuarios.

Nada le aporta enfermería al usuario del sistema de salud, si solo está dedicada a la atención biológica. Es necesario que el personal de enfermería perciba la misma realidad del paciente frente a su quehacer, se nutra de esta visión o percepción y lo integre a sus comportamientos de cuidado en cualquier ámbito, pero especialmente en el cuidado al paciente renal que de por sí tiene una implicación tan marcada entre vivir o morir.

Por este motivo ésta investigación pretende indagar desde la mirada del paciente, cómo el personal de enfermería cuida de él, aspecto necesario para mejorar continuamente la calidad del cuidado brindado por parte del personal de enfermería y además para apoyar la toma de decisiones que intervengan con relación al trato del personal de enfermería hacia los pacientes, específicamente de la Unidad de Trasplante Renal.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería que tienen los pacientes de la unidad de trasplante renal de la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. Febrero de 2006 - Enero de 2011?

2. JUSTIFICACIÓN

La incidencia de la insuficiencia renal terminal (IRT) se ha incrementado considerablemente en la última década. Como consecuencia de ello, el número de pacientes que reciben un proceso dialítico ha crecido paralelamente. En Estados Unidos de América, el incremento de pacientes con IRT que ingresan a programa de diálisis es de 6% anual, mientras que en México la tasa anual de pacientes en diálisis es de 154.6 por millón de habitantes, con una tasa anual de trasplante renal de 21.2 por millón de habitantes.²¹ La evaluación de la adaptación psicosocial y el estudio de la percepción que tienen los pacientes trasplantados con respecto al cuidado de enfermería, son áreas de interés en la investigación científica, pues contribuyen al mejoramiento de la calidad de los cuidados de enfermería.

La percepción, más allá de ser considerada como un simple atributo de atención se toma como una variable, en tanto indique lo que piensa el usuario sobre los procesos, organización y resultados de la atención.²² De allí la importancia de este estudio tanto para la unidad de trasplante de la ESE Hernando Moncaleano, como para el usuario, su familia y personal de enfermería, ya que por medio de sus resultados se puede conocer como se está brindando el cuidado y como es percibido por los pacientes.

La gestión de Enfermería debe enfocarse hacia las necesidades de los pacientes en el sistema de cuidados. Por ello es necesario asumir la responsabilidad directa en la atención al paciente, la familia y la comunidad. Al hablar de las actividades en función del paciente se hace referencia a que deben planificar los recursos, se debe organizar los servicios asistenciales teniendo en cuenta sus criterios, propiciando la participación en la toma de decisiones que pueden influenciar en la calidad de los cuidados que presta el profesional de enfermería; todo esto sin olvidar que la percepción del cuidado implica el trabajo interdisciplinario, pero también poseer conocimientos e idoneidad de parte del profesional de enfermería.²³

²¹ ACOSTA. Op. cit., p. 8.

²² MONCADA SIERRA, Ana Rubiela. Satisfacción de la persona con el cuidado de enfermería, Servicio de Urgencias Hospital de cuarto Nivel. Facultad de Enfermería Pontificia Universidad Javeriana. 2004.

²³ ARDON CENTENO, Nelson; ARIZA OLARTE, Claudia y DAZA DE CABALLERO, Rosa. Sistema para el Monitoreo de la Calidad de la Atención en Salud por Indicadores en Hospitales de I, II Y III Nivel de Atención, Bogotá, 2003 – 2004.

Neiva, por su ubicación geográfica y por contar con el mayor centro hospitalario a nivel surcolombiano y la única unidad de trasplante, es afluente de gran número de usuarios en solicitud de este servicio y en lista de espera para un trasplante renal. Según datos estadísticos nacionales del Ministerio de Salud²⁴, existen 1.200.000 personas en riesgo de nefropatía crónica y a largo plazo en un gran número de estos mismos que justifican la inminencia de un trasplante renal y por lo mismo la necesidad de cualificar el cuidado de enfermería en el trasplante renal, esperando con sus resultados aportar conocimiento, contribuir a brindar cuidado integral y personalizado con el afán de ofrecer una mejora en el mantenimiento de la salud dentro de lo posible a los pacientes de postrasplante renal, evaluando de alguna manera el cambio de vida que sufre el usuario sometido a este método terapéutico y las concepciones que tienen al respecto.

La novedad para el desarrollo de este proyecto se ve reflejada en el hecho de que en la revisión de la literatura, disponible, no se encontraron estudios realizados en el Huila, ni en Neiva, sobre la percepción del cuidado de enfermería que tienen los pacientes que han sido sometidos a trasplante renal, y puesto que es primordial conocer que cambios ocurren en los campos: social, familiar, económico y cultural del paciente, para de esta manera dar alternativas de cuidado e implementar estrategias que aseguren el mantenimiento de la salud y el cuidado integral del paciente sometido a trasplante renal.

La aplicabilidad de esta investigación está relacionada con la generación de estrategias que sirvan para mejorar las condiciones de salud de las personas sometidas al trasplante renal, teniendo en cuenta cómo perciben los cuidados de enfermería los pacientes que han sido sometidos a este procedimiento por medio de experiencias de salud en su entorno.

Es de destacar que en la actualidad, aumenta cada vez más la responsabilidad del profesional de enfermería centrado en el cuidado y en concreto, en la enfermería nefrológica, siendo una actividad ineludible, ya que la adecuada información y preparación psicológica son imprescindibles para que el paciente y su familia sean capaces de aceptar la nueva situación y adaptarse a los cambios de vida que esto representa.²⁵

La factibilidad y viabilidad de la investigación está relacionada con la facilidad de la recolección de la información suministrada por la unidad de trasplante renal de la

²⁴ OTERO LM. Enfermedad renal crónica. Colomb Med 2002; 33: 38-40.

²⁵ ANDREU L, Force E. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2001. 210 pag.

ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, el acceso a las bases de datos de los usuarios trasplantados; el recurso económico, material, humano y social está al alcance de nuestras posibilidades.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir la percepción de los comportamientos del cuidado de Enfermería que tienen los pacientes trasplantados en la Unidad de Trasplante renal de la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva desde Febrero de 2006 a Enero 2011, con el fin de formular estrategias de mejoramiento derivadas de los hallazgos, que permitan desempeñar una labor integral del profesional de enfermería.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las características sociodemográficas de los sujetos participantes en el estudio.

Describir los comportamientos del cuidado de Enfermería de la unidad de trasplantes renales percibidos por los pacientes, de acuerdo con las categorías de análisis.

Determinar diferencias o similitudes de la percepción global que tienen los pacientes trasplantados discriminadas mediante el cruce de ésta y la edad, el género, el nivel educativo y el tiempo de trasplantado.

Proponer estrategias y/o alternativas de mejoramiento en el cuidado de Enfermería que aseguren el mantenimiento de la salud del paciente sometido a trasplante renal.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

La enfermedad renal crónica es la pérdida permanente e irreversible de la función renal que puede ser el resultado de daño físico y la presencia de alguna enfermedad que dañe a los riñones como la diabetes o la presión arterial alta. Cuando los riñones se enferman no filtran los desechos o el exceso de agua de la sangre. Se le conoce como una enfermedad silenciosa porque no produce muchos síntomas sino hasta que la enfermedad ha progresado.

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una de las enfermedades que genera mayor deterioro en el aspecto emocional, físico, funcional y psicosocial, debido a que implica un deterioro lento, progresivo e irreversible de la función renal durante un periodo de meses o años (Pérez, Llamas, & Legido, 2005). Perilla y Fernández (2007) encontraron que esta es una de las enfermedades crónicas con más incidencia en la actualidad; Colombia invierte aproximadamente unos 900 mil millones de pesos al año en el tratamiento integral de 11.239 personas afectadas, una de las enfermedades más costosas, en comparación con otras enfermedades crónicas, debido a que requiere en sus tratamientos el uso de maquinas especiales y/o medicamentos de alto costo²⁶.

4.1.1 Causas de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC). Existen muchas condiciones que dañan los riñones, sin embargo, entre las causas más frecuentes está la diabetes que es la causa principal de esta alteración, ya que es una enfermedad crónica en donde no se produce suficiente insulina para ayudar a degradar la glucosa (azúcar) en la sangre, entonces las grandes cantidades de sangre actúan como un veneno que daña los filtros y las arterias del riñón.

El aumento de la presión sanguínea (hipertensión) es la segunda causa que favorece la insuficiencia renal crónica, ya que daña los filtros y las pequeñas arterias y venas del órgano, lo que causa un deterioro rápido del riñón.

²⁶ACOSTA. Op. cit., p. 2.

Otras causas de insuficiencia renal crónica incluyen:

- Glomerulonefritis: un grupo de enfermedades que causan inflamación y daño a los filtros del riñón.
- Daño o lesiones directas en el riñón
- Infección renal o infecciones urinarias repetidas
- Lupus y otras enfermedades que afectan el sistema inmunológico del organismo
- Ciertos medicamentos y venenos
- Uso prolongado de ciertos analgésicos (medicamentos para quitar el dolor)

4.1.2 Factores de riesgo para la IRC. Aunque cualquier persona y a cualquier edad puede desarrollar insuficiencia renal crónica, existen ciertos factores de riesgo identificados que favorecen la aparición de alteraciones renales:

- Diabetes
- Hipertensión
- Enfermedades del corazón
- Antecedentes familiares de enfermedad renal
- Edad
- Raza

4.1.3 Síntomas de la IRC. En general es una enfermedad silenciosa, la mayoría de las personas no presentan síntomas al comienzo, pero cuando la función renal ha avanzado puede haber:

- Dolor de cabeza frecuente
- Fatiga
- Comezón en todo el cuerpo
- Uremia

4.1.4 Diagnóstico de la IRC. Debe hacerse una evaluación física minuciosa. También son útiles los estudios de imagen como la tomografía computarizada, la pielografía intravenosa (estudio para evaluar las características de los riñones y el

sistema de drenaje) y la angiografía (inyección de un líquido que permite evaluar las arterias que nutren al riñón).

Debido a que hay pocos síntomas en los inicios de la enfermedad, el diagnóstico depende de las pruebas de laboratorio. Para ello es necesario reconocer ciertas anomalías o “marcadores” renales como la presencia de proteínas en la orina y disminución de la función renal por más de tres meses. Se utilizan varias pruebas diagnósticas para determinar el funcionamiento de los riñones. Algunas de estas pruebas son:

- Creatinina. Es un producto de desecho que produce el organismo cuando convierte alimentos en energía y como resultado de la actividad muscular normal. Los riñones filtran la creatinina de la sangre y la desechan a través de la orina, en la enfermedad renal crónica se observan niveles altos de creatinina.
- Tasa de filtración glomerular. Mide la tasa en la que los riñones filtran la sangre y se considera una excelente medida de la función renal.
- Pruebas de orina. Puede detectarse la presencia de células rojas o blancas en la orina, lo que es un signo de la función renal.
- Microalbúmina. Esta prueba se utiliza para detectar en la orina pequeñas cantidades de una proteína llamada albúmina.

Para facilitar el tratamiento a seguir, la IRC se ha clasificado de la siguiente manera:

ETAPA 1. Los pacientes en el estadio 1 suelen ser asintomáticos. El plan de acción clínica se centra en el diagnóstico y el tratamiento de la causa subyacente de la nefropatía crónica, por ejemplo, diabetes o hipertensión arterial, el tratamiento de las enfermedades concomitantes, las intervenciones para ralentizar la progresión y la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular.

ETAPA 2. Los síntomas clínicos relativos a la disfunción renal siguen siendo poco habituales durante la etapa 2. El plan de acción clínica se centra en la evaluación y la prevención de la progresión de la enfermedad. La tasa de progresión de la IRC es variable y depende de la causa subyacente del daño renal. Generalmente, la reducción de la TFG se produce durante un período de varios años.

ETAPA 3. A partir de la etapa 3, los pacientes pueden presentar signos y síntomas clínicos relacionados con las complicaciones de la insuficiencia renal (por ejemplo, anemia y trastornos en el metabolismo mineral); en esta fase, el plan de acción comprende la evaluación y el tratamiento de las complicaciones causadas por la IRC.

ETAPA 4 Y 5 Los pacientes de la etapa 4 pueden presentar anomalías de laboratorio y clínicas significativas relacionadas con la disfunción renal. El plan de acción de la fase 4 comprende la preparación del paciente para el tratamiento de sustitución renal, es decir, diálisis o trasplante renal. Las personas que requieren diálisis se consideran pacientes con nefropatía en fase terminal.

4.1.5 Reemplazo renal. Dentro de los tratamientos empleados para el manejo de la IRC se encuentran la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante renal, los cuales favorecen la disminución de varios síntomas propios de la enfermedad y la prolongación de la vida del paciente; siendo utilizados de acuerdo a las condiciones físicas, psicológicas y sociales del mismo.

A medida que un paciente va aproximándose a la insuficiencia renal, deberán irse evaluando las opciones de tratamiento de sustitución renal. Dichas opciones son la diálisis y el trasplante. Las opciones de diálisis son:

4.1.5.1 Hemodiálisis . (Uso de un riñón artificial), que es la forma más habitual de diálisis. En la hemodiálisis una maquina purifica y filtra temporalmente la sangre de desechos nocivos, sal y agua en exceso por medio de dos agujas conectadas a una fistula que se retiran al final de cada sesión, este procedimiento se realiza por lo general tres veces por semana de 3 a 5 horas por cada sesión e implica la creación de una fistula que es una operación donde se une una vena con una arteria bajo la piel del brazo. Los pacientes tienen en todo momento profesionales entrenados en el caso de presentarse complicaciones durante el tratamiento y pueden conocer personas que comparten su misma condicion, sin embargo deben acudir a la unidad renal en horarios establecidos sin posibilidad de realizar otras actividades durante este tiempo y pueden tener problemas con el acceso venoso e hipotensión (Hernández, 1995).

4.1.5.2 Diálisis peritoneal. En la diálisis peritoneal una membrana interna que reviste el abdomen, llamada peritoneo, filtra la sangre del exceso de agua, desechos y sustancias químicas, introduciendo una solución de diálisis en el abdomen durante 4 a 6 horas, realizando los recambios 4 veces al día. A pesar de que el paciente puede compartir más tiempo con su familia, desempeñar un

trabajo y no requiere asistir a la unidad renal para la realización de la diálisis, el procedimiento requiere mayor espacio, elementos especiales de higiene en el hogar, lo que puede ser causa de estrés para sus familiares (Chan, McFarlane, & Pierratos, 2005).

4.1.5.3 Trasplante renal. Los trasplantes renales restituyen la función renal sin necesidad de diálisis, aunque muchos candidatos a trasplantes comienzan su tratamiento de sustitución renal con diálisis mientras esperan un trasplante.

Se ha documentado una mayor calidad de vida y una mayor supervivencia a largo plazo con la opción del trasplante frente a la diálisis.

El trasplante renal es una transferencia de tejidos u órganos (riñón) desde un organismo donante a otro receptor. Para reducir la posibilidad de rechazar el riñón donado se tiene la necesidad de tomar medicamentos diariamente, especialmente inmunosupresores que disminuyen las defensas propias del organismo, el paciente además debe seguir las indicaciones dadas por el médico nefrólogo y someterse a una valoración pretrasplante.

La cirugía de trasplante renal implica la colocación de un nuevo riñón en la pelvis sin extraer los que están fallando. Algunos pacientes necesitan un período de diálisis antes de que el nuevo riñón comience a funcionar. El trasplante, para reemplazar órganos no funcionales, y así modificar el curso de enfermedades letales proporcionar una mejor calidad de vida, es uno de los ideales médicos de nuestro tiempo, más perseguidos.

El avance en las técnicas de inmunosupresión, el refinamiento de las técnicas quirúrgicas y la legislación sobre la donación de órganos, han permitido el desarrollo de resultados cada vez más alentadores²⁷.

La cirugía del trasplante dura cerca de 3 horas. Los vasos sanguíneos del riñón del donante serán conectados con las arterias y venas en el cuerpo receptor. Una vez hecho esto, la sangre vuelve a fluir a través del riñón, minimizándose el tiempo de isquemia. En la mayoría de los casos, el riñón pronto comenzará a producir la

²⁷ CAMPISTOL JM. Tratamiento inmunosupresor. Protocolos actuales. En: Arias M, Campistol JM, Morales JM, editores. Manual de trasplante renal. 1 ed. Madrid: Grupo 2 Comunicación Médica; 2005. 117-141.

orina. Puesto que la orina es estéril, ésta no tiene ningún efecto en la operación. El último paso es conectar el uréter del riñón del donante con la vejiga del receptor²⁸.

El riñón nuevo normalmente comienza a funcionar inmediatamente después de la cirugía, pero dependiendo de la calidad del órgano éste puede tardar algunos días (riñón vago). La estancia habitual del receptor en el hospital está entre 4 y 7 días. Si se presentan complicaciones, se pueden administrar medicinas adicionales para ayudar al riñón a producir orina. Las medicinas son usadas para suprimir el sistema inmune y evitar el rechazo del riñón del donante. Estas medicinas deben ser tomadas de por vida por el paciente, de allí la importancia de la educación que se le brinde al egreso de la institución de salud²⁹.

4.1.6 Historia de los trasplantes renales. El trasplante de órganos está representado en la literatura mítica de numerosas culturas como un símbolo de renovación y cura de enfermedades. El registro histórico más antiguo está en una leyenda de la India del siglo XII (A.C.) que relata el poder de Shiva, un Dios hindú que trasplantó la cabeza de un elefante en su propio hijo creando a Ghanesa, el Dios de la sabiduría. Ocho siglos más tarde en China, Pieu Chiao relata el intercambio de los corazones de dos pacientes afectados por un desequilibrio de energías. Según la leyenda después del trasplante administró a los receptores una infusión de poderosas yerbas para promover la aceptación de los injertos, este es el primer intento de utilizar la inmunosupresión en los trasplantes. En la cultura occidental el primer "trasplante" está consignado en la leyenda áurea de Jacobo de Vorágine que describe el milagro de los santos Cosme y Damián que reemplazaron la pierna gangrenada de un sacristán por la de un gladiador etíope muerto en la arena³⁰.

La era moderna de trasplante de órganos, sin embargo, comenzó a principios del siglo XX gracias al descubrimiento de nuevas técnicas de suturas. En particular los aportes de Ulman (1902) y Carrel (1914) permitieron establecer las bases de las anastomosis vasculares. En 1933 se efectuó el primer trasplante renal de humano a humano con donante cadavérico por el cirujano ucraniano Yury Voronoy. El injerto nunca funcionó y el receptor falleció a los pocos días de la operación. Desde esa época varios intentos fracasaron desalentando el interés por este tipo de operaciones.

²⁸ CAMPISTOL JM. Trasplante de donante vivo. Op. cit., p. 257-273.

²⁹ CAMPISTOL JM. Nefropatía crónica del injerto. Op. cit., p.167-183.

³⁰ CUBILLOS. Op. cit., p. 2

En 1947 Hume realizó un trasplante renal ex vivo en una paciente con insuficiencia renal posparto, anastomosando los vasos de un riñón de cadáver a los vasos braquiales del receptor. Este injerto funcionó transitoriamente y la paciente sobrevivió, lo que impulsó nuevamente el trabajo en esta área por los cirujanos de la época.

Otras publicaciones como las de Jaboulay en 1906 resultados poco alentadores, permitieron que se interrogara sobre la existencia de mecanismo de rechazo, que serían dilucidados en 1923 por Williamson quien habló de la importancia del sistema mayor de histocompatibilidad.

Murray, Merrill y Harrison demostraron más adelante que con este sistema era más factible y menor el resultado de trasplante realizado en individuos genéticamente idénticos como gemelos monocigóticos.

En 1951 David Hume realizó los primeros trasplantes con riñón de donante cadáver y pérdida posterior de los mismos por el rechazo. Más tarde Billingham, Brent y Medawar demostraron que la ausencia o supresión de la respuesta del huésped era la base de una adecuada respuesta al trasplante.

El hecho más sobresaliente se produce en 1954 en Boston cuando Murray documentó la sobrevida permanente de un trasplante renal entre hermanos gemelos. Después de esto numerosos centros de trasplante comenzaron a formarse en todo el mundo. Durante este mismo período se introdujo la azatioprina, lo que permitió el desarrollo del trasplante donante cadavérico.

En el afán de frenar la respuesta inmunológica Schwartz y Damasher en 1959 descubrieron el efecto de la 6-mercaptopurina como inmunosupreso, reemplazándose posteriormente por la azatiopina, análoga de ésta. Luego se introdujeron los corticoides como complemento a esta terapia, mejorando la supresión inmunológica.

Muy importante en el período posterior fue la introducción de la Ciclosporina en 1980, lo cual mejoró significativamente la sobrevida de los injertos e impulsó decisivamente el trasplante de varios otros órganos.

En Colombia el primer trasplante renal exitoso de donante vivo se realizó el 29 de agosto de 1973 en Medellín por el grupo dirigido por los doctores Jaime Borrero y Álvaro Velásquez.

En Neiva, antes de 1990, las opciones terapéuticas para los pacientes con insuficiencia renal crónica eran limitadas; solo un pequeño número de pacientes estaba recibiendo diálisis de forma regular debido a que solo existían unidades renales en las principales ciudades del país y el desplazamiento de los pacientes era una odisea, además los candidatos a diálisis eran pacientes muy seleccionados y se elegían solo los jóvenes que tuvieran la insuficiencia renal como único diagnóstico debido al alto costo; se asume además que estos pacientes pueden tener un mejor pronóstico en comparación con otros pacientes que padecen patologías adicionales o complicaciones asociadas, para el resto de pacientes que no recibían tratamiento dialítico, el diagnóstico de insuficiencia renal crónica era la sentencia de muerte.

A finales de la década de 1990 y con el desarrollo de varias unidades de diálisis en Neiva comenzó a mejorar el panorama de los pacientes afectados de insuficiencia renal crónica, optimizando su manejo y haciéndolo asequible a toda la población de la región.

En el año 2006 se creó el servicio de trasplantes en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP), en donde a 31 de Mayo de 2010 se han realizado 97 trasplantes renales en pacientes, de los cuales 58% son hombres y el 42% restante son mujeres con un promedio entre 17 y 75 años de edad; con una distribución socioeconómica de 47.4% estrato I, 46.3% estrato II, 6.2% corresponde al estrato III³¹.

En la actualidad a estos pacientes se les ofrece el trasplante renal como la mejor opción de tratamiento que existe hasta el momento, ya que si resulta exitoso, se dice que aumenta las expectativas de vida de quien padecía IRC, en términos generales, el trasplante renal está indicado en todos los pacientes portadores de IRC de origen primario o secundario, que no cursen con problemas infecciosos o neoplásicos activos. Sin embargo, el promedio de vida del injerto renal es de 5 años y después el paciente se convierte nuevamente en nefrópata, si antes no se presentan complicaciones causadas por el uso continuo de inmunosupresores.

³¹ CUBILLOS. Op. cit., p. 4.

4.1.7 Calidad de vida del paciente con trasplante renal. La calidad de vida se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento y/o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo.

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. El nivel de vida son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como la renta per cápita, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos. Parece como si el concepto de calidad de vida apareciera cuando está establecido un bienestar social como ocurre en los países desarrollados.

4.2 CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA

4.2.1 Concepto subjetivo. Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.

4.2.2 Concepto universal. Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.

4.2.3 Concepto holístico. La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.

4.2.4 Concepto dinámico. A lo largo del tiempo, cada persona va cambiando sus intereses y prioridades vitales y, por tanto, los parámetros que constituyen lo que considera calidad de vida.

4.2.5 Interdependencia. Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

La calidad se entiende como la cualidad que tienen los pacientes de regresar a una vida normal, después de haber sido trasplantados, reincorporándose a actividades familiares, sociales, culturales, laborales, etc., que no podía realizar por las complicaciones propias de la insuficiencia renal crónica.³²

Los pacientes influyen en la definición de la calidad, al determinar el valor que debe darse a los beneficios y riesgos esperados para la salud por sus valores y expectativas acerca del manejo del proceso interpersonal: los pacientes, individual y colectivamente, son los definidores primarios de lo que significa la calidad. La satisfacción del paciente es una consecuencia más que un atributo de la calidad de la atención, la satisfacción puede considerarse como un elemento de salud psicológica, lo cual es un objetivo y resultado de la atención, es una medida de la calidad de la atención, porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente. La medición de la satisfacción, es un instrumento valioso para la investigación, administración y planeación³³.

4.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

4.3.1 Percepción. Una de las principales disciplinas que se ha encargado del estudio de la percepción ha sido la psicología y en términos generales, tradicionalmente este campo ha definido a la percepción como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente

³² REBOLLEDO P. La calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes trasplantados de riñón. Nephrology repara, Hospital Center Asturias. Clinical Transplantation 2000. p.199-207.

³³ ESCOBEDO C. Administración y calidad. Instituto Politécnico Nacional 1984.pp.23.

físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización³⁴.

En el proceso de la percepción se ponen en juego referentes ideológicos y culturales que reproducen y explican la realidad y que son aplicados a las distintas experiencias cotidianas para ordenarlas y transformarlas. Cabe resaltar aquí a uno de los elementos importantes que definen a la percepción, el *reconocimiento* de las experiencias cotidianas. El reconocimiento es un proceso importante involucrado en la percepción, porque permite evocar experiencias y conocimientos previamente adquiridos a lo largo de la vida con los cuales se comparan las nuevas experiencias, lo que permite identificarlas y aprehenderlas para interactuar con el entorno³⁵.

La percepción según Luz María Vargas Melgarejo³⁶, depende de la ordenación, clasificación y elaboración de sistemas de categorías con los que se comparan los estímulos que el sujeto recibe, pues conforman los referentes perceptuales a través de los cuales se identifican las nuevas experiencias sensoriales transformándolas en eventos reconocibles y comprensibles dentro de la concepción colectiva de la realidad.

Es decir que, mediante referentes aprendidos, se conforman evidencias a partir de las cuales las sensaciones adquieren significado al ser interpretadas e identificadas como las características de las cosas, de acuerdo con las sensaciones de objetos o eventos conocidos con anterioridad. Este proceso de formación de estructuras perceptuales se realiza a través del aprendizaje mediante la socialización del individuo en el grupo del que forma parte, de manera implícita y simbólica en donde median las pautas ideológicas y culturales de la sociedad.

Las posibilidades de percibir un problema de salud son diversas y están sociocultural-mente condicionadas: factores como la responsabilidad o el rol familiar que la persona desempeñe, así como las prioridades cotidianas y las actividades que realice harán que lo perciba de modo diferente en cada caso. Sin embargo, éstos son aspectos poco considerados al momento de intervenir desde

³⁴ ALLPORT y FLOYD H 1974. El problema de la percepción, Buenos Aires, Nueva Visión. P. 81.

³⁵ MERLEAU-PONTY, Maurice. Fenomenología de la percepción, Barcelona, Península. (Col. Historia, ciencia, sociedad, núm. 121). p. 476.

³⁶ VARGAS MELGAREJO, Luz María. Sobre el concepto de percepción. La naturaleza de la percepción.

el sistema formal de salud, ya que representan un corte en un proceso que no siempre es visualizado por el profesional.

Antes de que la persona efectúe la demanda y utilice el servicio sanitario, muy probablemente haya realizado algún tipo de acción, que responde a lo que se denomina autocuidado³⁷. Este comportamiento responde a la propia percepción del problema, y tiene que ver con su cosmovisión personal acerca de lo que es estar sano o enfermo. Esto desencadena prácticas, de las cuales sólo una es ó puede ser la utilización del sistema de salud. Este recorrido previo a la demanda, no sólo no es tomado generalmente en cuenta por el personal de salud, sino que en muchas ocasiones la "mirada" del paciente acerca de su problema, se relativiza como dato a considerar. Sin embargo, a pesar de la importancia que pueda significar para el paciente el diagnóstico y la propuesta de tratamiento sobre su dolencia, ésta es también mediatizada por su propia concepción y representación de lo que le puede estar pasando. Esa persona, de vuelta en su casa y en su medio, tomará o dejará las prescripciones dadas por el profesional, de acuerdo a sus posibilidades de cumplimiento, pero también según su propia interpretación de lo que tiene que hacer.

Como señala Fitzpatrick, la idea de enfermedad opera como símbolo que se relaciona con una variedad de experiencias propias de una cultura. Esta significación simbólica no siempre puede expresarse verbalmente, pero su registro es fundamental para comprender el proceso salud-enfermedad-atención. Aún en su expresión oral, requiere de la capacidad de buscar sentido en las expresiones de los otros, elemento esencial de la comunicación humana³⁸.

En la cotidianidad se suele pensar que lo percibido corresponde exactamente con los objetos o eventos de la realidad y pocas veces se piensa que las cosas pueden ser percibidas de otra manera, porque se parte de la evidencia, raras veces cuestionada, de que lo percibido del entorno es el entorno mismo y ni siquiera se piensa que las percepciones sean sólo una representación parcial de dicho entorno, pues lo que se presenta como evidente sólo lo es dentro de un cierto contexto físico, cultural e ideológico. En este sentido, la percepción es simultáneamente fuente y producto de las evidencias, pues las experiencias perceptuales proporcionan la vivencia para la construcción de las evidencias; al mismo tiempo, son confrontadas con el aprendizaje social donde los modelos

³⁷ MENÉNDEZ E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En: Spinelli H, compilador. Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas. Buenos Aires. 2004.

³⁸ FITZPATRICK R. La enfermedad como experiencia. México: Fondo de Cultura Económica; 1990. p. 29-31

ideológicos tienen un papel importante en la construcción de elementos interpretativos que se conciben como la constatación de la realidad del ambiente³⁹.

La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y sólo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, atravesado por las condiciones materiales de vida que reflejan de modo singular el espejo de la realidad que cotidianamente vemos.

Por lo tanto, es necesario considerar a la salud o la enfermedad no solamente como hechos del mundo de la naturaleza sino también como hechos del campo de las relaciones sociales que implican valoraciones subjetivas y situaciones de poder⁴⁰.

Para esta investigación percepción hace referencia a la sensación que le resulta al paciente de una impresión material hecha por los sentidos que le permite comprender y conocer algo.

4.3.2 Percepción de cuidado. Consiste en el proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado. Lo anterior está relacionado con el cuidado genuino y simultáneo citado por Watson, quien afirma que la percepción permite al paciente y a la enfermera percibir datos del exterior y organizarlos de un modo significativo en el interior, para tomar conciencia del mundo que les rodea y de acuerdo con Larson y Wolf, lo anterior conlleva al conocimiento⁴¹.

Para esta investigación percepción del cuidado será: El proceso que le permite al paciente, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno a través de sus sentidos, en una calificación cualitativa; en este caso el ambiente hospitalario y principalmente aspectos concernientes al personal de enfermería que está a cargo de su cuidado y atención.

³⁹ VARGAS. Op. cit., p. 3.

⁴⁰ SAMAJA J. Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires. 2004.

⁴¹ COLOMBIA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Grupo de cuidado. Avances conceptuales del Grupo de Cuidado. En: Dimensiones de cuidado. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería.. Bogotá: Unibiblos. 2000. p. 4 –13.

4.3.3 Cuidado de Enfermería. El cuidado de enfermería está presente en la historia del ser humano, es multidimensional en el sentido de que tiene múltiples significados que van desde los valores que la sustentan, las características o elementos que lo definen como un fenómeno esencial de la profesión que presenta variaciones según el contexto en que se da, la forma en que se conoce a través de las diferentes teorías, modelos, procesos de atención, evidencia científica, experiencias y vivencias profesionales.

“Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención, y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente ” Art. 113 Código Sanitario de Chile⁴².

Madeleine Leininger (1976)⁴³, desarrolló la teoría de cuidado transcultural y en ésta la visión de los cuidados de enfermería está dirigida a que las acciones o actividades profesionales de asistencia sean diseñadas de forma específica para que encajen con los valores, creencias y modos de vida culturales de las personas grupos o instituciones para ofrecer o dar apoyo a una atención sanitaria para el bienestar beneficioso y satisfactorio. (Marriner, 2003).

Para esta investigación cuidado de enfermería será la gestión del cuidado de enfermería incluyendo lo disciplinario y lo profesional, serán las actividades realizadas por el personal de enfermería, auxiliar y profesional cada una dentro de sus funciones de acuerdo a su cargo, orientadas, planeadas y dirigidas con el objetivo de satisfacer necesidades determinadas para cada paciente teniendo en cuenta características individualizadas para cada usuario, respetando creencias, valores y expectativas de cada uno de ellos.

4.3.4 Paciente trasplantado renal. Para esta investigación se tomará como paciente trasplantado a aquella persona cuyo cuerpo es receptor de un injerto renal el cual se utiliza de manera terapéutica como sustitución de un órgano o tejido enfermo, o su función; y que haya sido sometido a este procedimiento en el HUHMP.

⁴²CÓDIGO SANITARIO. Artículo 113,. 16 diciembre 1997.

⁴³ COMITÉ DE CALIDAD DE ENFERMERÍA. Documento de síntesis elaborado por el del Complejo Hospitalario Norte en base revisión bibliográfica recopilada durante el año 2004-2005 sobre Modelos de Cuidados de Enfermería.

4.4 FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN UNA UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL

En Colombia no existe un manual de funciones estándar para la enfermera en una unidad de trasplantes, sino que cada Unidad adopta el que más cumple con sus objetivos y expectativas.

A continuación se presenta un manual de cuidados de enfermería directamente relacionados con el trasplante implementado por las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de España, el cual determina las funciones de la enfermera a tener en cuenta dentro de una unidad de trasplante renal en la fase pre quirúrgica basado en el modelo de Virginia Henderson⁴⁴ que presenta los siguientes puntos:

- Se presentará, al paciente y a sus familiares, el equipo de Enfermería que lo va a cuidar, tanto en la preparación como en el postrasplante.
- Asesoramiento y enseñanza: Para la intervención se necesita preparación psicológica, tanto para el paciente como para la familia. Necesitan oportunidades de exponer sus preocupaciones y temores sobre la operación.

La valoración que hace la enfermera/o de la disposición psicológica del paciente le permite obtener los datos concernientes a las preocupaciones y temores. La oportunidad de charlar con una persona receptora e informada, permite al paciente reconocer las causas de su ansiedad y poner en marcha las formas de hacerles frente.

Para la enfermera/o es provechoso sentarse sin prisas y dar al paciente la oportunidad de hacer preguntas y aclarar lo que le preocupa, esto ayuda a reducir la ansiedad. Si la persona sabe que la ansiedad es una reacción normal ante la perspectiva de la operación, puede eliminar la idea autoimpuesta: “no debería estar nervioso”.

La pérdida de control es uno de los miedos asociados a la operación. Si a los pacientes se les permite participar en las decisiones respecto a su atención, de ser esto posible, tendrán la sensación de que controlan la situación y pueden mitigar la ansiedad.

⁴⁴ POR SOFÍA FERRERO HIDALGO 1996. www.revistaseden.org/files/art524_1.pdf

Enseñar es una importante función de la enfermera/o en la etapa preoperatoria y ayuda a disminuir la ansiedad cuando el paciente sabe a qué atenerse. Además, si se busca que las personas se cuiden por sí mismas y sean independientes, necesitan saber pronto qué actividades le ayudarán a recuperar un grado óptimo después de la intervención.

El miedo a lo desconocido puede disminuir comprendiendo los acontecimientos que van a tener lugar. La cantidad de información proporcionada depende del nivel cultural, del interés y del grado de estrés del paciente y de su familia. Una buena regla consiste en preguntar a los pacientes qué les gustaría saber sobre la operación y responder de acuerdo al tipo de preguntas formuladas. Se recomienda dar explicaciones sencillas. Una persona con gran ansiedad no capta ni recuerda la información dada.

De acuerdo al modelo de Virginia Henderson implementado por las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de España, para un paciente es fundamental conocer información necesaria de su patología, indagar con el personal de salud sobre su tratamiento específico, la importancia de la familia en todo el proceso; teniendo en cuenta esto, es necesario que los pacientes de trasplante renal conozcan aspectos relacionados como:

4.4.1 Información útil para el paciente

- Pruebas preoperatorias.
- Rutinas preoperatorias.
- Traslado al quirófano. (Hora y tiempo de la intervención).
- Lugar donde el paciente despertará.
- Tratamiento postoperatorio.
- Necesidad de movilización precoz.
- Necesidad de mantener las vías respiratorias despejadas.
- Analgesia.
- Referente a la cirugía y al posible rechazo es el médico el responsable de dar las explicaciones.

4.4.2 Información útil para los familiares.

- Dónde esperar hasta que el paciente regrese a la habitación.
- Ubicación de la cafetería.
- Duración de la operación.
- Si el paciente será enviado a una sala de recuperación.

- Cómo informarse una vez concluida la intervención.
- Estado en que el paciente regresa de la intervención.
- Tranquilizarlos.

4.4.3 Preparación física del receptor. Según el modelo de Virginia Henderson implementado por las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de España, los cuidados relacionados directamente con el receptor en la fase de preoperatorio son las siguientes:

- Practicar hemodiálisis, Dejar al paciente medio kilogramo por encima de su peso seco.
- Cursar bioquímica post-HD.
- Hemograma completo.
- Solicitar reserva de sangre para posible transfusión.
- Pruebas de coagulación.
- Gasometría.
- Ayunas como mínimo cuatro horas antes de la intervención.
- Cursar ingreso del paciente.
- Consentimiento por parte del paciente del trasplante renal y del tratamiento.
- Rasurar zona operatoria.
- Quitar esmalte de uñas.
- Ducha.
- Control de peso, T.A., F.C, y talla.
- Asistir en la colocación de catéter para control de PVC.
- Vigilar que se tome placa de torax.
- Tomar EKG.
- Iniciar tratamiento inmunosupresor según criterio médico.
- Iniciar tratamiento antibiótico según criterio médico.
- Identificar al paciente en la muñeca.
- Retirar prótesis y lentes de contacto y guardarlos en lugar seguro.
- Desinfectar zona quirúrgica y cubrir con toalla estéril.
- Proteger con un vendaje no compresivo brazo de la FAVI y rotularlo.
- Colocar un gorro para recoger el cabello.
- Traslado a quirófano.

4.4.4 Cuidados posoperatorios⁴⁵. Según el mismo modelo de Virginia Henderson el período de posoperatorio inmediato es crítico, el paciente debe ser vigilado atenta y constantemente hasta que los principales efectos de la anestesia hayan

⁴⁵ Estatuto de personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de España.

desaparecido y el estado general esté estabilizado, es decir hasta cuando el paciente se encuentra en la sala de recuperación.

A continuación anotar en la gráfica de enfermería todo el equipo que el paciente lleva:

- Sueros
- Sondas
- Drenajes (contenido y cantidad)
- Examinar estado circulatorio (TA, FC, PVC, TA, FR, color de las mucosas), las constantes deben tomarse cada 15 min.
- Estado respiratorio (vigilar permeabilidad de las vías aéreas, se pueden obstruir por la lengua o por acúmulo de secreciones, se puede producir hipoventilación)
- Estado neurológico - Nivel de consciencia
- Bienestar. Evitar el dolor mediante analgesia.
- Control de náuseas y vómitos.
- Eliminación. Vigilancia de la diuresis. Seguir órdenes médicas de reposición de la misma.

En los días sucesivos se debe establecer un plan de cuidados de enfermería pues el paciente debe estar aislado (en la medida de lo posible) en atmósfera estéril de 5 a 10 días por el alto riesgo de infección debido al tratamiento inmunosupresor. Durante este período debe respetarse la asepsia estrictamente.

Por su parte actualmente, en el HUHMP, en la unidad de TR existe el manual de procesos de trasplante renal en donde aparecen específicamente las funciones de cada integrante del equipo, en este caso nos compete las de la Enfermera de la Unidad, literalmente sus funciones son:

- Junta a procomité de trasplante: La jefe de la unidad expone el caso clínico del usuario a trasplantar ante los miembros del comité, quienes evalúan y determinan si es apto para trasplantar.
- Activación en la lista de espera nacional: Ingresando los datos al software de la red nacional de trasplante y reportando la novedad a la regional número uno de donación y trasplante.

Valoración de donante vivo

- Valoración inicial: En conjunto con el médico coordinador operativo; saluda al usuario, evaluando la condición clínica del usuario e interpreta pruebas de función renal y decide si es candidato a valoración pretrasplante.

Trasplante de donante cadavérico

- Toma de muestras: toma de muestras de sangre venosa, rotula y envía a laboratorio de medicina genómica.

Seguimiento postras plante

- Cuidado posquirúrgico inmediato: asistencia permanente al usuario trasplantado.
- Hospitalización: Pasando revista dos veces en el día, acudiendo al llamado del paciente, por parte del personal de enfermería de la unidad, valoración, educación, cuidados y controles.
- Educar al paciente: Impartiendo educación sobre medicamentos, dosis, efectos y horarios, uso de tapabocas, alimentación adecuada, cuidados en la herida quirúrgica, apoyo familiar y posibles complicaciones.
- Control semanal o quincenal: Examinando al paciente (cada semana en el primer mes, y luego cada 1 mes hasta cumplir el sexto mes postrasplante), analizando los resultados de los paraclínicos de control.
- Control mensual: Previa cita dada por la enfermera de la unidad.

Dentro del seguimiento del pos trasplante encontramos las actividades que competen al personal de enfermería perteneciente a los servicios de hospitalización a donde son transferidos los pacientes que deben ser aislados (en la medida de lo posible) en atmósfera estéril de 5 a 10 días por el alto riesgo de infección debido al tratamiento inmunosupresor, y entre ellas encontramos:

- Recibir y entregar turno a la hora reglamentada, dando la información precisa, veraz y soportada en el plan de cuidado de enfermería y en la hoja de registros, aclarando las situaciones importantes para cada paciente.

- Ejecutar procedimientos y cuidados a los pacientes que por su estado crítico así lo requieran.
- Aplicar y verificar el cumplimiento de las guías de servicio en procedimientos, técnica aséptica y bioseguridad.
- Mantener comunicación asertiva con los usuarios, familiares, personal a cargo y todo el personal de la institución.
- Supervisar las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros mediante supervisión directa e indirecta, observando realización de procedimientos y revisando registros de enfermería.
- Realizar actualización del Kárdex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio en el tratamiento del paciente.
- Administrar medicamentos, de acuerdo con las técnicas de asepsia y antisepsia, normas de bioseguridad, y los cinco correctos para la administración de medicamentos.
- Avisar y realizar los cambios administrativos necesarios que tengan que ver con la estancia del paciente, cambio de complejidad y número de cama, con la oficina de admisiones y facturación.
- Observar, registrar y avisar al médico los cambios clínicos presentados por los pacientes a su cargo o que se encuentran en el servicio.
- Controlar los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.
- Realizar las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por cada paciente cuando así lo amerite.
- Asistir a las reuniones programadas por la coordinadora de enfermería, aportando los aspectos necesarios para el buen funcionamiento del servicio.
- Realizar los pedidos de elementos e insumos para su respectivo servicio necesarios para los pacientes, tramitando ante el área que los provee, en el formato corresponde y en las fechas establecidas.
- Participar en forma activa en la revista médica diaria dando sus aportes según el caso.

- Dar información completa y precisa a los familiares del paciente, sobre medicamentos, recomendaciones generales, controles y citas medicas especiales en el momento de la salida.
- Revisar y actualizar las historias clínicas observando los registros de todos los pacientes que se encuentran en su servicio.
- Evaluar periódicamente el desempeño del personal a su cargo y promover el desarrollo del mismo.
- Revisar diariamente que los venoequipos, drenajes, buretroles y demás elementos invasivos del paciente que manejen según protocolo y se lleven los registros correspondientes correctamente.
- Realizar la asignación de los pacientes a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio.
- Establecer los mecanismos necesarios para ofrecer una atención médica y de enfermería caracterizada por la oportunidad, calidad y calidez.
- Participar activamente en el sistema de vigilancia epidemiológica mediante la notificación oportuna de informes de los casos o posibles brotes infecciosos para toma de conductas que prevengan la presencia o proliferación de infecciones en los servicios.
- Supervisa las actividades de procedimientos en su servicio y aplique medidas correctivas que garanticen la calidad del servicio.
- Asignación del inventario en su servicio, verificando diariamente la existencia de equipos y elementos asignados.
- Cuidado directo al paciente de acuerdo con los protocolos establecidos, utilizando técnicas de asepsia y antisepsia, y normas de bioseguridad.
- Vigilar y supervisar la segregación y/o clasificación de los desechos peligrosos en cumplimiento a la normatividad vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares en Colombia.

Se mencionan las funciones del auxiliar de enfermería porque generalmente en los servicios de hospitalización son los que tienen mayor contacto directo con el paciente trasplantado. Según el Estatuto de personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de España, las funciones del

personal auxiliar de enfermería deben ser las siguientes, las cuales coinciden en gran parte con el manual de funciones de Enfermería de la ESE HUHMP:

- Hacer las camas de los enfermos, excepto cuando por su estado le corresponda a la Enfermera, ayudando a las mismas en este caso.
- Realizar el aseo y limpieza de los enfermos.
- Llevar los patos y pisingos a los enfermos y retirarlas, teniendo cuidado de su limpieza.
- Realizar la limpieza de los carros de curaciones y de su material.
- La recepción de los carros de comida y la distribución de la misma.
- Servir las comidas a los enfermos, atendiendo a la colocación y retirada de bandejas, cubiertos y vajilla; entendiéndose que dicha retirada se efectuará por el personal al que corresponda desde la puerta de la habitación de los enfermos.
- Dar la comida a los enfermos que no puedan hacerlo por sí mismos, salvo en aquellos casos que requieran cuidados especiales.
- Clasificar y ordenar las lencerías de planta a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavadero y planta, presenciando la clasificación y recuento de las mismas, que se realizarán por el personal del lavadero.
- Por indicación del Personal Titulado colaborará en la administración de medicamentos.
- Toma de signos vitales. Igualmente recogerán los signos que hayan llamado su atención, que transmitirá al personal médico o a su jefe inmediato, en unión de las espontáneas manifestaciones de los enfermos sobre sus propios síntomas.
- Trasladar, para su cumplimiento por los Celadores, las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia y objetos que les sean confiados por sus superiores.

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente escrito, se puede observar que el modelo español de los cuidados de enfermería en los pacientes trasplantados, hace énfasis en la educación a la familia del paciente quien será el agente

cuidador y explicita detalladamente las acciones de cuidado directo ejecutadas por enfermería, mientras que la implementada por La ESE HUHMP deja ver que el papel principal del profesional de enfermería se centra en educar al usuario directamente y en cumplir con actividades principalmente de tipo administrativo, gran parte del cuidado directo a los pacientes trasplantados lo brinda el personal auxiliar de enfermería bajo la supervisión de la(el) enfermera (o) de cada servicio.

4.5 ESTUDIOS REALIZADOS SOBRE PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Se realizó un estudio descriptivo, en el Hospital de Apoyo “JAMO” en la localidad del departamento de Tumbes (Perú), entre los meses de Mayo – Julio 2000⁴⁶, con el objetivo de determinar la “Calidad de los Cuidados de Enfermería según la Percepción del Paciente Adulto, Observación y Revisión del Plan de Cuidados”. El universo poblacional estuvo constituido por 115 Pacientes como promedio mensual de hospitalizados en los servicios de Cirugía, Medicina y Emergencia, quedando la muestra delimitada mediante la aplicación de una fórmula probabilística, calculada en 65 pacientes, seleccionados en forma sistemática. De la muestra en estudio (65) el 53,85 % recibieron una atención de calidad medio, un 44,62% recibieron una atención de calidad óptima y sólo un 1% recibió una atención de calidad mínima.

La calidad de atención en los diferentes servicios de hospitalización difieren uno del otro, encontrándose que en los servicios de Cirugía y Medicina los cuidados de enfermería son de óptima calidad representado en un 63,64% y un 59,09% respectivamente mientras que el servicio de Emergencia calificó al cuidado de enfermería con un nivel de calidad medio del 85,71%.

Las necesidades fisiológicas y de autoestima otorgaron el mayor calificativo a los cuidados de enfermería, según su satisfacción la calidad de éstos cuidados son de un nivel óptimo alcanzando el 67,69 % y 64,62 % respectivamente, seguido de las necesidades de afecto y pertenencia, autorrealización y seguridad quienes califican al cuidado de enfermería con un nivel de calidad medio con el 75,38 %, 79,23% y 47,69% respectivamente.

⁴⁶LÓPEZ GARCÍA, Milagros. Calidad de los cuidados de enfermería según percepción del paciente adulto, observación y revisión del plan de Cuidados hospital de apoyo tumbes. Mayo – julio del 2000. Tesis presentada para optar el título de Licenciado Enfermería. 2000.

En una investigación de tipo cuantitativo descriptivo transversal sobre percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander⁴⁷ en donde se buscaba describir la forma como algunos usuarios de la Empresa Social del Estado Francisco de Paula Santander, de Cúcuta (Colombia), hospitalizados en el servicio de especialidades médicas, percibieron la calidad del cuidado del personal de enfermería durante el segundo semestre de 2004.

Con una muestra de 202 usuarios del servicio de especialidades médicas se utilizó el instrumento Caring Assessment Questionare (Care-Q) de Patricia Larson, integrado por cincuenta preguntas divididas en las siguientes subescalas del comportamiento de la enfermera: accesible, explica y facilita, conforta, se anticipa, mantiene relación de confianza, y monitorea y hace seguimiento.

Los comportamientos más importantes percibidos por los usuarios están relacionados con habilidades del personal como: administrar al paciente los tratamientos y las medicinas oportunamente, saber aplicar inyecciones, manipular equipos de uso parenteral (sueros), las máquinas de succión y otros equipos. Los comportamientos menos importantes son: preguntar al paciente cómo prefiere que lo llamen, sentarse con éste, ser jovial, ofrecer alternativas razonables y encontrar la mejor oportunidad para hablarle sobre los cambios de su estado de salud.

Se concluyó que conocer la percepción de los usuarios permite evaluar la calidad de los cuidados ofrecidos en los servicios de salud, para ser más competitivos y satisfacer las necesidades y expectativas de cuidado del paciente hospitalizado en el servicio de clínicas médicas.

El Grupo de Cuidado de la Universidad Nacional de Colombia⁴⁸ llevó a cabo el estudio “Percepción del cuidado de enfermería en diferentes instituciones hospitalarias de la ciudad de Bogotá DC. 2006”, de tipo descriptivo y cuyo objetivo fue establecer cuál es la percepción del cuidado de enfermería en diferentes instituciones hospitalarias de la ciudad de Bogotá; para tal fin se aplicó el instrumento de satisfacción (Care/Sat) de Patricia Larson (1993) a una muestra de 29 personas (usuarios) de cada institución participante; el resultado final de la investigación señala un nivel positivo de satisfacción con el cuidado recibido, lo

⁴⁷ BAUTISTA, Luz Marina. Enfermera. Magister en Enfermería con énfasis en gerencia de servicios de salud. Docente, Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Colombia. Año 8. Vol-8 N.1. Abril 2008. 74-84.

⁴⁸ SIERRA HERRERA, María Teresa ; CARDONA CARDONA, Liliana Patricia ; BERNAL SEGURA, María Felicyta y FORERO ROZO, Ana Elizabeth. Percepción del cuidado de enfermería en diferentes instituciones hospitalarias de la ciudad de Bogotá DC.

que indica compromiso con el mejoramiento de la calidad de atención en enfermería.

Por otro lado hay un estudio realizado en la Habana Cuba de tipo descriptivo de corte transversal en la clínica «Cira García», durante el año 2008⁴⁹, para evaluar la percepción del cuidar según las concepciones de 72 enfermeros dispuestos a participar en la investigación. Se aplicó el método científico con un enfoque inductivo y deductivo. Para recolectar la información se utilizó una entrevista semiestructurada y la Escala de Evaluación del Significado del Cuidar (EESC). Las variables de estudio fueron, percepción del cuidado, edad, sexo, años de experiencia, nivel profesional y puesto de trabajo. Los datos recibieron tratamiento estadístico con pruebas no paramétricas. Predominó el sexo femenino 75,0%, edad entre 30 y 39 años 37,50%, estado civil casado 66,66% y más de 10 años de experiencia laboral el 77,77%. Las mayores diferencias se hicieron evidentes entre las concepciones de enfermeros generales y master, en las concepciones del cuidado como característica humana 0,094 y como imperativo moral 0,043. Se concluyó que existen diferencias en relación a la concepción del cuidado de enfermería entre los grupos y las categorías del cuidado investigadas. Los resultados apuntaron la necesidad de mayor unión entre la enseñanza y su aplicación en el ejercicio de la profesión.

“El ser humano, pierde el sentido de la vida y muere si no recibe cuidados, desde el nacimiento hasta la muerte. Sin cuidados, el hombre pierde su propia naturaleza humana. Según la visión humanista, no se logra comprender al ser humano, si no es basado en el cuidado”⁵⁰. Cuidar de alguien, a partir de su propio punto de vista, implica un interés genuino, de desvelo y solicitud, desvinculado del propio yo y centrado en el otro.

“La enfermería es una profesión que tiene dentro de su actuación el acogimiento del sufrimiento humano y a través del cuidar, rehabilita, mitiga los dolores y promueve salud. Para proporcionar cuidados se requiere de una relación de ayuda, siendo éste un momento único donde se comparte la existencia humana”⁵¹.

La enfermería como profesión encargada del cuidado, se afirmó de forma más relevante durante la segunda mitad del pasado siglo, transponiendo los límites

⁴⁹ HERNÁNDEZ VERGEL, Lázaro Luis. Licenciado en enfermería. Máster en Atención Primaria de Salud. Asistente. Clínica Central «Cira García». Ciudad de La Habana, Cuba.

⁵⁰ La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. Revista Cubana de Enfermería. Versión impresa ISSN 0864-0319. Rev Cubana Enfermer v.26 n.1 Ciudad de la Habana jan.-mar. 2010

científicos de la prestación de servicios⁵², siendo reconocida en la comunidad científica como una profesión dedicada al cuidado del otro. Desde ese mismo momento, el cuidado ha sido visto como el marco referencial en un nuevo paradigma de la enfermería y a pesar de la relevancia para la profesión, este enfoque no ha recibido la debida atención por parte de quienes lo enseñan y de quienes lo practican.

Un estudio cualitativo realizado en un hospital universitario de la provincia de Santa Catarina en Brasil⁵³ cuyo objetivo fue conocer los significados y las percepciones del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, según la óptica de enfermeros, pacientes y familiares que les acompañan. La conclusión a la cual se llegó fue que el discurso de enfermeros, de familiares y del paciente refuerza la necesidad de ampliarse la dimensión del cuidado en la UCI, no centrándose solamente en la técnica o en la rutina, pero sí contemplando la participación de los vínculos y la valoración de las necesidades psico-sociales de las personas. Se ha considerado que el discurso humanizado puede ayudar en el rescate de la lógica del saber integral, disminuyendo la atención biomédica y fragmentada, además de concebir al hombre como un todo, constituido de cuerpo, mente, espíritu y relaciones sociales.

De acuerdo con Barbosa⁵⁴ la enfermedad vivenciada por una persona no sólo afecta su físico, sino también su propia identidad. La enfermedad que le acomete le causa un sufrimiento que también alcanza una dimensión psico-social. Por ser seres humanos, no dejamos de sentir, de sentirnos preocupados con lo que aceptamos o no, con lo que es cultural y socialmente aceptado, cuando estamos enfermos. Por tanto, es importante que el cuidado comprenda no solamente lo que el hombre piensa, sino también lo que siente.

Para Acevedo⁵⁵ el cuidado puede ser capaz de trascender la técnica, porque engloba otras dimensiones, como la familia, las necesidades psico-emocionales, la comunidad, las relaciones interpersonales e interprofesionales, el afecto, la

⁵² Ibid.,p. 17.

⁵³ Estudio sobre Significados y percepciones sobre el Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Leandro Barbosa de Pinho, Silvia Maria Azevedo dos Santos. Versión impresa ISSN 1132-1296. Index Enferm v.15 n.54 Granada otoño 2006

⁵⁴ BARBOSA DE PINHO, Leandro. Enfermero. Magíster en Enfermería, Doctorando en Enfermería Psiquiátrica.

⁵⁵ AZEVEDO DOS SANTOS, Silvia María. Enfermera. Profesora Doctora del Programa de Post Graduación en Enfermería. Universidad Federal de Santa Catarina. Centro de Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería, Florianópolis - SC - Brasil.

escucha, la política filosófica institucional, entre otras. El está relacionado a la dimensión ontológica y epistemológica del ser humano, siendo un proceso que determina las acciones, el verdadero "estar-en-el-mundo" hace parte de nosotros como seres humanos que nos relacionamos, enfrentamos dificultades, conocemos el mundo, a nosotros mismos, nuestras posibilidades, necesidades y limitaciones. El acto de cuidar aparece con un significado para el ser humano, que puede clasificarlo de acuerdo con su manera de vivir.⁵⁶

En un estudio de tipo descriptivo, realizado en una institución de salud de la ciudad de Cartagena Colombia⁵⁷ cuyo objetivo fue determinar el nivel de satisfacción del paciente hospitalizado con la atención de enfermería en la ESE Hospital Universitario de Cartagena, Colombia; institución de salud de tercer nivel durante el mes de agosto de 2007. Se aplicó el cuestionario a 68 pacientes dados de alta durante el mes de agosto, utilizando una escala tipo Likert modificada, compuesta por 15 ítems, de fácil comprensión y diligenciamiento, donde se evaluaron cinco dimensiones relacionadas con la satisfacción del usuario hospitalizado con la atención de enfermería; ochenta y cinco por ciento de los encuestados manifestaron que la satisfacción con la atención era buena, mientras que 15% la encontró regular. Se encontró también que los usuarios mantienen altos grados de satisfacción con la atención de enfermería, manifiestan agradecimiento y complacencia con el trato recibido durante su estancia hospitalaria, que se refleja en forma importante en la evaluación de la calidad.

Este estudio concluye que la satisfacción del usuario depende de la resolución de sus problemas, del resultado del cuidado según sus expectativas, del trato personal que recibió, y del grado de oportunidad y amabilidad con el cual el servicio fue brindado. El usuario de las instituciones de salud, se enfrenta en general, a un medio desconocido y a situaciones en las que no desearía estar, por ello, todos los factores que podrían contribuir a proporcionar una óptima atención de salud, deben ser considerados con el fin de facilitar la adecuada adaptación al entorno hospitalario.

⁵⁶ AZEVEDO, Op. cit., p. 3.

⁵⁷ ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA. Universidad de Cartagena, Colombia Dirección: Universidad de Cartagena sede Zaragocilla, Facultad de Enfermería Correspondencia: Universidad de Cartagena. Campus de Zaragocilla. Cartagena, Colombia.

La prestación de servicios de salud por parte de una institución debe garantizar el cumplimiento de todas las normas de calidad, la cual es evaluada cuando se presta un servicio⁵⁸.

Los centros hospitalarios son empresas importantes que requieren cobrar protagonismo en la calidad, ya que su atención va dirigida a mantener el bienestar físico, mental y social de un ser humano. Dicha atención es proporcionada por personal capacitado en el área de la salud, siendo el personal de enfermería quien establece mayor contacto con el paciente ante la realización de procedimientos y procesos que se ven reflejados en la evaluación de resultados, siendo el usuario el encargado de manifestar su satisfacción o insatisfacción con esta atención⁵⁹.

⁵⁸ CABARCAS ORTEGA, Itza Nirva. Enfermera Especialista en Salud Ocupacional. Universidad de Cartagena, Colombia. Magíster en Enfermería con énfasis en Gerencia de los Servicios de la Salud. Universidad Nacional – Universidad de Cartagena. Docente Facultad de Enfermería Universidad de Cartagena. Subgerente Científico de Consulta Externa.

⁵⁹ ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA. Universidad de Cartagena. Colombia Op. cit., p.

5 MARCO TEORICO

Desde el siglo XIX, la profesión de enfermería comienza a tener reciprocidad con la práctica médica; desde este punto de la historia el cuerpo del ser humano pasó a ser objeto del médico y el ambiente del enfermo a la práctica de enfermería. A partir de allí se desarrollaron los conceptos dominantes de la disciplina: persona, entorno, salud y la disciplina de la enfermería. Es cuando las teóricas en enfermería proponen el concepto de cuidado como aquella relación existente entre el cuidador como la persona que entrega cuidado y la persona cuidada, componentes claves de esta interacción⁶⁰.

La doctora Jean Watson, autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería”⁶¹.

Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, trans-personal e intersubjetivo⁶². Lo anterior le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería, según la cita Walker⁶³.

⁶⁰W ADE GH, Kasper N. Nursing Students' Perceptions of Instructor caring: An Instrument based on Watson's Theory of Transpersonal Caring. *Journal of Nursing Education* 2006;45. 162 – 168.

⁶¹ WATSON J. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [Internet]. Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson. Consultado: el 24 de agosto de 2007.

⁶² WADE GH, Kasper N. Nursing Students'. Op. cit., p.162 – 168.

⁶³ WALKER CA. Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson. *Journal of Advanced Nursing*, 1996; 24: 988-996.

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.

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.

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.

Las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales, transpersonales, espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y, proporcionan el fundamento para el desarrollo ulterior de su teoría:

- Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.
- El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.
- El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.
- El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma de una persona existe en él y para él.
- Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.
- Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.
- La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.

Dentro de los conceptos de metaparadigma de enfermería en la teoría del cuidado humano de Jean Watson se encuentra:

Persona. Desde la mirada existencia-lista, Watson considera la persona como “un ser en el mundo”, como una unidad de mente – cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente el *gestalt*, es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería⁶⁴.

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)⁶⁵.

Salud. De acuerdo con Watson, la salud tiene que ver con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)”. Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado⁶⁶

Enfermería. La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. “Para Watson 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 que la otra persona los experimenta⁶⁷.”

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 autocuración⁶⁸.

⁶⁴ Walker CA. Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson. *Journal of Advanced Nursing*, 1996; 24: 988-996.

⁶⁵ *Ibid.*, p. 988-996.

⁶⁶ *Ibid.* , p. 1.

⁶⁷ COHEN JA. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. *Journal of Advanced Nursing* 1991; 16:899-909.

⁶⁸ *Ibid.*, p. 3.

5.1 CONCEPTOS DE LA TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON

5.1.1 Interacción enfermera - paciente. El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como íntersubjetivo, responde a procesos de salud-enfermedad, interacción persona-medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Ella conceptualiza el cuidado como un pro-ceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera-paciente)⁶⁹.

5.1.2 Campo fenomenológico. El cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos.

5.1.3 Relación de cuidado transpersonal. El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trascienden “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”⁷⁰. Esta trascendencia permite a ambos el paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro.

Para Watson (1999), la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por:

- El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto Yo.
- El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

Esta relación describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de

⁶⁹ COHEN JA. Op. cit., p. 3.

⁷⁰ WATSON J. Nursing Human science and Human Care: A Theory of Nursing New York: National League of Nursing, 1988. p.158.

la persona en cuanto a su propia situación de salud. Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona como de la enfermera, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación. Como tal, la preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en una búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento⁷¹.

⁷¹ WATSON J. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Uni-versidad Autónoma de Chihuahua. [Internet]. Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson.

6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	OPERACIONALIZACION	DIMENSION	INDICADOR	DEFINICION	NIVEL DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
Percepción del cuidado de enfermería	cualitativa	Proceso que le permite al paciente, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno a través de sus sentidos, en una calificación cualitativa del ambiente hospitalario y aspectos del personal de enfermería que lo cuida.	Cuidado de enfermería		Actividades realizadas por el personal de enfermería orientadas, planeadas y dirigidas con el objetivo de satisfacer necesidades determinadas para cada paciente teniendo en cuenta características individualizadas para cada usuario, respetando creencias, valores y expectativas de cada uno de ellos.	Ordinal (grados de satisfacción)	Nunca Algunas veces Casi siempre Siempre
			Sentimientos del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Hacen sentir al paciente como ser individual • Cuando explican algo, el paciente se siente informado • Cuando se dirigen a usted, se siente atendido • Cuando me atienden me siento satisfecho. • Me siento agradecido cuando me atienden. 	Evalúa las sensaciones positivas o negativas resultantes de la interacción enfermera-paciente.		Nunca Algunas veces Casi siempre Siempre

			Características del personal de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Hacen empatía con usted. • Son amables en el trato. • Son eficientes en el desempeño de sus tareas. • Son claras al comunicarse con Usted. • Le dan estímulos positivos. • Su cuidado es comprometido y solidario. 	Hace referencia a la calidad, simpatía, amabilidad y cordialidad en la atención, eficiencia en el desempeño de las tareas del personal de enfermería		Nunca Algunas veces Casi siempre Siempre
			Apoyo emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Le inspiran confianza. • Son una compañía durante los procedimientos médicos. • Le dan tranquilidad. • Su cuidado es amoroso y dedicado. • Su atención se fundamenta en el apoyo emocional. 	Acompañamiento que se le brinda al paciente en situaciones de estrés y ansiedad, confianza, autocontrol, y superación de problemas de salud, acompañamiento durante procedimientos.		Nunca Algunas veces Casi siempre Siempre
			Apoyo físico	<ul style="list-style-type: none"> • Hacen que el paciente se sienta bien físicamente. • Le miran cuando le hablan. • Le ayudan a disminuir el 	Hace referencia a proporcionar al paciente un estado de bienestar físico, alivio del dolor y comodidad física.		Nunca Algunas veces Casi siempre Siempre

				<p>dolor físico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atienden sus necesidades básicas (baño, eliminación, alimentación). • Se esfuerzan por brindar comodidad física. 				
			Cualidades del hacer del personal de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> • Demuestran conocimientos y habilidades profesionales. • Lideran el equipo de trabajo. • Trabajan en equipo • Facilitan el dialogo • Le explican anticipadamente los procedimientos. • Todas sus acciones buscan excelencia en el cuidado. 	Características del personal de enfermería en conocimientos y habilidades para la realización de sus funciones.			<p>Nunca Algunas veces Casi siempre Siempre</p>
			Proactividad	<ul style="list-style-type: none"> • Se identifican antes de realizarle los cuidados. • Responden a sus preguntas. • Dan instrucciones sobre su cuidado. • Le ayudan con 	<p>Iniciativa para la toma de decisiones sin necesidad de agentes condicionantes externos en relación al cuidado y educación al paciente.</p>			<p>Nunca Algunas veces Casi siempre Siempre</p>

				<p>la información para que pueda tomar decisiones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le animan para que llame si tiene problemas. 			
			Empatía	<ul style="list-style-type: none"> • Mantienen una relación cercana con usted. • Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento. • Establecen una relación agradable con usted. • Le escuchan atentamente. • Se ponen en lugar para comprenderlo. • Tienen facilidad para acercarse a usted. 	Señala la actitud de un sujeto hacia otro caracterizada por un esfuerzo objetivo y racional de comprensión de los sentimientos del paciente.		<p>Nunca Algunas veces Casi siempre Siempre</p>
			Priorizar al ser cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Se muestran respetuosos. • Le ponen en primer lugar. • Le llaman por su nombre. • Respetan sus decisiones. • Le respetan su intimidad. • Ante cualquier 	Prevalecer al paciente en cualquiera de los aspectos concernientes a su cuidado y tratamiento de salud.		<p>Nunca Algunas veces Casi siempre Siempre</p>

			Disponibilidad para la atención	<p>eventualidad, primero la persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacen seguimiento frecuente al paciente. • Le dedican tiempo. • Administran el tratamiento ordenado a tiempo. • Responden con rapidez al llamado. • Identifican sus necesidades. • Les importa su estado de ánimo. 	Actividades relacionadas a ofrecer atención, cuidados y administración del tratamiento oportuno en relación al tiempo.		<p>Nunca</p> <p>Algunas veces</p> <p>Casi siempre</p> <p>Siempre</p>
Sociodemográficas	Numéricas y cualitativas	Aspectos relacionados con entorno-vida del paciente; permiten además caracterizar la población a tener en cuenta en el estudio; clasificación por edad, estado civil y estadísticas sociales	Apoyo familiar	<p>Actitud de la familia</p> <p>Tipo de Familia ⁷²</p>	Tipo de colaboración y respaldo que recibe el paciente por parte de su familia para el cumplimiento adecuado del tratamiento de su patología a la cual se hace referencia.	Nominal	<p>* Económico</p> <p>* Aislamiento</p> <p>* Indiferencia</p> <p>* Moral</p> <p>* Apoyo con su salud</p> <p>* No saben</p> <p>* Extensa</p> <p>* Nuclear</p> <p>* Binuclear</p> <p>* Monoparental</p> <p>* Personas sin familia</p> <p>*Equivalentes familiares</p>

⁷² DE LA REVILLA, Luis. Qué es la familia. En: Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Ediciones Doyma, 1994. p. 27.

			Edad	Años cumplidos	Lapso en años transcurrido desde el día del nacimiento hasta el día de la participación en el estudio	Numérica	
				Género	Relacionado con la biología y la identidad sexual de los seres humanos.	Nominal	Femenino Masculino
				Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo en lo que hace referencia a su condición marital.	Nominal	Soltero (a) Casado (a) Unión libre Separado (a) Viudo (a)
				Ocupación	Conjunto de tareas laborales, determinadas por el desarrollo del trabajo; comprende la función laboral del trabajador y los límites de su competencia.	Nominal	Trabajador Independiente Trabajador Dependiente Desempleado Otro
				Ingreso económico mensual	Remuneración económica mensual que recibe el paciente por concepto de su desempeño laboral	Ordinal	Sin ingreso Menos de 1 SMLMV. Entre 1 - 2 SMLMV Entre 2 - 3 SMLMV Más de 3 SMLMV
				Sistema de seguridad social en salud	Sistema de seguros de salud pertenecientes al estado o a particulares que proporciona servicios médicos a sus afiliados.	Nominal	Contributivo Subsidiado Vinculado Regímenes especiales No tiene

				Grado educativo	Nivel de escolaridad del paciente.	Nominal	Analfabeta Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Pregrado completo Pregrado incompleto Especialista Otro
--	--	--	--	-----------------	------------------------------------	---------	--

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO

El estudio realizado tiene un diseño descriptivo retrospectivo con abordaje cuantitativo a través del cual se describió y analizó la percepción que tuvieron los pacientes trasplantados acerca del cuidado de enfermería recibido durante la realización del trasplante realizado entre febrero de 2006 a enero de 2011, con ayuda del instrumento PCHE.

7.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

7.2.1 Población. Como población de estudio se definió los pacientes sometidos a trasplante renal en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva desde febrero de 2006 a enero de 2011.

Luego de realizar la depuración de la base de datos de los pacientes que asisten al control pos-trasplante a la Unidad de Trasplantes Renal del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, con corte a enero de 2011, se encontró que la población era de 73 pacientes, a 24 de ellos fue imposible contactarlos, puesto que el número registrado no estaba en servicio, no correspondía al paciente o a alguno de sus familiares, o tras haber sido llamados en más de tres ocasiones no contestaron.

Para determinar el tamaño muestral se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, encontrando que 2 eran menores de 15 años y 6 más no estuvieron dispuestos a participar en este estudio. Siendo así posible definir 49 individuos a encuestar.

7.2.2 Muestreo. El tipo de muestreo fue no probabilístico a conveniencia pues consistió en la selección por métodos no aleatorios, a cada uno de los participantes cuyas características fueron similares a las de la población objetivo⁷³. En este tipo de muestreos la “representatividad” la determina el investigador de modo subjetivo, por lo tanto las conclusiones de este estudio serán solo aplicables para esta muestra.

⁷³ BELLO PARIAS, León Dario. Muestreo en Estudios Descriptivos. Universidad de Antioquia, Facultad de Salud Pública. 2006.

7.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Usuario con IRCT beneficiario del trasplante renal cuyo procedimiento se haya realizado en el HUHMP y con edad mayor a 15 años.
- En el caso de los pacientes menores de edad, se diligenció el consentimiento informado por el cuidador principal o tutor y el paciente fue quien contestó la encuesta.
- Pacientes con trasplante renal con la capacidad de comunicarse por medio verbal o escrito.
- Pacientes que diligenciaron el consentimiento informado para hacer parte de esta investigación.
- Paciente trasplantado renal que estuvo hospitalizado mínimo 5 días en su posoperatorio.
- Paciente que fue trasplantado en el HUHMP, y que su posoperatorio (hospitalización) fue en esta institución.

7.4 UNIDAD DE ANÁLISIS Y DE INFORMACIÓN

Para esta investigación la unidad de análisis hizo referencia a los pacientes de trasplante renal.

La unidad de información estuvo conformada por los pacientes sometidos a trasplante renal en el HUHMP de Neiva.

7.5 MÉTODO Y TÉCNICA

7.5.1 Método. Se utilizó el método directo que recoge información para el análisis de los fenómenos estudiados directamente de la fuente principal, es decir el paciente.

7.5.2 Técnica. Como técnica para la recolección de la información en este estudio se utilizó el cuestionario dirigido que permitió conocer la información a través de

una selección de respuestas a las preguntas o proposiciones presentadas en un cuestionario previamente elaborado.

7.6 DESCRIPCION DE LOS INSTRUMENTOS

7.6.1 Encuesta socioeconómica. Se elaboró una encuesta que consta de un encabezado y 9 preguntas abiertas como edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, seguridad social, tiempo de trasplantado, familia de convivencia y 1 pregunta cerrada acerca del tipo de apoyo que recibe de su familia, los cuales permitieron establecer características de los participantes que aportaron información útil para el desarrollo del objetivo de la investigación. Anexo A.

7.6.2 Instrumento de Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE). El instrumento que se utilizó para este estudio fue el (PCHE), que fue elaborado en el 2005, por el Grupo de Cuidado de la Clínica del Country, cuya coordinación y estructuración final del Instrumento fue realizada por Nelly Rivera y Álvaro Triana, quienes son los autores del mismo.

El PCHE se fundamenta en las nueve categorías de cuidado de Enfermería resultantes en la investigación de Alvis⁷⁴:

- Sentimientos del paciente. Indaga por la sensación del paciente cuando es sujeto del cuidado por parte del personal de enfermería (ítems 1,3,4,43 y 44),
- Dar apoyo emocional. Muestra cómo perciben los pacientes el apoyo brindado por el personal de enfermería al recibir un buen trato, cordial, amistoso una relación de confianza (ítems 10,11,12,45 y 47),
- Características de la enfermera. Esta categoría comprende comportamientos como el buen trato la comunicación, la oportuna respuesta, la solidaridad. (ítems 2,5,7,8,9 y 46),
- Dar apoyo físico. Pregunta sobre actividades que pueden ser sencillas pero significativas, como el mirarlo, tomarlo de la mano, realizar los procedimientos,

⁷⁴ALVIS, Tania *et al.* Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. Bogotá, 2001. Trabajo de postgrado (Especialización en Enfermería Cardiorespiratoria). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.

cubrir sus necesidades físicas y dar atención para aliviar el dolor (ítems 6,13,14,30 y 48),

- Cualidades del hacer de la enfermera. En esta categoría hacen parte ciertas cualidades del personal de enfermería como: se porta bien, que es atenta, hace las cosas con sencillez, humildad y agrado, que explica con amabilidad y propicia el diálogo (ítems 15,16,17,18,20 y 42),
- Proactividad. Hace referencia a si hay atención anticipada al abogar por el paciente, darle información precisa a él y a su familia, respondiendo preguntas y explicándole los procedimientos (ítems 21,22,24,34 y 39),
- Priorizar al ser cuidado. Indaga sobre la preocupación por el paciente, si respeta su decisión, su intimidad, y es tenido en cuenta como paciente y persona, al ser identificado por el nombre (ítems 29,32,33,35,36 y 50),
- Empatía. Identifica actitudes y acciones positivas que surjan de la interacción con el cuidador tales como escuchar, comprender lo que el otro siente, ponerse en su lugar, establecer una relación cálida, agradable, de cercanía; que genera la facilidad y disponibilidad para acercarse al otro, tener tiempo para escucharlo, comunicarse (ítems 25,26,27,28, 41 y 49),
- Disponibilidad para la atención. Examina aspectos como: si la enfermera les pregunta cómo están de ánimo, cómo se sienten, cuando está pendiente de ellos, de su dolor, necesidades, cuidado, para actuar y acudir con rapidez. (ítems 19,23,31,37,3 y 40).

El instrumento está conformado por 50 ítems redactados en escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta, a cada una de las cuales se le asignó un valor en puntos así: Nunca = 1 punto, Algunas veces = 2 puntos, Casi siempre = 3 puntos y Siempre = 4 puntos, y por último se formula un pregunta abierta a modo de exploración, que indaga por aquellos cuidados que el paciente piensa son importantes para su atención y que no se preguntaron en el instrumento. Anexo B.

Para el análisis del instrumento se tuvieron en cuenta cuatro puntos de corte identificados así: ninguna percepción del cuidado (puntuación de la escala entre 50 - 87), algunas veces se percibe el cuidado de enfermería (puntuación de la escala entre 88 - 125), casi siempre (puntuación de la escala entre 126 - 163), y

siempre se percibe una relación de cuidado humanizado de enfermería en el personal de enfermería (puntuación de la escala entre 164 - 200).

Esta primera versión del instrumento fue sometido a validación facial mediante prueba de expertos (enfermeras y médicos de la Clínica del Country), con la asesoría de docentes especialistas de la Facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. En el 2007 fue sometido a validez facial y de contenido, mediante estudio metodológico realizado por Nadia Reina, para optar al título de Magister en Enfermería, en la Universidad Nacional de Colombia.

En este estudio se concluyó que el instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería” de Rivera y Triana es válido, porque con la realización y análisis de la validez facial y de la validez de contenido, se demostró que alcanzó índices de aceptabilidad por encima de 0.8. A demás los expertos concluyen que el instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería” es significativo para el quehacer profesional de Enfermería, porque es derivado de la práctica del ejercicio profesional, específicamente del rol investigativo en el área asistencial.

Es importante señalar los resultados cuantitativos obtenidos en este estudio, relacionados con la validez facial y de contenido:

- El instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería” de Rivera y Triana tuvo una validez facial con pacientes hospitalizados y/o su cuidador permanente elevada, debido a que los pacientes lo calificaron con un Índice de Acuerdo de 0.94.
- El instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería” de Rivera y Triana tuvo una validez facial con expertos en el área de Enfermería disminuida con un índice reducido, debido a que los expertos lo calificaron con un Índice de Acuerdo de 0.78.
- El instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería” de Rivera y Triana tuvo una validez facial calculada elevada, debido a que obtuvo un Índice de Acuerdo de 0.86.
- El instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería” de Rivera y Triana tuvo una validez de contenido elevada, con un

índice alto, debido a que los expertos lo calificaron con un Índice de Validez de Contenido de 0.83.

Acogiendo recomendaciones del estudio de Reina, se reelaboró una segunda versión del PCHE, la cual actualmente está en proceso de validación facial y de contenido, por los autores del instrumento, repitiendo el estudio metodológico realizado por Reina.

El PCHE en su primera versión fue utilizado en el estudio “Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería en la Clínica del Country”; estudio descriptivo exploratorio con abordaje cuantitativo, realizado entre los meses de mayo a septiembre de 2005 y será esta versión la que se utilizará en este estudio.

7.7 PROCEDIMIENTOS

7.7.1 Procedimientos para validez interna. En este estudio se contemplaron los siguientes sesgos:

- Sesgo de autocensura. En determinadas instancias, los informantes pueden mostrarse reticentes a responder libremente a las preguntas, por la simple razón de que sienten que corren el riesgo de no ser atendidos en sus tratamiento, o ser atendidos sin calidad, En este estudio se hizo claridad a cada uno de los participantes, en que sus opiniones son importantes y que no afectarían los tratamientos o cuidados recibidos en la Institución, debido a que solo las investigadora conocerían la información y sería usada para fines académicos.
- Sesgo de selección de los participantes. Las personas que aceptan ser entrevistadas pueden no ser representativas de la población general por ello, es necesario hacer el énfasis en que este tipo de usuarios (personas con trasplante renal) forman parte de una población pequeña y que existen limitaciones ajenas a la voluntad de las investigadoras para encontrar un número representativo de individuos, por lo tanto se optó por el muestreo no probabilístico para permitir que haya una cantidad representativa de encuestados. Otra estrategia que se usó fue la de la verificación del cumplimiento de los criterios de inclusión previamente a la aplicación de los instrumentos.

- Sesgo de medición. Se puede dar por elección incorrecta del sistema de medida o más a menudo por estimación subjetiva. En estudios o encuestas longitudinales existe otro factor importante que es el abandono, ya sea porque deja de tomar la información o rehusar a seguir colaborando⁷⁵; para controlar este sesgo el cuestionario debe ser correcto (sin posibilidad de respuestas subjetivas, vocabulario adecuado y preciso, corto). En esta investigación se usó el instrumento PCHE⁷⁶, el cual ya ha sido validado anteriormente.
- Sesgo de respuesta. Este sesgo, es frecuente cuando se utilizan cuestionarios. La manera en la que los entrevistadores plantean las preguntas o la reacción del entrevistador ante las respuestas puede generar un sesgo positivo o negativo, incluso el orden de las preguntas en un cuestionario puede cambiar la sustancia de las respuestas. Este sesgo se limitó al confiar el diseño y la comprobación de los cuestionarios, procedimiento que ya se dio al ser validado por enfermeras y médicos de la Clínica del Country, con la asesoría de docentes especialistas de la Facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, además por Nadia Reina en su trabajo para optar al título de Magister en Enfermería, en la Universidad Nacional de Colombia.
- Sesgo de memoria. Consiste en la influencia del tiempo en el restablecimiento del recuerdo de situaciones específicas como fechas, tratamientos farmacológicos; para las autoras de este estudio es claro que puede haber dificultades con los participantes que llevan mucho tiempo de trasplantados, sin embargo es importante también conocer la percepción que tienen frente al cuidado de enfermería que le brindaron durante su hospitalización mientras la realización del trasplante; se destaca además que frecuentemente siguen en contacto con el personal de enfermería cada vez que asisten a los controles y cada vez que han tenido una recaída y han sido atendidos por el personal de la Institución, lo cual facilita el responder a las preguntas del instrumento. Por otra parte este aspecto se tuvo en cuenta a la hora de establecer en el marco del diseño el hecho de cruzar la percepción global de los pacientes, con el tiempo de trasplantado y describir si existieron diferencias entre los más recientes y los más antiguos.

7.7.2 Procedimientos para la recolección de la información. Se solicitó el permiso directamente al director de la unidad de Trasplante Renal de la ESE HUHMP, en

⁷⁵BEAGLEHOLE, Robert y Bonita, Kjllstrom. Epidemiología Básica. Washington D. C. Publicación Científica OPS.

⁷⁶ RIVERA. Op. cit., p. 1.

forma escrita, para realizar el estudio en dicha dependencia quien a su vez respondió de manera positiva a la solicitud hecha. Anexos C y D.

La selección de los participantes se realizó de acuerdo a la verificación de los criterios de inclusión, además teniendo en cuenta la base de datos suministrada en la Unidad de Trasplante renal de la ESE HUHMP, mediante confirmación telefónica de los datos de los pacientes registrados en dicho documento.

Es también de aclarar que de los 49 pacientes participantes, el 77,6% (n=38) fueron encuestados personalmente en el momento en que asistieron a los controles o cuando se citaron previamente para la elaboración de la encuesta, y el 22,4% (n=11) fueron encuestados por teléfono debido a la distribución geográfica de los pacientes por todo el departamento del Huila (área rural) ya la imposibilidad de las investigadoras para desplazarse hasta el lugar de residencia de estos usuarios para la aplicación del instrumento.

Cada investigadora se encargó de hacer diligenciar el 50% de los instrumentos y para esto se tuvo en cuenta la agenda de citas de control de la unidad de trasplantes, pues hay días en los que no se programaban citas de control por reuniones o comités del Grupo de Trasplante, además siempre se tuvo en cuenta la lista de los pacientes entregada por la unidad de trasplante.

7.7.3 Prueba piloto. Previamente a la recolección de la información con los integrantes de la muestra, se hizo una prueba de comprensión del contenido de la encuesta socioeconómica, con 10 pacientes del servicio de observación adultos del HUHMP para evitar el sesgo de sensibilización con los integrantes de la muestra.

Igualmente se aplicó a estos mismos 10 pacientes el instrumento PCHE el cual ya fue validado por parte de los autores, con el fin de realizar ajustes a la metodología de recolección de la información, verificar la comprensión de los ítems del instrumento PCHE, registrar el tiempo requerido para en el diligenciamiento de tal forma que se pudiera tener en cuenta durante la ejecución del estudio el tiempo promedio necesario para la aplicación. Cabe resaltar que los usuarios que hicieron parte de esta prueba no fueron necesariamente trasplantados, pero si compartían algunas características como el hecho de ser mayores de 15 años, ser sometidos a procedimientos quirúrgicos en la institución y cuyo posoperatorio fue en el servicio de hospitalización y superó los 5 días de estancia; debido a que no existe otro servicio de trasplantes en el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo.

En la prueba se pudo encontrar que en promedio los pacientes se tardaron 45 min en diligenciar dichos instrumentos, también se pudo verificar que el instrumento PCHE fue comprendido por los respondientes en cada uno de los ítems pues no se manifestaron dudas al respecto, el único comentario fue haciendo referencia a lo extenso del instrumento cuando lo recibieron.

Es importante dejar claro que la redacción y la comprensión de las preguntas del instrumento, están dadas por la validez facial y de contenido que se realizó a dicho instrumento en el año 2008 por expertos durante el trabajo de grado de grado de Nadia Reina de la Universidad Nacional.

7.7.4 Procedimiento para tabulación y análisis de la información. La base de datos se elaboró en formato de hoja de cálculo de Excel, teniendo en cuenta todas las dimensiones de las variables: percepción del cuidado de enfermería y socioeconómicas.

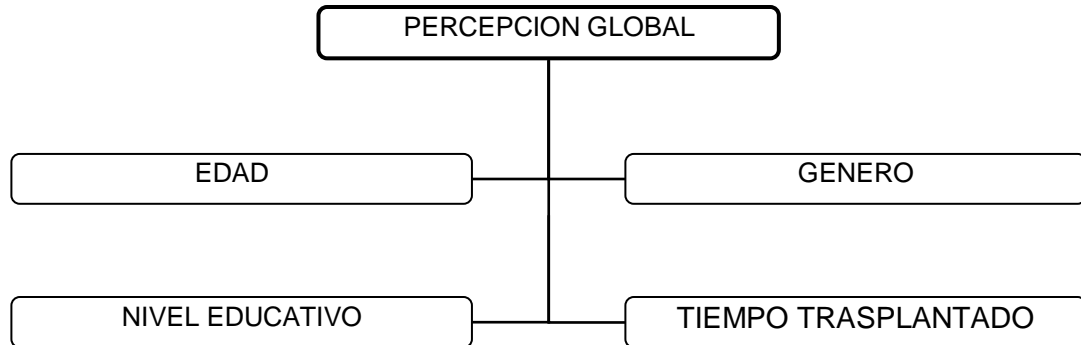
Los datos fueron ingresados según códigos asignados para cada una de las dimensiones, facilitando de esta manera la digitación de la información, esta digitación se hizo semanalmente; el control de errores en cuanto a la digitación se hizo teniendo en cuenta que una de las investigadoras digitó la información de los paquetes de encuestas recogidas y posteriormente la otra investigadora verificó las encuestas digitadas.

El programa a través del cual se procesaron dichos datos fue Excel. Los resultados se presentaron por medio de tablas, gráficas de barras y tortas utilizando frecuencias relativas o absolutas conforme a las variables descritas.

El análisis de la información se hizo comparando la información socioeconómica de los participantes del estudio con las variables trascendentales en la percepción del cuidado humanizado de enfermería y teniendo en cuenta algunas referencias que van directamente relacionadas con estas variables.

Se presentaron los resultados de la percepción global sobre el cuidado humanizado de enfermería y luego se hizo el análisis de las categorías del comportamiento de cuidado, teniendo en cuenta los ítems que miden cada una de ellas y la puntuación obtenida por los integrantes del estudio, destacando los aspectos relacionados con la teoría de Jean Watson.

Para profundizar en el análisis se planteó describir la percepción global mediante el cruce de ésta con las siguientes variables:



Finalmente propusieron estrategias de mejoramiento derivadas de los hallazgos, que se espera permitan rescatar el aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte del personal de enfermería, permitiendo así enriquecer el cuidado brindado a los pacientes trasplantados renales.

7.8 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los resultados obtenidos no pueden ser generalizados a poblaciones diferentes a las de este estudio pues se debe tener en cuenta que tiene las siguientes limitaciones:

- La muestra fue determinada a través de procedimientos no probabilísticos.
- El tiempo destinado para la recolección de la información se vio limitado debido a los requisitos administrativos a cumplir para poder empezar con esta etapa del estudio.
- La distribución geográfica de algunos pacientes en áreas rurales y la imposibilidad de las investigadoras para poder desplazarse a realizar las encuestas personalmente, por lo que se decidió encuestar a los pacientes por vía telefónica.

8. ASPECTOS ETICOS

La presente investigación se acoge a las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la investigación en salud, establecidas por la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, según el artículo 11 del capítulo I, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, título II, se considera una investigación sin riesgo pues es un estudio en el que la recolección de la información se hará mediante un cuestionario en el que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

Siguiendo además con los aspectos éticos de: respeto por la vida y la dignidad humana, derecho de ser informados de los riesgos inherentes a la participación y los resultados del estudio y todo lo concerniente a la investigación que necesite conocer; la intimidad y la autodeterminación serán garantizadas, debido a que contestarán el cuestionario en un lugar privado, sin presión del investigador para optar por alguna respuesta; asegurando derechos a libertad de participación al diligenciar el consentimiento informado y no comprometiendo los servicios y atención que recibirá, si no decide participar; la confidencialidad, estará garantizada, ya que solo tendrán acceso a la información recolectada las investigadoras, desde el diligenciamiento del cuestionario, el ingreso a la base de datos y el análisis de la información, de igual manera en la presentación de los datos no se usarán nombres de personas, sino que se hará una descripción estadística de los hallazgos .

Es necesario tener en cuenta que siempre se respetarán los principios éticos como justicia, beneficencia y reciprocidad. La justicia se entiende como la obtención de conocimientos que benefician a la clase de personas que representan los sujetos participantes, define el derecho de toda persona a no ser discriminada por consideraciones culturales, ideológicas, políticas, sociales o económicas, determina el deber correspondiente de respetar la diversidad en las materias mencionadas y de colaborar a una equitativa distribución de los beneficios y riesgos entre los miembros participantes; luego en esta investigación todos tendrán la misma oportunidad de participar.

El principio de beneficencia define el derecho de toda persona de vivir de acuerdo con su propia concepción de la vida buena, a sus ideales de perfección y felicidad. Íntimamente relacionado con el principio de autonomía, determina también el deber de cada uno de buscar el bien de los otros, no de acuerdo a su propia manera de entenderlo, sino en función del bien que ese otro busca para sí.

Los beneficios a que se refieren los principios éticos de beneficencia y reciprocidad, se traducen para los participantes, principalmente en que a partir de los resultados, los directivos de la UT de la ESE HUHMP, puedan generar estrategias que fomenten el mejoramiento de la atención de los pacientes de dicha institución contribuyendo de esta manera al mantenimiento de su salud brindando una atención con calidad.

Así mismo a nivel de la disciplina de enfermería se obtendrán beneficios, pues de los resultados obtenidos de este estudio se pretende aportar conocimientos que permitan enriquecer la práctica de esta profesión ayudando en la toma de decisiones que intervengan con relación al cuidado holístico del personal de enfermería brindado a los pacientes.

En la presente investigación se respetaron los derechos de autor referenciando las fuentes bibliográficas de las cuales se tomaron conceptos, opiniones, datos o aproximaciones conceptuales. Especialmente se tramitó la solicitud de autorización de los autores del instrumento PCHE para ser usado. Anexo E.

Se hicieron además las solicitudes de permiso ante el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y la Unidad de Trasplantes como se mencionó en el subtítulo de los procedimientos.

Teniendo en cuenta los criterios determinado por la resolución 8430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, y para la elaboración de un consentimiento informado, se diseñó un formato de consentimiento informado, el cual será firmado de forma directa por el paciente cuando se disponga a diligenciar el instrumento PCHE. Anexo F

Antes de aplicarse la recolección de la información, esta investigación será revisada por el comité de ética de la Universidad Surcolombiana.

De acuerdo a la ley 911 de 2004, “Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones”, con la función principal de fomentar, y promover la calidad del cuidado integral y humanizado de la salud y la vida de los individuos, los colectivos y el cuidado del entorno, garantizando un ejercicio profesional, ético y técnico científico.

El código deontológico de enfermería está compuesto por una parte sustantiva, que define principios y valores éticos, el acto de cuidado de Enfermería, condiciones para el ejercicio de la enfermería; responsabilidades del profesional de enfermería con los sujetos de cuidado, con los colegas y otros miembros del equipo humano de salud, con las instituciones y la sociedad, en la investigación y la docencia y con los registros de enfermería. Mientras que la parte procedimental, consagra el proceso deontológico disciplinario y las sanciones, planteado éste en términos de cumplir una clara función reeducadora, un fin preventivo y el mantenimiento de una conciencia ética en los profesionales⁷⁷.

Así mismo se tendrá en cuenta el título I, capítulo I, artículo I, El respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distinciones de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería. Durante la investigación se respetará la dignidad de los participantes, no se excluirán de dicha investigación a los pacientes que cumplan con los requisitos de inclusión, que estén dispuestos a participar.

El artículo II, Además de los principios que se enuncian en la Ley 266 de 1996, capítulo I, artículo 2o, los principios éticos de Beneficencia, no maleficencia, Autonomía, Justicia, Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad, orientarán la responsabilidad deontológica profesional de la enfermería. Pues en esta investigación se procurará buscar siempre el bienestar del paciente y se le tratará como ser humano y de forma justa respetando siempre su forma de pensar.

En el título II, capítulo II, artículo 6, El profesional de enfermería deberá informar y solicitar el consentimiento a la persona, a la familia, o a los grupos comunitarios, previa realización de las intervenciones de cuidado de enfermería, con el objeto de que conozcan su conveniencia y posibles efectos no deseados, a fin de que puedan manifestar su aceptación o su oposición a ellas. De igual manera, deberá proceder cuando ellos sean sujetos de prácticas de docencia o de investigación de enfermería.

Título III, capítulo I, artículo 14, La actitud del profesional de enfermería con el sujeto de cuidado será de apoyo, prudencia y adecuada comunicación e información. Adoptará una conducta respetuosa y tolerante frente a las creencias, valores culturales y convicciones religiosas de los sujetos de cuidado.

⁷⁷ encolombia.com/medicina/enfermeria/EnfermeriaVol1032007/Editorial2.htm

Título III, capítulo I, artículo 18, El profesional de enfermería guardará el secreto profesional en todos los momentos del cuidado de enfermería y aún después de la muerte de la persona, salvo en las situaciones previstas en la ley. Entiéndase por secreto o sigilo profesional, la reserva que debe guardar el profesional de enfermería para garantizar el derecho a la intimidad del sujeto de cuidado. De él forma parte todo cuanto se haya visto, oído, deducido y escrito por motivo del ejercicio de la profesión.

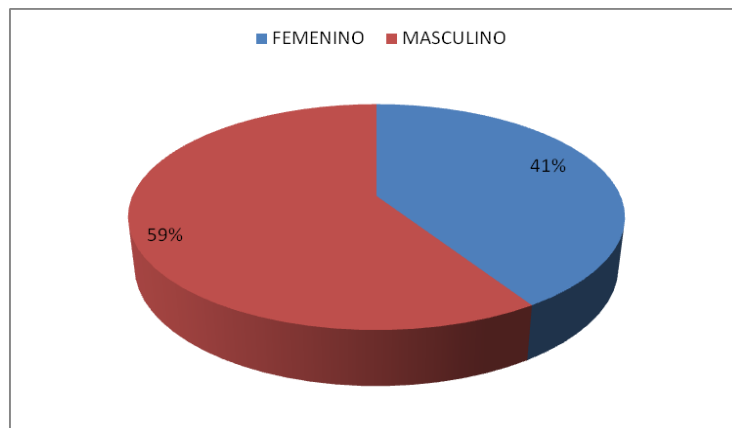
9. RESULTADOS

9.1 RESULTADOS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.

A continuación se presenta la descripción sociodemográfica de los pacientes participantes en el estudio; se han tenido en cuenta el género, la edad, el estado civil, la ocupación, los ingresos económicos, la seguridad social, el nivel educativo, el tipo de familia y el apoyo que recibe de esta, por ser determinante en el progreso o deterioro del estado de salud y el pronóstico de los pacientes debido a los cuidados que se requieren ante un trasplante de un órgano vital como el riñón.

9.1.1 Género. Como se observa en el Gráfico 1, la mayoría (59%) de los participantes en este estudio son hombres, lo que concuerda con las estadísticas proporcionadas por Danovitch⁷⁸ de pacientes con IRCT, en las que se destaca que los hombres sobrepasan levemente a las mujeres en cuanto a tratamiento con terapias de reemplazo renal.

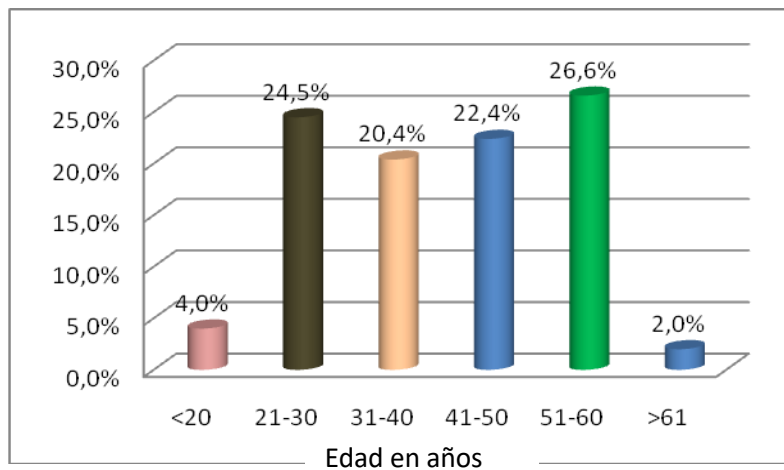
Gráfico 1. Género de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011 Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP, Neiva.



⁷⁸DANOVITCH, Gabriel M. Trasplante renal. Edición en español de Handbook of Kidney Trasplantation 3 ed. 2002.

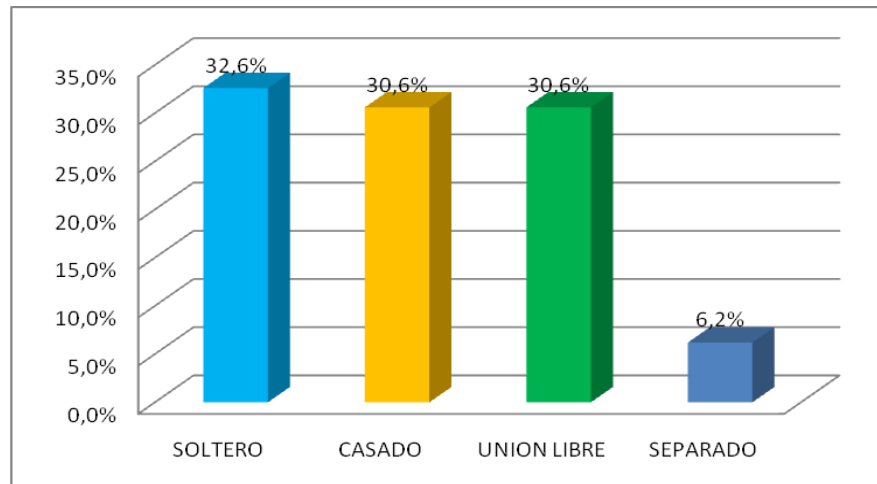
9.1.2 Edad . Los sujetos del presente estudio tienen edades entre los 16 y los 67 años, siendo predominante el rango de edad entre los 51 y los 60 años (26,6%) y luego está el rango de los 21 a los 30 años (24,4%), seguido por el rango de los 41 a los 50 años (22,4%), lo que es llamativo por cuanto son personas en edad productiva, lo que afecta de cierta forma su rol familiar y laboral, debido a todos los cambios que conlleva este tipo de tratamiento.

Grafico 2. Edad de los de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011 Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP, Neiva.



9.1.3 Estado civil. En relación con el estado civil el 71,2% están casados o en unión libre y el 32,6% son solteros. Es positivo el hecho de convivir con una pareja estable puesto que ofrece mayor seguridad en el momento de tomar decisiones respecto al inicio del proceso de trasplante renal.

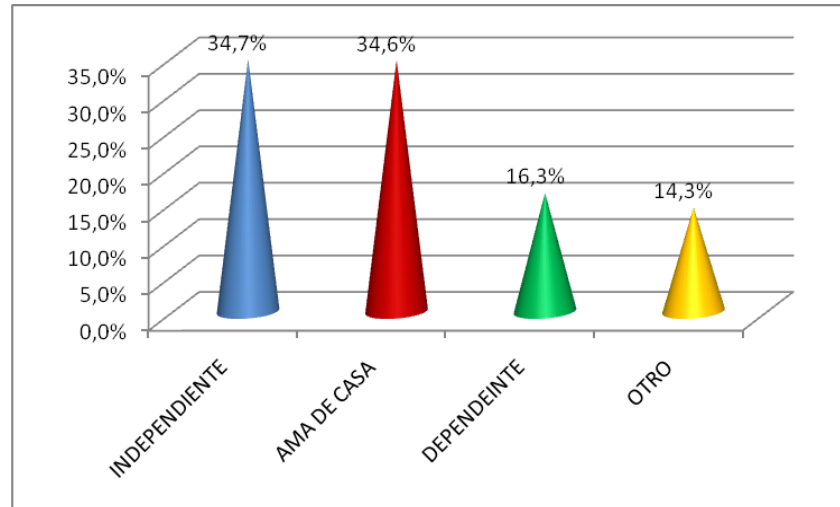
Grafico 3. Estado civil de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011 Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP, Neiva.



9.1.4 Ocupación económica. La mayor parte de los participantes no tiene una ocupación económica y dentro de estos surge la categoría amas de casa que corresponde al 34,6% (n=17), ésta se presenta desagregada porque es un porcentaje importante; también está la categoría otros, en la que se encuentran los estudiantes, los pensionados y los desempleados en una proporción del 14,3%. (n=7); los independientes llegan al 34,7% (n= 17); esta característica de no tener una ocupación económica puede representar un aspecto a favor de los pacientes debido a que no deben cumplir horarios laborales y esto les permite llevar a cabo el tratamiento médico prescrito.

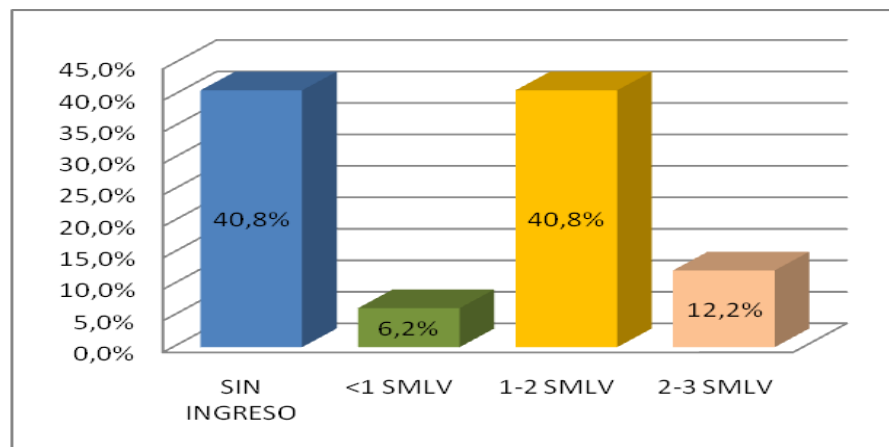
Por otra parte un 16,3% trabajan como dependientes en oficios como empleado de taller de mecánica, barbero, economista, entre otros.

Grafico 4. Ocupación económica de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011 Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP, Neiva.



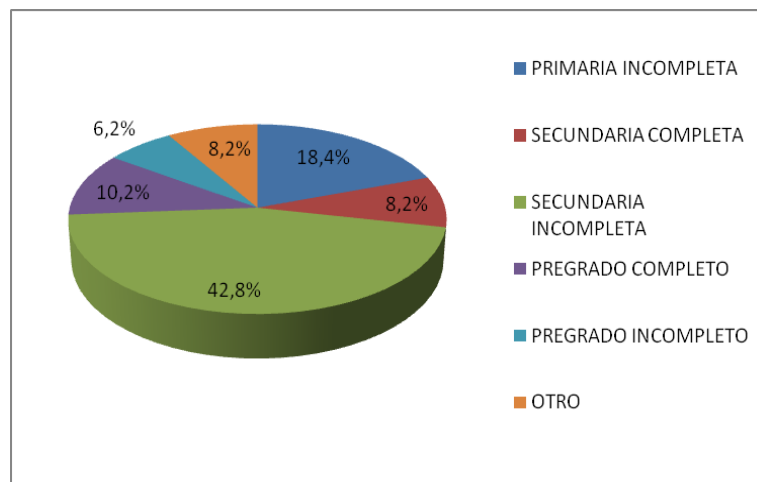
9.1.5 Ingresos. El 40,8% no devengan ningún salario, debido a que una gran parte son amas de casa, en igual porcentaje devengan entre 1 y 2 SMLMV provenientes de la ejecución de actividades independientes como vendedores ambulantes y oficios varios, el 12,2% devengan entre 2-3 SMLMV obtenidos mediante el desarrollo de actividades como ganadería, empleados dependientes y pensionados.

Grafico 5. Ingresos de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011 Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP, Neiva.



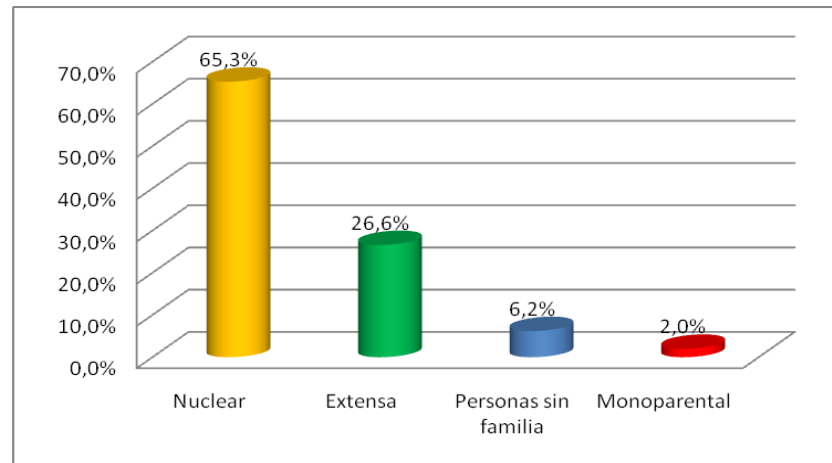
9.1.6 Nivel Educativo. Se evidencia que el 42,8% (n=20) de los pacientes tiene escolaridad secundaria incompleta, seguido por el 18,4% (n=9) de quienes tienen primaria incompleta y tan solo el 10,2% (n=5) de los pacientes han realizado estudios universitarios, y no hay ninguno que no sepa leer y escribir. El nivel educativo de una persona facilita ó contribuye a la comprensión de lo que acarrea el padecer una enfermedad como ERCT, el reconocimiento de factores de alarma, de los cuidados y las medidas preventivas que deben tomar para evitar el desarrollo de las complicaciones de su enfermedad.

Grafico 6. Nivel educativo de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011 Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP, Neiva.



9.1.7 Tipo de familia. El tipo de familia predominante es la familia nuclear 65,3% (n=32), luego está el 26,6% (n=13) que pertenecen a una familia extensa, lo que promueve una adecuada adherencia a los controles en el pre y postrasplante; el 6,2% (n=3) son personas sin familia, que al inicio del proceso de trasplante renal contaban con un acudiente familiar, pero que actualmente viven solos, lo que a la larga puede repercutir en el seguimiento del régimen terapéutico.

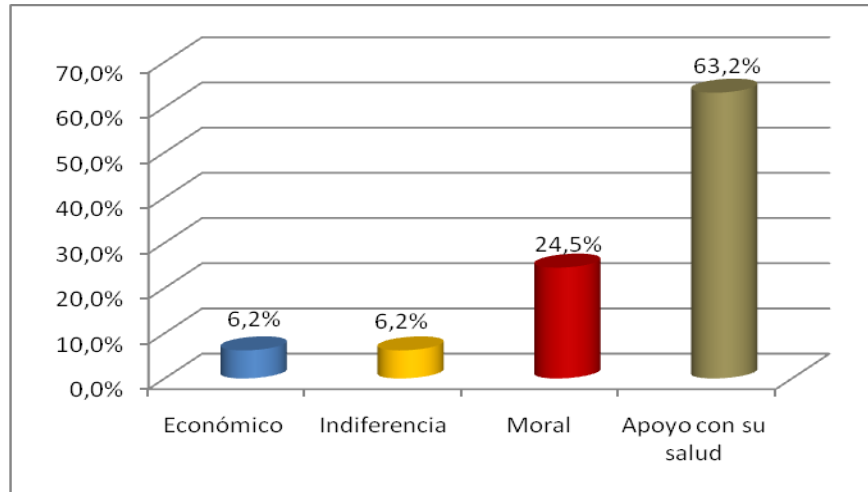
Grafico 7. Tipo de familia de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011 Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP, Neiva.



9.1.8 Apoyo de la familia. Como se observa en el Gráfico 8 en cuanto al tipo de apoyo que predominantemente reciben los participantes es en el cuidado de su salud para el 63,3%, (n=31) lo que es importante debido a la complejidad de los cuidados y el tratamiento a tener en cuenta como la nutrición, la educación, los cuidados directos, los trámites ante las entidades de salud, la compañía y el afecto. En segundo lugar se encuentra el 24,5% (n=12) que recibe apoyo moral lo que beneficia la permanencia en el tratamiento que necesitan.

El 6,2% (n=3) solo recibe apoyo económico y otra proporción igual de pacientes reciben un trato indiferente con respecto a su situación, esto último es preocupante por cuanto la familia es la primera red de apoyo a la que cualquier persona puede acudir ante una dificultad.

Grafico 8. Tipo apoyo de familia de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011 Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP, Neiva.



9.2. RESULTADOS DE LA PERCEPCIÓN DE LOS COMPORTAMIENTOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA QUE TIENEN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE TRASPLANTES RENAL DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA.

9.2.1 Resultados de la percepción global de los comportamientos del cuidado de enfermería que tienen los pacientes de la unidad de trasplantes renal de la ESE Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. Como se observa en la tabla 1, de los 49 pacientes que participaron en el estudio, el 91,8% (n=45) percibieron comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en la escala de siempre, un 6,1% (n=3) los percibieron en la escala de casi siempre y un 2% (n=1) algunas veces percibieron este tipo de comportamientos y ninguna de las personas dejó de percibir los comportamientos de cuidado humanizado en el personal de enfermería.

Tabla 1. Percepción de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011, Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP sobre los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Algunas veces	1	2,0	2,0	2,0
	Casi siempre	3	6,1	6,1	8,2
	Siempre	45	91,8	91,8	100,0
	TOTAL	49	100,0	100,0	

En términos generales, los resultados obtenidos indican que los pacientes trasplantados participantes en este estudio, percibieron el cuidado de enfermería que se les brindó durante su postoperatorio de trasplante renal como humanizado, expresado en sentimientos de agradecimiento por los cuidados recibidos y por haber sido atendido con amabilidad y empatía, además se les permiten expresar sus sentimientos con respecto al estado de salud; comportamientos que se evidencian en las categorías sentimientos del paciente y características de la enfermera respectivamente.

9.2.2 Resultados de los comportamientos del cuidado de enfermería que tienen los pacientes de la Unidad de Trasplantes Renal de la ESE Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva por categorías. A continuación se presentan las categorías a través de las cuales se evalúan los comportamientos que reflejan el cuidado humanizado en el personal de enfermería, iniciando con las categorías que mejor fueron puntuadas por los pacientes y continuando en orden decreciente hasta las que obtuvieron puntuación más baja.

9.2.3 Categoría sentimientos del paciente. La experiencia de recibir un cuidado humanizado en un servicio de hospitalización genera en el paciente diferentes sentimientos expresados por ellos como sentirse apoyado, acogido, atendido, cuidado, acompañado, informado, tener cercanía, recibir calor humano y cariño, estar orientado, sentir afecto e incluso crecer como ser humano; en este sentido se puede señalar que el cuidado humanizado genera sentimientos positivos en el paciente que incluso llegan a mostrar la interacción enfermera-paciente como una

oportunidad de crecimiento del ser humano⁷⁹. Es así como esta categoría valora los sentimientos positivos o negativos resultantes de la relación enfermera paciente.

Como se muestra en la tabla 2, los pacientes trasplantados percibieron los comportamientos del cuidado humanizado directamente asociados con los sentimientos del paciente en el personal de enfermería, en una proporción de 98% (n=48) como siempre, el 2% (n=1) casi siempre, y no hubo puntuación para algunas veces o nunca, lo que sugiere que se generó una interrelación entre el personal de enfermería y el paciente que permitió forjar sentimientos positivos.

Tabla 2. Percepción de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011, Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP sobre los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en la categoría Sentimientos del paciente.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi siempre	1	2,0	2,0	2,0
	Siempre	48	98,0	98,0	100,0
	TOTAL	49	100,0	100,0	

Esta categoría se midió a través de los siguientes ítems:

- Ítem 1. Hacen sentir al paciente como ser individual
- Ítem 3. Cuando explican algo, el paciente se siente informado
- Ítem 4. Cuando se dirigen a usted, se siente atendido
- Ítem 43. Cuando me atienden me siento satisfecho
- Ítem 44. Me siento agradecido cuando me atienden

Es importante recalcar que de los ítems que hacen parte de esta categoría los que más se destacaron fueron los ítems que evalúan el aspectos como sentirse atendido y agradecido con los cuidados el que menos se percibió fue el ítem que hace referencia a hacer sentir al paciente como ser individual.

⁷⁹ ALVIS, Tania; MORENO, Mónica y MUÑOZ, Sandra. Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. Trabajo de postgrado (Especialización en Enfermería Cardiorespiratoria). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Bogotá, 2001.

9.2.4 Categoría características de la enfermera. Durante la experiencia de cuidado humanizado la enfermera debe ser reconocida por el paciente como una persona cálida, querida, especial, agradable, que demuestra su simpatía, amabilidad y cordialidad en la atención; además se debe destacar su diligencia, eficacia, flexibilidad y atención. Algunos la perciben como un verdadero ser humano, como alguien que tiene un don de gente⁸⁰. En esta categoría se valoran esas características del personal de enfermería que reflejan un cuidado humanizado.

En la tabla 3, se presenta que el 93,9% (n=46) de los pacientes trasplantados que conformaron la muestra, percibieron siempre los anteriores comportamientos del cuidado humanizado, y el 6,1% (n=3) casi siempre. Lo que muestra que la mayoría de los pacientes hospitalizados y que fueron sometidos a trasplante renal, ven al personal de enfermería como un ser humano cálido y amable que se esfuerza por dar lo mejor en su trabajo y que es amable en su trato.

Tabla 3. Percepción de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011, Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP sobre los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en la categoría características de la Enfermera (o).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi siempre	3	6,1	6,1	6,1
	Siempre	46	93,9	93,9	100,0
	TOTAL	49	100,0	100,0	

Esta categoría se evaluó a través de los siguientes ítems:

Ítem 2. Hacen empatía con usted.

Ítem 5. Son amables en el trato.

Ítem 7. Son eficientes en el desempeño de sus tareas.

Ítem 8. Son claras al comunicarse con Usted.

Ítem 9. Le dan estímulos positivos.

Ítem 46. Su cuidado es comprometido y solidario.

⁸⁰ALVIS, Op. cit. p. 62.

Al analizar los ítems se puede subrayar que la mayoría de los pacientes están de acuerdo con que el personal de enfermería es amable en el trato que les brindan y crean relaciones de empatía, pues los ítems que más se destacaron fueron el 5 y el 2 que hacen referencia a estos dos aspectos; la característica que menos percibieron fue la de dar estímulos positivos, como lo refiere el Ítem 9.

9.2.5 Categoría empatía. Dentro del cuidado humanizado se identifican actitudes y acciones positivas que surgen de la interacción con el cuidador tales como escuchar, comprender lo que el otro siente, ponerse en su lugar, establecer una relación cálida, agradable, de cercanía; que genera la facilidad y disponibilidad para acercarse al otro, tener tiempo para escucharlo, comunicarse tiernamente, comprenderlo e incluso aceptar bromas lo cual, en conjunto, constituye una relación empática⁸¹. En esta categoría se valoraron todos estos comportamientos para saber el grado de empatía que se generaba a los pacientes y el personal de enfermería.

En la tabla 4 se observa que el 91,8% (n=45) de los participantes siempre percibieron una relación de empatía con las enfermeras que les brindaron los cuidados durante su hospitalización, un 6,1% (n=3) de los pacientes la percibieron casi siempre, y el 2,0% (n=1) nunca percibieron este tipo de comportamientos.

Tabla 4. Percepción de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011, Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP sobre los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en la categoría empatía.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	1	2,0	2,0	2,0
	Casi siempre	3	6,1	6,1	8,2
	Siempre	45	91,8	91,8	100,0
	TOTAL	49	100,0	100,0	

Esta categoría se evaluó según los ítems:

Ítem 25. Mantiene una relación cercana con usted

Ítem 26. Le permite expresar sus sentimientos sobre la enfermedad

⁸¹ALVIS, Op. cit. p. 64

Ítem 27. Establecen una relación agradable
Ítem 28. Le escuchan atentamente
Ítem 41. Se ponen en lugar para comprenderlo
Ítem 49. Tiene facilidad para acercarse a usted

Los ítems que obtuvieron más alto puntaje fueron: permiten expresar sus sentimientos y establecen una relación agradable; el que más bajo puntaje obtuvo fue el ítem que hace referencia a si se ponen en su lugar para comprenderlo, aspecto de mucha importancia para poder forjar una relación de empatía con el paciente, pues cuando la enfermera se interesa en lo que piensa el paciente puede abarcar el aspecto emocional que hace que éste colabore o coopere para seguir las instrucciones dadas por el personal de salud con respecto a su tratamiento.

9.2.6 Categoría priorizar el ser de cuidado. En la experiencia de recibir un cuidado humanizado es priorizada la persona, hay preocupación por ella, se respeta su decisión, su intimidad, y es tenido en cuenta como paciente y persona, al ser identificado por el nombre⁸².

Los hallazgos en esta categoría permiten evidenciar que el 91,8% (n=45) de los participantes en este estudio percibieron siempre comportamientos que los hicieron sentir como prioridad en la atención del cuidado brindado por las enfermeras del servicio, seguida de un 6,1% (n=3) de los pacientes que percibieron casi siempre y un 2,0% (n=1) que nunca los percibieron. Lo que en general indica que el personal de enfermería que labora en este servicio de hospitalización tiene en cuenta al paciente como persona y prioriza sus cuidados. Tabla 5.

⁸²ALVIS, Op. cit. p. 64

Tabla 5. Percepción de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011, Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP sobre los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en la categoría priorizar al ser cuidado.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	1	2,0	2,0	2,0
	Casi siempre	3	6,1	6,1	8,2
	Siempre	45	91,8	91,8	100,0
	TOTAL	49	100,0	100,0	

Se evaluaron los siguientes ítems:

Ítem 29. Se muestran respetuosos

Ítem 32. Le ponen en primer lugar

Ítem 33. Le llaman por su nombre

Ítem 35. Respetan sus decisiones

Ítem 36. Respetan su intimidad

Ítem 50. Ante cualquier eventualidad primero la persona

De los anteriores ítems se puede indicar que los comportamientos que más se destacaron fueron: el trato de las enfermeras es respetuoso y se les respeta su intimidad obteniendo los puntajes más altos. De igual manera el aspecto que obtuvo menor puntaje fue el de poner en primer lugar al paciente este ítem hace referencia no solamente a atenderlo en el orden número uno, implica también saber organizar las prioridades en el cuidado y atenderlo en el momento exacto para resolver su necesidad de cuidado.

Es de anotar que las enfermeras del séptimo piso del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo encargadas de los cuidados de los pacientes trasplantados, tenían también otros pacientes a su cargo además de otras labores asignadas por sus jefes inmediatos, lo que en determinado momento pudo tener como resultado la percepción por parte del paciente de no estar en primer lugar.

9.2.7 Categoría dar apoyo físico. La experiencia de cuidado también trae un componente que es percibido por los pacientes como el apoyo físico, evidenciado en el contacto que tiene directamente con ellos, en actividades que pueden ser sencillas pero significativas, como el mirarlo, tomarlo de la mano, realizar los

procedimientos, cubrir sus necesidades físicas y dar atención para aliviar el dolor⁸³. Esta categoría valora comportamientos del personal de enfermería encaminados a brindar bienestar físico al paciente.

Lo que se puede resaltar según la tabla 6, es que los pacientes trasplantados percibieron que el personal de enfermería se esforzó en una proporción de 89,8% (n=44) por dar comodidad física y suplir sus necesidades básicas siempre, mientras que un 8,2% (n=4) percibieron estos comportamientos en una escala de casi siempre, el 2,0% (n=1) solo percibió estos comportamientos algunas veces.

Tabla 6. Percepción de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011, Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP sobre los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en la categoría dar apoyo físico.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Algunas veces	1	2,0	2,0	2,0
	Casi siempre	4	8,2	8,2	10,2
	Siempre	44	89,8	89,8	100,0
	TOTAL	49	100,0	100,0	

Para evaluar esta categoría se tuvieron en cuenta los siguientes ítems:

Ítem 6. Hacen que el paciente se sienta bien físicamente

Ítem 13. Le miran cuando le hablan

Ítem 14. Le ayudan a disminuir el dolor físico

Ítem 30. Atienden sus necesidades básicas

Ítem 48. Se esfuerzan por brindar comodidad física

A partir del análisis de la puntuación de cada uno de los anteriores ítems se destaca que el personal de enfermería los mira cuando les habla y atiende sus necesidades básicas pues fueron estos 2 ítems los que mayor puntaje obtuvieron.

Por otro lado el ítem que menos fue percibido por los pacientes es el que hace referencia a que el personal de enfermería les ayudó a disminuir el dolor físico; ni

⁸³ALVIS, Op. cit. p. 62

el profesional de enfermería ni el auxiliar de enfermería están facultados para la formulación de medicamentos, debido a esto solo pueden administrar lo indicado por el médico tratante, el cual no está disponible permanentemente en el servicio y el médico hospitalario en ocasiones se cohibe de formular a estos pacientes sometidos a un trasplante por ser de especial manejo, lo que hace que si el paciente no tiene analgesia formulada o ésta no es suficiente, sea demorado el ayudar al paciente a disminuir el dolor por parte del personal de enfermería quien administra dicha medicación.

9.2.8 Categoría Proactividad. La experiencia de recibir un cuidado humanizado en un servicio de hospitalización permite identificar que en las actividades hay atención anticipada al abogar por el paciente, darle información precisa a él y a su familia acerca de la hospitalización y evolución, respondiendo preguntas y explicándole los procedimientos, contribuyendo así a una atención oportuna, que va más allá de sus necesidades, que lo ayude a concientizar, y lo haga más participe en el proceso de recuperación⁸⁴.

El 85,7% (n=42) de los pacientes percibió que el personal de enfermería siempre contribuyó en brindarles una atención oportuna, por su parte el 12,2% (n=6) lo percibió casi siempre, el 2,0% (n=1) nunca lo percibió. Tabla 7.

Tabla 7. Percepción de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011, Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP sobre los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en la categoría proactividad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	1	2,0	2,0	2,0
	Casi siempre	6	12,2	12,2	14,3
	Siempre	42	85,7	85,7	100,0
	TOTAL	49	100,0	100,0	

Al evaluar esta categoría se tuvieron en cuenta los siguientes ítems:

Ítem 21. Se identifican antes de realizar los cuidados

Ítem 22. Responde a sus preguntas

Ítem 24. Dan instrucciones sobre su cuidado

⁸⁴ALVIS, Op. cit. p. 63

Ítem 34. Le ayudan con la información para que puedan tomar decisiones
 Ítem 39. Le animan para que llame si tiene problemas.

Los ítems de esta categoría, destacan que el personal de enfermería siempre dan instrucciones sobre su cuidado y le animan para que llamen si tiene problemas siendo estos los ítems con mayor puntaje; así mismo el ítem que menor puntaje obtuvo fue el que hace referencia a si las enfermeras responden las preguntas hechas por los pacientes en relación con su enfermedad, encontrándose allí una debilidad que puede ser trabajada por la institución, dado que es pertinente que el personal de enfermería pueda brindar la orientación básica relacionada con el proceso de enfermedad y los cuidados de los pacientes.

9.2.9 Categoría disponibilidad para la atención. La disponibilidad es percibida cuando la enfermera les pregunta cómo están de ánimo, cómo se sienten, cuando está pendiente de ellos, de su dolor, necesidades, cuidado, para actuar y acudir con rapidez. Cuando dispone de tiempo para escucharlos, acudir al llamado, hacerlo con prontitud, cubrir sus necesidades y vigilar el tratamiento ordenado⁸⁵.

En cuanto a la disponibilidad para la atención, la tabla 8 revela que el 83,7% (n=41) de los pacientes trasplantados la percibieron siempre un 14,3% (n=7) la percibieron casi siempre y el 2,0% (n=1) de los pacientes nunca percibieron este comportamiento.

Tabla 8. Percepción de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011, Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP sobre los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en la categoría disponibilidad para la atención.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	1	2,0	2,0	2,0
	Casi siempre	7	14,3	14,3	16,3
	Siempre	41	83,7	83,7	100,0
	TOTAL	49	100,0	100,0	

Esta categoría se evaluó teniendo en cuenta los siguientes ítems:

⁸⁵ALVIS, Op. cit. p. 65

- Ítem 19. Hacen seguimiento frecuente al paciente
- Ítem 23. Le dedican tiempo
- Ítem 31. Administran el tratamiento ordenado a tiempo
- Ítem 37. Responde con rapidez al llamado
- Ítem 38. Identifican sus necesidades
- Ítem 40. Les importa su estado de ánimo

Los ítems con mayor puntaje fueron: les importa su estado de ánimo y administran el tratamiento ordenado a tiempo y el ítem que menos puntaje obtuvo fue el que hace referencia al tiempo que dedican las enfermeras a cada paciente; frecuentemente la enfermera tiene a su cargo otros pacientes y otras responsabilidades diferentes al cuidado directo, lo que hace que el tiempo dedicado sea muy poco y esto exige de la enfermera una mayor agudeza a la hora de priorizar la atención de sus usuarios.

9.2.10 Categoría dar apoyo emocional. En una relación de cuidado humanizado el paciente percibe que el apoyo emocional se da a través de recibir un buen trato, que es cordial y amistoso, con calor humano, con un ambiente tranquilo, cómodo y de confianza, que les hace sentir bien, les da aliento y les permite percibir un entorno de familiaridad, de alegría y entretenimiento, lo cual lleva en algunos casos a expresar que la atención recibida es óptima⁸⁶. Es así como en esta categoría se valora el soporte de la interacción de cuidado enfermera paciente.

Esta fue una de las categorías con menor puntuación si se compara con las anteriores, dado que el 79,6% (n=39) de los pacientes trasplantados siempre percibieron los comportamientos del cuidado humanizado relacionados con el apoyo emocional que les brinda el personal de enfermería, casi siempre los percibieron el 18,4% (n=9), el 2,0% (n=1) algunas veces, lo que indica que la mayoría de los pacientes consideran que la atención recibida fue humanizada. Tabla 9.

⁸⁶ALVIS, Op.cit. p. 62

Tabla 9. Percepción de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011, Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP sobre los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en la categoría apoyo emocional.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Algunas veces	1	2,0	2,0	2,0
	Casi siempre	9	18,4	18,4	20,4
	Siempre	39	79,6	79,6	100,0
	TOTAL	49	100,0	100,0	

Para evaluar esta categoría se tuvieron en cuenta los siguientes ítems:

Ítem 10. Le inspiran confianza.

Ítem 11. Son compañía durante los procedimientos médicos

Ítem 12. Le dan tranquilidad

Ítem 45. Su cuidado es amoroso y dedicado

Ítem 47. Su atención se fundamenta en el apoyo emocional

Analizando los anteriores ítems se resalta que los pacientes percibieron que el personal de enfermería les dio tranquilidad y que les inspiraron confianza pues fueron los ítems que más se destacaron en esta categoría, lo que genera un sentimiento positivo por parte de los pacientes en su estancia en el servicio de hospitalización.

Así mismo es importante recalcar que el ítem que menos puntaje obtuvo fue el que hace referencia a si el personal de enfermería es una compañía durante los procedimientos médicos aspecto que es tenido muy en cuenta por los pacientes y más cuando se enfrentan a intervenciones diagnósticas, a tratamientos y cambios en su estado de salud. Es así que la interacción personal de enfermería-paciente es un punto importante de la satisfacción de las necesidades del paciente, para que se establezca una buena relación la enfermera debe comprometerse a identificar y resolver las necesidades del paciente como ser humano, y este debe comprometerse a confiar y seguir las recomendaciones que se le den con respecto a su tratamiento.

9.2.11 Categoría cualidades del hacer de la enfermera. Las características del cuidado humanizado propias de la buena práctica de enfermería están dadas bajo la amabilidad, la buena disposición, el trato humanizado, pioneros en la calidad de la atención y bienestar del paciente. En esta categoría se valoran comportamientos que hacen referencia al óptimo desempeño del personal de enfermería.

El 77,6% (n=38) de los pacientes siempre percibieron estos comportamientos, el 20,4% (n=10) casi siempre y un 2% (n=1) de estos nunca los percibieron, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 10. Percepción de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011, Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP sobre los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en la categoría cualidades del hacer de la enfermera.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	1	2,0	2,0	2,0
	Casi siempre	8	20,4	20,4	22,4
	Siempre	40	77,6	77,6	100,0
	TOTAL	49	100,0	100,0	

Esta categoría se evaluó por medio de los ítems:

Ítem 15. Demuestran conocimientos y habilidades profesionales

Ítem 16. Lideran el equipo de trabajo

Ítem 17. Trabajan en equipo

Ítem 18. Facilitan el diálogo

Ítem 20. Explican los procedimientos

Ítem 42. Sus acciones buscan excelencia en el trabajo

Vale la pena resaltar que el ítem que más se destacó por haber obtenido mayor puntuación fue el ítem 18 el cual pregunta sobre si las enfermeras facilitan el diálogo en la relación enfermera paciente, seguido por el ítem 42 "Sus acciones buscan excelencia en el trabajo" y el ítem que menos puntaje obtuvieron fue el 15 que hace referencia a si las enfermeras demuestran conocimientos y habilidades profesionales, refiriendo muchos de ellos que sería ideal que el equipo asistencial

de enfermería que se encuentra en este servicio de hospitalización tuviera mayor conocimiento sobre trasplantes, para evitar inconvenientes en la atención.

A este respecto es necesario agregar que el profesional de enfermería, quien posee conocimiento específico en el área de los trasplantes, debe desempeñar varias actividades administrativas además de la del cuidado directo, lo que hace que su contacto con el paciente trasplantado sea limitado y que deba apoyarse en el auxiliar de enfermería quien en realidad tiene mayor proximidad con el sujeto del cuidado y es posible que esta puntuación esté determinada por esta condición. Sin embargo esto no exime a la enfermera de asumir los procedimientos especiales que solo están a su cargo, frente a la atención de los pacientes trasplantados. Igualmente el uso sistemático del conocimiento de la enfermera, permite la priorización de las intervenciones facilitando el uso del tiempo y dejando así espacio para el cuidado directo y el diálogo con los sujetos del cuidado.

A continuación se resumen todas las categorías a través de las cuales se evaluó la percepción que tuvieron los pacientes trasplantados con respecto al personal de Enfermería, para destacar cuáles son las categorías más y menos percibidas de acuerdo con los comportamientos que las definen.

Tabla 11. Clasificación de la percepción de los pacientes trasplantados entre febrero de 2006 a enero de 2011, Unidad de Trasplantes Renal ESE HUHMP sobre los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería por puntaje decreciente.

CATEGORIAS	PROPORCIÓN DE LAS RESPUESTAS			
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1. Sentimientos del paciente	98,0	2,0	0	0
2. Características de la enfermera	93,9	6,1	0	0
3. Empatía	91,8	6,1	0	2,0
4. Priorizar el ser de cuidado	91,8	6,1	0	2,0
5. Dar apoyo físico	89,8	8,2	2,0	0
6. Proactividad	85,7	12,2	0	2,0
7. Disponibilidad para la atención	83,7	14,3	0	2,0
8. Dar apoyo emocional	79,6	18,4	2,0	0
9. Cualidades del hacer de la enfermera	77,6	20,4	0	2,0

Los hallazgos en las nueve categorías permiten evidenciar que los participantes en este estudio siempre percibieron en mayor porcentaje la primera categoría “sentimientos del paciente” con un 98% (n=48); seguido por la categoría 2 “características de la enfermera” con 93,9% (n=46) lo que indica que el personal de enfermería a cargo del cuidado de los pacientes trasplantados brindan cuidado humanizado desde el punto de vista de los usuarios de este servicio.

De acuerdo con Watson y según lo refiere en los conceptos de meta-paradigma cuando expone que la salud tiene que ver con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)” y que está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado”⁸⁷, el personal de enfermería que brinda cuidados debe caracterizarse por comprender los sentimientos del otro, ser capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, ser capaz de expresarlos y todo esto surge de la interacción personal de enfermería-paciente; es lo que se evidencia a través los resultados obtenidos en este estudio, que hay una buena relación entre los pacientes y el personal de enfermería.

Por otra parte la puntuación más baja se obtuvo en la categoría “cualidades del hacer de la enfermera” con 77,6% (n=38), seguida por la categoría “dar apoyo emocional” con 79,6% (n=39), siendo estas dos categorías de importancia pues ellas miden el conocimiento, el compromiso y las habilidades que tiene el personal de enfermería para brindar cuidado humanizado en este caso a los pacientes trasplantados; si se tiene en cuenta lo que afirma Watson que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo”⁸⁸, se hace imperioso el rescate del aspecto humano y espiritual del personal de enfermería, no solo en la práctica clínica y administrativa, sino también en la educativa y de investigación.

9.2.12 Resultados del cruce de la percepción global de los comportamientos del cuidado humanizado y otras variables sociodemográficas. Con el fin de destacar si existen diferencias en la forma de percibir los comportamientos de cuidado humanizado a través de variables como la edad, el género, el nivel educativo y el tiempo de realización del trasplante, se describe la percepción global con cada una de estas, como se presenta a continuación.

⁸⁷ WALKER CA. Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson. *Journal of Advanced Nursing*, 1996; 24: 988-996.

⁸⁸ WATSON, Jean. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [Internet]. Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson (Consultado el 19 de Mayo de 2011)

9.2.13 Percepción global / edad. El mayor número de participantes en la investigación está concentrado en el rango de edades entre 51-60 años aspecto que coincide con lo expuesto por Danovitch⁸⁹, al afirmar que son estos pacientes los que más se someten a terapias de reemplazo renal, y fueron estos participantes los que menos percibieron los comportamientos de cuidado humanizado por parte del personal de enfermería.

El cuidado brindado fue el mismo para todos los pacientes, pero como muestra la tabla 12 el 100% de los pacientes menores de 20 años y mayores de 61 años siempre percibió comportamientos de cuidado humanizado por parte del personal de enfermería, aunque estos no representan el total de la población pues estas fueron las edades con menor frecuencia en este estudio.

Tabla 12. Comparación rangos de edad y percepción global de comportamiento humanizado de enfermería.

Edad años	n	Siempre %	Casi Siemp.%	Algunas Veces %	Nunca %	TOTAL %
< 20	2	100	0	0	0	100
21 – 30	12	91.7	8.3	0	0	100
31 – 40	10	90	10	0	0	100
41 - 50	11	100	0	0	0	100
51 – 60	13	84.6	7.7	7.7	0	100
>61	1	100	0	0	0	100

Aunque la percepción no depende de la edad de una persona, si puede depender de las experiencias vividas, así lo sustenta Watson al definir la percepción de cuidado “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”⁹⁰, lo que permite al paciente y al personal de enfermería percibir comportamientos de cuidado humanizado. Se debe hacer énfasis en que los pacientes de trasplante llegan a la institución no por una urgencia vital como clasificación sino por la necesidad del trasplante, son llamados previamente y todo el equipo del grupo de trasplante los está esperando para llevar a cabo el

⁸⁹DANOVITCH. Op cit. 208

⁹⁰ COLOMBIA. UNIVERSIDAD NACIONAL. Grupo de cuidado. Avances conceptuales del Grupo de Cuidado. En: Dimensiones de cuidado. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos. 2000. p. 4 –13.

procedimiento, lo que disminuye la probabilidad de que el paciente perciba desatención o falta de cuidados por parte del personal de salud en general.

9.2.14 Percepción global / Género. La tabla 13 muestra que tanto los hombres como las mujeres siempre percibieron el cuidado humanizado en un porcentaje mayor al 90%, es decir que no hubo diferencia en la percepción por género en este estudio.

Tabla 13. Comparación género y percepción global de comportamiento humanizado de enfermería.

Género	n	Siempre %	Casi Siemp.%	Algunas Veces %	Nunca %	TOTAL %
Masculino	29	93	3.5	3.5	0	100
Femenino	20	90	10	0	0	100

9.2.15 Percepción global/ escolaridad. Para esta comparación se agruparon los niveles educativos en tres rangos: primaria, secundaria y superior y según los hallazgos como lo muestra la tabla 14, se evidencia que no hay mayor diferencia al relacionar estas dos variables, debido a que estos comparten características muy similares como el diagnóstico y pronóstico, e independiente del nivel de escolaridad; además, desde que inician el proceso de activarse en la lista de espera reciben una preparación con respecto a las expectativas que tienen en relación con el trasplante renal

Sin embargo vale la pena destacar que de los tres rangos educativos el que menor percepción de los comportamientos del cuidado humanizado presentó fue el de los pacientes de primaria con un 84,6%.

Tabla 14. Comparación escolaridad y percepción global de comportamiento humanizado de enfermería.

Escolaridad	n	Siempre %	Casi Siemp.%	Algunas Veces %	Nunca %	TOTAL %
Primaria	13	84.6	7.7	7.7	0	100
Secundaria	26	96.2	3.8	0	0	100
Superior	10	90	10	0	0	100

9.2.16 Percepción global / tiempo de trasplantado. Para esta comparación igualmente se agruparon los rangos del tiempo de trasplantado en 12 meses cada uno y tal como se evidencia en la tabla 15, no existen diferencias significativas respectivamente frente a la percepción de los comportamientos del cuidado humanizado por parte de los participantes del estudio, pues en gran porcentaje (100%, 92.9%, 92.3%, 91.7% y 87.5%) siempre percibieron estos comportamientos sin importar el tiempo de trasplantado; contrario a lo que se podría pensar en cuanto al sesgo de memoria, que un paciente que lleva más tiempo de trasplantado en el momento de la encuesta sus respuestas puedan tener una diferencia con los pacientes que llevan menos tiempo de realizado el procedimiento esto puede deberse tal vez a que estos pacientes son hospitalizados frecuentemente en el mismo servicio (séptimo piso) del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo por complicaciones relacionadas con el trasplante y están en permanente contacto con el personal cuidador.

No obstante, se puede observar que los participantes que se encontraban entre 37 a 48 meses de trasplantados fueron los que menos puntuaron para la escala de siempre haber percibido los comportamientos de cuidado humanizado con un 87,5% pero no se encontró en la literatura ningún dato al respecto y tampoco era un objetivo del presente estudio profundizar en el por qué este aspecto.

Tabla 15. Comparación tiempo trasplantado y percepción global de comportamiento humanizado de enfermería.

Tiempo trasplantado en meses	n	Siempre %	Casi Siemp.%	Algunas Veces %	Nunca %	TOTAL %
< 1	1	100	0	0	0	100
2 – 12	13	92.3	7.7	0	0	100
13 – 24	14	92.9	0	7.1	0	100
25 – 36	12	91.7	8.3	0	0	100
37 – 48	8	87.5	12.5	0	0	100
49 - 60	1	100	0	0	0	100

10. DISCUSIÓN

La unidad de trasplante renal tiene por objeto la inscripción y el acompañamiento terapéutico a los pacientes con IRCT registrados en la red de donación de órganos como posibles receptores y el seguimiento a los pacientes postquirúrgicos de trasplante.

En cuanto a la mayor existencia de un mayor número de hombres con respecto a las mujeres con diagnóstico de trasplante renal en este estudio, se encuentra coincidencia con una investigación realizada por la enfermera Judith Moris⁹¹ en Chile, en donde el 53% de pacientes sometidos a cualquier terapia de reemplazo renal son hombres y el 47% son mujeres. Aunque no hay sustento clínico al respecto se puede pensar que los hombres son propensos a adoptar hábitos de vida menos saludables que pueden influir como el consumo alcohol, así lo demuestra el estudio nacional de consumo de SPA en 2008, en el que se halló que existen "claras diferencias por sexo: mientras 46% de los hombres manifiestan haber consumido alcohol en el último mes, es decir uno de cada dos hombres, entre las mujeres la cifra es 25%, o sea una de cada cuatro mujeres."⁹²

De acuerdo con lo expuesto por Danovitch⁹³, aproximadamente la mitad de los pacientes que se someten a terapias de reemplazo renal son mayores de 51 años pues la prevalencia de la insuficiencia renal, aumenta con la edad debido a las patologías crónicas de base como la Hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus. Por otra parte el rango de edad de los 21 a 30 años (24,4%), se caracteriza generalmente por desarrollar la IRC secundaria a enfermedades hereditarias como la poliquistosis renal como lo refiere Bleyer⁹⁴ que requieren de tratamiento sustitutivo renal.

El estado civil en estos pacientes es relevante por cuanto todo paciente que inicia el proceso para ser beneficiario de trasplante renal debe tener al menos una persona que lo cuide, acompañe y colabore constantemente debido a la

⁹¹MORIS A. Judith. Enfermera. Epidemiología IRC. Sociedad Española de Nefrología, senefro.org.2009.

⁹² COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia-Informe final 2008. URL disponible en <http://www.descentralizadrogas.gov.co/09/Estudio%20Nal%20Completo.pdf>

⁹³DANOVITCH. Op cit. p. 87

⁹⁴BLEYER AJ, Hart TC, Wilson PD. Polycystic kidney disease. N Engl J Med 2004;350:2622.

tramitología, al mismo estado de salud del paciente en su postoperatorio inmediato, y también al apoyo económico que puede recibir.

A nivel familiar, las relaciones de pareja parecen tener una incidencia importante en la percepción de calidad de vida del paciente. Como lo muestra Arenas⁹⁵ en sus estudios, las personas viudas, divorciadas y solteras muestran más baja percepción de calidad de vida con respecto al apoyo social percibido, y tienen mayor probabilidad de presentar alteraciones psicosociales.

Las variables ocupación e ingresos económicos tienen un peso importante en estos pacientes pues la condición de no tener una vinculación laboral dependiente que le exija el cumplimiento estricto de un horario laboral y todo lo concerniente a ser empleado, les permite cumplir con las citas programadas y estar disponible en cualquier momento a partir de su ingreso a la lista de trasplantes, por si es llamado. Frente a los ingresos económicos por su parte es importante tener en cuenta la afirmación de Brenner,⁹⁶ consistente en que la enfermedad renal crónica afecta a personas que social y económicamente son más pobres, ya que tienen menos acceso a los servicios preventivos y que tienen menos oportunidad para modificar los estilos de vida que son esenciales para la prevención y desarrollo de la ERC.

Un mejor nivel educativo facilita la comprensión de las instrucciones a tener en cuenta en el proceso a seguir, en los cuidados a adoptar y en el seguimiento estricto de los tratamientos farmacológicos.

Estos pacientes por su condición de salud requieren acompañamiento por parte de alguna persona idealmente su familia, pues contribuyen en la asistencia directa; aunque existen algunos participantes que manifiestan no vivir con la familia a la fecha de la realización de la encuesta, no significa que no puedan cumplir con los cuidados pues actualmente llevan un buen proceso en su postrasplante renal, debido a que tienen como cuidador o acudiente a otras personas no familiares.

La falta de apoyo familiar en una pequeña proporción de los participantes en este estudio es preocupante por cuanto la familia es la primera red de apoyo a la que

⁹⁵ARENAS, M.; MORENO, E. ; REIG, A.; MILLÁN, I.; EGEA, J.; AMOEDO, M.; GIL, M. y SIRVENT, A. (2004).Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en una población de Hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*, 24, 470-479.

⁹⁶ BARRY M Brenner. The kidney. Epidemiology of kidney Disease.Chapter 17.8 ed. P. 615-618.

cualquier persona puede acudir ante una dificultad, y con la que se cuenta para garantizar la estabilidad emocional del paciente, pues como lo dice Florenzano:

En la medida que una familia sea más unida, madura, interactuante en sentido de la positividad, tendiente al equilibrio y la armonía cooperadora e inteligente, sus capacidades adaptativas y la flexibilidad que devenga de ellas, permitirá con más éxito que su nivel de aceptación ante las frustraciones existenciales mejore, para así afrontar tales contingencias con una óptica más realista y lograr la recuperación del inevitable sufrimiento, de manera tal que se restablezca y reestructure la convivencia familiar en la situación nueva, en un sentido positivo y creador⁹⁷.

Los resultados de la percepción global de los comportamientos del cuidado de enfermería que tienen los pacientes de la unidad de trasplantes renal de la ESE Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, que muestran que el personal de enfermería evidencia comportamientos de cuidado humanizado, coinciden con los estudios realizados por Signor Mirna⁹⁸ quien empleó el CBI de Wolf y cuyos resultados fueron: “percepción y habilidades en las personas”, evaluadas por los pacientes, 94,8% como favorable el cuidado de enfermería, el 4,4% de los pacientes evalúan como medianamente favorable, tan solo el 0,7% califica como desfavorable el cuidado de enfermería. Así como también con resultados obtenidos en el estudio de Rivera y Triana⁹⁹ quienes emplearon el “PCHE” y encontraron que el 86,7% de las personas hospitalizadas en la Clínica del Country siempre percibieron comportamientos de cuidado humanizado en el personal de enfermería, el 12% casi siempre, el 1,1% algunas veces.

Es de resaltar que el personal auxiliar es quien permanece más tiempo en contacto directo con el paciente trasplantado y que para un paciente es fundamental conocer información necesaria de su patología, indagar con el personal de salud sobre su tratamiento específico, así mismo se debe reconocer la importancia de la familia en todo el proceso, pues son ellos los que vendrían a

⁹⁷ Florenzano Urzúa R. Familia y salud de los jóvenes Santiago de Chile. Santiago de Chile, Ediciones Universidad Católica de Chile; 1995.p.31-7.

⁹⁸ SIGNOR DIAZ, Mirna Leticia. “Percepción de los comportamientos de cuidado que tienen los pacientes y el personal de enfermería de los servicios de medicina y cirugía de adultos del Hospital Regional de Occidente, Quetzaltenango, Guatemala, Centro América”. Trabajo de grado para optar el título de Magister en Enfermería con énfasis en Gerencia en servicios de salud, facultad de Enfermería, Universidad nacional de Colombia, 2004

⁹⁹ RIVERA, L. Nelly y TRIANA, Álvaro. “Percepción de comportamientos de cuidado Humanizado de enfermería en la clínica Country” Rev. Av. Enferm. Bogotá, 2007.

ejecutar el rol de cuidador una vez egresa el paciente de la institución de salud, es por eso que se debe tener en cuenta el modelo español¹⁰⁰ en cuanto a las funciones del personal de enfermería pues al hacer énfasis en la educación a la familia del paciente, se puede garantizar una mejor adherencia al tratamiento ambulatorio; además de que este aspecto puede hacer que la percepción de los pacientes del cuidado brindado en su estancia sea mejor.

Para esta investigación el cuidado de enfermería es la gestión de las actividades de enfermería orientadas, planeadas y dirigidas con el objetivo de satisfacer necesidades determinadas para cada paciente teniendo en cuenta las características individualizadas, respetando creencias, valores y expectativas de cada uno de ellos; Watson define el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos es relacional, transpersonal e intersubjetivo¹⁰¹, entonces se debe ver el cuidado como un ideal moral donde lo importante es la protección, el mejoramiento y la preservación de la dignidad humana, donde el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.

Es así como el cuidado de enfermería está presente en la historia del ser humano, es multidimensional en el sentido de que tiene múltiples significados que van desde los valores que la sustentan, las características o elementos que lo definen como un fenómeno esencial de la profesión que presenta variaciones según el contexto en que se da, la forma en que se conoce a través de las diferentes teorías, modelos, procesos de atención, evidencia científica, experiencias y vivencias profesionales. “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 que la otra persona los experimenta”¹⁰² de esta manera se brinda un cuidado humanizado.

En la Categoría sentimientos del paciente existe una leve diferencia con el estudio de Rivera y Triana¹⁰³ en donde encontraron que el 87% de los pacientes hospitalizados en la Clínica Country siempre percibieron cuidado humanizado

¹⁰⁰ Estatuto de personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de España.

¹⁰¹ WADE GH, KASPER N. Nursing Students' Perceptions of Instructor caring: An Instrument based on Watson's Theory of Transpersonal Caring. *Journal of Nursing Education* 2006;45(5): 162 – 168.

¹⁰² COHEN JA. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. *Journal of Advanced Nursing* 1991; 16:899-909.

¹⁰³ RIVERA, Op.cit. p. 61

directamente relacionado con esta categoría, el 11,6% casi siempre, el 0,72% algunas veces y ninguno dejó de percibirlos, mientras que en el presente estudio el 98 % percibió estos comportamientos siempre. Esta discrepancia puede estar dada por el tipo de pacientes y el contexto en el que se desarrolló el estudio.

De acuerdo con lo expuesto en la teoría de Watson en enfermería existen diez elementos asistenciales o factores de cuidado que son utilizados en todas las actividades desempeñadas para el cuidado humanizado; dentro de estos, la teorista afirma que la enfermera debe promover y aceptar la expresión de los sentimientos positivos/negativos del paciente y esto implica que el profesional esté preparado para comprender, identificar y aceptar las diferencias de cada individuo, es decir que también debe empezar por el reconocimiento de sus propias emociones y sentimientos y permitir su expresión. Lo anterior permite brindar cuidado integral con sentido humanizado.

Se encontraron datos similares en el estudio de Rivera y Triana¹⁰⁴ para la categoría características de la enfermera, en el cual el 90% de los pacientes hospitalizados en la Clínica Country siempre percibieron cuidado humanizado directamente relacionado con esta categoría, el 9% casi siempre, el 1% algunas veces y ninguno dejó de percibirlos.

De acuerdo con Watson, cuando los cuidadores brindan estímulos positivos a una persona con afectaciones de salud le dan la oportunidad de expresarse y aceptar su situación encontrando alternativas para su bienestar. Igualmente, “el grado de genuinidad de la expresión de la enfermera se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”, lo que implica que haya sinceridad y libertad para expresar comportamientos de empatía y apertura al otro, siendo asertivo y comprometido.

Al igual que en la categoría sentimientos del paciente en la categoría empatía existe una pequeña diferencia con los datos del estudio de Rivera y Triana¹⁰⁵ en donde el 77.7% de los pacientes hospitalizados en la Clínica del Country siempre percibieron cuidado humanizado directamente relacionado con esta categoría, el 18,2% casi siempre, el 3,64% algunas veces y el 0,36% nunca lo percibió, mientras que en el presente estudio fue más alta con un 91,8% en la escala de siempre haber percibido este tipo de comportamientos.

¹⁰⁴ Ibid. p. 62

¹⁰⁵ Ibid. p. 64

Es indispensable tener en cuenta cada una de las necesidades emocionales, físicas, de comodidad, estado de salud, cualquiera que le proporcione bienestar al paciente en su postoperatorio.

Para Watson la empatía es la capacidad de experimentar, y por lo tanto, de comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como la capacidad para comunicar esta comprensión¹⁰⁶. Es así como la empatía se determina por la afinidad de caracteres, ideas, sentimientos entre los individuos, características que tienen como consecuencia el comprender y sentir como propio cualquier sentimiento del otro y esto se debe traducir en una enfermera con una postura relajada, que habla en un tono de voz moderado y que sus expresiones son afines con el mensaje que desea comunicar.

La categoría priorizar el ser de cuidado se evidenció muy similar a presentado en el estudio de Rivera y Triana¹⁰⁷ en donde el 89% de los pacientes hospitalizados en la clínica Country siempre percibieron cuidado humanizado directamente relacionado con esta categoría, el 10% casi siempre, el 1% algunas veces y nunca el 0%.

Los comportamientos de esta categoría involucran al personal de enfermería en una relación de cuidado "transpersonal", ya que para Watson: "el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad, y la armonía interior"¹⁰⁸. El cuidar de enfermería se relaciona con la protección, los valores, el compromiso, el poder estar en el lugar del otro sin ninguna restricción ni barreras, comprender y hacer todo lo que esté al alcance para ayudar a solucionar las necesidades básicas, espirituales y morales del individuo, brindando un cuidado humanizado.

La Categoría dar apoyo físico coincide en su datos con los del estudio de Rivera y Triana¹⁰⁹ en donde el 87% de los pacientes siempre percibieron cuidado humanizado directamente relacionado con esta categoría, el 12% casi siempre, el 1% algunas veces y ninguno dejó de percibirlos.

¹⁰⁶RIVERA, L. Nelly y TRIANA, Álvaro. "Cuidado Humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Country". Bogotá, 2007.

¹⁰⁷ RIVERA, L. Nelly y TRIANA, Álvaro. "Percepción de comportamientos de cuidado Humanizado de enfermería en la clínica Country" Rev. Av. Enferm. Bogotá, 2007. P. 64

¹⁰⁸RIVERA, L. Nelly y TRIANA, Álvaro." Op. cit. p. 17

¹⁰⁹ RIVERA, L. Nelly y TRIANA, Álvaro." Op. cit. p. 62

Para Watson la enfermera debe ser hábil en reconocer las necesidades biofísicas, psicosociales e intrapersonales del paciente y el cuidado permite el desarrollo de una relación transpersonal en la que el conocimiento del otro es necesario. Puede por tanto la enfermera adelantarse a la presencia del dolor físico y propiciar acciones de comodidad que logre disminuirlo y además apoyarse en la medicación, dado que en algunas ocasiones el dolor es tan fuerte que las terapias sin medicación no funcionan haciéndose imperioso el hecho de la utilización de analgesia.

De la misma manera la enfermera puede ser considerada como consoladora ya que demuestra atención al paciente como un individuo con sentimientos y necesidades únicas, ayudándole a alcanzar los objetivos terapéuticos más que favorecer la dependencia emocional o física.

En el estudio de Rivera y Triana¹¹⁰ se encontraron cifras que coinciden con la presente investigación en la categoría proactividad, en donde el 81% de los pacientes siempre percibieron cuidado humanizado derivado de esta categoría, el 16% casi siempre, el 3% algunas veces y ninguno de los participantes dejó de percibirlos.

Watson considera que las enfermeras tienen la responsabilidad de promover la salud a través de actividades preventivas¹¹¹ de enseñanza-aprendizaje interpersonal. Esto es importante desde el punto de vista en que los pacientes tienen cambios en su estilo de vida derivados del proceso de trasplante y es función de la enfermera educar, enseñar y promover la prevención de complicaciones o factores que pongan en riesgo el injerto.

En este orden de ideas se debe reconocer que en el cuidado de la salud es importante la educación o actualización continua de todo el personal teniendo como base las patologías más relevantes en cada servicio, para que de esta manera la enseñanza que se brinde a los pacientes sea más completa y de calidad. El profesional de enfermería además de promover la educación al sujeto del cuidado, puede liderar la capacitación al personal auxiliar de enfermería que tiene bajo su responsabilidad.

¹¹⁰ RIVERA, L. Nelly y TRIANA, Álvaro. "Percepción de comportamientos de cuidado Humanizado de enfermería en la clínica Country" Op. cit. p. 63

¹¹¹RIVERA, L. Nelly y TRIANA, Álvaro. "Cuidado Humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Country" . Op. cit. p. 17

Los datos de la Categoría disponibilidad para la atención coinciden con el estudio de Rivera y Triana¹¹² en donde encontraron que el 86% de los pacientes siempre percibieron cuidado humanizado directamente relacionado con esta categoría, el 13% casi siempre, el 1% algunas veces y el 0% no los percibió. En esta categoría se refleja una enfermera con comportamientos propios del cuidado humanizado, como son el hecho de identificar las necesidades de los usuarios para priorizar el cuidado dándoles respuesta, el estar atentos y hacer seguimiento constante del paciente, el dedicarle tiempo, lo que hace que la relación enfermera-paciente se fortalezca con el objetivo de promover el bienestar individual del trasplantado, siempre teniendo en cuenta los pensamientos y expectativas que tiene cada paciente.

En el estudio de Rivera y Triana¹¹³ encontraron que el 79,56% (n=218) de los pacientes hospitalizados en la Clínica del Country siempre percibieron cuidado humanizado directamente relacionado con la categoría dar apoyo emocional, el 17,15% (n=47) casi siempre, el 2,91% (n=8) algunas veces y el 0,36% (n=1) nunca percibió estos comportamientos, lo cual es coincidente con los hallados en el presente estudio.

Usualmente en las instituciones de salud, el personal de enfermería no cuenta con tiempo suficiente para dedicar toda su atención a un solo paciente debido a sus múltiples funciones y asignación de varios pacientes con diferentes grados de complicación, que requieren mayor atención y una habilidad del personal de enfermería para distribuir acertadamente el tiempo y los cuidados.

De acuerdo con la teoría de Watson el apoyo emocional es otro de los diez elementos asistenciales y lo denominó “Desarrollo de una relación de ayuda – confianza”¹¹⁴; en donde la enfermera asiste al ser humano enfermo o saludable, en la ejecución de acciones que favorecen su salud y su restablecimiento, tal como él las haría sin la asistencia de la enfermera.

¹¹² RIVERA, L. Nelly y TRIANA, Álvaro. “Percepción de comportamientos de cuidado Humanizado de enfermería en la clínica Country” Op. cit. p. 65

¹¹³ Ibid., p. 62

¹¹⁴ RIVERA, L. Nelly y TRIANA, Álvaro. “Cuidado Humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Country” . Op. Cit. p. 16

Los datos en el presente estudio difieren de los encontrados en el estudio de Rivera y Triana¹¹⁵ para la categoría cualidades del hacer de la enfermera, por cuanto estos autores hallaron que el 89,4% de los pacientes siempre percibieron cuidado humanizado directamente relacionado con esta categoría, el 10,2% casi siempre, el 0,36% algunas veces y ninguno dejó de percibirlos; mientras que en el presente estudio un menor porcentaje se encontró en la escala de siempre y aparecen datos de no haberse percibido este tipo de comportamientos.

En esta categoría se evidencia otro de los diez elementos del cuidado según Watson, aquel que se refiere al uso sistemático del método de resolución de problemas para la toma de decisiones¹¹⁶, esto utilizando el planteamiento científico, pues destaca que enfermería tiene su propio cuerpo de conocimientos y que gracias a este se tiene autonomía en el cuidado y hacen parte de un equipo, pues son estas cualidades las que hacen que una enfermera tenga un desempeño óptimo en sus funciones, destacando características como poseer conocimientos y ser capaces de utilizar el pensamiento crítico, para ejecutar el proceso de enfermería, teniendo habilidades y destrezas propias de la profesión, por lo tanto, es necesario que la enfermera tenga un continuo contacto con los usuarios y posea la capacidad de identificar los cambios en sus situaciones clínicas.

Es indudable que existe la necesidad de rescatar las características y/o comportamientos propios del hacer del personal de enfermería de la ESE Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, y no solo en la práctica clínica si no también en la administrativa, educativa y de investigación, pues el personal de salud dedicado al cuidado del paciente debe demostrar conocimientos y habilidades profesionales propios de los servicios en los que labora, en este caso el área de trasplante.

Al realizar la comparación entre el nivel de percepción global de los comportamientos del cuidado de enfermería que tienen los pacientes de la Unidad de Trasplantes Renal de la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva con otras variables como edad, género, nivel educativo y tiempo de trasplantado no se apreciaron diferencias significativas en general.

¹¹⁵ RIVERA, L. Nelly y TRIANA, Álvaro. "Percepción de comportamientos de cuidado Humanizado de enfermería en la clínica Country" Op. cit. p. 63

¹¹⁶RIVERA, L. Nelly y TRIANA, Álvaro. "Cuidado Humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Country" . Op. cit. p. 16

11. ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO

Uno de los objetivos de este estudio fue proponer estrategias y/o alternativas de mejoramiento en el cuidado de Enfermería que aseguren el mantenimiento de la salud del paciente sometido a trasplante renal, y teniendo en cuenta los ítems menos puntuados en cada categoría surgen las siguientes alternativas de mejoramiento:

11.1 PARTE UNO: PLAN DE EDUCACION CONTINUA DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERIA PARA EL MANEJO DEL PACIENTE DE TRASPLANTE RENAL

11.1.1 Objetivos

- Implementar un plan de educación continua dirigido al personal de enfermería que labora en el área asistencial y son cuidadores de los pacientes trasplantados renales.
- Capacitar al personal de enfermería con información básica relacionada con el proceso de trasplante renal para que puedan responder las preguntas hechas por los pacientes y su familia relacionadas con su enfermedad.

11.1.2 Responsables

- Enfermera (o) profesional del servicio de trasplante, dirigido al personal auxiliar de enfermería.

11.1.3 Contenido

- Conocimientos básicos a cerca de cuidados de un enfermo intervenido quirúrgicamente
- Estadios de la IRC, esto facilitará una mejor comprensión de cada enfermo en particular, así como la problemática que conlleva el cuidado del injerto renal.
- Conocimiento de la psicología del paciente renal.

- Conocimiento de la sintomatología del paciente renal.
- Conocimientos básicos sobre nutrición para el paciente renal.
- Conocimiento sobre la terapia inmunosupresora (horarios adecuados, interacciones, efectos secundarios, toma de muestras de laboratorio)
- Conocimientos para ofrecer educación sanitaria (como contrarrestar los efectos adversos de los inmunosupresores)
- Toma estricta e interpretación de signos vitales
- Control de líquidos administrados y eliminados
- Capacidad para brindar educación continua al paciente y su cuidador principal sobre cuidados ambulatorios

11.2 PARTE DOS: ESTRATEGIA OPERATIVA “CUIDADO HUMANIZADO”.

11.2.1 Objetivo. Garantizar la calidad y la mejora continua en los cuidados de enfermería brindados en al ESE HUHMP destacando el cuidado humanizado.

11.2.2 Encargados o responsables. Personal profesional de enfermería y auxiliar que se desempeñe en área asistencial de la ESE HUHMP.

11.2.3 Contenido. Estandarizar los cuidados para la mejora continua de la calidad en la atención de enfermería, aplicando los manuales de funciones instaurados en el Hospital.

- Implementar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en cada uno de los servicios de la ESE HUHMP realizando una valoración inicial, haciendo el registro respectivo de cada dato suministrado y encontrado en el paciente; planificando el plan de cuidados de acuerdo a los hallazgos y necesidades del paciente que garanticen una atención con calidad priorizando el cuidado humanizado y empático. Por otra parte es fundamental implementar el manual de egreso ya elaborado en la UTR.
- La enfermera (o) profesional será la encargada de la valoración inicial del paciente, llevará a cabo en su totalidad el plan de cuidados además de

garantizar que se imparta al paciente las recomendaciones de egreso y el manual, acciones que serán apoyadas por el personal auxiliar de enfermería previa orientación y capacitación y bajo supervisión del profesional de enfermería.

- El cuidado brindado por el personal de enfermería de la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo debe destacarse por ser un cuidado humanizado en donde el personal de enfermería esté preparado para comprender, identificar y aceptar las diferencias de cada individuo, recordando que el ser humano es único e irrepetible, que cada paciente siente y vive de forma distinta el proceso de enfermedad y en este caso específico el proceso de trasplante. Es por eso que debe hacer todo lo que esté al alcance para ayudar a solucionar las necesidades básicas, espirituales y morales del individuo; elaborando un plan de cuidados para cada paciente identificando sus necesidades y prioridades, elaborando un plan de actividades en donde sea posible permanecer más tiempo con el paciente para evaluar su evolución e identificar a tiempo posibles complicaciones u otros eventos que puedan tener lugar respecto al estado de salud de los pacientes.
- Es de vital importancia inculcar al personal de enfermería la importancia del aspecto humano en el cuidado, para no perder esa esencia. Esto debe empezar desde la academia, al personal que se encuentra en formación haciendo sus prácticas en la institución se les debe enseñar la importancia de rescatar ese aspecto humano de nuestra profesión y debe ser una de las principales características a tener en cuenta en el personal que se selecciona para laborar en los diferentes servicios de la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, así mismo se debe evaluar periódicamente el personal asistencial teniendo en cuenta estos aspectos, para fortalecer este tipo de comportamientos y/o hacer correctivos necesarios.
- Se debe velar porque el tiempo que dedica el personal de enfermería a cada paciente sea el adecuado para cumplir con las funciones asignadas priorizando éstas según las necesidades de cada paciente, como la administración de medicamentos, cuidados con el injerto, régimen dietario, control de signos vitales, diuresis y balance de líquidos, revisar el buen funcionamiento de la sonda y la evolución de la herida quirúrgica del abdomen. Otra parte fundamental y necesaria es el acompañamiento en procedimientos médicos y diagnósticos debido a que por la dificultad de tiempo quien transporta a los pacientes a los procedimientos es el camillero del servicio y no tiene acompañamiento del personal de enfermería durante dichos procedimientos, teniendo en cuenta que se deben brindar estímulos positivos pues estos dan la oportunidad a los pacientes de expresarse y

aceptar su situación encontrando alternativas propias para su bienestar. Una de las estrategias que se podría utilizar es garantizar que el personal auxiliar de enfermería en cada uno de los servicios en donde se realizan pruebas diagnósticas (Rayos X, Ecografías, TAC, Biopsias, Resonancias, entre otras), se destaque por el cuidado humanizado que se brinda y que sea fácil su identificación entre el otro personal, pues muchas veces son confundidos con otro tipo de funcionarios.

- Es indispensable establecer protocolos para ayudar a disminuir el dolor físico de los pacientes según sea el caso teniendo en cuenta cada una de las necesidades emocionales, físicas y de comodidad; pues si bien es cierto el paciente llega al servicio con órdenes de analgesia, en algunos casos esta no es suficiente para el alivio de las molestias derivadas del procedimiento quirúrgico. Es por eso que el personal de enfermería debe evaluar en cada paciente el dolor referido según la analgesia que tenga, pues cada persona tiene un umbral diferente para el dolor, de allí la importancia de dar los medicamentos contra el dolor con regularidad (según el horario establecido) para ir adelante del dolor y así evitar que se convierta en incontrolable, proporcionando de esta manera bienestar al paciente en su postoperatorio; una de las herramientas de las que se pueden valer es la elaboración del PAE con las diferentes actividades para el alivio del dolor como está estandarizado en el manual Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Así mismo se pueden emplear técnicas como la relajación, respiración, distracción, y de esta manera ayudar a disminuir el dolor físico.

12. CONCLUSIONES

Se puede hacer referencia a la importancia que tiene el cuidado de enfermería para los pacientes en este caso de trasplante renal, pues es parte fundamental en el proceso de recuperación y para el bienestar emocional, físico y espiritual de cada uno de ellos, independientemente de sus individualidades y situaciones específicas. El éxito de la labor de enfermería está centrado en el priorizar al ser de cuidado para asegurar calidad en la atención.

- Las características sociodemográficas de los pacientes trasplantados renales entre Febrero de 2006 a Enero de 2011 en la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo revelaron que en un 59% de los pacientes en este estudio son hombres con edades entre los 16 y los 67 años, siendo predominante el rango de edad entre los 51 y los 60 años; en relación con el estado civil el 71,2% están casados o en unión libre y el 32,6% son solteros; la mayor parte de los participantes no tiene una ocupación económica y dentro de estos surge la categoría amas de casa que corresponde al 34,6%; el 40,8% no devengan ningún salario además que el 42,8% de los pacientes tiene escolaridad secundaria incompleta, el tipo de familia predominante es la familia nuclear 65,3% y el tipo de apoyo que predominantemente reciben los participantes es en el cuidado de su salud para el 63,3%.
- En cuanto a la percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería el 91,8% percibieron comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en la escala de siempre, un 6,1% los percibieron en la escala de casi siempre y un 2% algunas veces percibieron este tipo de comportamientos y ninguna de las personas dejó de percibir los comportamientos de cuidado humanizado en el personal de enfermería. Lo cual es positivo pues significa que en general la atención brindada en este servicio se destaca por tener un componente humano, sin embargo es necesario mejorar algunos aspectos que se recalcan a partir de las categorías de los comportamientos.
- Los hallazgos en las nueve categorías permiten evidenciar que los participantes en este estudio siempre percibieron en mayor porcentaje la categoría “sentimientos del paciente” con un 98%; seguido por la categoría “características de la enfermera” con 93,9%.
- Esta investigación evidencia que existen algunas falencias y/o debilidades en relación al cuidado brindado por el personal de enfermería, al paciente en postrasplante renal de la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano

Perdomo de Neiva, que obedecen más que al quehacer de enfermería, a la carga laboral administrativa asignada al personal profesional y auxiliar, lo que no permite brindar tiempo suficiente para el acompañamiento del paciente. Lo anterior se suma al hecho de no contar con personal capacitado de enfermería en trasplante renal para la atención de los pacientes, especialmente en los servicios donde se ubican estos pacientes en su proceso de postrasplante.

- No existen diferencias significativas entre ninguna de las variables sociodemográficas estudiadas y la percepción que tienen los pacientes acerca de los cuidados del personal de enfermería en la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, esto podría tener su razón de ser en el hecho que la totalidad de la muestra es muy homogénea debido a las características y requisitos que deben cumplir los pacientes para inscribirse a una lista de espera de recepción de órganos para trasplante a pesar de que los participantes en el estudio provienen de diferentes regiones del país con características culturales y socioeconómicas diferentes.

13. RECOMENDACIONES

A LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO:

- Se sugiere, diseñar e implementar la capacitación y/o entrenamiento al personal de enfermería en el cuidado del trasplante renal, de acuerdo al servicio donde se desempeñan. (Salas de cirugía, recuperación y hospitalización)
- Crear estrategias de sensibilización para el personal de enfermería en donde se fomente un trato más cordial y amable a sus pacientes, teniendo en cuenta priorizar al paciente y sin olvidar que cada uno es un ser individual y único con necesidades y expectativas de cuidado diferentes.
- Se sugiere diseñar los perfiles de cargo de tal forma que se delegue menor carga administrativa al profesional de enfermería y a cambio asuma funciones asistenciales que le permitan ofrecer cuidado directo y personalizado a los pacientes trasplantados, de igual manera se debe establecer el manual de funciones para el personal auxiliar teniendo en cuenta actividades como el acompañamiento a los procedimientos médicos y diagnósticos.
- Vincular profesionales de enfermería con especialización en el área de Trasplante, Nefrología y Urología.

A LA ACADEMIA

- Motivar a los estudiantes de pre y posgrado de la Universidad Surcolombiana, a ser consumidores de las investigaciones realizadas y que reposan en la biblioteca de la Facultad, pues al ser consultadas pueden surgir nuevas investigaciones derivadas de las propuestas que se dan en cada una de ellas.
- Teniendo en cuenta los resultados, se propone la conformación de un equipo interdisciplinario en el que participe activamente el personal de enfermería y cuyo objeto sea diseñar e implementar estrategias o planes de cuidado humanizado al paciente, que de alguna forma eviten complicaciones y rehospitalizaciones derivadas del cuidado ambulatorio.

- Dar continuidad en los temas de los proyectos de investigación de los estudiantes de pre y posgrado y permitir que los investigadores tengan acceso y/o colaboración de un grupo multidisciplinario que les permita aclarar dudas conforme se van desarrollando las investigaciones.
- Dar a conocer los resultados de las investigaciones hechas por los estudiantes de la Facultad, en otras entidades de salud y entidades gubernamentales, en donde se tomen decisiones que contribuyan a mejorar las condiciones de salud de la población, la calidad de vida y la calidad de la atención otorgada.

A LA INVESTIGACION

- Sugerir a los estudiantes de la Facultad de Salud el desarrollar investigaciones sobre el cuidado humanizado, en el área asistencial de las diferentes instituciones de salud.
- Dar continuidad a esta investigación en cada uno de los servicios de la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, para de esta manera caracterizar el cuidado que se brinda en la institución; así mismo poder implementar estrategias de mejoramiento que permitan aumentar el nivel de la calidad del cuidado que se ofrece.

A LA PROFESION

- Ofrecer servicios asistenciales efectivos con sentido humanitario dirigidos al cuidado de la salud de la persona, familia y comunidad, con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación otorgadas de manera competente, que sustenten la práctica en una sólida formación académica centrada en el dominio de la disciplina y en los valores éticos de la profesión.
- Propiciar la adecuada comunicación con el paciente, familiares y equipo interdisciplinario de salud.
- Asegurar a la sociedad el tipo de cualidades que requiere un profesional de enfermería para ejercer su práctica formal, como una garantía de interés público regulado por las instituciones de salud.

- Desarrollar en los trabajadores de la salud una cultura de auto cuidado de la salud y el respeto a la dignidad humana como valor universal.

BIBLIOGRAFIA

ACOSTA HERNÁNDEZ, Andrea. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Revista Colombiana de psicología no. 17 2008 issn 0121-5469. pág. 9-26.

ALVIS, Tania. Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. Trabajo de postgrado (Especialización en Enfermería Cardiorespiratoria). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Bogotá, 2001.

ARDON CENTENO, Nelson ; ARIZA OLARTE, Claudia y DAZA DE CABALLERO, Rosa. Sistema para el monitoreo de la calidad de la atención en salud por indicadores en hospitales de I, II y III nivel de atención. Bogotá, 2003 – 2004.

BURGOS MORENO M, Paravic Klijn. Percepción de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público, T. Cienc. Enfermería. 2003.

CÁRDENAS, Olga Liliana. Estudio piloto de la validación del cuestionario CARE Q para medir la satisfacción del paciente frente al cuidado de enfermería. Universidad del bosque. Colombia Mayo 2008.

CERVERA VALLEJOS, Mirtha Flor. “Renaciendo a una nueva vida”. Investigaciones ganadoras en el concurso de investigación promovido por el colegio de enfermeros del Perú-región IX-Lanbayeque. Trasplante renal: Agosto 2004.

COHEN JA. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. Journal of Advanced Nursing 1991; 16:899-909.

CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA, 1991. <http://cms-static.colombiaaprende.edu.co>

CUBILLOS GUTIÉRREZ, Jorge. Representante del grupo de trasplantes. ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Unidad Trasplante Renal Neiva. Febrero 2006.

GRUPO DE CUIDADO. Dimensiones de cuidado. Grupo de cuidado. Avances conceptuales del Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. pág. 4 –13. Unibiblos. 2000.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Trabajos Escritos: presentación y referencias bibliográficas. NTC 1486 NTC 5613 NTC 4490. Bogotá: Contacto Gráfico Ltda. 2008. ISBN 978-958-9383-81-0.

HERNÁNDEZ VERGEL, Lázaro Luis,;ZEQUEIRA BETANCOURT Dulce Maria; y GUERRA, Amauri de Jesús Miranda. La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. Revista Cubana de Enfermería. Versión impresa ISSN 0864-0319. Revista Cubana Enfermería v.26 n.1 Ciudad de la Habana jan.-mar. 2010.

MARRIER, TOMEY, Modelos y Teorías de Enfermería, 3ª ed., Editorial Mosby y Dayma libros. España, 1994.

MENÉNDEZ E. Spinelli. H. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas. Buenos Aires. 2004.

MINISTERIO DE SALUD. Resolución 8430 de 1993, octubre 4, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993. Colombia.

MONCADA SIERRA, Ana Rubiela. Satisfacción de la persona con el cuidado de enfermería. Servicio de Urgencias Hospital de cuarto Nivel, facultad de Enfermería Pontificia Universidad Javeriana. 2004.

ORTEGA SUAREZ, Francisco. Avances en la calidad de vida relacionada con la salud y trasplante renal. Servicio de Nefrología. Unidad de Investigación de Resultados en Salud. Hospital Universitario Central de Asturias. 2006.

PEREZ MARTINEZ J.; LLAMAS FUENTES F.y LEGIDO A. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal Sistema de Información Científica Redalyc. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA Y TRATAMIENTO CONSERVADOR. Archivos de medicina, mayo – junio 2005. Vol 1. número 003. Asociación española de médicos internos residentes. Madrid. España. pp. 1 – 10.

RIVERA ÁLVAREZ, Nelly y TRIANA Álvaro. PCHE “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería”. Departamento de enfermería, Clínica del Country. Bogotá. Colombia. 2001.

SIGNOR DIAZ, Mirna Leticia. “Percepción de los comportamientos de cuidado que tienen los pacientes y el personal d enfermería de los servicios de medicina y cirugía de adultos del Hospital Regional de Occidente, Quetzaltenango, Guatemala, Centro América”. Trabajo de grado para optar el título de Magister en Enfermería con énfasis en Gerencia en servicios de salud, facultad de Enfermería, Universidad nacional de Colombia, 2004

ANEXOS

Anexo A. Datos socioeconómicos-percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería.

Encuesta N° _____

FECHA: _____

DIAGNOSTICO: _____

TIEMPO DE TRASPLANTADO: _____

SEXO: M _____ F _____ EDAD PACIENTE: _____

ESTADO CIVIL: _____ OCUPACION: _____

ESCOLARIDAD: _____ INGRESO MENSUAL: _____

SEGURIDAD SOCIAL: _____

QUE TIPO DE APOYO RECIBE POR PARTE DE SU FAMILIA:

*Económico _____ * Aislamiento _____ * Indiferencia _____
* Moral _____ * Apoyo con su salud _____ * No saben _____

ACTUALMENTE CONVIVE CON:

Nombre del integrante de la familia	Parentesco con el paciente: Hermano, hijo, padre, cónyuge, etc..	Edad

Anexo B. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE)¹¹⁷

Apreciado usuario queremos conocer su percepción respecto al cuidado brindado por el personal de enfermería. A continuación presentamos una lista de enunciados que describen los comportamientos de cuidado. En cada afirmación marque con una X la respuesta que presenta la forma como se dieron dichos comportamientos durante su hospitalización.

	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Hacen sentir al paciente como ser individual				
2. Hacen empatía con usted.				
3. Cuando explican algo, el paciente se siente informado				
4. Cuando se dirigen a usted, se siente atendido				
5. Son amables en el trato.				
6. Hacen que el paciente se sienta bien físicamente.				
7. Son eficientes en el desempeño de sus tareas.				
8. Son claras al comunicarse con Usted.				
9. Le dan estímulos positivos.				
10. Le inspiran confianza.				
11. Son una compañía durante los procedimientos médicos.				
12. Le dan tranquilidad.				
13. Le miran cuando le hablan.				
14. Le ayudan a disminuir el dolor físico.				
15. Demuestran conocimientos y habilidades profesionales.				
16. Lideran el equipo de trabajo.				
17. Trabajan en equipo				
18. Facilitan el dialogo				
19. Hacen seguimiento frecuente al paciente.				
20. Le explican anticipadamente los procedimientos.				
21. Se identifican antes de realizarle los cuidados.				
22. Responden a sus preguntas.				
23. Le dedican tiempo.				
24. Dan instrucciones sobre su cuidado.				
25. Mantienen una relación cercana con				

¹¹⁷ RIVERA. Op. cit. p. 1.

usted.				
26. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento.				
27. Establecen una relación agradable con usted.				
28. Le escuchan atentamente.				
29. Se muestran respetuosos.				
30. Atienden sus necesidades básicas (baño, eliminación, alimentación).				
31. Administran el tratamiento ordenado a tiempo.				
32. Le ponen en primer lugar.				
33. Le llaman por su nombre.				
34. Le ayudan con la información para que pueda tomar decisiones.				
35. Respetan sus decisiones.				
36. Le respetan su intimidad.				
37. Responden con rapidez al llamado.				
38. Identifican sus necesidades.				
39. Le animan para que llame si tiene problemas.				
40. Les importa su estado de ánimo.				
41. Se ponen en lugar para comprenderlo.				
42. Todas sus acciones buscan excelencia en el cuidado.				
43. Cuando me atienden me siento satisfecho.				
44. Me siento agradecido cuando me atienden.				
45. Su cuidado es amoroso y dedicado.				
46. Su cuidado es comprometido y solidario.				
47. Su atención se fundamenta en el apoyo emocional.				
48. Se esfuerzan por brindar comodidad física.				
49. Tienen facilidad para acercarse a usted.				
50. Ante cualquier eventualidad, primero la persona				

En este punto señale aquellos comportamientos de la enfermera que a su modo de ver son importantes para su cuidado y, que no se mostraron en la encuesta. Utilice el espacio que crea conveniente.

FECHA ----- FIRMA -----GRACIAS.

Anexo C. Carta solicitud autorización para realizar la investigación



Neiva, Octubre de 2010

Doctor
JORGE CUBILLOS GUTIERREZ
Representante Grupo de Trasplantes.

Cordial saludo.


Por medio de la presente queremos solicitar la autorización por parte de la Unidad de Trasplante renal del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo para llevar a cabo nuestra investigación como requisito de grado de la especialización de enfermería Nefrológica y Urológica; dicha investigación es sobre "PERCEPCIÓN DE LOS COMPORTAMIENTOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA QUE TIENEN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE TRASPLANTES DE LA ESE HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA"

Por medio del cual se pretende aportar conocimientos que permitan enriquecer la práctica de enfermería, así mismo que sea un insumo importante para la unidad de trasplante del HHMP teniendo en cuenta que los resultados pueden ayudar o servir de gran apoyo para la toma de decisiones que intervengan con relación al cuidado holístico del personal de enfermería hacia los pacientes trasplantados, además de ser un estudio que puede llegar a ser aplicado en otros servicios de esta institución.

De esta manera contribuiremos al mejoramiento y el mantenimiento de su salud, brindando una atención con calidad.

Agradecemos su colaboración.


OLGA PATRICIA JIMENEZ
Enfermera Jefe
Especialización Enfermería
Nefrológica y Urológica


LINA MARCELA BERMEO
Enfermera Jefe
Especialización Enfermería
Nefrológica y Urológica


EDNA FABIOLA GALAN
Docente asesora Investigación

*Recibi
Normal Fda Janda
07-10-10
a: 20 aut*

Avenida Pastrana Borrero - Carrera 1a. A.A. 385 y 974 - PBX 8754753 - Fax 8758890 - 8759124 - 8752374 - 8752436
Carrera 5 No. 23 - 40 - Edificio de Postgrados - PBX 8753686
www.usco.edu.co
NEIVA - HUILA

Anexo D. Respuesta autorización para realizar la investigación



Of. 848
Neiva, 10 de noviembre de 2010.

Doctora
EDNA FABIOLA GALAN
Docente asesora Investigación
Enfermeras Jefes
OLGA PATRICIA JIMENEZ y LINA MARCELA BERMEO
Especialización Enfermería Nefrológica y Urología
Ciudad

Cordial saludo,

De la manera más atenta me permito dar respuesta Afirmativa a la solicitud realizada por ustedes en cuanto al proceso de investigación sobre PERCEPCION DE LOS COMPORTAMIENTOS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTES DE LA UTR.

Agradezco su atención,

JORGE CUBILLOS GUTIERREZ
Jefe Unidad de Trasplantes

Corazón para servir
Calle 9 No. 15-25 PBX: 871 5907 FAX: 871 4415 – 871 4440 – 871 7469 Neiva - Huila
www.hospitaluniversitarioneiva.com E-mail: hun@hospitaluniversitarioneiva.com

Anexo E. Permiso de los autores para usar el instrumento PCHE

De: Olga Patricia Jimenez Benitez <olgapjb@hotmail.com>
Para: altriana52@yahoo.es
Enviado: mié, 1 septiembre, 2010 20:27
Asunto: AUTORIZACION INSTRUMENTO SOBRE PERCEPCION

Cordial saludo, Alvaro...

Me atrevo a escribir a su correo, por la necesidad que tenemos de utilizar de cierta forma el instrumento que utilizo para su investigación sobre el percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería de la clínica Country.

Actualmente, me encuentro cursando una especialización en enfermería nefrológica y urológica en la Universidad Surcolombiana, y nuestro proyecto de investigación trata sobre la

PERCEPCIÓN DE LOS COMPORTAMIENTOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA QUE TIENEN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE TRASPLANTES DE LA ESE HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA

y en nuestra búsqueda, encontramos muy interesante el instrumento que ud. utilizo para su investigación.

Con el mayor respeto, nos gustaría que nos facilitara este instrumento si no hay ningún inconveniente, y que nos ayudara con el tipo de dimensiones que utilizo para esta investigación,

Agradecemos su colaboración, y esperamos poder seguir en contacto.

OLGA PATRICIA JIMENEZ BENITEZ
ENFERMERA JEFE
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Date: Sun, 5 Sep 2010 15:26:17 +0000
From: altriana52@yahoo.es
Subject: Re: AUTORIZACION INSTRUMENTO SOBRE PERCEPCION
To: olgapjb@hotmail.com
CC: lnriveraa@bt.unal.edu.co; lnriveraa@unal.edu.co


Apreciada Olga Patricia, con mucho te facilitamos el instrumento PCHE en su primera versión de 50 ítems, el cual fue validado por la magister Nadia Reina. Es importante que sepas que el citado instrumento, en base a las recomendaciones de Reina, fue sometido a una segunda validación, la cual está en proceso y que terminará en una segunda versión del PCHE. Este instrumento ha sido solicitado por varios profesionales de enfermería y es pertinente suministrarlo a través de un formato de autorización, para efectos de poder controlar posteriormente el flujo de resultados. Una vez se tenga listo este formato, te lo hacemos llegar y te enviaré el instrumento con el respectivo instructivo. Este trabajo se desarrolló en la Clínica del Country, en conjunto con la Magister Nelly Rivera, a quien le haré llegar copia de tu correo y el que te respondo.

Cordial saludo,

Álvaro

ALVARO TRIANA 09/09/2010
Responder
Para Olga Patricia Jimenez Benitez, Luz Nelly Rivera Alvarez, Nelly rivera

1 dato adjunto (12,1 KB) Hotmail Vista activa

 FORMATO A...docx
Descargar (12,1 KB)

Descargar como zip

Hola Olga Patricia; te envío el formato diseñado para autorizar el uso del instrumento. Una vez lo hagas llegar con las firmas correspondientes te envío el formato y las instrucciones de aplicación. ES IMPORTANTE LA FIRMA DEL(OS) ESTUDIANTE(S) Y DEL DOCENTE QUE ASESORA LA INVESTIGACIÓN.

Fraterno saludo.

Álvaro Triana

Continuación permiso de los autores para usar el instrumento PCHE

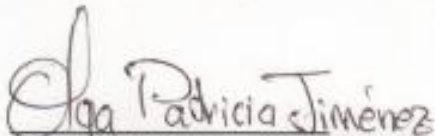
**AUTORIZACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO
"PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE
ENFERMERÍA (PCHE)"**

Estimada(o) colega,

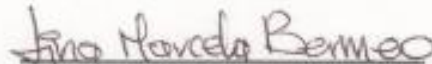
Para nosotros Álvaro Triana y Luz Nelly Rivera Álvarez es un gusto saber que estáis interesado(a) en la aplicación del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE)", el cual fue realizado bajo el auspicio del departamento de Enfermería de la Clínica del Country. Esto significa para nosotros un *reconocimiento* de parte vuestra sobre el trabajo que se ha realizado para la culminación de este instrumento. Trabajo que está soportado filosófica y onto- epistemológicamente desde la Teoría de Cuidado Humano transpersonal de Jean Watson.

Como es bien sabido para la aplicación de instrumentos de carácter científico, se hace preciso solicitar la autorización por parte de los autores para su aplicación. Nosotros hemos recibido con gran interés vuestra solicitud y en respuesta a ello, queremos autorizar a OLGA PATRICIA JIMENEZ y LINA MARCELA BERMEO ROJAS bajo la asesoría de la Docente EDNA FABIOLA GALAN GONZALAEZ para el uso del instrumento.

No obstante, solicitamos que la aplicación del instrumento este orientada para fines académicos, con la respectiva referenciación bibliográfica, de autoria y de patrocinio del PCHE, y por último, que vuestros resultados del estudio nos sean facilitados una vez culmine vuestra investigación. Ya que estos serán un insumo muy importante para la construcción/reconstrucción y deconstrucción del saber de la enfermería en la temática del Cuidado Humanizado.



Nombre: OLGA PATRICIA JIMENEZ
E-mail: olgapjb@hotmail.com
País: Colombia
Teléfono: 3114412344
Institución Universitaria: USCO



Nombre: LINA MARCELA BERMEO
E-mail: linamarcela1812@hotmail.com
País: Colombia
Teléfono: 3114801091
Institución Universitaria: USCO



Nombre: EDNA FABIOLA GALAN
E-mail: ednagalan45@yahoo.es
País: Colombia
Teléfono: 3132515292

Anexo F. Consentimiento informado

Nuestros nombres son Lina Marcela Bermeo Rojas y Olga Patricia Jiménez Benítez somos estudiantes de la especialización de Enfermería Nefrológica y Urológica de la Universidad Surcolombiana y como parte del trabajo para optar al título académico, hemos diseñado una investigación que tiene como objetivo Describir la percepción de los comportamientos del cuidado de Enfermería que tienen los pacientes trasplantados de la Unidad de Trasplante renal de la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, con el fin de formular estrategias de mejoramiento derivadas de los hallazgos, que permitan rescatar el aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería.

Según la legislación colombiana (Resolución 8430 de 1993), esta es una investigación sin riesgo pues es un estudio en el que la recolección de la información se hará mediante un cuestionario en el que no se realiza ninguna intervención por parte de los investigadores.

Su participación en la presente investigación se dará a través del diligenciamiento escrito de un cuestionario que contiene un encabezado con información general 50 ítems que debe responder de acuerdo a su criterio sobre el comportamiento de cuidado por parte del personal de enfermería durante su hospitalización en el proceso del trasplante renal.

Los investigadores se comprometen por su parte a garantizar su derecho a la intimidad, puesto que no se solicita ni el nombre de la persona que diligencia, a cambio se asigna un código; de igual forma los investigadores se comprometen a mantener la confidencialidad, custodiando personalmente los cuestionarios diligenciados desde el momento en que son respondidos y hasta la presentación de los resultados, evitando que sean consultados o manipulados por otra persona diferente. Una vez finalizado el proceso de análisis serán destruidos y debidamente eliminados.

Si usted no desea continuar con la investigación en cualquier momento puede hacerlo saber llamando a Olga Patricia Jiménez al celular número 3114412344 o a Lina Marcela Bermeo al celular 3183817895 y no hará parte del mismo. Su participación no generará costos para usted o su familia y tampoco ningún tipo de compromiso económico de parte de los investigadores.

Continuación consentimiento informado

Yo _____, identificad@ con Cédula de Ciudadanía número _____ de _____, en uso de mis facultades mentales y psicológicas, certifico que he recibido información sobre el proyecto de investigación “PERCEPCIÓN DE LOS COMPORTAMIENTOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA QUE TIENEN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE TRASPLANTES RENAL DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA NOVIEMBRE 2010”, de los objetivos, la justificación y los métodos a utilizar como la revisión de bases de datos y aplicación de cuestionarios, los cuales serán conocidos solo por las investigadoras.

También he sido informad@ que tengo derecho a:

- Recibir información y obtener respuesta a cualquier duda a cerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.
- Retirar mi consentimiento en el momento que lo desee sin que se creen perjuicios en mi cuidado o tratamiento.
- La información recolectada se utilizará únicamente para los fines investigativos ya descritos.
- El compromiso de que se me proporcionará información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar mi voluntad para continuar participando.
- La seguridad de que no se me identificará por mi nombre y el compromiso de proporcionarme la información obtenida durante el estudio, respetándose el derecho a la intimidad.

Doy mi aprobación para participar en dicha investigación.

Firma _____
Ciudad _____ Fecha _____

TESTIGO

Nombre _____

Firma _____

C.C _____

Dirección _____

Teléfono _____