

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERIA

**Percepción de la calidad de atención brindada por enfermería y la adherencia  
al tratamiento en pacientes en hemodiálisis en la ciudad Rosario.**

Por:

Enf. Acosta, María Emilia

Directora:

Lic. Gil, Carolina

Docente Asesor:

Lic. Acosta, Simón

Lic. Díaz Ferrari Analía Lorena

Rosario, 16 de Diciembre de 2020.

*Protocolo de investigación para regularizar la actividad académica Tesina.*

*Quiero agradecer a Dios, a mí  
Madre, que me apoyó y acompañó  
Durante toda la carrera. A la UNR  
Por abrirme las puertas a este mundo  
Maravilloso, y a mis docentes asesores  
Por su amabilidad, paciencia, dedicación  
Y sobre todo vocación de enseñanza.*

**Resumen:**

La enfermedad renal crónica es un problema de Salud Pública por su prevalencia, letalidad, cronicidad y el impacto que tiene en los pacientes, la familia y el sistema sanitario. Por tanto, es necesaria una atención integral del paciente con cuidados específicos de enfermería que se adapten al sujeto, fundamentados por evidencia científica.

El objetivo general del proyecto de investigación es determinar la relación que existe entre la percepción de la calidad de atención brindada por enfermería y la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica según sexo y edad, durante el primer semestre de 2021. Se realizará un estudio de observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

La población en estudio estará constituida por todos los pacientes con enfermedad renal crónica que asistan a la unidad de diálisis. Se aplicará un cuestionario que mide calidad de atención enfermería percibida y la escala de adherencia al tratamiento (EAT).

El plan de análisis de los datos se realizará mediante la organización de los mismos en el programa Excel, y posteriormente se exportarán los datos al programa de análisis estadístico SPSS. Finalmente, los resultados serán representados por gráficos de barras y circulares, y se establecerá relación de variables.

**Palabras claves:** Enfermedad renal crónica, Adherencia al tratamiento, Enfermería, Calidad de atención.

## INDICE GENERAL

Pág.

### **Resumen y palabras claves**

3

### **Índice General**

4

### **Introducción**

Estado actual de conocimiento o Estado de arte

5

Planteamiento del problema en estudio

8

Hipótesis y objetivos

8

### **Marco teórico**

9

### **Material y métodos**

25

Tipo de estudio o diseño

25

Sitio o contexto de la investigación

25

Población y Muestra

26

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

26

Personal a cargo de la recolección de datos

30

Plan de análisis

32

Plan de trabajo y cronograma

35

### **Anexos**

I.	Guía de convalidación de sitio	
	37	
II.	Instrumentos de recolección de datos	39
III.	Resultados del estudio exploratorio	45
IV.	Resultados de la prueba piloto	
	46	

## **Bibliografía**

48

## **Introducción**

La enfermedad renal crónica (ERC) es el funcionamiento anormal por más de 3 meses o la alteración estructural de los mismos. A pesar de que se cuenta con estrategias para la prevención y detección precoz, frecuentemente no es reconocida hasta los estadios terminales de la enfermedad que requieren tratamiento sustitutivo o trasplante renal, lo que implica gran morbilidad y deterioro de la calidad de vida. (1)

La ERC y sus principales factores de riesgo, la diabetes y la hipertensión arterial, han aumentado su prevalencia e incidencia, siendo hoy un problema de salud pública global y devastador por sus consecuencias médicas, sociales y económicas para los pacientes, sus familias y los sistemas de salud. (2)

La manifestación más avanzada de la ERC, es la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) que lleva a la necesidad de optar por una forma de tratamiento para la sustitución renal. (3) La hemodiálisis parece ser el tratamiento de mayor elección para los pacientes con IRCT, el cual es considerado un proceso seguro, sin embargo, genera alteraciones en la actividad física, provoca estrés, aislamiento, dependencia en relación a la salud, (4) así también como depresión, traduciéndose en un sacrificio por parte del paciente, familiares, especialmente por la mala calidad de vida, las complicaciones e incluso la muerte precoz. (5) Además el paciente en hemodiálisis suele tener comorbilidad asociada a otras patologías, condicionando de esta forma que la mayoría

de ellos tengan prescrito un gran número de fármacos en su tratamiento, lo que dificulta la adhesión al tratamiento. (6)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la definición de adherencia al tratamiento es: *“El grado en que la conducta de una persona corresponde a las instrucciones acordadas con un prescriptor sanitario en los términos de toma de la medicación, seguimiento de la dieta recomendada y ejecución de cambios en el estilo de vida”*; así mismo establece que existe una serie de factores de riesgo que estarían relacionados con la falta de adherencia, entre los que se encuentran factores sociales y emocionales. (7)

La adherencia al tratamiento, no es solo farmacológico, sino también incluye el tipo de dieta al que debe adecuarse el paciente, la ingesta de líquidos, y también la actividad física. La persona con ERC debe re-aprender estos conceptos, adherirse a ellos lo mejor posible para tener una buena calidad de vida. Para ello necesita un acompañamiento y control de su enfermedad, que no se base solo en lo biológico sino que también se tenga en cuenta al paciente de manera holística con las implicancias de la enfermedad en los campos psicoemocional y social, ya que al ingresar a los programas de terapia de reemplazo renal, se ven obligados a someterse a un estricto tratamiento que disminuyen su capacidad colaborativa y hasta puede generar conductas negativas a la diálisis.

La educación permite mejorar la calidad de vida en los pacientes. Desde una mirada biopsicosocial, la adherencia al tratamiento se puede definir como *“el compromiso de colaboración activa e intencionada por parte del paciente, con el fin de producir el resultado preventivo o terapéutico deseado”*. Para ello se deben considerar las necesidades educacionales de los pacientes, sus niveles de aprendizaje, y un buen diseño del plan educativo, con objetivos alcanzables, medibles y específicos. (8)

Los pacientes en hemodiálisis son uno de los colectivos que toma mayor cantidad de comprimidos en comparación con otros enfermos crónicos. La adherencia al tratamiento tiene implicaciones en la calidad de vida, la supervivencia y el coste económico de su tratamiento, siendo de prioridad en salud pública. En Madrid, en el año 2014, se analizaron las posibles causas de la no adherencia al tratamiento, teniendo en cuenta factores psicosociales como la depresión, ansiedad, deterioro cognitivo y apoyo social. Se llevo a cabo un estudio observacional, transversal en 35 pacientes con ERC en hemodiálisis. Esto arrojó como resultado que los pacientes no adherentes tenían índices de depresión significativamente más elevados que los pacientes adherentes al tratamiento farmacológico. La ansiedad, el deterioro cognitivo y el apoyo social no mostraron relación con el grado de cumplimiento. (9)

El profesional de enfermería asiste al paciente con su patología de base e integra a la familia en la realización de actividades que aportan al cuidado del mismo, por lo que su rol es muy

importante y está orientado a ayudar y a lograr o conservar su independencia y generar en el hábito de auto cuidado de acuerdo a las necesidades identificadas, como así también su adherencia al tratamiento. El personal de enfermería pasa la mayor parte del tiempo con los mismos, no solo acompañándolos en este proceso sino también estableciendo un vínculo emocional. Es imprescindible, saber que la ERC no se cura, y que hay que aprender y saber lidiar con la muerte y con la cronicidad. Los documentos consultados señalan que el rol de enfermería predominante en el manejo del tratamiento en TRR es el educativo, pues se evidencia que, con una adecuada instrucción y preparación al paciente y su cuidador, se logra mayor adherencia al tratamiento y disminución de las complicaciones propias de la patología. (10)

Se considera el rol de enfermería como parte interviniente en el tratamiento del paciente renal. La enfermera es la encargada de que el paciente reciba las instrucciones terapéuticas correctamente escritas, revisarlas y verificarlas para poder hacer ajustes de niveles de comprensión, además de motivar al paciente y corresponsabilizarlo para lograr la adquisición de conductas implicadas en su autocuidado. En España, en el año 2017, se evaluó el efecto de la consulta de enfermería al paciente renal en hemodiálisis sobre el cumplimiento de la terapéutica. Para ello se realizó un estudio observacional, longitudinal, prospectivo de cohorte y se tomó una muestra de 42 pacientes, el 64% de los mismos eran hombres, y el 36% mujeres, con rango de edades entre 24 a 88 años y se analizó el cumplimiento de la dieta y la medicación a través de indicadores bioquímicos y clínicos los cuales fueron recogidos de las historias clínicas de cada paciente, como niveles de potasio, sodio, calcio, fósforo, hemoglobina, hormona paratiroidea, tensión arterial pre hemodiálisis, y tensión arterial post hemodiálisis. Llegaron a la conclusión que la consulta con enfermería mejora la adherencia al tratamiento en cuanto a dieta y medicación, relacionándose con un mayor tiempo de dedicación y contacto enfermera-paciente. (11)

Una de las metas de Enfermería es la atención al paciente enfocado en la integridad física y emocional del mismo y en la continuidad del tratamiento. Es importante conocer cuáles son las actitudes apropiadas para llevar a cabo el seguimiento del paciente, como poder responder a las necesidades que requieran atención compleja a largo plazo como en el caso de la enfermedad renal crónica. El rol de enfermería en la atención de pacientes renales está enfocado al rol educativo en el proceso de la enfermedad y en su adherencia al tratamiento, el cual se orienta a cumplir ciertos objetivos como una actitud proactiva y profesional, el apoyo emocional, educación, seguimiento y monitoreo del paciente, y promover el autocuidado. Desde lo ético, los cuidados brindados a los pacientes con terapia de reemplazo renal deben estar basados en los principios de beneficencia, autonomía, justicia y responsabilidad. Y por sobre todo promover la salud y el crecimiento de la persona. (12)

La información que existe actualmente sobre este tema de investigación es escasa y en general corresponde a estudios de tipo cualitativos donde analizan pequeñas muestras de una población, con resultados no generalizables para toda la población con ERC, razón por la que es necesario investigar sobre el proceso de adherencia al tratamiento y así poder identificar dificultades y falencias en el desarrollo del autocuidado de estos pacientes.

El **propósito** de este trabajo de investigación es conocer los motivos por los que el paciente renal puede adherirse o no al tratamiento y si tienen relación con la calidad de atención brindada, así de esta manera recabar información que proporcione los elementos necesarios para generar planes de cuidado que orienten a la práctica de enfermería y establecer qué aspectos mejorar en la atención del paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.

### **Problema de Investigación**

¿Qué relación existe entre la percepción de la calidad de atención brindada por enfermería y la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica según sexo y edad en una unidad de diálisis de un hospital público, de la ciudad de Rosario, durante el primer trimestre de 2021?

### **Hipótesis:**

- Los pacientes con ERC que perciben una buena atención de enfermería logran una mayor adherencia al tratamiento.
- Los pacientes con ERC de sexo femenino que perciben una buena atención de enfermería adquieren mayor adherencia al tratamiento que los de sexo masculino.
- Los pacientes con ERC mayores de 50 años que perciben una buena atención de enfermería adquieren mayor adherencia al tratamiento

### **Objetivo General:**

Determinar la relación que existe entre la percepción de la calidad de atención brindada por enfermería y la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica según sexo y edad en un centro Diálisis de la ciudad de Rosario durante el primer semestre de 2021.

### **Objetivos específicos:**

- Determinarla calidad de atención de enfermería según la percepción del paciente en cuanto a las dimensiones técnica, humana y del entorno.
- Identificar la adherencia al tratamiento del paciente renal a través de la ingesta de medicamentos y alimentos, seguimiento médico conductual y autoeficacia.

## **Marco Teórico**

Los riñones en conjunto con vejiga y uréteres, constituyen el aparato urinario, en su interior se encuentra la mínima unidad funcional que es la nefrona, y existe aproximadamente un millón de éstas. Estos órganos intervienen de manera esencial en la regulación de la homeostasia hídrica, la composición de electrolitos como sodio, cloro, potasio y bicarbonato, la regulación del volumen extracelular (y con ello la presión arterial), y la homeostasis acidobásica. Además filtran el plasma sanguíneo y producen orina, líquido por el cual se excretan los productos de desecho metabólicos del cuerpo como urea, amoníaco y sustancias extrañas como metabolitos de fármacos. Otras de sus funciones son la reabsorción de glucosa y aminoácidos a partir del filtrado plasmático, además de regular la entrada de calcio y fosfato. También cumple funciones endócrinas y elaboran 1,25-dihidroxicolecalciferol que es el precursor de la vitamina D, la eritropoyetina, hormona que aumenta la producción de glóbulos rojos, y sintetizan y secretan renina, la cual interviene en la regulación de la presión arterial.

De manera específica, filtran un líquido parecido al plasma través de los capilares glomerulares hacia los túbulos renales (filtración glomerular). Conforme este filtrado glomerular pasa por los túbulos, se reduce su volumen y se modifica su composición por el fenómeno de reabsorción tubular, extracción de agua y solutos del líquido tubular, y secreción tubular, secreción de solutos hacia el líquido tubular, para formar la orina que entra en la pelvis renal. Desde la pelvis renal, la orina pasa hacia la vejiga y expulsada hacia el exterior mediante la micción. Pero cuando la función de estos órganos disminuye al grado de que dejan de funcionar para conservar la salud,

en ocasiones se recurre a la diálisis y al final al trasplante. Entre las lesiones más comunes están las agudas y crónicas. La prevalencia de estas patologías va en aumento en todo el planeta y también es cada vez mayor el costo de tratarlas, por tal razón, constituyen una amenaza enorme que merma los recursos asistenciales a nivel mundial. Las dos enfermedades que originan la mayor prevalencia de disfunción renal son la diabetes y la hipertensión arterial y el número posiblemente aumente a 1560 millones para el año 2025. (13)

La enfermedad renal crónica (ERC) en el adulto se define como la presencia de una alteración estructural o funcional renal que persiste más de tres meses, con o sin deterioro de la función renal, o un filtrado glomerular (FG) menor a 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, sin otros signos de lesión renal, es considerada el final común de una gama de alteraciones que afectan al riñón de forma crónica e irreversible. La hipertensión arterial (HTA) y la proteinuria, son predictores de progresión y a su vez factores de riesgo modificables. La gravedad se la puede clasificar en 5 estadios en función de la filtración glomerular y la presencia de proteinuria y los pacientes que presentan factores de riesgo deben ser sometidos a evaluaciones anuales en cuanto a su función renal, cuando presentan estadios avanzados con el objetivo de lograr un retraso en la progresión de la enfermedad y prevenir el desarrollo de complicaciones urémicas. Existen además, factores de inicio o desarrollo de la ERC como la edad avanzada mayor de 60 años, HTA, Diabetes (DBT), enfermedad cardiovascular o antecedentes familiares de dicha patología. Los factores potencialmente modificables deben ser corregidos. De los no modificables se encuentra la edad, el sexo, raza y privación sociocultural, ya que el bajo nivel social, cultural y económico se asocia a peor salud. A medida que la destrucción de nefronas progresa disminuye la capacidad de concentración del riñón y para eliminar la carga de solutos aumenta la diuresis, la poliuria y la nicturia son los primeros síntomas. Cuando la FG cae por debajo de los 30 ml/min aparecen progresivamente los síntomas que conforman el síndrome urémico, caracterizado por anorexia, náuseas, astenia, déficit de concentración, retención de agua y sodio con edemas, parestesias, insomnio. Primero, como método de estudio, se utiliza la ecografía, para comprobar si existen dos riñones, medir su tamaño, analizar la morfología y descartar la obstrucción urinaria. Un tamaño renal pequeño, menor a 9 cm, indica cronicidad e irreversibilidad de la enfermedad, un tamaño normal favorece el diagnóstico de un proceso agudo, y deben emplearse los fármacos estrictamente necesarios, en las dosis e intervalos adecuados, durante el tiempo necesario, controlar el peso y la dieta del paciente, y que realice ejercicios acordes a su edad y estado físico, suspensión del consumo de tabaco si lo hiciera, y optimización del perfil lipídico e hidrocarbonado. El objetivo del tratamiento será lograr una presión arterial menor o igual a 130/85 mmHg. En el caso de proteinuria se debe reducir el consumo de proteínas a menos de 0,5 g/día. Esta restricción en la dieta de proteínas retrasa la ERC

y es beneficiosa en la nefropatía diabética. Debe someterse a un control semanal nutricional y la dieta debe contemplar un soporte energético adecuado. Toda dieta debe individualizarse y adaptarse a los gustos y hábitos del paciente. Existen dos pilares terapéuticos: la dieta de restricción salina, y los fármacos renoprotectores. Suelen emplearse varios fármacos, en primer lugar, los agentes bloqueantes del sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAA). Una dieta baja hiposódica (3-6 g/día) se consigue evitando embutidos, alimentos prefabricados, congelados, enlatados. La dieta rica en sodio, reduce el efecto de los bloqueantes del eje RAA. Su carácter renoprotector y cardioprotector, va más allá del efecto antihipertensivo. Son eficaces en las nefropatías proteinúricas, reducen la presión intraglomerular y como consecuencia la proteinuria en un 30-40%. Son más efectivos en pacientes que reciben diuréticos y dieta hiposódica. Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los antagonistas del receptor de Angiotensina II (ARA II) se consideran igualmente eficaces como antihipertensivos y antiproteinúricos, difieren en que los IECA provocan tos incidente que limita su empleo. Los diuréticos deben emplearse preferentemente los de asa (ej.: furosemida), también se usan espironolactona, bloqueantes  $\alpha$  y  $\beta$ , estatinas. Estos pacientes tienen mayor riesgo cardiovascular debido HTA, DBT, Síndrome metabólico, dislipidemias, etc., más los propios efectos del estado urémico. Por lo que siempre se debe actuar en la prevención de las complicaciones y en el manejo de los trastornos metabólicos asociados a la lesión renal y cardiovascular que con frecuencia presentan este tipo de pacientes, ya que cuando la función renal llega a los límites más bajos, es factible el tratamiento sustitutivo, se lo debe preparar la paciente para esta instancia, y la elección de la técnica es del médico, pero también del paciente y su familia. Es preciso que el enfermo y su familia sean informados por personal entrenado para tales efectos. Lo ideal es el trasplante, preferentemente de donante vivo. De no ser posible se opta por hemodiálisis (HD) o diálisis peritoneal (DP). La HD es una técnica depuración extracorpórea de la sangre que suple parcialmente las funciones renales de excretar agua y solutos, así como de regular el equilibrio ácido-base y electrolítico. No suple las funciones endócrinas ni metabólicas renales. Por lo que estas deben suplirse mediante tratamiento externo con diversos medicamentos, consiste en interponer, entre dos compartimientos líquidos, sangre y líquido de diálisis, una membrana semipermeable. Para ello se emplea un filtro o dializador. La membrana permite que circulen agua y solutos de pequeño y mediano peso molecular, pero no proteínas o células sanguíneas, ya que son muy grandes como para atravesar los poros de la membrana. (14)

Hasta el día de la fecha, los profesionales se han centrado en mejorar la supervivencia del paciente, sin embargo, hay otros aspectos que fueron cobrando mayor importancia con el paso del

tiempo como lo son la calidad de vida y la satisfacción del enfermo renal, ya que su opinión es importante a la hora de mejorar la calidad asistencial. (15)

La evaluación de la satisfacción de los pacientes permite por un lado identificar las áreas deficitarias desde el punto de vista del paciente y, por otra parte, sirve para evaluar los resultados de los cuidados. Esto se ha relacionado sobre todo con la adherencia al tratamiento y las recomendaciones de los profesionales. (16)

La autora cree conveniente por lo dicho, investigar acerca de la relación que existe entre la percepción de la calidad de atención brindada por el personal de enfermería a pacientes renales y la adherencia al tratamiento de los mismos.

La adherencia al tratamiento según la OMS es “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”(17)

Es complejo saber si el paciente sigue el tratamiento prescrito, por ello es necesario realizar un seguimiento del mismo, con el objetivo de detectar tempranamente casos de no cumplimiento y así poder trabajar en ello. Por lo general la adherencia suele ser máxima al comienzo del tratamiento, pero esta se ve afectada en las patologías crónicas que requieren un tratamiento prolongado. También está determinada por la intencionalidad, si es intencionada, el paciente no se adhiere porque se niega a hacerlo, por ejemplo, dicha reacción puede ser para evitar efectos adversos indeseados, o más bien, puede ser no intencionada en el caso de pacientes que por alguna otra patología pueden olvidar hacerlo, o por la complejidad y falta de entendimiento del mismo. Así mismo existen factores condicionantes de la adherencia y se pueden agrupar en tres categorías, los factores relacionados con el paciente, factores relacionados con el tratamiento y factores relacionados con el sistema sanitario. Los factores relacionados con el paciente son el nivel de estudios, su situación económica, la educación sanitaria, las creencias relativas a la enfermedad o el tratamiento, factores relacionados con el comportamiento, estado mental, capacidad funcional; los factores relacionados con el tratamiento son el coste, complejidad del tratamiento, número de medicamentos, efectos adversos, factores relacionados con el formato o la presentación; y los factores relacionados con el sistema sanitario son, la relación con el prescriptor, número de prescripciones y la accesibilidad. El incumplimiento del tratamiento constituye un problema sanitario de primer orden que afecta directamente a los pacientes, independientemente de su edad y de su situación clínica. La conducta de la no adherencia o una adherencia deficiente tiene como resultado el aumento de los costos médicos, el número de análisis de laboratorio innecesarios, el cambio en la dosis o en los tipos de medicamentos, los cambios en los planes de servicios de rehabilitación o tratamiento, las visitas continuas del paciente a la institución, el deterioro de la

salud, el surgimiento de problemas emocionales, y en casos severos la muerte del paciente. Pero lo que interesa conocer primero es si la falta de adherencia es intencionada o no intencionada, porque las estrategias para mejorar la adherencia serán diferentes en cada caso. En la intencionada hay una clara voluntad de no tomar la medicación ni seguir con el régimen terapéutico por parte del paciente, mientras que la falta de adherencia no intencionada es el resultado de un olvido involuntario relacionado con la pérdida de memoria o autonomía del paciente, la complejidad del tratamiento, la falta de creación de rutinas y hábitos diarios, etc. Por otra parte, si el paciente no comprende la importancia y necesidad del tratamiento, será más difícil que se comprometa a continuar con éste. Dentro de la no adherencia encontramos la adherencia primaria y secundaria, que son dos aspectos distintos, pues se considera como adherencia primaria a la adherencia que ocurre cuando se le prescribe un nuevo tratamiento a un paciente y ni siquiera llega a buscar la medicación a la farmacia. La adherencia secundaria sería la toma inadecuada de la medicación una vez que se recoge la medicación, que incluye tomar una dosis incorrecta, a horas incorrectas, olvidarse de tomar una o varias dosis (o aumentar la frecuencia de la dosis) y suspender el tratamiento demasiado pronto. Si se estudia el período de seguimiento conductual del paciente puede distinguirse, el incumplimiento parcial; que es cuando el paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos, el incumplimiento esporádico; cuando el individuo cumple de forma ocasional (más habitual en los ancianos que olvidan tomas o toman dosis menores por miedo a efectos adversos), el incumplimiento secuencial; si el paciente deja el tratamiento durante períodos de tiempo en los que se encuentra bien, pero lo restaura cuando aparecen síntomas, que se les suele llamar “vacaciones terapéuticas”; el cumplimiento de bata blanca, si el paciente solo se adhiere cuando está cerca una visita médica y esta actitud, junto con la anterior, se da mayoritariamente en enfermedades crónicas; y por último el incumplimiento completo, que es el abandono del tratamiento es de forma indefinida, y esta falta de adherencia es más común en jóvenes con enfermedades crónicas, probablemente porque el beneficio del tratamiento se plantea a largo plazo y los gastos y posibles efectos adversos son inmediatos. El cumplimiento está relacionado con la efectividad, de forma que la adherencia sea completa para alcanzar el objetivo del tratamiento y evitar complicaciones propias de la misma patología, pero aun así no basta con alcanzar una buena adherencia al inicio, es importante mantenerla en el tiempo. La OMS estima que la adherencia en pacientes con enfermedades crónicas es baja, un 50%, y otros estudios indican que la prevalencia de la no adherencia varía de un 25 a 50%. Una adherencia óptima repercute en una mejora en la calidad y esperanza de vida, así como en el perfil de seguridad de los tratamientos y en la evolución de la enfermedad. Un seguimiento adecuado del tratamiento está relacionado con una menor probabilidad de recaídas y complicaciones secundarias y una menor morbi-mortalidad. Se observa

una relación directa entre la falta de cumplimiento y la obtención de peores resultados en salud. Una baja adherencia supone un incremento de hospitalizaciones, visitas a urgencias, pruebas complementarias y utilización de otros medicamentos, con el consiguiente aumento en los costes para el sistema sanitario, además del desaprovechamiento de recursos que supone la financiación de fármacos cuando no se llegan a tomar o no se toman de forma responsable, y en un entorno de precios creciente, el impacto económico de la no adherencia puede ser muy elevado y no hay medicación más cara que la que no se toma. Pero a pesar de ello, es complejo saber si el paciente está tomando la medicación correctamente o no, para ello se debería medir la adherencia de forma sistemática y continuada en la práctica asistencial con el objetivo de detectar así los casos de no cumplimiento para poder corregirlos, sobre todo en enfermedades crónicas, es muy importante monitorizar el cumplimiento. Actualmente se disponen de métodos para la valoración de la adherencia y los mismos se pueden dividir en directos e indirectos. Los directos se refieren a la determinación de concentraciones de fármacos en fluidos biológicos como sangre u orina. Otro método directo sería los resultados clínicos obtenidos, ya que cuando se alcanza el resultado clínico esperado se asocia a una adherencia óptima. Entre los métodos indirectos está la valoración del profesional sanitario, que se utiliza cuando no se dispone de otro método. Pero es una valoración bastante subjetiva y no se debería emplear. Otros métodos indirectos son los registros de prescripción y entrega por farmacia, el recuento de la medicación sobrante, los cuestionarios o la adherencia autorreferida del paciente.

Dentro de los métodos más usados se encuentra la determinación plasmática, este es un método directo de adherencia, como ventaja principal permite detectar o prevenir la toxicidad por fármaco, como desventaja, es caro e invasivo y los niveles de fármacos en sangre pueden estar disminuidos por razones distintas a la no adherencia por ejemplo interacciones medicamentosas; los registros de dispensación de farmacia, cuenta con la ventaja de que los datos son fáciles de obtener y como desventajas la sobreestimación, no mide la frecuencia horaria, asume que la búsqueda de la medicación equivale a la adherencia, no diferencia tipos de adherencia; recuento de la medicación, esto tiene un bajo costo, pero se debe destinar mucho tiempo, está sobrestimado, se necesita la colaboración del paciente ya que el mismo debe traer la medicación, y asume que no almacena medicación; otro método es el cuestionario o la adherencia autorreferida, tiene muchas ventajas, es de bajo costo, fácil de implementar, permite investigar los motivos de la no adherencia, mide la adherencia cualitativa, pero es poco estandarizado, tiene baja sensibilidad y se recluta información de la adherencia reciente. Debido a las limitaciones que presenta cada uno de los métodos, es recomendable utilizar la combinación de varios de ellos para llegar a tener información lo más exacta posible. Pero además a la hora de elegir un método hay que tener presente el objetivo que

se está buscando. Si se quiere medir la adherencia longitudinal, es necesario contar con métodos que calculen la adherencia en un intervalo de tiempo amplio, por ejemplo, registros de dispensación de fármacos, si queremos una medida puntual de adherencia, como lo que ocurrió el mes previo, es de mayor utilidad un cuestionario.

Hay diversos factores que pueden influir en la adherencia a un tratamiento, dentro de estos uno es la relación paciente-profesional de salud, ya que influye en el comportamiento del paciente, la calidad de comunicación, la empatía, la capacidad para motivar al paciente, el poder compartir la responsabilidad del tratamiento. Otros factores son, la complejidad del tratamiento, temor a los efectos adversos, falta de confianza en el beneficio del tratamiento, deterioro cognitivo, falta de conocimiento de la enfermedad, enfermedad asintomática crónica, inasistencias a las citas programadas, coste de la medicación, presencia de problemas psicológicos. Primero se debe identificar cuáles son los factores que están justificando la no adherencia, para después diseñar estrategias individualizadas que permitan corregir el problema y evitar sus graves consecuencias.

(18)

La calidad es un concepto que ha ido evolucionando a lo largo de la historia, ha sido definida y percibida de maneras diferentes, no ha sido producto del azar, sino que existe una estructura conceptual subyacente. Las definiciones de calidad son variables, y su variabilidad radica en la relación que tiene en cada momento con los valores de la sociedad. Han existido numerosas interpretaciones de lo que podemos denominar “calidad de atención”, dependiendo de quién la interprete se hace énfasis en un componente u otro del proceso de atención, no obstante, una de las definiciones posiblemente aceptada por todos sea decir que calidad es “hacer bien las cosas correctas”. Inicialmente la calidad en el sector sanitario ha estado ligada a la perspectiva científico-técnica de la práctica médica, sin embargo, la concepción actual de la calidad está enfocada hacia la satisfacción del paciente sin olvidar sus necesidades y valores como persona, el cumplimiento de especificaciones técnicas (estándares), la implicación de todos los profesionales de la organización en la mejora continua de los procesos y el compromiso de los líderes de los centros sanitarios. El concepto de calidad parece llevar implícito la idea de bueno, excelente, adecuado o mejor que otro. Reeves y Bednar diferencian cuatro maneras distintas de entender la calidad, como excelencia, lo mejor en sentido absoluto; como valor relativo, ya que alcanzar lo mejor depende de las posibilidades y recursos disponibles; como ajuste a las especificaciones, medida en términos de consecución de objetivos y cumplimientos de estándares de calidad; como satisfacción de las expectativas de los clientes, que incluyen un juicio subjetivo a partir de opiniones de quien recibe el producto o servicio. H. Palmer en 1989 definía la calidad de la atención como “el grado en que los servicios sanitarios recibidos por las personas y la población, aumentan los resultados de salud

deseados y son coherentes con el estado actual de conocimientos”. Donabedian en su artículo “Los siete pilares de la calidad” plantea siete dimensiones (eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, accesibilidad, legitimidad y equidad). Joint Commission of Accreditation of Health care Organizations plantea dos puntos de vista (hacer las cosas correctas y hacer las cosas correctamente) que incluyen diferentes dimensiones de la calidad como, Adecuación, grado en el que la atención sanitaria prestada es relevante para las necesidades clínicas del paciente; Efectividad, que es la capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para obtener los objetivos propuestos; Eficacia, es el máximo beneficio alcanzable bajo condiciones ideales de atención; Eficiencia, la prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados por unidad de recursos utilizada; Accesibilidad, como el grado de disponibilidad de una intervención sanitaria adecuada para alcanzar las necesidades del paciente, facilidad con que puede obtenerse la asistencia sanitaria que se precisa frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc.; Continuidad, que es el grado de coordinación de la atención al paciente entre profesionales, entre la organización y entre diferentes organizaciones a lo largo del tiempo. Es la medida en que la atención sanitaria se coordina entre los diferentes profesionales, centros, niveles asistenciales y organizaciones que le atienden; Respeto, grado de implicación de los pacientes en su propia atención y grado en el que los que prestan los servicios lo hacen con cuidado y sensibilidad; Seguridad, grado en el que las organizaciones están exentas de peligros. Es la capacidad de reducir los riesgos propios de la atención sanitaria y el entorno; Puntualidad u oportunidad, grado en el que una intervención sanitaria se realiza a un paciente en el momento más beneficioso o necesario; Satisfacción del cliente, es el grado en que la atención sanitaria y los resultados de esta cumplen con las expectativas de los clientes y no siempre guarda relación directa con el nivel de calidad científico técnica, y si más con la relación interpersonal. Hacer las cosas correctas (adecuación, accesibilidad, eficacia). Hacer las cosas correctamente (continuidad, efectividad, eficiencia, respeto, seguridad, puntualidad u oportunidad, satisfacción del cliente) (19)

La Real Academia Española define Calidad como “un conjunto de propiedades inherentes y características que presenta un servicio que se brinda o un producto que se oferta, que permiten apreciarlo como igual, mejor o peor que otros de sus mismas características, con el fin de satisfacer las necesidades del usuario”. (20)

La calidad de atención se ha transformado en un requisito fundamental de todo servicio sanitario. Por tanto, se debe establecer procedimientos que avalen una adecuada calidad de atención. En 1980 Donabedian describió la calidad de atención como: “Aquel tipo de cuidado en el que se espera maximizar un determinado beneficio del paciente, luego de haber tomado en cuenta un balance de las ganancias y las pérdidas implicadas en todas las partes del proceso de

atención.” Este autor, describe que los servicios de salud hay que estudiarlos en tres niveles: estructura, proceso y resultado. Es decir, la calidad es un concepto que debe interpretarse en tres dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes. La Dimensión Técnica está representada por la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución del problema del paciente, donde resalta el rol de los profesionales de la salud. Se tienen en cuenta los conocimientos, habilidades y actitudes que tenga el profesional para prestar su servicio. Implica la ejecución de todos los procedimientos a través de seis aspectos fundamentales; eficiencia, competencia profesional, eficacia, continuidad, accesibilidad y seguridad. La Dimensión Humana está representada por la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor del mismo, de acuerdo con las expectativas que tenga el paciente (sujeto de cuidado), las normas sociales y profesionales, lo cual conlleva a una adecuada relación interpersonal en la cual debe existir confianza, respeto, empatía, cordialidad, claridad en el lenguaje y veracidad en la información que brinde, lo cual influye directamente en la satisfacción del paciente. La Dimensión del entorno o ambiente es aquella en la que se desarrolla la prestación del servicio, y se tienen en cuenta variables como accesibilidad, comodidad, entre otras, que son necesarias para ofrecer una adecuada asistencia. Aquí intervienen las condiciones de comodidad que puede brindar una institución de salud en la cual se desarrolla la prestación del servicio. Es lo que le permite al paciente sentirse a gusto. La comodidad nos indica la satisfacción del usuario y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención médica en el futuro. El grado de calidad es la medida en la que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios. Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa, y destina los recursos (humanos y materiales) de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual de conocimiento lo permita. (21)

La Organización Mundial de la Salud define calidad asistencial como: “un alto nivel de excelencia profesional: uso eficiente de los recursos, un mínimo riesgo para el paciente y la máxima satisfacción del paciente”. “La calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios”. Esto implica que la calidad de atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: pacientes, familias y comunidades. Los servicios sanitarios de calidad deben ser Eficaces ya que proporcionarán servicios de salud basados en datos probatorios a quienes los necesiten; Seguros, evitarán lesionar a las personas a las que dispensen la atención; Centrados en

la persona, por lo que brindarán atención adecuada a las preferencias, necesidades y valores personales, en el marco de los servicios sanitarios que se organizan en torno a las necesidades de la persona; Oportunos, pues reducirán los tiempos de espera y las demoras, que en ocasiones son perjudiciales, tanto para los que reciben la atención como para los que la prestan; Equitativos, dispensarán una atención cuya calidad no variará por motivos de edad, raza, etnia, lugar geográfico, religión, situación socioeconómica, idioma o afiliación política; Integrados, dispensarán una atención coordinada a todos los niveles y entre los distintos proveedores que facilite toda la gama de servicios sanitarios durante el curso de la vida y Eficientes, maximizarán los beneficios de los recursos disponibles y evitarán el desperdicio. (22)

Diversos estudios se refieren a la calidad de atención como oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan a la dimensión personal de los individuos que requieren un servicio sanitario. (23)

La atención brindada por el personal de salud debe contar con un sistema que responda con calidad y respeto a las necesidades y expectativas de los usuarios, lo cual implica garantizarles un trato digno y proporcionarles información completa y atención oportuna. (24)

Existen tres enfoques de la calidad: el primero, basado en el producto, valorando la calidad en función de las deficiencias de algún atributo del producto y/o servicio. El segundo, basado en el proceso, relacionando la calidad directamente con la gestión eficiente y eficaz de las actividades y los recursos. Y el tercero, basado en el consumidor, comprendiendo las necesidades y expectativas presentes y futuras del cliente, con el fin de cumplirlas y lograr su satisfacción. Al día de hoy las instituciones de salud muestran mayor interés por el enfoque de calidad basado en el consumidor. Esto, debido a que la voz del usuario ha sido considerada un indicador importante para la evaluación y mejora continua de la calidad. (25) Por tal motivo es preciso reconocer que la prestación del servicio de salud debe estar basada en el paciente ya que es quien juzga la atención por la experiencia vivida en la institución. Por ello es importante evaluar la atención que brindan los profesionales de salud, sobre todo el personal de enfermería, ya que por las características de ciencia humana que posee le permiten preocuparse por el bienestar de las personas y es quien tiene el contacto más cercano, directo y por un tiempo más prolongado que cualquier otro profesional. (26)

Los enfermeros deben tener competencia profesional, es decir, poseer la capacidad y conocimientos necesarios para realizar las tareas, las cuales deberán hacerse de manera uniforme y precisa, y además saber ejecutar las normas y pautas para el ejercicio de la profesión y la realización de actividades en términos de habilidad, precisión, y confiabilidad. (27)

La calidad es una filosofía entendida como un proceso sistemático, permanente y de mejoramiento continuo, de alto valor agregado, que superan las necesidades y expectativas del usuario y la comunidad en la cobertura. Se basa en ofrecer un servicio de acuerdo a las necesidades del paciente más allá de lo que él espera. Es satisfacer las necesidades en todos los aspectos, implica constancia, propósito, adecuación. Es ser eficiente, es tener competencia, calidad es “hacer lo correcto”, en forma correcta y de inmediato. Es estar limpio, es ser puntual, mejorar siempre, preocuparnos por la innovación, usar el vocabulario correcto, que los pacientes tengan confianza en el servicio que se les brinda. La calidad de la atención en los servicios de salud, es responsabilidad de todos los que trabajan en ese sitio. Sin embargo, el trabajo de enfermería es de particular importancia, ya que es quien brinda la atención directa y esta en contacto más tiempo con el usuario, por lo que una atención interpersonal de buena calidad es necesaria para lograr la satisfacción de los usuarios, ya que son sensibles al trato que reciben y con frecuencia juzgan la calidad de atención como un todo, incluyendo los méritos técnicos. Por lo que enfermería debe lograr la atención oportuna, en el momento que se lo solicite, y de conformidad con su tratamiento, pero además mantener un trato amable, establecer una relación de empatía con el paciente y una buena comunicación. (28)

La atención en salud está cada vez más tecnificada y menos humanizada. Muchas veces el hecho de que el profesional tenga todos los conocimientos técnicos y domine todas las prácticas, lleva a descentralizarse del objetivo principal, que son las necesidades del paciente. Esto genera un aumento de la insatisfacción del mismo lo que puede repercutir en el tratamiento del enfermo. Dicha problemática es la que será evaluada en este proyecto, ya que se abordará de manera directa la relación enfermero/paciente y el efecto de la misma en el tratamiento de la ERC. Esto permitirá una visión integral de la situación por parte del profesional de enfermería y una vez finalizada la investigación serán beneficiados ya que, al conocer los resultados, el equipo de enfermeros podrá generar cambios o mejorar la calidad de atención brindada si fuera necesario.

La enfermería tiene conciencia de su responsabilidad ante la calidad de cuidado que presta al paciente, a la institución, a la ética, a las leyes y a las normas de la profesión, y también de la contribución de su desempeño en la valuación del cuidado y satisfacción de los pacientes. (29) En este sentido, escuchar lo que el paciente tiene para decir con respecto a su atención por parte del personal de enfermería y sobre su satisfacción puede ser de gran importancia para generar futuras transformaciones en el acto asistencial. La evaluación de la satisfacción del paciente ha sido adoptada por las instituciones de salud como una estrategia para alcanzar un conjunto de percepciones relacionado a la calidad de la atención recibida, con el cual se pueda adquirir información que beneficie a la organización de esos servicios. La gestión y la evaluación de la

calidad es un elemento clave en la atención de Enfermería. La calidad como estrategia y método, debe formar parte del desarrollo profesional de las/os enfermeras/os para asegurarse los resultados de una correcta práctica sanitaria y de cuidados. (30)

Según la teoría transpersonal de Watson, el objetivo de la enfermería es ayudar a los individuos y familias a prevenir y afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento mediante el establecimiento de una relación persona-persona. Por lo cual es el profesional de enfermería el que establece una relación más estrecha con el paciente, lo que implica que los cuidados que brinde sean desde una mirada holística y de calidad humana, ya que se establece entre ambos una relación transpersonal. “La enfermería es un arte, cuando la enfermera/o 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”. (31)

La calidad de la asistencia sanitaria es dar la respuesta más adecuada a las necesidades y expectativas del usuario de los servicios de salud, con los recursos humanos y materiales que se disponen y el nivel de desarrollo científico actual, para lograr el máximo grado de desarrollo posible de satisfacción, tanto para el paciente como para el profesional al costo más razonable.

La calidad de atención de enfermería se puede definir como el conjunto de características y acciones que posibilitan la rehabilitación en cada paciente, del nivel de salud que podamos expedirle. Esta definición está basada en los aportes de Virginia Henderson. (32)

La calidad de la atención se puede medir basándose en la percepción del paciente. La misma, puede definirse como “el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanzan a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuemos con él y nuestros propios estados internos”. La calidad de atención puede ser percibida, pero esta percepción es particular de cada individuo. La percepción es biocultural ya que por un lado depende de los estímulos físicos y sensaciones involucrados y, por otro lado, de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones. Las experiencias sensoriales se interpretan y adquieren significado moldeadas por pautas culturales e ideológicas específicas aprendidas desde la infancia. La selección y la organización de las sensaciones están orientadas a satisfacer las necesidades tanto individuales como colectivas de los seres humanos, mediante la búsqueda de estímulos útiles y de la exclusión de estímulos indeseables en función de la supervivencia y convivencia social, a través de la capacidad para la producción del pensamiento simbólico, que se conforma a partir de estructuras culturales, ideológicas, sociales e históricas que orientan la manera como los grupos sociales se apropian del entorno. Según la psicología, percepción es, 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 físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización. Se concluye que es un proceso mental cognoscitivo que nos permite formar conceptos, opiniones, acerca de algo, en función de las experiencias pasadas o la realidad de acuerdo a nuestras necesidades e intereses. Los tres componentes que intervienen en el proceso de la percepción son el Proceso de recepción sensorial, que hace uso de receptores visuales, auditivos, táctiles, etc., ya que sin la existencia de éstos no sería posible la percepción; el Proceso de simbolización, el cual establece la existencia de una aprehensión inmediata de un significado, es decir, el uso de un símbolo intelectual; y el Proceso emocional, el cual indica que generalmente las percepciones están ligadas a procesos emocionales, los cuales nos brindan diferentes emociones, como agrado, desagrado, indiferencia. La preocupación de la calidad asistencial va más allá de las exigencias propias del prestador de salud en relación al cumplimiento de estándares de calidad, porque el paciente evalúa la calidad de la atención de salud no solo valorando el resultado final, si se cura o no, sino también en función de sus necesidades, expectativas y experiencias. Varios factores se conjugan para dar forma y, a veces, distorsionar la percepción. Cuando un individuo observa un objeto y trata de interpretar lo que ve, esta interpretación sufre una influencia considerable de las características personales del receptor, como personalidad, actitudes, motivaciones, intereses, experiencia. La percepción es la imagen mental que se forma con la ayuda de la experiencia y necesidades, resultado de un proceso de selección, organización e interpretación de sensaciones, Selección, en la que el individuo percibe parte de los estímulos que recibe de acuerdo con sus características personales, es decir, que interviene, aunque sea de forma inconsciente seleccionando los mensajes que le llegan. Generalmente los individuos perciben de forma distorsionada los mensajes, captando solo los aspectos agradables o los que responden a sus necesidades e intereses; la Organización, es decir, los estímulos seleccionados se organizan y clasifican en la mente del individuo configurando un mensaje, la escuela de la Gestalt estableció unos principios de organización de los estímulos según agrupamiento, contraste, ambigüedad, etc.; la Interpretación, esta fase proporciona significación de los estímulos organizados. La interpretación depende de los factores internos de la persona, de su experiencia e interacción con el entorno. (33)

La relación enfermera-paciente se considera una de las herramientas de la gestión del cuidado. Es importante conceptualizarla a partir de una relación interpersonal, la cual forma parte fundamental en la atención del individuo sano o enfermo, ya que permite crear relaciones e interacciones terapéuticas dirigidas hacia el cuidado y la recuperación de la salud del paciente. (34)

Hildegard Pepleu en su teoría de las Relaciones Interpersonales, refiere que la misión de la enfermera es educar al paciente y ayudarlo a lograr el desarrollo maduro de su personalidad. Respecto a esto, Pepleu puntualiza que la personalidad del enfermero es determinante, debido a la influencia que puede provocar tanto para sí mismo como para el paciente. Sus fuentes teóricas parten principalmente del conocimiento en ciencias biológicas y conductuales y del modelo psicológico que le llevo a desarrollar su teoría. Ella propone cuatro fases de la relación interpersonal; la Orientación: donde el paciente tiene una necesidad y busca asistencia profesional, la enfermera le ayuda a reconocer su problema; la Identificación, la enfermera facilita la exploración de los sentimientos para ayudar al paciente a sobrellevar su enfermedad; el Aprovechamiento, El paciente hace uso de lo que la enfermera le ofrece a través de la relación intentando sacar el máximo provecho y la Resolución, que es donde se deben resolver las necesidades de dependencia del paciente y la creación de relaciones de apoyo. Por otro lado, menciona en su teoría que la personalidad de la enfermera es muy importante para la influencia que puede generar en el paciente, y en ella misma. Hace referencia a los diferentes roles que la enfermera toma durante la relación interpersonal enfermera-paciente tales como, Rol de extraño, la enfermera y el paciente no se conocen. En este contexto la enfermera no debe prejuzgar al paciente, sino aceptarlo como persona considerándole emocionalmente capacitado; Rol de suministradora de recursos, la enfermera debe ofrecer respuestas específicas, explicando al paciente el plan de tratamiento a seguir, tomando en cuenta la situación, eligiendo la respuesta más adecuada dirigida a un aprendizaje constructivo y ofreciendo respuestas o suministrando consejos útiles para el tratamiento; Rol de educadora, es una combinación de todos los roles y parte de la información que el paciente tiene y en función de su interés y capacidad para usar la información en su beneficio; Rol de líder, ya que la enfermera ayuda al paciente a tomar las tareas que tiene a su alcance mediante una relación de cooperación y participación activa; Rol de sustituta, el paciente ubica a la enfermera en el rol de sustituta, apreciando sus actitudes y conductas, sensaciones que reactivan sentimientos generados en relaciones anteriores. La enfermera debe ayudar al paciente a ver las diferencias entre las personas que recuerda y el rol profesional, en esta etapa el paciente y la enfermera definen el área de dependencia, independencia e interdependencia; y Rol de consejera, el cual es el más importante, la enfermera debe ayudar al paciente a que recuerde y comprenda lo que le sucede en el momento, para que integre la experiencia a otras experiencias de vida. Este modelo de enfermería brinda la oportunidad al paciente de adquirir por parte de la enfermera herramientas suficientes para dar continuidad en los cuidados ya brindados, partiendo de la premisa que los mismos deben ser personalizados, enfocados al bienestar y otorgados por un personal de enfermería capacitado. La clave para lograr una atención de calidad

reside en una efectiva comunicación entre el paciente y el equipo sanitario, así como en los diferentes componentes que intervienen en su atención. (35)

Durante la atención del paciente, se desarrollan importantes relaciones de confianza con el personal de salud. Por lo que resulta importante generar un ambiente seguro para lograr una buena relación enfermera-paciente. (36)

Durante la terapia sustitutiva renal los pacientes son conectados a máquinas, las cuales son una herramienta indispensable para el tratamiento. El desarrollo de la tecnología ha significado un progreso para la obtención y mantenimiento de la salud de estos pacientes, pero también se ha convertido en una barrera para las relaciones interpersonales. Además, las cargas de trabajo excesivo y la preocupación por el desarrollo de técnicas en este contexto desplazan el reconocimiento del lugar que ocupan las relaciones interpersonales afectivas. La relación enfermera-paciente se caracteriza por comportamientos que influyen percepciones, sentimientos, pensamientos y actitudes. Cada participante de la relación percibe y responde a la humanidad del otro, no a la enfermedad, a un número de habitación o a un procedimiento determinado, la enfermera es percibida y responde a su humanidad como es ella. (37)

La comunicación es ante todo un proceso fundamental en toda relación social, es el mecanismo que regula y hace posible la interacción entre las personas. La OMS identificó en el año 2004, a la comunicación como un área de riesgo dentro del hospital, determinando seis acciones básicas denominadas metas internacionales para la seguridad del paciente, siendo la segunda meta internacional mejorar la comunicación efectiva, determinándola en todo el proceso de hospitalización y promoviendo mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente. (38)

Las relaciones humanas en el área de Ciencias de la Salud, establecen una de las áreas prioritarias para la eficiencia y calidad en los servicios de salud, dado que el sector salud es un sistema que opera a través de las interacciones de diversas disciplinas y de funciones que se articulan para atender a la salud, ya sea desde un enfoque preventivo o curativo. (39)

El tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, tiene el propósito de mantener al enfermo renal en condiciones óptimas y mejorar su calidad de vida durante la transición hacia el trasplante o la muerte. Para brindar una atención de calidad se requiere de un trabajo en equipo entre los profesionales de la salud y la familia del enfermo. Los enfermeros de la unidad de hemodiálisis son los responsables de identificar las diversas necesidades del paciente e integrar y organizar la asistencia durante el tratamiento sustitutivo, de manera que pueda darse con calidad, calidez y efectividad. El rol del enfermero de la unidad renal es múltiple, tal como, experto en tecnología, cuidador especializado, educador, facilitador y orientador emocional. Su responsabilidad consiste en integrar tales roles para desarrollar una relación terapéutica particular con cada usuario, lo cual

es una tarea compleja. El trabajo del enfermero en la unidad de hemodiálisis tiene mayores exigencias que en otras áreas de atención hospitalaria y puede generar desgaste en el personal de enfermería, principalmente porque provoca estrés, sentimientos de impotencia y en ocasiones de incompetencia. (40)

Aunque el tratamiento de hemodiálisis es indispensable para la supervivencia del paciente, produce efectos físicos adversos en él, entre ellos, desnutrición debida a la eliminación de nutrientes, insomnio, fatiga, pérdida de movilidad, cansancio, palidez, edemas en miembros inferiores, mal sabor en la boca producto de la no eliminación de desechos. Y se ha observado que estos síntomas suelen agudizarse después de ocho años de tratamiento. Esto puede tener serias implicaciones en la vida del paciente porque el hacer frente a una enfermedad crónica y progresiva, altamente demandante, cuyo tratamiento es invasivo y continuado, produce de manera permanente importantes cambios en los estilos de vida y hábitos. Las limitaciones en la dieta, 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, lo que afecta la calidad de vida relacionada con la salud. (41)

La calidad de atención percibida por el paciente tiene que ver también con el grado de satisfacción del mismo, ya que esta es el balance favorable entre lo que la persona o población espera de los servicios de salud y su percepción acerca de lo que recibe de ellos. Hay satisfacción completa cuando las expectativas del usuario son cubiertas en su totalidad, satisfacción intermedia cuando son cubiertas parcialmente, y hay insatisfacción cuando directamente no son cubiertas. (42)

La satisfacción puede definirse como “la medida en que la atención sanitaria y estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario”. La satisfacción puede referirse a 3 aspectos diferentes: organizativos (tiempo de espera, ambiente, etc.); atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población, y trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado. (43)

La satisfacción es un fenómeno que está determinado por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales, por lo tanto, la definición de satisfacción varía según el contexto social. El concepto de satisfacción se basa en la diferencia entre las expectativas del paciente y la percepción de los servicios que ha recibido. 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. (44)

## **Material y métodos**

### **Tipo de estudio o diseño**

El abordaje metodológico tendrá un enfoque cuantitativo, pues empleará la recolección de datos para probar hipótesis, en base a la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías; de diseño observacional, ya que no se manipularán las variables por parte del investigador, es decir, se observarán tal y como se presentan en su contexto natural; será descriptivo, ya que tiene como objetivo determinar cómo es la situación de las variables, su presencia o ausencia en una población específica; será transversal, ya que la medición de las variables se realizará en un solo momento temporal; y según el momento en el que ocurre el fenómeno y su registro, será prospectivo ya que se recolectarán los datos según los hechos vayan ocurriendo.

### **Sitio o contexto de la investigación**

Para la elección del sitio se aplicó primero una Guía de Convalidación de Sitio (Ver Anexo I), el cual corresponde al primer control de validez interna, la misma permite identificar que se encuentren las variables que se desean medir; controlar la aparición de variables intervinientes, que no habían sido tenidas en cuenta hasta explorar el sitio y el contexto; y el número de posibles unidades de análisis. Ésta, fue aplicada a dos efectores públicos de la ciudad de Rosario, uno de segundo nivel de atención y otro de tercer nivel de atención. En el estudio exploratorio (Ver Anexo III), se obtuvo como resultado que el efector de segundo nivel de atención reunía la totalidad de los criterios de elegibilidad necesarios para llevarse a cabo la investigación, al comparar ambos contextos, se comprobó que el número de unidades de análisis en el hospital de tercer nivel era muy reducido y poco factible para dicho estudio.

El sitio será el hospital de segundo nivel de la Ciudad de Rosario y el contexto de investigación, la sala de hemodiálisis, que será donde se encontrará la población en estudio, el mismo comprende una superficie de aproximadamente 4 manzanas que comparte con la facultad de Medicina y Odontología de la Universidad Nacional de Rosario y están interconectados por pasajes internos. Es un hospital polivalente de alta complejidad con énfasis en patologías cardiovasculares, orientado a la población de zona norte y noroeste de la región de Rosario. El hospital cuenta con 183 camas y es base de nueve centros de área de atención primaria (Área programática II de la zona VIII del Ministerio de Salud de Santa Fe). Cumple rol de hospital escuela y formación de profesionales. El hospital presta servicios de clínica médica, cardiología, cirugía general, psiquiatría, gineco-obstetricia, nefrología, urología, traumatología, pediatría, oftalmología, gastroenterología, endocrinología, neurología.

### **Población y Muestra**

La población en estudio estará constituida por todos los pacientes con enfermedad renal crónica que asisten a la unidad de diálisis.

La unidad de análisis será cada uno de los pacientes con enfermedad renal crónica que asistan a la unidad de diálisis y que reúna los siguientes criterios:

#### Criterios de Inclusión:

- Pacientes con más de tres meses en terapia de remplazo renal que asistan a la unidad de diálisis.

#### Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes que tengan un familiar directo en el equipo de salud, sea médico/enfermero, que interfiera en su percepción sobre la calidad de atención recibida.

El tamaño de la población será de aproximadamente 48 pacientes adultos mayores de 18 años, dato aportado por los resultados del estudio exploratorio, por tal motivo, no se tomará muestra ya que la misma es factible de ser abordada en su totalidad.

Con respecto a la validez externa, los resultados son generalizables sólo a la población de estudio, ya que se realizará en una única institución.

### **Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Para medir la variable percepción de la calidad de atención brindada por enfermería se utilizará la técnica de Encuesta, y como instrumento un cuestionario (Ver Anexo II) basado en la teoría de Donabedian, compuesto por tres dimensiones, la primera de ellas denominada Humana, la cual

posee 8 ítems para su medición, la dimensión Técnica, que posee 15 ítems para su medición; y por último la dimensión del Entorno que posee 5 ítems para su medición. El mismo está conformado por una parte informativa y explicativa sobre cómo responder a sus interrogantes. Consta en total de 28 ítems, con 3 alternativas de respuestas, en una escala de tipo Likert, Nunca, A veces y Siempre.

Para medir la variable adherencia al tratamiento, se aplicará la técnica Encuesta y como instrumento un Cuestionario (Ver Anexo II) llamado Escala de Adherencia al Tratamiento (EAT), el mismo está conformado por 21 ítems, que se dividen a su vez en 3 factores, los cuales son; control de ingesta de medicamentos y alimentos, seguimiento médico conductual y autoeficacia; los cuales permiten detectar el cumplimiento del tratamiento, cada factor incluye 7 interrogantes que se responden con porcentajes que van del 0 a 100. Se entiende que más cercano al 100 el paciente es más adherente. El instrumento fue validado en el 2009 (45), por Soria Trujano, Vega Valero y Nava Quiroz. Posee un nivel de confiabilidad alto, con un alpha de Cronbach del 92%.

La técnica Encuesta, consiste en obtener información de los sujetos de estudio, proporcionados por ellos mismos, sobre opiniones, conocimiento, actitudes o sugerencias. Hay dos maneras de obtener información: la entrevista y el cuestionario, en este proyecto la autora utilizará el Cuestionario como instrumento de recolección de datos, ya que es un método útil y eficaz de recoger información en un tiempo relativamente breve, cuenta con las ventajas de tener un costo relativamente bajo, su capacidad de proporcionar información sobre un mayor número de personas en un período bastante breve, facilidad para obtener, cuantificar, analizar e interpretar datos, mayor posibilidad de mantener el anonimato en los encuestados y eliminación de los sesgos que introduce el encuestador. Como desventajas se puede decir que es poco flexible, la información no puede variar ni profundizarse, no se puede utilizar en personas que no saben leer ni escribir, no permite la aclaración de dudas sobre preguntas o la comprobación de las respuestas y quien contesta escondiendo la verdad produce notables alteraciones en los resultados. Se aplicó una prueba piloto del instrumento (Ver Anexo IV) a una población con similares características a la del estudio, que no van a participar del mismo, con el objetivo de conocer si mide las variables que se pretende medir, si se produjo algún inconveniente o si había que modificar algún aspecto del mismo y si el tiempo de aplicación fue el esperado.

### **Operacionalización de variables**

Variable: Percepción de la calidad de atención de enfermería

Tipo Cualitativa, Función Independiente, Escala de Medición Ordinal.

Definición conceptual: conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanzan a los sentidos, mediante los cuales se obtiene información respecto de la atención del profesional de enfermería.

Definición operacional de variable: modificada respuesta expresada por el paciente renal sobre la impresión obtenida a través de los sentidos acerca del cuidado que le brinda la enfermera/o. El cual se obtiene mediante una escala de Likert y validada.

#### Dimensión 1: Humana

- La enfermera lo saluda cordialmente y con respeto
- Le satisface que la enfermera lo llame por su nombre
- La enfermera establece una relación de confianza con usted
- Le agrada que la enfermera le preste atención cuando conversa con usted
- La enfermera muestra interés por su estado de salud
- La enfermera incentiva su participación durante su tratamiento
- La enfermera le da consuelo cuando esta afligido porque su vida personal y familiar se ve afectada a causa de su enfermedad
- Le molesta que la enfermera le responda de modo descortés a sus preguntas

#### Dimensión 2: Técnica

##### Indicadores:

- La enfermera le orienta con palabras sencillas sobre su enfermedad
- Le incomoda que la enfermera utilice un lenguaje poco comprensible sobre los cuidados a tener en el hogar
- Le agrada que la enfermera le informe sobre su salud
- Le molesta que la enfermera no le oriente sobre los procedimientos que se realicen en el servicio
- La enfermera le orienta sobre los posibles efectos adversos del tratamiento y como resolverlos
- La enfermera evalúa mensualmente su peso
- Le incomoda que la enfermera pueda indagar sobre su dieta
- La enfermera pregunta sobre la ingesta de líquidos, y medicamentos
- La enfermera permanece a su lado en lo que dura la sesión de diálisis

- Le satisface que la enfermera le informe sobre los resultados de análisis mensuales
- La enfermera informa sobre su salud, tratamiento y seguimiento médico a su familia
- La enfermera lo capacita sobre su enfermedad y le brinda información o folletos para que pueda llevarse a su casa
- La enfermera expresa con palabras sencillas su interés por el cumplimiento de su tratamiento
- La enfermera le orienta sobre las consecuencias de abandonar el tratamiento
- Le agrada que la enfermera le oriente sobre los beneficios del tratamiento

### Dimensión 3: Entorno

- Le agrada el lugar donde realiza su diálisis
- El lugar donde es atendido tiene iluminación natural
- Le satisface el lugar donde es atendido porque se encuentra limpio
- Es cómodo el lugar donde es atendido por la enfermera
- El ambiente donde es atendido le resulta incómodo

### Variable: Adherencia al tratamiento

Tipo Cualitativa, Función Dependiente y Escala de Medición Ordinal

Definición: significa que el paciente está siguiendo el curso recomendado de tratamiento, siguiendo la prescripción médica todo el tiempo que sea necesario.

### Dimensión 1: Ingesta de medicamentos y alimentos

Indicadores:

- Ingiere los medicamentos de manera puntual
- Ingiere sus medicamentos a la hora indicada
- Sigue y respeta la dieta
- Puede dejar de fumar o beber alcohol si el médico se lo indica
- Consume los alimentos que el médico le indica
- La confianza en el médico hace que siga el tratamiento
- Realiza ejercicio si el tratamiento así lo amerita.
- 

### Dimensión 2: seguimiento médico conductual

#### Indicadores:

- Se realiza análisis en los períodos que el médico lo indica
- Asistencia a las consultas de manera puntual
- Atiende las recomendaciones del médico en cuanto a la aparición de cualquier síntoma que pueda afectar su estado de salud
- Regresa a las consultas aún si se siente mejor
- Pone atención al tratamiento
- Realiza análisis aunque no se sienta enfermo
- Le da confianza que el médico conozca su enfermedad

#### Dimensión 3: Autoeficacia

#### Indicadores:

- Cuando obtiene los resultados de los análisis se apega más al tratamiento
- Si tiene mucho trabajo se olvida de tomar los medicamentos
- Cuando los síntomas desaparecen deja el tratamiento
- Si no ve mejoría deja el tratamiento
- Para que siga con el tratamiento, otros le deben recordar hacerlo
- Si sospecha que la enfermedad es grave realiza todo lo que este a su alcanza para aliviarse
- Aunque el tratamiento sea complicado lo sigue

#### Variable: Edad

Tipo Cuantitativa, Función Independiente, Escala de Medición razón.

Indicador: años cumplidos referidos por el paciente

#### Variable: Sexo

Tipo Cualitativa, Función Independiente, Escala de medición Nominal.

Indicador:

- Varón
- Mujer

### **Principios de Bioética**

Autonomía: respetar la posibilidad que tiene el individuo de decidir y elegir por sí solo. Es la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que pueda tomar. Todos los individuos deben ser tratados como seres autónomos. La autonomía expresa la capacidad para darse normas o reglas a uno mismo sin influencia de presiones. Tiene carácter imperativo y debe respetarse como norma, excepto cuando se dan situaciones en que las personas puedan no ser autónomas o presenten una autonomía disminuida. Los sujetos participantes del estudio tendrán el derecho a la autodeterminación y a la información completa, para ello, se contará con un Consentimiento Informado (Ver anexo II), el cuál será consentido tras tomar sus propias decisiones libre de coerción, donde se expresará los objetivos de la investigación, su propósito y el derecho de participar o no del estudio y que puede abandonarlo en el momento que lo desee. También se informará que pueden evitar responder algún tipo de pregunta cuando considere que se invade su intimidad sin que ello conlleve algún tipo de reprimenda y que su información personal se mantendrá en anonimato, y en caso que el estudio sea publicado su identidad no será divulgada.

Beneficencia: Se asegurará en todo el proceso de investigación no generar daños sean estos físicos o psíquicos a todos los integrantes. Bajo ninguna circunstancia se pondrá en riesgo la salud de los sujetos, se llevará al máximo la capacidad de generar beneficios y evitar cualquier situación que suponga un riesgo para las personas, en el caso de generar beneficios para los sujetos, esta información será inmediatamente comunicada. En todo el proceso se garantizará la confidencialidad de los datos de los participantes.

Justicia: Se asegurará el derecho del sujeto a un trato justo y a preservar su intimidad. El reclutamiento y selección de los participantes será de manera equitativa con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad sin poner en situación de riesgo a una persona para beneficiar únicamente a otro. Se resguardará la intimidad de los sujetos de estudio y bajo ninguna circunstancia sus datos serán revelados

### **Personal a cargo de la recolección de datos**

La recolección de los datos la llevará a cargo la autora del siguiente trabajo de investigación debido a que la población que será evaluada es reducida y no necesitará colaboradores en este caso. La misma se llevará a cabo en la sala de Hemodiálisis del hospital de segundo nivel, los días Lunes, Miércoles y Viernes, en la primera y tercer semana de los meses de Enero, Febrero y Marzo, y los días Martes, Jueves y Sábados, la segunda y cuarta semana de los meses de Enero, Febrero y Marzo. Intercalando horarios, turno mañana (de 10 a 11 hs) el primer mes, turno tarde (14 a 15

hs) el segundo, y turno vespertino (19 a 20 hs) el tercer mes, completando de esta manera la recolección de datos necesaria.

### **Plan de análisis**

Para el análisis se organizará la información mediante el programa Excel, y posteriormente se exportarán los datos al programa de análisis estadístico SPSS. Los resultados serán llevados a gráficos de barras y circulares. Se utilizará estadística descriptiva a través de distribuciones de frecuencias, medidas de tendencia central, medidas de variabilidad y gráficas; y de estadística inferencial para estimar parámetros y probar hipótesis, el tipo de análisis que se hará será multivariado, ya que se buscará las relaciones que hay entre las variables Adherencia al Tratamiento, Percepción de la Calidad de Atención, edad y sexo. Para la prueba de hipótesis se realizará un análisis paramétrico con el método de coeficiente de correlación de Pearson.

Para la variable **Percepción de la calidad de atención**, se utilizará una escala de medición ordinal tipo Likert, con la siguiente calificación; SIEMPRE (3 puntos), RARAS VECES (2 puntos), NUNCA (1 punto), para luego codificar los datos. Dicha variable consta de tres dimensiones.

La dimensión Humana que posee 8 ítems, puntuación máxima de 24 puntos y mínima de 8 puntos, la misma evalúa la percepción del paciente en cuanto al conjunto de actitudes y comportamientos profesionales de las enfermeras del servicio en cuanto a la atención.

La dimensión Técnica, que consta de 15 ítems, con puntuación máxima de 45 puntos y mínima de 15 puntos, la misma evalúa la percepción de los pacientes sobre la capacitación profesional de enfermería en cuanto a las técnicas y procedimientos a realizarle, en cuanto a la información y acompañamiento brindados durante el tratamiento.

La dimensión del entorno, que consta de 5 ítems, con puntuación máxima de 15 puntos y mínima de 5 puntos, la misma evalúa el marco en el que la atención de enfermería se desarrolla, es la percepción que tiene el paciente sobre la unidad de hemodiálisis.

Se sumarán las respuestas de cada una de las preguntas de cada dimensión.

Dimensión	Ítems	SIEMPRE	RARAS VECES	NUNCA
-----------	-------	---------	-------------	-------

Humana	8	24	16	8
Técnica	15	45	30	15
Entorno	5	15	10	5

Escala de Valoración sobre la percepción de la calidad de atención:

Mala: 28 a 46

Regular: 47 a 65

Buena: 66 a 84

Para la variable **Adherencia al tratamiento**, se utilizará un cuestionario con una escala de medición tipo Likert, con una calificación que va del 0 al 100 %. Considerando más adherente al paciente cuyas respuestas sean más cercanas al 100. Esta variable posee tres dimensiones, Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos, Seguimiento médico conductual y Autoeficacia.

Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos posee 7 ítems, puntuación máxima 100 y mínima 0, la misma evalúa la adherencia al tratamiento del paciente tanto farmacológico como no farmacológico, incluyendo la alimentación.

Seguimiento médico conductual, posee 7 ítems, puntuación máxima 100 y mínima 0, la misma evalúa el comportamiento del paciente en cuanto al seguimiento de las prescripciones médicas sobre su tratamiento.

La Autoeficacia, posee 7 ítems, puntuación máxima 100 y mínima 0, la misma evalúa el comportamiento del paciente hacia su tratamiento, que actitud o capacidad presenta frente a la enfermedad.

Se agruparán los resultados de cada una de las preguntas de las tres dimensiones de acuerdo a la siguiente escala de valoración; BAJA (0-25 %), MEDIANAMENTE BAJA (25-50 %), MEDIANAMENTE ALTA (50-75 %), ALTA (75-100 %)

Dimensión	Ítems	BAJA	MEDIANAMENTE BAJA	MEDIANAMENTE ALTA	ALTA
Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos	7	0-25 %	25-50%	50-75 %	75-100 %

Seguimiento médico conductual	7	0-25 %	25-50 %	50-75 %	75-100 %
Autoeficacia	7	0-25 %	25-50 %	50-75 %	75-100 %

El proceso de codificación de las variables será a través de valores numéricos implicando un orden y jerarquía, que permitirá la organización de los datos para almacenarlos y luego analizarlos. Una vez agrupados y codificados todos los datos cuantitativos, se procederá a analizarlos mediante el programa Excel, donde se volcarán los mismos para luego exportarlos al Software estadístico SPSS donde se presentarán en histogramas la distribución de frecuencias, según las dimensiones estudiadas y los resultados obtenidos por medio de los instrumentos.

Para la variable Edad, se utilizará como medida de variabilidad, el rango, los datos recabados se agruparán en rangos etarios de menor de 30 años, 30-39 años, 40-49 años, 50-59 años, más de 60 años, aplicando las medidas de tendencia central, modo, luego se representarán en una gráfica circular.

Para la variable sexo se utilizará la Razón, ya que establece la relación entre dos categorías, en este caso, varón y mujer, y establecer la frecuencia con la que se presentan en el estudio, se representarán en una gráfica circular.

### Plan de trabajo y cronograma

ACTIVIDADES	TIEMPO DE DURACIÓN (Año 2021)					
	ENE	FEB	MAR	ABRIL	MAYO	JUN
Recolección de Datos						
Análisis de los datos recolectados						
Agrupación de datos						
Codificación de datos						
Presentación en tablas o gráficos						
Procedimientos estadísticos						
Aceptación o rechazo de las hipótesis planteadas						
Informe final						

# **ANEXOS**

## **Anexo I**

### **Guía de convalidación de sitio:**

- ¿La institución permite que se realice la investigación?
- ¿Autoriza dicha institución que se publiquen los resultados de la investigación?
- ¿Cuál es el número de pacientes con IRC que se atienden en este centro?
- ¿Qué porcentaje de pacientes son femeninos y cuántos masculinos?
- ¿La unidad de diálisis ofrece información y apoyo a los pacientes que asisten con respecto a la adhesión al tratamiento?
- ¿Se realizan capacitaciones a los enfermeros sobre como llevar un acompañamiento eficiente al paciente y ayudar a afrontar su enfermedad de manera que se adhieran mejor al tratamiento indicado?
- ¿Con que frecuencia se realizan dichas capacitaciones?
- ¿Cuál es la dotación total de enfermeros?
- ¿Cuántos enfermeros profesionales cuenta la institución?
- ¿Cuántos enfermeros auxiliares hay?
- ¿Cuántos enfermeros hay por turno?
- ¿Cuántos nuevos casos de IRC se registran por mes?
- ¿La unidad renal cuenta con las instalaciones aptas?





FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica  
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad  
Nacional de Rosario, certifica que ACOSTA MARIA EMILIA  
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de  
concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

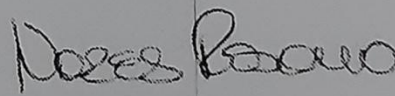
La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos  
solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en  
esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos  
profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,  
Provincia de Santa Fe, a los 01/12/ 2020

Santa Fe 3100  
Rosario s2000ktr  
Tel. 341 4804558  
Fax 341 4804569  
www.fmedic.unr.edu.ar

  
MACARENA MARTÍ  
MÉDICA  
Mat. 23523



Nores, Rosana

Encuesta de opinión sobre percepción de la calidad de atención recibida por el personal de enfermería en la unidad renal.

Estimado Sr. /Sra.:

Mi nombre es María Emilia Acosta, estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario y estoy interesada en conocer su opinión acerca de cómo percibe usted la calidad de atención brindada por el personal de enfermería de la unidad renal durante su estadía en el mismo. Por este motivo me dirijo a usted con el propósito de solicitar su colaboración, con la seguridad de que su opinión y ayuda serán de gran utilidad para garantizarle un servicio cada vez mejor. Su colaboración es completamente voluntaria y anónima. Todo lo que diga será tratado de forma absolutamente confidencial.

Le agradezco muy sinceramente su interés al realizar el cuestionario y su atención para con mi trabajo de investigación, con la certeza que será en beneficio de todos.

#### ESCALA DE PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE ATENCIÓN

Para responder a las siguientes preguntas debe tener en cuenta:

(1) NUNCA (2) RARAS VECES (3) SIEMPRE

#### DIMENSIÓN HUMANA

Nº	Ítems	1	2	3
1	La enfermera lo saluda cordialmente y con respeto			
2	Le satisface que la enfermera lo llame por su nombre			
3	La enfermera establece una relación de confianza con usted			
4	Le agrada que la enfermera le preste atención cuando conversa con usted			
5	La enfermera muestra interés por su estado de salud			
6	La enfermera incentiva su participación durante el tratamiento			
7	La enfermera le da consuelo cuando está afligido porque su vida personal y familiar se ve afectada a causa de su enfermedad			
8	Le molesta que la enfermera le responda de modo descortés las preguntas			

#### DIMENSIÓN TÉCNICA

9	La enfermera le orienta con palabras sencillas sobre su enfermedad			
10	Le incomoda que la enfermera utilice un lenguaje poco comprensible sobre los cuidados a tener en el hogar			
11	Le agrada que la enfermera le informe sobre su salud			

12	Le molesta que la enfermera no lo oriente sobre los procedimientos que se realicen en el servicio			
13	La enfermera le orienta sobre los posibles efectos adversos del tratamiento y como resolverlos			
14	Le enfermera evalúa mensualmente su peso			
15	Le incomoda que la enfermera pueda indagar sobre su dieta			
16	La enfermera pregunta sobre la ingesta de líquidos, y medicamentos			
17	La enfermera permanece a su lado en lo que dura la sesión de diálisis			
18	Le satisface que la enfermera le informe sobre los resultados de análisis mensuales			
19	La enfermera informa sobre su salud, tratamiento y seguimiento médico a su familia			
20	La enfermera lo capacita sobre su enfermedad y le brinda información o folletos para que pueda llevarse a su casa			
21	La enfermera expresa con palabras sencillas su interés por el cumplimiento de su tratamiento			
22	La enfermera le orienta sobre las consecuencias de abandonar el tratamiento			
23	Le agrada que la enfermera le oriente sobre los beneficios del tratamiento			

#### DIMENSIÓN DEL ENTORNO

24	Le agrada el lugar donde realiza su diálisis			
25	El lugar donde es atendido tiene iluminación natural			
26	Le satisface el lugar donde es atendido porque se encuentra limpio			
27	Es cómodo el lugar donde es atendido por la enfermera			
28	El ambiente donde es atendido le resulta incómodo			

ENCUESTA PARA LA EVALUACIÓN DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Estimado Sr. /Sra.:

Mi nombre es María Emilia Acosta, estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario y estoy interesada en conocer su adherencia al tratamiento. A continuación encontrará una serie de preguntas que permite determinar si usted cumple o no cumple con el tratamiento recomendado lo que contribuirá a la investigación. La información que usted aporte es confidencial y se usará sólo para fines del estudio. Agradezco su sinceridad. Muchas gracias por su participación.

### ESCALA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO (EAT)

Seleccione la opción que considere correcta marcando con una X, en una escala del 0 al 100 en términos de porcentaje, siendo el 100 el puntaje que representa la mayor adherencia al tratamiento, y 0 el puntaje que representa la menor adherencia al mismo.

#### Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos.

Ítems	Respuestas											
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
1. Ingiere mis medicamentos de manera puntual												
2. No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada.												
3. Si tengo que seguir una dieta rigurosa la respeto.												
4. Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero, como por ejemplo, no fumar o ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena.												
5. Ingiere sólo aquellos alimentos que se me permiten.												
6. Si el médico me inspira confianza continuo con el tratamiento.												
7. Si el tratamiento exige hacer ejercicios, lo hago.												

#### Seguimiento médico conductual

Ítems	Respuestas											
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	

8. Me hago análisis en los períodos en los que el médico me lo indica.												
9. Asisto a mis consultas de manera puntual.												
10. Atiendo a las recomendaciones del médico en cuanto estar al pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi salud.												
11. Regreso a las consultas con el médico aún si me siento mejor.												
12. Si me siento bien pongo poca atención en el tratamiento.												
13. Me hago análisis periódicamente aún cuando no me sienta enfermo.												
14. Me inspira confianza que el médico conozca mi enfermedad.												

### Autoeficacia

Ítems	Respuestas											
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
15. Cuando me dan los resultados de los análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.												
16. Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida tomas mis medicamentos.												
17. Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque no este concluido.												
18. Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento.												

19. Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos.												
20. Si sé que mi enfermedad es grave, hago lo que este en mis manos para aliviarme.												
21. Aunque el tratamiento sea complicado lo sigo.												

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: “Percepción de la calidad de atención brindada por enfermería y la adherencia al tratamiento en pacientes en hemodiálisis en la ciudad Rosario”

Investigadora: Acosta María Emilia

Se le esta solicitando su participación en un este estudio cuyo propósito es conocer los motivos por los que el paciente renal puede adherirse o no al tratamiento y si tienen relación con la calidad de atención brindada, así de esta manera recabar información que proporcione los elementos necesarios para generar planes de cuidado que orienten a la práctica de enfermería y ver qué aspectos mejorar en la atención del paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Su participación es completamente voluntaria, si no desea hacerlo no tendrá ningún inconveniente. Lea atentamente toda la información aquí brindada y haga las preguntas que sean necesarias antes de tomar una decisión.

1. El estudio se realizará para la finalización de la carrera de grado Licenciatura en Enfermería con el objetivo de generar conocimientos acerca de la relación entre la percepción de la calidad de atención brindada por enfermería y la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.

2. Si acepta la participación en el estudio, permitirá que la investigadora le realice dos cuestionarios donde deberá responder con absoluta sinceridad cada uno de ellos.
3. La participación del estudio dura al menos 40 minutos.
4. Su participación podrá generar conocimientos para poder establecer medidas que mejoren la calidad de atención y la adherencia al tratamiento.
5. Usted no posee ningún riesgo físico al participar de este estudio.
6. Su información personal se mantendrá en anonimato, no se divulgará ningún dato que afecte a su persona. Todos los datos serán tratados de manera confidencial. Y en caso que el estudio sea publicado su identidad no será divulgada.
7. Puede dejar de participar en el estudio en el momento que usted lo decida con aviso previo al investigador.

Yo ..... con DNI n°....., dejo constancia que a través del presente documento, consiento o apruebo de manera voluntaria y en el pleno uso de mis facultades físicas y mentales, participar en el estudio “Percepción de la calidad de atención brindada por enfermería y la adherencia al tratamiento en pacientes en hemodiálisis en la ciudad Rosario”, Donde se me realizarán dos cuestionarios de opciones múltiples y yo expresaré la verdad en ellos. Presto mi consentimiento para el procedimiento propuesto y conozco mi derecho a retirarlo si así lo deseara, la única obligación es informarle mi decisión a la persona responsable del estudio.

Rosario,.....de .....de 2021

.....

FIRMA Y ACLARACIÓN

### **Anexo III**

Para la selección del sitio se aplicó una guía de convalidación (ver Anexo I). Los lugares seleccionados fueron dos efectores públicos de la ciudad de Rosario, uno de segundo nivel y otro de tercer nivel de atención. Tras los resultados del estudio exploratorio se comprobó que la unidad renal del efector de segundo nivel de atención, dependiente de la Provincia, cumplió con todos los criterios de elegibilidad, el de tercer nivel de atención dependiente de la municipalidad de Rosario, no cumplía con los criterios, ya que la población que asiste a la unidad de diálisis del mismo es muy reducida y poco factible de estudiar y de que los resultados sean relevantes, perdiendo validez. El hospital elegido, posee actualmente 48 pacientes con insuficiencia renal crónica en terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, 18 mujeres, 30 varones. Actualmente posee trabajando 10 enfermeros, un enfermero jefe, licenciado y con un título posgrado en Hemodiálisis, el resto de enfermeros son 8 mujeres, 2 varones, 4 de ellos poseen cursos de capacitación en hemodiálisis dictadas por el mismo jefe de la unidad, el resto de enfermeros es personal de nuevo ingreso, y fueron capacitados por los mismos compañeros de la unidad renal, jefe del servicio, y nefrólogos. Los turnos de trabajo se dividen en tres, un turno mañana que abarca 6 a 12 hs, un turno tarde 12-18, y un turno intermedio que abarca tarde/noche y es de 16 a 22 hs. La unidad renal se divide a su vez en 4 salas, Sala A y D donde dializan pacientes con serología negativa; Sala B, donde se encuentran los pacientes con serología positiva para el virus de la Hepatitis B, Sala C donde

dializan pacientes con serología positiva para virus HIV y virus de la Hepatitis C. Además se agrego una sala llamada Tránsito, donde dializan pacientes que están aislados por Covid positivo o sospecha. En la Sala A y D, actualmente dializan 14 pacientes por turno, en total 42, los días lunes, miércoles y viernes, en Sala B, hay 2 pacientes dializando lunes, miércoles y viernes, Sala C, 3 pacientes lunes, miércoles y viernes, 1 paciente martes, jueves y sábados. Los pacientes reciben capacitación en cuanto a la adherencia al tratamiento junto con el equipo disciplinario, psicólogo, enfermeros, nefrólogo y nutricionista, una vez al mes aproximadamente, se realizan análisis clínicos una vez al mes y serología cada seis meses.

#### **Anexo IV**

Se realizó una prueba piloto del instrumento a 5 pacientes de la unidad renal de un hospital de segundo nivel de internación de la ciudad de Rosario, con similares características a los pacientes a los que se les realizará la evaluación, dicha muestra no formará parte del estudio. La prueba piloto se realizó a pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos en la investigación y que decidieron participar de forma voluntaria firmando el consentimiento informado, luego de que se les explicó lo que se les iba a realizar, se entregaron los cuestionarios. El tiempo de llenado máximo fue de 40 minutos, que superó el esperado ya que se calculaba aproximadamente 30 minutos. A su vez no fue necesaria modificación alguna, ya que no hubo dificultad para las respuestas.



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
Universidad Nacional de Rosario

----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica  
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad  
Nacional de Rosario, certifica que ACOSTA MARIA EMILIA  
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

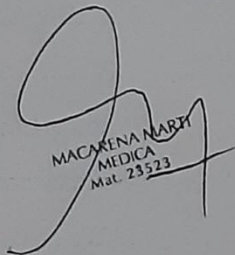
El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de  
concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

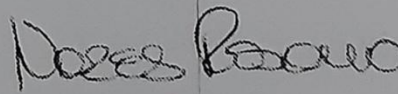
La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos  
solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en  
esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos  
profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,  
Provincia de Santa Fe, a los 01/12/ 2020

Santa Fe 3100  
Rosario s2000ktr  
Tel. 341 4804558  
Fax 341 4804569  
www.fmedic.unr.edu.ar

  
MACARENA MARTÍ  
MÉDICA  
M.J. 23523



Nores, Rosana

## Bibliografía

- (1) Argentina, M. d. Guía de práctica clínica sobre prevención y detección precoz de la enfermedad renal crónica en adultos en el primer nivel de atención. Buenos Aires.2010.  
<https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica/guiaspracticaclinica>
- (2) Flores, J. C., Alvo M., Borja H., Morales J., Vega J. Zúñiga C., Muller H., & Munzenmayer, J. Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación y manejo de complicaciones. 2009. Rev. Med. Chile. 137 (1): 137-177.  
<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000100026>
- (3) Pérez Blancas, C., Moyano Espadero, M. d., Estepa del Árbol, M., & Crespo Montero, R. Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes trasplantados de riñón. Enfermería Nefrológica. 2015. 18 (3) 204-226. Disponible en  
<http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842015000300009>
- (4) ALM de Francisco. El futuro del tratamiento de la enfermedad renal crónica. Rev. Nefrología Madrid , 2010. 30 (1):1-9.<https://www.revistanefrologia.com/es-el-futuro-del-tratamiento-enfermedad-renal-cronica-articulo-X0211699510033944>
- (5) Costa, G. M., Pinheiro, M. B., Madeiros, S. M., Costa, R. R., & Cossi, M. S. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. 2016. Enfermería Global , 15(43), 59-73. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412016000300003&Ing=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300003&Ing=es)
- (6) Ruíz García, E., Latorre López, L. I., Delgado Ramírez, A., Crespo Montero, R., & Sanchez Laguna, J. L. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis. 2016. Enfermería Nefrológica , 19(3), 232-241.Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842016000300005>
- (7) OMS. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra.  
<http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
- (8) Guerra Guerrero, V. T., Díaz Mujica, A. E., & Vidal Albornoz, K. La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica. Revista Cubana de Enfermería. 2010. 26(2). Disponible en:  
[http://scielo.sdl.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192010000200007&Ing=pt](http://scielo.sdl.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200007&Ing=pt)
- (9) Huertas-Vieco, M. P., Pérez García, R., Albalate, M., De Sequera, P., Ortega, M., Puerta, M., y otros. Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica. *Nefrología (Madrid)*. 2014. 34(6), 737-742.Disponible en:

<http://revistanefrologia.com/es-factores-psicosociales-adherencia-al-tratamiento-articulo-X0211699514054835>

- (10) Licht-Ardila, M. Rol del profesional de enfermería en terapias de reemplazo renal . *MedUNAB*. 2014.17/(2): 107-113. Disponible en: <http://doi.org/10.29375/01237047.2088>
- (11) Ojeda Ramirez, M. D., Caro Rodriguez, I., Ojeda Ramirez, D., García Perez, A., García Hita, S., & García Marcos, S. Consulta de Enfermería y adherencia terapéutica del paciente en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*. 2017 Jun. 20(2), 132-138. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s2254-288420170000200006>
- (12) Esperanza, Z., Duque Castaño, G. A., Tovar Cortes, D. L., & Ángel Ángel, Z. E. Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una revisión sistemática. *Enfermería Nefrológica*. 2016.19(3):202-213. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842016000300003&Ing=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000300003&Ing=es)
- (13) Ganong, W. (2013). *Fisiología Médica*. McGraw-Hill INTERAMERICANA EDITORES S.A.
- (14) Lorenzo & López Gómez. (2011). Nefrología al Día. Nefrología Digital. <http://www.nefrologiaaldia.org>
- (15) Ramos Parra, V. M., Espinoza Serrano, P. del C., Lozano Zorrilla, A. I. Impulsando la calidad integral a través de las vivencias de los pacientes. *Rev. Paraninfo Digital*, 2015:22. Disponible en <http://www.index-f.com/para/n22/012.php>
- (16) Hernandez Meca M. Encarnación, O. García Antonio, Mora Canales Javier, Lorenzo Martinez Susana, López R. Katia. Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: Objetivo de calidad asistencial en enfermería. *Rev de la sociedad española de enfermería nefrológica*. 2005. 8 (2), 90-96. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-13752005000200002&Ing=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752005000200002&Ing=es)
- (17) OMS. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence-report/en/>
- (18) Ibarra Barrueta, O., & Morillo Verdugo, R. (2017). *Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento*. Badalona: Euromedice vivactis. Libro.
- (19) Ayuso Murillo D., Gimeno B.D.A. (2018). Gestión de la Calidad de Cuidados en Enfermería. Díaz de Santos. España. <http://www.editdiazdesantos.com/libros/9788499698830/Ayuso-Murillo-Gestion-de-la-calidad-de-cuidados-en-enfermeria.html>

- (20) Real Academia Española. (1996). Diccionario de la Lengua española. P.257.
- (21) Donabedian A. (1980). Exploration in quality assessment and monitoring. En Harbor (Ed.). Health Administration Press.
- (22) OMS. (2020). Servicios Sanitarios de Calidad. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheet/detail/quality-health-services>
- (23) Donahue P. (1993). Historia de la enfermería. Madrid: Doyma.
- (24) Nieto Gonzalez L.A., Romero Quiroz M.A., Córdoba Ávila M.A., Campos Castolo M. (2011). Percepción del trato digno por la mujer embarazada en la atención obstétrica de enfermería. Revista CONAMED. 16, 55-11.
- (25) Jiménez M., Ortega V.M.C, Cruz A.G. (2003). Satisfacción del usuario como indicador de calidad. Rev. Mex. Enferm. Card. 11(2):58-65
- (26) Borré Ortiz Y.M., Lenis V.C., González Ruiz G. (2014). Utilidad del cuestionario SERVQHOS-E para medir la calidad percibida de la atención de enfermería. CES Salud Pública. 5:127-136.
- (27) Toledo J., Gutiérrez R. (2017). La satisfacción del paciente como medida de la evaluación de la calidad percibida. Calidad en salud.
- (28) Tigani D. (2010). Las siete dimensiones de la calidad. Amauta Internacional. 8(2). <http://amauta-internacional.com/SieteDimensiones.htm>
- (29) Regis L.F.L.V., Porto I.S. (2011). Necesidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem. RevEscEnferm USP. 45(2):334-41
- (30) Lyu H., Wick E.C., Housman M., Freischlag J.A., Makary M.A. (2013). Patient Satisfaction as a Possible Indicator of Quality Surgical Care. JAMA Surg. 148(4):362-7
- (31) Watson J. (2011). Ciencia Humana y Cuidado Humano: Una Teoría de Enfermería. New York: Nacional League for Nursing.
- (32) Moreno Rodríguez Ana. (2005). La calidad de la acción de enfermería. Enfermería Global.
- (33) Vargas Melgarejo L.M. (1994). Sobre el concepto de percepción. Alteridades. 4(8): 47-53
- (34) Amaro T. (2009). Relación ratio enfermera/enfermo y la experiencia profesional con los eventos adversos de los cuidados enfermeros: caídas, uso indebido del pañal y úlceras por presión. Reduca. 1(2):22-34.
- (35) Mastrapa Y., Del Pilar Gibert Lamadrid M. (2016). Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Revista Cubana de Enfermería. 32(4):1

- (36) Herrera-Kiengelher L., Villamil-Álvarez M., Pelcastre-Villafuerte B., Cano-Valle F., López Cervantes M. (2009). Relación del personal de salud con los pacientes en la ciudad de México. *Revista de Saúde Pública*. 43(4):589-594
- (37) Herbias L., Aguirre Soto R., Bravo Figueroa H., Avilés Reinoso L. (2016). Significado de la calidad de vida en pacientes con terapia de hemodiálisis: un estudio fenomenológico. 19(1):37-44
- (38) Medrano-Mariscal J. (2015). Reflexiones sobre el concepto de comunicación: segunda meta internacional de seguridad del paciente. *Revista médica del IMSS*. 53(4):518-522
- (39) Rodríguez García M., Ruiz López M., González Sanz P., Fernández Trinidad M., De Blas Gómez I. (2014). Experiencias y vivencias del estudiante de 4º año de enfermería en el practicum. *Cultura de los Cuidados*. 18(38):25-33.
- (40) Ponce K.L.P., Tejada-Tayabas L.M., González Chávez Y., Hernández Haro O., Lozano Zuñiga M., Anguiano Morán A.C. (2019). El cuidado de enfermería a los enfermos renales en hemodiálisis: desafíos, dilemas y satisfacciones. *Rev. Esc. Enferm. USP*. Vol 53.
- (41) Fernández Moya M., Cantú Sánchez C., Barreto Arias M.E., Vega Argote M.G. (2018). Relación enfermera-paciente eficaz en hemodiálisis: un análisis de concepto. *Cuidados de Enfermería y Educación en salud*. Chile. 3(1):7-25
- (42) Castro Prieto M., Villagarcía Zacereda H., Saco Méndez S. (2003). Satisfacción del usuario de los servicios de hospitalización del hospital Antonio Lorena. *Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana-UNSAAC*.
- (43) Massip Pérez C., Ortiz Reyes R., Llantá M.D. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Biblioteca virtual en salud Cuba*. [http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34\\_4\\_08/spu13408.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu13408.htm)
- (44) Cabarcas Ortega I.N., Montés Costa A., Ortega Díaz G. (2007). Satisfacción del paciente hospitalizado con la atención de enfermería. *Revista de Enfermería Colombia*. Vol 12:01-09
- (45) Soria Trujano, R., Vega Valero C., Nava Quiroz, C. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en psicología*. 2009. Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-339X2009000100008&Ing=pt&lng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008&Ing=pt&lng=es)