

Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

**“APOYO SOCIAL FORMAL A HEMODIALIZADOS
DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN DE
VALPARAÍSO”**

Seminario de tesis para optar al grado:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Tesistas:

Paula Alviña Olavarría
Carolina Amaya Olmedo
Daniela Ampuero Azúa
Consuelo Lanfranco Pizarro
María Ignacia Torres Vásquez
María José Ureta Vial

Docente Asesora:

Profesora Mg en Enfermería
EM Lorena Bettancourt Ortega

- Valparaíso, Diciembre 2010 -

Agradecimientos

“Lo importante no es lo que nos hace el destino, sino lo que nosotros hacemos de él”

Florence Nightingale

En un año hemos realizado esta tesis, tiempo en el cual fueron altos y bajos los que tuvimos que sortear para poder concluir exitosamente este proceso, aprendiendo en cada momento el significado del trabajo en equipo, la entrega personal a un proyecto con esmero y dedicación de cada una de las integrantes, lo que ha permitido el desarrollo de la función investigativa que es parte de la formación de la Enfermera.

Sin duda, este trabajo no hubiera sido posible sin la ayuda de Dios, que iluminó nuestro camino y permitió que la amistad, que nos unió en un comienzo haya sido la base para el trabajo en equipo y la realización de este proyecto.

A nuestras familiares, presentes y ausentes, pilares fundamentales de nuestras vidas, por el apoyo y la incondicionalidad que nos han entregado siempre, sin ellos, nada hubiera sido posible.

A los Profesionales de la Unidad de Diálisis del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso por su recibimiento, acogida y amabilidad durante este proceso.

A quienes fueron pieza fundamental de nuestra investigación, a todos los pacientes, que decidieron participar voluntariamente y que tuvieron la disposición, la paciencia y la cooperación para que esto fuese posible.

Y por último, pero no menos importante, a nuestra profesora, Sra. Lorena Bettancourt, por ser la guía de esta investigación, acompañándonos en todo el camino para cumplir nuestros objetivos.

Las Autoras.

ÍNDICE DE MATERIAS

AGRADECIMIENTOS	III
ÍNDICE DE MATERIAS	V
ÍNDICE GENERAL	VI
ÍNDICE DE TABLAS	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	IX
ÍNDICE DE FIGURAS	XII
ÍNDICE DE ANEXOS	XIII
GLOSARIO DE ABREVIATURAS	XIV
RESUMEN	XV
ABSTRACT	XV

ÍNDICE GENERAL

Capítulo I: Introducción

1. 1. Introducción	2
1. 2. Fundamentación	4
1. 3. Delimitación del Problema	7
1. 4. Definición de Términos para el estudio	8
1. 5. Limitaciones de la Investigación	9
I. Etapa Conceptual	9
II. Etapa de Planificación y Diseño	9
III. Etapa Empírica y Aplicación	10

Capítulo II: Marco Conceptual

2. 1. Marco teórico	12
2. 2. Objetivos del estudio	35
2. 2. 1. Objetivos Generales	35
2. 2. 2. Objetivos Específicos	35
2. 3. Definición y Operacionalización de Variables	36

Capítulo III: Metodología

3. 1. Diseño de la Investigación	43
3. 1. 1. Constitución y Organización Grupo de Tesis	43
3. 1. 2. Tipo de Estudio	43
3. 2. Definición de la Población	44
3. 3. Diseño de la Población	44
3. 4. Metodología de recolección de datos	45
3. 4. 1. Descripción del Instrumento	45
3. 4. 2. Instructivo de aplicación	46
3. 4. 3. Estudio de confiabilidad del instrumento	46
3. 5. Consentimiento Informado	47
3. 6. Organización del trabajo en terreno	47

3. 7. Criterios utilizados para el análisis de la información	48
3. 7. 1. Vaciamiento de datos	48
3. 7. 2. Criterios para efectuar el análisis de la información	48
3. 7. 3. Criterios para el análisis de gráficos y tablas	49
Capítulo IV: Resultados	
4. 1. Introducción a los resultados	51
4. 2. Descripción del perfil de paciente con IRCT en tratamiento sustitutivo en hemodiálisis en el HCVB.	52
4. 3. Descripción del Apoyo Social Formal que reciben/perciben los pacientes con IRCT en tratamiento sustitutivo del HCVB.	64
Capítulo V: Discusión de los Resultados, Conclusiones y Recomendaciones	
5. 1. Conclusiones	78
5. 2. Recomendaciones	87
Revisiones Bibliográficas	90
Trabajos Citados	90
Bibliografía General	95
Anexos	99

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1: “Distribución de pacientes encuestados con IRCT en tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis.”	44
TABLA N° 2: “Distribución de pacientes en tratamiento de HD-HCVB según tiempo de tratamiento”	59

ÍNDICE DE GRÁFICOS

4.2. Descripción del perfil de paciente con IRCT en tratamiento sustitutivo en hemodiálisis en el Hospital Carlos Van Buren.

GRÁFICO N° 1: “Clasificación de pacientes en tratamiento de HD-HCVB, según edad”.	52
GRÁFICO N° 2: “Clasificación de pacientes en tratamiento de HD-HCV, según sexo”.	53
GRÁFICO N° 3: “Distribución porcentual de pacientes en tratamiento de HD-HCVB, según nivel de estudios”.	54
GRÁFICO N° 4: “Distribución porcentual de pacientes en tratamiento de HD-HCV, según previsión de salud”.	55
GRÁFICO N° 5: “Distribución porcentual de pacientes en tratamiento de HD-HCVB, según ocupación”.	56
GRÁFICO N° 6: “Distribución porcentual de pacientes en tratamiento de HD-HCVB, según Jubilación-Pensión”.	57
GRÁFICO N° 7: “Distribución porcentual de pacientes en tratamiento de HD-HCVB, según ingresos económicos”.	58
GRÁFICO N° 8: “Distribución porcentual de pacientes en tratamiento de HD-HCVB, según lugar de procedencia al Centro de Diálisis”.	60
GRÁFICO N° 9: “Distribución porcentual de pacientes en tratamiento de HD-HCVB, según ciudad de procedencia”.	60
GRÁFICO N° 10: “Distribución porcentual de pacientes en tratamiento de HD-HCVB, según lugar de procedencia”.	61
GRÁFICO N° 11: “Distribución porcentual de pacientes en tratamiento de HD-HCVB, según presencia o ausencia de dificultad para llegar al Centro de Diálisis”.	62
GRÁFICO N° 12: “Distribución porcentual de pacientes en tratamiento de	

<i>HD-HCVB, según causa de ausencia de dificultad para llegar al Centro de Diálisis”</i>	62
<i>GRÁFICO N° 13: “Distribución porcentual de pacientes en tratamiento de HD-HCVB, según causa de dificultad para llegar al Centro de Diálisis”</i>	63
4. 3. Descripción del Apoyo Social Formal que reciben/perciben los pacientes con IRCT en tratamiento sustitutivo del Hospital Carlos Van Buren.	
<i>GRÁFICO N° 1: “Distribución porcentual de los principales Apoyos Sociales Formales entregados por el equipo multidisciplinario de la Unidad de Diálisis del HCVB”.</i>	64
<i>GRÁFICO N° 2: “Distribución porcentual del Apoyo Social recibido/percibido por los pacientes en tratamiento de HD-HCVB, proveniente del Profesional Enfermero”.</i>	66
<i>GRÁFICO N° 3: “Distribución porcentual del Apoyo Social recibido/percibido por los pacientes en tratamiento de HD-HCVB, proveniente del Profesional Médico”.</i>	67
<i>GRÁFICO N° 4: “Distribución porcentual del Apoyo Social recibido/percibido por los pacientes en tratamiento de HD-HCVB, proveniente del Técnico Paramédico”.</i>	68
<i>GRÁFICO N° 5: “Distribución porcentual del Apoyo Social recibido/percibido por los pacientes en tratamiento de HD-HCVB, proveniente del Profesional Nutricionista”.</i>	69
<i>GRÁFICO N° 6: “Distribución porcentual del Apoyo Social recibido/percibido por los pacientes en tratamiento de HD-HCVB, proveniente del Profesional Trabajador Social”.</i>	70
<i>GRÁFICO N° 7: “Distribución porcentual del Apoyo Social recibido/percibido por los pacientes en tratamiento de HD-HCVB, proveniente</i>	

<i>del Profesional Psicólogo”.</i>	71
GRÁFICO N° 8: <i>“Distribución porcentual del Apoyo Social recibido/percibido por los pacientes en tratamiento de HD-HCVB, proveniente del Profesional Psiquiatra”.</i>	72
GRÁFICO N° 9: <i>“Distribución porcentual del Apoyo Social recibido/percibido por los pacientes en tratamiento de HD-HCVB, proveniente del Profesional sin Identificar”.</i>	73
GRÁFICO N° 10: <i>“Distribución porcentual del Apoyo Social recibido/percibido por los pacientes en tratamiento de HD-HCVB, proveniente de las Damas de Rosado”.</i>	75
GRÁFICO N° 11: <i>“Distribución porcentual del Apoyo Social recibido/percibido por los pacientes en tratamiento de HD-HCVB, proveniente de las Juntas de Vecinos”.</i>	76
GRÁFICO N° 12: <i>“Distribución porcentual del Apoyo Social recibido/percibido por los pacientes en tratamiento de HD-HCVB, proveniente de las Comunidades Religiosas”.</i>	77

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA N° 1: <i>Prestaciones de salud según arancel de referencia.</i>	29
FIGURA N° 2: <i>Algoritmo Insuficiencia Renal Crónica Terminal Adultos: Tratamiento.</i>	105
FIGURA N° 3: <i>Algoritmo de ingreso a la Unidad de diálisis del Hospital Carlos Van Buren.</i>	106

ANEXOS

Glosario de términos	101
Anexo N° 1: Glasgow	107
Anexo N° 2: Instrumento de Apoyo Social Formal	108
Anexo N° 3: Descripción del instrumento	111
Anexo N° 4: Consentimiento Informado	116
Anexo N° 5: Entrevistas	
5. 1. Entrevista EU Sra. Tegualda Ponce	118
5. 2. Entrevista EU Sra. Carolina Oshiro	120
5. 3. Entrevista TS Sra. Susana Montenegro	122
5. 4. Entrevista Sra. Paola Salas	124
5. 5. Entrevista EU Sra. Concepción Rojas	127
5. 6. Entrevista Damas de Rosado, Sra. Sonia Gondré	128
5.7. Entrevista TS Sra. Jannett Zavala	129

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

- AFP: Administradoras de Fondos de Pensión
- ASODI: Asociación de Dializados y Trasplantados de Chile
- AUGE: Acceso Universal Garantías Explicitas en Salud
- DCCP: Dirección de Compras y Contratación Pública
- DM: Diabetes Mellitus
- DP: Diálisis Peritoneal
- ECV: Enfermedad Cardiovascular
- EU: Enfermera Universitaria
- FONASA: Fondo Nacional de Salud
- GES: Garantías Explícitas en Salud
- HCVB: Hospital Carlos Van Buren
- HD: Hemodiálisis
- HD-HCVB: Hemodiálisis en Hospital Carlos Van Buren
- HTA: Hipertensión Arterial
- IR: Insuficiencia Renal
- IRA: Insuficiencia Renal Aguda
- IRC: Insuficiencia Renal Crónica
- IRCT: Insuficiencia Renal Crónica Terminal
- ISAPRES: Instituciones de Salud Previsional
- ISP: Instituto de Salud Pública
- MINSAL: Ministerio de Salud
- pmp: Personas por Millón de Población
- TFG: Tasa de Filtración Glomerular
- TS: Trabajador Social
- UD: Unidad de Diálisis

RESUMEN

El tratamiento con hemodiálisis para los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica obliga una serie de cambios en su vida cotidiana, por lo cual el objetivo de nuestro estudio es describir el perfil de los pacientes adultos e identificar el Apoyo Social Formal según el tipo y origen recibido/percibido, a través de un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en 37 pacientes con el diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica Terminal, en tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis en el Hospital Carlos Van Buren, durante los meses de Agosto y Septiembre del año 2010.

Los resultados obtenidos revelan que los tres Profesionales de la Unidad de Diálisis más identificados en la entrega de apoyo a los pacientes son el Profesional de Enfermería, el Médico y el Técnico Paramédico, identificándose principalmente el tipo de apoyo emocional con su componente cariño y afecto.

Palabras claves: Hemodiálisis, Insuficiencia Renal Crónica, Apoyo Social Formal, Profesional de Enfermería.

ABSTRACT

The hemodialysis treatment for patients with Chronic Renal Insufficiency forces a series of changes in their everyday life, therefore, the objective of our study is to describe the adult patient's profile, and identify the Formal Social Support according to the type and origin received/perceived, through a descriptive, retrospective and transversal study of 37 patients diagnosed with Terminal Chronic Renal Insufficiency, receiving Hemodialysis treatment at Carlos Van Buren Hospital, during the months of August and September in the year 2010.

The obtained results reveal that the three professionals of the Dialysis Unit who were identified by the patients as the most supportive are the Professional Nurse, the Medic and the Paramedic, being principally identified the kind of emotional support with its love and care component.

Key words: Hemodialysis, Chronic Renal Insufficiency, Formal Social Support, Professional Nurse.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1. 1. Introducción

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal es un problema de salud pública mundial con una incidencia y prevalencia creciente, de pronóstico pobre y alto costo. Corresponde a la situación clínica derivada de la pérdida de función renal permanente y con carácter progresivo, lo que causa dependencia y modificaciones en la calidad de vida de quienes sufren esta patología.

En nuestro país, hasta agosto del año 2010, la prevalencia de pacientes en hemodiálisis a través de los 215 centros en el país (Red Pública y Privada), fue de 15.449 personas, de éstas 2.086 reciben hemodiálisis en Hospitales Públicos y 13.361 en Servicios de Salud Privados, de los cuales el 72,2% son beneficiarios de FONASA.

En la región de Valparaíso la población asciende a 1.634 pacientes atendidos en 22 unidades entre la Red Pública y Privada, de los cuales 240 son atendidos en Hospitales y 1.394 en Centros de Diálisis, de ellos 40 pacientes reciben tratamiento actualmente en la Unidad de Diálisis del Hospital Carlos Van Buren.

El diagnóstico de enfermedad crónica produce una grave distorsión en la vida de las personas, el periodo de tratamiento contempla desde el diagnóstico hasta el final de sus días, somete al paciente a múltiples limitaciones, produciendo un impacto en diferentes ámbitos, observándose un grave deterioro en el área física, psicosocial y emocional influyendo en la calidad de vida de los pacientes, produciendo una adaptación significativa, lo que requiere de un Apoyo Social.

En las últimas décadas, tanto los hallazgos de investigaciones como la evaluación de los logros de variadas intervenciones, han aportado evidencia acerca del impacto benéfico del Apoyo Social Formal e informal sobre el bienestar integral de las personas.

El Apoyo Social, definido como las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación, y que opera en las redes se presenta como un flujo de intercambio y circulación de recursos, acciones e información agrupándolos en los de tipo cognitivo, material, instrumental y emocional.

El paciente con insuficiencia renal crónica terminal necesita establecer relaciones de dependencia con algún miembro de la familia y con los Profesionales del Área de Salud, quienes mantienen una relación estrecha durante todo el proceso del tratamiento ya que impone modificaciones en el estilo de vida familiar y del medio hospitalario.

Los Profesionales de Enfermería están capacitados para contribuir en los cuidados necesarios para satisfacer las distintas necesidades originadas durante el proceso de tratamiento, para lo cual esta disciplina se respalda en teorías y modelos propios de enfermería con los que se permite responder a las necesidades reales de los pacientes.

Cabe mencionar que dentro de la literatura no se encuentran datos actualizados respecto al Apoyo Social entregado a los pacientes con hemodiálisis, siendo un desafío la elaboración de esta investigación.

En base a lo señalado, como grupo se consideró importante y necesario realizar un estudio descriptivo, cuantitativo, transversal y retrospectivo con el objetivo de conocer las características personales y los tipos de apoyo que reciben/perciben los pacientes sometidos a tratamiento con hemodiálisis desde: el Estado, las Redes Sociales y los Profesionales del área de la Salud y que están afectando en la calidad de vida.

La investigación hace énfasis en el Apoyo Social Formal entregado a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal. Se espera que los resultados y análisis de esta investigación contribuyan y sean un aporte sustancial para mejorar la calidad de vida de los pacientes, identificar los tipos de apoyo con mayor y menor entrega y así poder mejorar la calidad del cuidado que otorga el equipo multidisciplinario, y con mayor énfasis en el caso del Profesional de Enfermería ya que es quien mantiene un mayor contacto durante su tratamiento, y que como precursor de la gestión del cuidado debe velar siempre por una atención biopsicosocial e integral.

1.2. Fundamentación

- La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) constituye un problema de salud pública mundial, con una incidencia y prevalencia que demuestra un notorio aumento a lo largo de los años (Poblete, 2010). En el mundo, entre 80 y 100 pacientes por millón de habitantes y por año mueren de IRC si no se incorporan a programas de tratamiento activo (Hernando, Alijama, Arias, Caramelo, Egido, & Lamas, 2003).
- En la actualidad 15.449 pacientes en nuestro país, son atendidos en 215 Centros de la Red Pública y Privada (Poblete, 2010).
- La población de alto riesgo incluye personas con Diabetes Mellitus (DM), Hipertensión Arterial (HTA) y/o Enfermedades Cardiovasculares, historia de enfermedad renal en familiares de primer grado, historia personal nefrourológica, glomerulonefritis crónica, pielonefritis, lesiones hereditarias, según edad donde destacan los mayores de 61 años asociado esto a un mayor riesgo de deterioro de la función renal (Brunner & Suddarth, 2006).
- Las principales causas de IRCT en la población adulta chilena son la DM I y II con un 34,3%, Nefrosclerosis con un 12, 5%, Glomerulonefritis Crónica con un 7,5% y un 22,6% por causa desconocida (Alarcón, Farías, & Barrios, 2009).
- La mayor población de pacientes en tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis lo compone el grupo etáreo entre los 61 y 70 años, constituyendo el 25% del total que corresponde a 3.116 pacientes (Poblete, 2010).
- De acuerdo a las estadísticas nacionales hay 71 ciudades con Unidades de Hemodiálisis Crónica (Poblete, 2010).
- En la región de Valparaíso la población asciende a 1.634 pacientes atendidos en 22 Unidades entre la Red Pública y Privada, 1.394 en Centros de Unidad de Diálisis y 240 en Hospitales, en donde 40 de ellos se atienden en el Hospital Carlos Van Buren (Ministerio de salud, 2005).
- El estilo de vida del paciente frente a una enfermedad crónica y progresiva, implica alta demanda, un tratamiento invasivo y continuo, produciendo de manera permanente importantes cambios en los estilos y hábitos de vida (Contreras, Esguerra, Espinosa, & Gómez, 2007).

- Los pacientes con IRC deben someterse a tratamientos no curativos, altamente invasivos, demandantes y que involucran altos costos para el paciente y su familia, a nivel físico, psicológico, social y económico (Contreras et al, 2007).
- La Tasa de Trasplantes Renales en Chile, al año 2003, es de 17,4 pmp (Ministerio de salud, 2005).
- Los pacientes Trasplantados que pueden reincorporarse a sus actividades cotidianas refieren una mejor calidad de vida (Arenas et al. 2004) que los pacientes en Diálisis ambulatoria, (Alarcón, Aguilar, Jiménez & Manrique, 2002; Lindqvist y Sjoden, 1998), y los pacientes en Diálisis Peritoneal (Sjoden & Lindqvist, 2000 citado en Contreras et al, 2007).
- El Tratamiento de Hemodiálisis es indispensable para la supervivencia del paciente, produce efectos físicos adversos en él, entre otros, desnutrición debida a la eliminación de nutrientes, insomnio, fatiga, pérdida de movilidad, cansancio, palidez, los que se agudizan después de ocho años de tratamiento (González y Lobo, 2001 citado en Contreras et al, 2007).
- El paciente debe asistir al menos tres veces por semana a la Unidad Renal y permanecer allí de tres a cuatro horas por sesión (García, Fajardo, Guevara, González y Hurtado, 2002 citado en Contreras et al, 2007).
- Éste tratamiento debe acompañarse de una estricta dieta alimenticia, para controlar los niveles de fósforo, potasio, sodio y calcio (Berrio et al, 2004 citado en Contreras et al, 2007), restricciones en la ingesta de líquidos y toma de medicamentos (García, Fajardo, Guevara, González y Hurtado, 2002 citado en Contreras et al, 2007).
- Álvarez et al (2001) citado en Contreras et al (2007) sostiene que 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, lo que afecta en la calidad de vida y estado de salud.
- La calidad de vida, actualmente, está relacionada con el grado de funcionamiento social, físico, cognitivo, la movilidad y el cuidado personal para realizar las actividades cotidianas, así como el bienestar emocional y la percepción general de la salud (Álvarez-Ude, 2001; Badia y Lizán, 2003; Schwartzmann et al, 1999 citado en Contreras et al, 2007).

-
- Dado que la calidad de vida relacionada con la salud es un concepto en el que convergen múltiples factores, ésta debe evaluarse a través de distintas áreas (Contreras et al, 2007), agrupadas según el Apoyo Social en las de tipo cognitivo, material, instrumental y emocional (Musitu, Herrero, Cantera, & Montenegro, 2004).
 - El Apoyo Social enfatiza en el bienestar y satisfacción del paciente, en la mejora de sus condiciones de vida, en la percepción que los pacientes tengan sobre su salud y en su recuperación integral, lo que es especialmente importante en los pacientes con enfermedades crónicas (Álvarez et al, 2001; Gómez-Vela y Sabeth, 2002 citado en Contreras et al. 2007).
 - Los pacientes deben aprender a convivir con las limitaciones que ocasiona la enfermedad y el tratamiento, además de modificar de manera importante el estilo de vida (Valderrabano, Jofre y López-Gómez, 2001 citado en Contreras et al, 2007).
 - El ejercicio del Profesional de Enfermería, asegura la continuidad de la atención y se sustenta en las políticas y lineamientos estratégicos de la Unidad de Diálisis (Gobierno de Chile, Norma General Administrativa N° 19. Gestión del Cuidado de Enfermería para la atención cerrada, Santiago, 2007).
 - Acorde a la revisión bibliográfica se encontraron escasas investigaciones y documentos sobre el Apoyo Social formal recibido/percibido a los pacientes hemodializados, por lo que considerando su alta prevalencia e incidencia surge la necesidad de conocer la realidad local.

1.3. Delimitación del Problema

Apoyo Social Formal a pacientes adultos con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis en la Unidad de Diálisis del Hospital Carlos Van Buren durante los meses de Agosto y Septiembre del año 2010.

1. 4. Definición de Términos para el estudio

- a) **Apoyo Social Formal:** Sistemas formales que incluyen la amplia variedad de iniciativas que las instituciones o la sociedad desarrollan para dar cobertura a una diversidad de problemas sociales. Esta ayuda puede ser Pública (instituciones y agencias promocionadas por las administraciones) o Privada (la práctica Profesional de Enfermería, Médico, Psiquiatras, Psicólogos, etc.) y puede ser de tipo Cognitivo, Material, Instrumental y Emocional los cuales pueden ser recibidos y/o percibidos.
- b) **Pacientes Adultos:** Persona de 18 años y más, que según la Teoría Psicosocial de Erickson se clasifica en 4 etapas; Adulto Temprano (18-21), Adulto Medio (22-40), Adulto Tardío (41-60) y Tercera Edad (61 o más).
- c) **Insuficiencia Renal Crónica Terminal:** Situación clínica derivada de la pérdida de función renal permanente y con carácter progresivo donde existe una disminución de la filtración glomerular menor de 15 ml/min.
- d) **Tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis:** Tratamiento paliativo, donde a través de una membrana artificial extracorpórea se reemplaza la función renal para mantener la homeostasis en el organismo.
- e) **Unidad de Diálisis del Hospital Carlos Van Buren:** Servicio del Hospital Carlos Van Buren perteneciente al Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, que atiende a pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica Terminal, en tratamiento actual de Hemodiálisis, incluidos en el plan de atención GES.

1. 5. Limitaciones de la Investigación

I. Etapa Conceptual:

En la actualidad aún no existe un consenso y unificación de criterios respecto a la definición de Apoyo Social Formal, siendo éste un fenómeno complejo, compuesto por dimensiones, que se asocian directamente con la salud individual y comunitaria.

Hubo dificultad en la recolección de información, debido a la escasez de estudios y de datos relevantes sobre el Apoyo Social ya que la bibliografía encontrada no es reciente.

II. Etapa de Planificación y Diseño:

Durante los avances realizados el año 2009, pesquisamos una población de 54 pacientes que se hemodializaban en el HCVB, los que disminuyeron considerablemente el presente año, llegando a 40 pacientes.

Se observó una disminución de sujetos para el estudio por motivos externos como fallecimientos y por el resultado del amplio avance en la implementación de los Centros de Diálisis, respondiendo a las necesidades de la población, lo que ha simplificado el tratamiento de los pacientes en base a su cercanía por domicilio y facilidades de acceso.

III. Etapa Empírica y Aplicación:

a) Aplicación del Instrumento:

Durante la aplicación del instrumento por motivos de desinterés en la participación y la presencia de un estado de salud incompatible con la colaboración para la aplicación de este instrumento (Glasgow menor a 13 puntos) nuestra población se redujo a 37 pacientes, de los 40 antes mencionados.

b) Análisis de los Datos:

Al no contar con las competencias necesarias para la tabulación de los datos, fue necesario recurrir a una asesoría con estudiantes de la Carrera de Ingeniería en Estadística de la Universidad de Valparaíso. El análisis fue realizado por dos alumnas asesoradas por la Doctora en Estadística Mónica Catalán, profesora guía. Se presentaron dificultades en la comprensión de conceptos propios del área de salud y del área de Enfermería, ausencia de revisión previa de los datos analizados y entregados, lo que produjo retraso y corrección de ciertos gráficos y datos, y por lo tanto una demora en el análisis de éstos.

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL

2. 1. Marco Teórico

La eliminación normal de los residuos urinarios es una función básica que la mayoría de las personas dan por supuesta. Cuando el sistema urinario deja de funcionar correctamente, acaban por afectarse prácticamente todos los sistemas orgánicos (Potter & Perry, 2002).

La eliminación urinaria depende de la función de los riñones que eliminan los residuos de la sangre para formar orina, los uréteres que transportan la orina desde los riñones hasta la vejiga y la vejiga, que almacena la orina hasta que aparece la necesidad de orinar. La orina sale del organismo a través de la uretra, y todos los órganos del sistema urinario deben estar intactos y funcionales para la eliminación con éxito de los residuos urinarios (Potter & Perry, 2002). Los productos residuales del metabolismo que se acumulan en la sangre son filtrados por los riñones. La unidad funcional del riñón, llamada nefrona, es la encargada de la formación de la orina, se compone del glomérulo, la capsula de Bowman, el túbulo contorneado proximal, el Asa de Henle, el túbulo contorneado distal y el conducto colector, donde los capilares glomerulares son los encargados de la filtración (Potter & Perry, 2002).

A través de la función excretora y reguladora los riñones realizan un papel clave en el equilibrio del líquido y de los electrolitos, se produce la eliminación de los productos de desecho y de fármacos, hay un control del volumen de líquidos corporales y de la composición de éstos. Aunque la diuresis depende de la ingesta, el adulto normal elimina en 24 horas alrededor de 1.500 a 1.600 ml de orina, por lo que una diuresis inferior a 30 ml por hora puede indicar alteraciones renales (Potter & Perry, 2002).

Según la función endocrina, los riñones producen varias hormonas, vitales para la formación de hematíes sanguíneos, la regulación de la presión arterial y la mineralización ósea, siendo éstos son responsables del mantenimiento del volumen normal de eritrocitos, mediante la producción de eritropoyetina que funciona como una hormona dentro de la medula ósea, para estimular la producción y maduración de hematíes (McCance & Huerther, 1998, citado en Potter & Perry, 2002).

Los pacientes con alteraciones crónicas de la función renal no pueden producir cantidades normales de ésta hormona; por tanto, están predispuestos a la anemia (Hernando et al, 2003).

Por último, según la función metabólica, los riñones también interpretan un papel en la regulación del calcio y el fósforo, están encargados de la producción de una sustancia que convierte la Vitamina D en su forma activa. Los pacientes con alteraciones crónicas de la función renal, no fabrican cantidades suficientes del metabolito activo de la vitamina antes mencionada, por tanto, están predispuestos al desarrollo de enfermedad ósea renal, por desmineralización del hueso secundaria al trastorno de la absorción intestinal de calcio, a menos que se suministre la forma activa de ésta vitamina (Potter & Perry, 2002).

La velocidad a la cual los riñones forman el ultrafiltrado se conoce como Tasa de Filtración Glomerular, en adelante TFG, la cual se mide en mililitros por minuto, su valor normal es de 125 ml/min (Ganong, 2002). El aclaramiento renal se define como el volumen de plasma completamente aclarado por el riñón de una sustancia determinada en 1 minuto, este aclaramiento de insulina o creatinina se usa para estimar la TFG (Pocock & Richards, 2005).

Los procesos patológicos que afectan principalmente a la función renal (cambios en el volumen o la calidad de la orina) se suelen clasificar como pre renales, renales o post renales (Potter & Perry, 2002).

Las alteraciones pre renales disminuyen el flujo sanguíneo hacia y a través de los riñones, con descenso consiguiente de la perfusión del tejido renal, en otras palabras, las alteraciones principales radican fuera del sistema urinario. La disminución de la perfusión renal conduce a oliguria o, con menos frecuencia, a anuria. Las alteraciones renales se deben a lesión directa de los glomérulos o los túbulos del riñón, que interfieren en las funciones normales de filtración, reabsorción y secreción. Las causas post renales originan obstrucción del sistema colector urinario, en cualquier punto de los cálices (estructuras de drenaje dentro del riñón) hasta el meato uretral (es decir fuera del riñón pero dentro del sistema urinario). En este caso, los riñones producen orina, pero esta no puede ser eliminada (Potter & Perry, 2002).

La alteración súbita de cualquiera de estos elementos puede ocasionar un deterioro de la función renal denominado *fracaso*, *insuficiencia* o *fallo renal agudo*, dependiendo del elemento funcional alterado (Hernando, Alijama, Arias, Caramelo, Egido, & Lamas, 2003).

La interrupción brusca de la TFG, que es lo que define a la Insuficiencia Renal Aguda, puede deberse a múltiples causas, muchas de las cuales afectan directamente al propio parénquima renal (Hernando et al, 2003).

La evolución natural de muchas nefropatías produce una situación de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) progresiva, que suele evolucionar en periodos variables (no inferiores a 15 años) a la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) (Hernando et al, 2003).

La Insuficiencia Renal Crónica está definida como una situación clínica derivada de la pérdida de función renal permanente y con carácter progresivo, a la que puede llegarse por múltiples etiologías, tanto de carácter congénito y/o hereditario como adquiridas (Ministerio de salud, 2005).

La IRC evoluciona en cuatro estadios, donde existen notables diferencias entre los periodos iniciales y finales de la misma, lo que lógicamente obliga a que las medidas terapéuticas sean muy distintas en cada momento (Hernando et al, 2003).

En el *Estadio I*, habrá daño cuando exista una TFG menor a 90 ml/min. (Brunner & Suddarth, 2006), con ausencia de síntomas, normalidad bioquímica y una reserva funcional disminuida (Hernando et al, 2003).

En el *Estadio II*, el progreso de la enfermedad será leve, cuando exista una disminución de la TFG entre 60-89 ml/min. (Brunner & Suddarth, 2006), provoca pocos síntomas, presenta poliuria, elevación moderada de urea y creatinina, y una anemia discreta (Hernando et al, 2003).

En el *Estadio III*, el progreso de la enfermedad será moderada cuando la disminución de la TFG esté entre 30-59 ml/min. (Brunner & Suddarth, 2006), provocando síntomas de intensidad variable dependiendo de la dieta y medicación, tales como astenia, náuseas, vómitos y prurito, un aumento marcado de residuos nitrogenados, disminuye el calcio y el fósforo, además de una poliuria con nicturia (Hernando et al, 2003).

En el *Estadio IV*, el progreso de la enfermedad será severa cuando exista disminución de la TFG entre 15-29 ml/min. (Brunner & Suddarth, 2006), presenta sintomatología intensa, alteraciones digestivas, nerviosas, cardiovasculares y cutáneas. En esta etapa presenta una acentuación de las alteraciones bioquímicas y una progresión al coma urémico irreversible (Hernando et al, 2003).

A nivel neurológico, existirá una debilidad y fatiga, incapacidad para concentrarse, desorientación, temblores, convulsiones, inquietud de las piernas, ardor en las plantas de los pies y cambios conductuales (Brunner & Suddarth, 2006).

A nivel tegumentario, podría existir un cambio en la coloración de la piel a bronceado-grisáceo, piel seca y escamosa, prurito, equimosis, púrpura, uñas delgadas y quebradizas, pelo crespo y escaso (Brunner & Suddarth, 2006).

A nivel cardiovascular, puede existir HTA, edema compresible (manos, pies y sacro), edema periorbital, frote pericárdico, venas del cuello ingurgitadas, pericarditis, derrame pericárdico, taponamiento pericárdico, hipercaliemia e hiperlipidemia (Brunner & Suddarth, 2006).

A nivel pulmonar, podrían existir estertores crepitantes, esputo espeso y constante, reflejo de la tos disminuido, dolor pleurítico, disnea, taquipnea, respiración tipo Kussmaul y neumonitis urémica (Brunner & Suddarth, 2006).

A nivel gastrointestinal, podría existir feto urémico, sabor metálico, ulceraciones y sangrado bucal, anorexia, náuseas y vómito, hipo, estreñimiento o diarrea y sangrado de las vías gastrointestinales (Brunner & Suddarth, 2006).

A nivel hematológico, puede existir anemia y trombocitopenia (Brunner & Suddarth, 2006).

A nivel de los órganos reproductores, puede existir amenorrea, atrofia testicular, infertilidad y disminución de la libido (Brunner & Suddarth, 2006).

Y por último a nivel musculoesquelético, pueden existir calambres musculares, pérdida de la fuerza muscular, osteodistrofia renal, dolor óseo, fracturas de huesos y pie flácido (Brunner & Suddarth, 2006). Aspectos importantes que deben ser valorados al momento de la atención al paciente, por parte de todo el equipo multidisciplinario.

Según el MINSAL, se observó que la prevalencia de IRC en Estadio III (TFG de 30-59 ml) y Estadio IV (TFG de 15-29 ml) es de 5,7% y 0,2%, respectivamente. Estos porcentajes aumentan significativamente en mayores de 45 años y particularmente en los que superan los 65 años de edad (Ministerio de salud, 2008).

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) es el último Estadio de la IRC con una filtración glomerular menor de 15 ml/min. (Brunner & Suddarth, 2006), está definida por Síndrome Urémico y Ecografía que demuestre daño parenquimatoso, por lo que requiere tratamiento de sustitución renal por Diálisis o Trasplante (Ministerio de salud, 2005).

La constatación de una concentración elevada de productos nitrogenados y/o una disminución de la diuresis se realiza a través de una anamnesis cuidadosa de los antecedentes personales del paciente, una exploración meticulosa, utilización ponderada y secuencial de pruebas

complementarias. De éstos, el usado más frecuentemente es la cifra de creatinina en sangre cuyo valor normal varía entre 0,6 mg/dl a 1,5 mg/dl. (Richards & Edwards, 2010).

Los procesos causantes de IRCT presentan notables diferencias geográficas, la Nefropatía Diabética y la Nefroangioesclerosis ocupan actualmente los primeros puestos en Estados Unidos y otros países desarrollados, pero las glomerulonefritis y las enfermedades renales secundarias a infecciones continúan siendo la principal causa de IRC en muchos países con escasos recursos económicos y sanitarios (Hernando et al, 2003).

Las causas varían de un país a otro y dependen de diversas razones tales como: epidemiológicas, socioeconómicas, genéticas y/o raciales (Brunner & Suddarth, 2006). Constituyendo un problema de salud pública, con una incidencia y prevalencia creciente, pronóstico pobre y alto costo, ya que requiere tratamiento de sustitución por Diálisis o Trasplante Renal (Alarcón, Fariás, & Barrios, 2009), por lo que en Chile es una patología que está incorporada en el listado de condiciones con Garantías Explícitas de Salud (GES) desde el año 2005 (Ministerio de salud, 2008).

La población de alto riesgo incluye personas con: Diabetes Mellitus (DM), Hipertensión (HTA) y/o Enfermedad Cardiovascular (ECV), historia de enfermedad renal en familiares de primer grado (padre, madre, hermanos, hijos), historia personal Nefrourológica (infección urinaria alta recurrente, obstrucción, cálculos urinarios), Glomerulonefritis Crónica, Pielonefritis, lesiones hereditarias como enfermedades poliquísticas, agentes tóxicos, ambientales y ocupacionales como el plomo, cadmio, mercurio y cromo (Brunner & Suddarth, 2006). Otro factor de riesgo, según la edad, 60 y más años, se asocia a un mayor riesgo de deterioro de la función renal (Hernando et al, 2003).

Las principales causas de IRCT en la población adulta chilena son la DM I y II (34,3%), Nefroesclerosis (12,5%), Glomerulonefritis Crónica (7,5%) y un 22,6% lo es por causa desconocida con diagnóstico en etapa terminal (Alarcón et al, 2009).

En el mundo, entre 80 y 100 pacientes por millón de habitantes y por año mueren de IRC si no se incorporan a programas de tratamiento activo: Diálisis y/o Trasplante. La decisión de iniciar procedimientos sustitutivos de la función renal perdida en el paciente con IRC avanzada, no es sencilla, antes del desarrollo de las técnicas de Diálisis y Ultrafiltración, la mayoría de los pacientes morían de uremia, hipercaliemia, sobrecarga de volumen o diátesis hemorrágica

(Hernando et al, 2003). En la actualidad, se dispone de tres alternativas de tratamiento: el Trasplante, Peritoneodiálisis y Hemodiálisis (HD) (Ministerio de salud, 2005).

El Trasplante utiliza un órgano proveniente de un donante vivo o cadáver, con tipo sanguíneo y tisular compatible. Cuando el receptor es considerado médica y psicológicamente adecuado, se procede a la implantación quirúrgica del órgano donado (Ministerio de salud, 2005).

Posterior a éste proceso se administran fármacos especiales (inmunosupresores) durante el resto de la vida, para evitar que el cuerpo del paciente rechace el órgano trasplantado. A diferencia de otros tratamientos, el trasplante de órganos ofrece la posibilidad de restaurar una función renal normal (Potter & Perry, 2002), pero no significa la cura de la IRCT (Ministerio de salud, 2005).

La Tasa de Trasplantes Renales en Chile es de 17,4 pmp (2003). De la información estadística disponible, se extrae que en el año 2003 se realizaron 312 Trasplantes Renales, existiendo una lista de espera de 1.019 personas a Noviembre del 2004 (Registro Nacional de Trasplantes, Instituto de Salud Pública, Agosto 2003). A Junio del 2004, en nuestro país existen 2.363 personas trasplantadas que mantienen la función del injerto (Ministerio de salud, 2005).

En Chile existen 20 Centros de Trasplantes Renales, de los cuales 13 están en Hospitales Públicos (Ministerio de salud, 2005).

La Peritoneodiálisis, es el tratamiento más biocompatible que existe, ya que utiliza para la depuración y ultrafiltración la superficie del peritoneo o recubrimiento de la pared abdominal y hace las veces de membrana semipermeable. No es el tratamiento de primera elección para la IRCT, debido a que no permite grandes balances negativos de fluidos, y el aclaramiento de sustancias es menor y más lento que con la Hemodiálisis, pero tiene como ventaja la estabilidad hemodinámica de la técnica y no precisa la administración de anticoagulantes ni la realización de una cateterización vascular (Hernando et al, 2003).

En nuestro país la Diálisis Peritoneal es el tratamiento de elección preferentemente en niños, pero constituye indicación en adultos cuando existe:

- Agotamiento de capital venoso.
- Portador de Virus de Hepatitis B, sin contar con una máquina de Diálisis con cupo para pacientes HbsAg (antígeno de superficie de la hepatitis B) disponible.
- Ruralidad extrema: más de dos horas de traslado hacia un Centro de Diálisis y/o accidentes geográficos que no permitan un acceso oportuno (Ministerio de salud, 2005).

Por su parte, la Hemodiálisis, fue introducida por primera vez en clínica y con éxito a nivel mundial por Kolff y Berk en 1942 para tratar la Insuficiencia Renal (Agrupación de Insuficiencia Renal Crónica, 2010).

En nuestro país el año 1960 se realizó la primera Hemodiálisis en un paciente de 16 años, víctima de una Insuficiencia Renal Aguda. Ésta técnica fue realizada en un hospital de provincia y ocurrió en el Servicio de Medicina Interna del desaparecido Hospital Dr. Enrique Deformes. Ese mismo año se creó la Fundación Pedro Pizarro Maureira, quien donó al Servicio de Medicina de dicho Hospital una máquina de diálisis del modelo más avanzado en ese entonces, utilizado en los principales hospitales de Estados Unidos. En ésta primera HD participaron Médicos y Enfermeras. El desarrollo de la HD como tratamiento de sustitución de la función, en pacientes Insuficientes Renales Crónicos Terminales fue lento en nuestro país, pero a partir de la década de los 80, adquiere un desarrollo sostenido e importante. Todos estos avances han sido posibles por la aparición en escena de los especialistas en esa área de la medicina, lo que ha permitido la creación y desarrollo de Unidades de Nefrología-Diálisis en Hospitales y de Centros de Diálisis extrahospitalarios. De hecho, podría afirmarse que con esa primera HD en Valparaíso nacía la Nefrología moderna en la Región (Poblete, 2010a)

La Hemodiálisis, a través de una membrana, riñón artificial, o dializador, tiene como objetivo eliminar toxinas, sal y agua en exceso para evitar que se acumulen en la sangre, mantener una concentración adecuada de ciertas sustancias químicas y contribuir a regular la presión sanguínea. Esta membrana capilar se utiliza para la depuración y ultrafiltración instalada en un circuito extracorpóreo y se accede a la circulación del paciente por medio de tres tipos de accesos vasculares distintos: una fístula, un injerto o un catéter. La fístula es la primera opción de acceso, porque presenta menos complicaciones y dura más tiempo (National Kidney Foundation, 2006).

La fístula se deberá crear tempranamente, varios meses antes de iniciar la Diálisis, para que tenga suficiente tiempo para cicatrizar y esté lista para el momento en que necesite el tratamiento. Si los vasos sanguíneos no son adecuados para una fístula se puede usar un injerto. Cuando la fístula o el injerto hayan cicatrizado y se pueda comenzar con la Hemodiálisis, se punciona el acceso de elección con una bránula y otra punciona la arteria, que se conectan con la máquina de Diálisis cada vez que se inicie el tratamiento. Las agujas se conectan a tubos

plásticos, uno de ellos lleva la sangre al dializador (filtro) en donde se limpia, y el otro regresa la sangre limpia al organismo (National Kidney Foundation, 2006).

El tercer tipo de acceso, llamado catéter, también se puede usar como acceso permanente, pero sólo cuando no es posible crear una fistula o un injerto, éste se puede conectar directamente a los tubos de diálisis y por lo tanto no se utilizan bránulas. Para elegir el modo de acceso se deriva a un Cirujano especialista para establecer el acceso vascular (National Kidney Foundation, 2006).

A pesar de los grandes avances conseguidos en los últimos años, la Hemodiálisis no restituye todas las funciones fisiológicas del riñón, éste procedimiento ha dado lugar a la aparición de reacciones adversas al tratamiento, que se deben a la Diálisis o al tiempo de evolución de la IR, entre ellas destacan por su frecuencia la hipoxemia, la hipotensión arterial, las náuseas y los vómitos; otras menos frecuentes pero más serias son el síndrome de desequilibrio, las reacciones de hipersensibilidad, arritmias, hemorragias, hemólisis y embolismo aéreo (Hernando et al, 2003).

En el caso del tratamiento de urgencia para los pacientes con hipercalemia, requiere habitualmente Diálisis inmediata, sin embargo, también suele utilizarse la administración endovenosa de glucosa e insulina o gluconato cálcico, como medida temporal contra la intoxicación por potasio. La insulina y la glucosa dirigen el potasio hacia las células, de manera que lo reducen en la sangre, hasta su eliminación por Diálisis. El gluconato cálcico protege al corazón de los niveles altos de potasio. La administración de bicarbonato sódico fomenta la elevación del pH plasmático y hace que el potasio se mueva dentro de la célula. El control de líquidos, se basa en la evaluación peso corporal diario, medición seriada de presión venosa central, control de ingresos y egresos. La dieta en estos pacientes es fundamental, en cuanto a los líquidos y a los tipos de alimentos que se consuman (Merck Research Laboratories, 2007).

En adultos el tratamiento más utilizado es la Hemodiálisis (National Kidney Foundation, 2006). En nuestro país se observa un crecimiento sostenido, tanto en el número como en la tasa de personas que requieren Hemodiálisis en los últimos años. En el año 2000, se registraban 7.094 personas con Hemodiálisis (tasa de 473 personas por millón de población); en el año 2008, se registraban 13.636 personas con Hemodiálisis (tasa de 812 personas por millón de población), representando un incremento de 78.1% en el número de pacientes en Hemodiálisis en este período (Ministerio de salud, 2008).

De acuerdo a lo comunicado en la Encuesta de Diálisis en Chile realizada el año 2003, por el Ministerio de Salud, considerando sólo a los pacientes en Hemodiálisis, se presenta una prevalencia de IRCT (TFG menor de 15 ml/min./1,73m²) que correspondería aproximadamente al 0,1% (Poblete, 2007).

En Agosto del 2003 la prevalencia de pacientes en Hemodiálisis a través de los 175 Centros en el país (Red Pública y Privada), fue de 9.139 personas, de éstas 884 reciben Hemodiálisis en Hospitales Públicos, en 23 Servicios de Salud (Ministerio de salud, 2005). Al 31 de agosto del año 2010 se registraron 15.449 personas con Hemodiálisis, con una tasa de 903 pmp. (Poblete, 2010b).

En la Región de Valparaíso se registran en el año 2010, 22 Centros (Públicos y Privados) a lo largo de la región que atienden a 1.634 pacientes que requieren Hemodiálisis, correspondiente a 939 pmp. Los Hospitales de la Región de Valparaíso que entregan tratamiento de Hemodiálisis son: Hospital San Camilo de San Felipe que atiende a 109 pacientes con IRCT, Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar que atiende a 43 pacientes con IRCT y el Hospital Dr. Carlos Van Buren de Valparaíso que atiende a 39 pacientes con IRCT (Poblete, 2010b).

Independiente del tratamiento de sustitución renal utilizado por los pacientes con IRC se puede presentar, en distinto grado, la dependencia en la satisfacción de algunas necesidades. Es por esto que utilizaremos a Virginia Henderson con su teoría de las Catorce Necesidades Humanas Básicas, para indicar como éstas se ven afectadas en los pacientes con IRCT. No existe ninguna definición específica, sin embargo Henderson propone que éstas integran los elementos del cuidado enfermero (Marriner, Virginia Henderson. Definición de la enfermera clínica, 2003).

La restricción del aporte proteico ha sido uno de los tratamientos clásicos de la IRC, ya que por una parte disminuye la sintomatología urémica, ayudando al control de la hiperfosfatemia, hipercaliemia y acidosis metabólica. Por otra parte, numerosos estudios experimentales han demostrado su efecto beneficioso para contrarrestar la progresión del daño renal y así poder compensar la necesidad de eliminar por todas las vías corporales debido a la insatisfacción que se produce de ésta (Hernando et al, 2003).

La uremia se acompaña de una serie de cambios estructurales del sistema circulatorio, que pueden considerarse como responsables primordiales de las alteraciones cardiovasculares en los enfermos renales crónicos. Los pacientes urémicos constituyen una población de riesgo

cardiovascular elevado, condicionado por los factores de riesgo tradicionales, como la hipertensión arterial, el tabaquismo, los trastornos lipídicos y la edad avanzada (Hernando et al, 2003).

En la uremia pueden producirse anomalías endocrinas por diversos mecanismos como la alteración de la síntesis de algunas hormonas por parte del riñón y disminución de la excreción y/o metabolismo renal de hormonas. La intensidad de las alteraciones endocrinas guarda relación con la gravedad o duración de la IR y algunas son modificables por la Diálisis (Hernando et al, 2003).

El desarrollo de anemia en la IRC es el resultado de una serie de alteraciones complejas, que en mayor o menor medida conducen a una reducción en la producción de eritrocitos y a un acortamiento de la vida media de éstos. La alteración más importante es el déficit de producción de eritropoyetina, aunque muchos otros factores pueden contribuir a su desarrollo, mantenimiento o agravamiento. Los glóbulos rojos o eritrocitos, transportan la hemoglobina en la circulación, y son los encargados de transportar el oxígeno, lo que se ve afectado en la necesidad de respirar normalmente en estos pacientes (Hernando et al, 2003)

En la situación clínica de IRC se dan factores que podrían determinar el desarrollo de un estado de malnutrición. Entre estos destacan la ingesta inadecuada, la utilización inapropiada de nutrientes, las alteraciones hormonales y el procedimiento dialítico. Con la progresión de la IRC se produce un descenso espontáneo de la ingesta proteica, ésta descende respecto a la recomendada para un individuo normal, que es la misma que en el individuo con IRC, viéndose así afectada la necesidad de comer y beber adecuadamente (Hernando et al, 2003).

La anorexia, las náuseas y el fotor urémico son síntomas invariablemente presentes con un grado avanzado de insuficiencia renal. Se debe prestar especial atención a estos síntomas, por ser un buen marcador clínico que indica la necesidad del inicio de Diálisis y/o el aumento de la dosis de Diálisis y porque contribuyen a la malnutrición, que es un factor de mal pronóstico y de morbi-mortalidad en pacientes en Diálisis (Hernando et al, 2003).

Un 50% de los pacientes con uremia presentan algún tipo de alteración en la piel. Muestran una coloración cutánea característica, un fondo pálido, atribuido a la anemia, hay una coloración amarillenta-biliosa debida a la retención de urocromos en la epidermis y en la grasa subcutánea. Un 20% de los pacientes en tratamiento con Diálisis tienen una pigmentación difusa oscura, de

predominio en áreas expuestas al sol, por aumento de la hormona melanocito-estimulante, afectando la Necesidad de Mantener la Higiene Corporal y la Integridad de la Piel (Hernando et al, 2003).

Los enfermos con IRC presentan un deterioro de la respuesta inmune que se refleja en una mayor susceptibilidad a padecer infecciones bacterianas y víricas, enfermedades autoinmunes y neoplasias. La alteración inmunológica asociada a la IRC no es una inmunodeficiencia habitual y resulta paradójico observar cómo la respuesta inmune de enfermos con IRC no sólo no mejora con el tratamiento en Hemodiálisis, sino que, en la mayoría de los casos, este tratamiento conlleva una activación de células inmunocompetentes, que puede agravar la inmunodeficiencia de estos pacientes afectando la Necesidad de Evitar los Peligros Ambientales y Evitar lesionar a otras personas (Hernando et al, 2003).

En cuanto a la salud mental, la respuesta de la persona a la enfermedad varía ostentablemente si el paciente padece una enfermedad de corta duración o si, por el contrario se trata de una enfermedad de larga evolución, o bien su tratamiento no es resolutivo, sino paliativo, mutilante o invalidante, como ocurre en la IRCT (Novel, Llunch, & Miguel, 2000).

El diagnóstico de enfermedad crónica produce una grave distorsión en la vida de la persona, por la amenaza implícita o explícita que supone a su integridad, así como por los múltiples cambios en el estilo de vida a los que debería hacer frente desde el inicio; cambios en la autoimagen y auto concepto, en la dinámica familiar, en su vida laboral, en las relaciones interpersonales, en la rutina cotidiana, en las capacidades físicas, entre otras, afectando la Necesidad de Comunicarse con otros, Expresando emociones, necesidades, temores y opiniones (Novel et al, 2000).

Por la naturaleza del tratamiento de Hemodiálisis, el paciente necesita establecer relaciones de estrecha dependencia con algún miembro de la familia (Hernando et al , 2003), ya que impone modificaciones en el estilo de vida familiar (Alarcón et al, 2009) y del medio hospitalario (Hernando et al, 2003).

Con relación al riñón artificial y a la Diálisis, el paciente recurre a la apropiación, es decir, el órgano artificial y es vivido como parte de su esquema corporal (Hernando et al, 2003) debido entre otras razones al tiempo que debe dedicarse a ella, 3 veces a la semana y de 3 a 4 horas diarias (Alarcón et al, 2009).

Por su parte, la Diálisis se convierte en la prolongación de la familia y en un nuevo lugar de pertenencia, con rangos y lugares preferenciales (Hernando et al, 2003).

Los problemas psicológicos más importantes que encontramos en la literatura, en los pacientes en Diálisis, son la depresión, demencia, las alteraciones relacionadas con el abuso de drogas y alcohol, trastorno de ansiedad y personalidad (Daugirdas, Blake, & Ing, 2003).

Si bien el tratamiento habitual es farmacológico, debe controlarse su uso, poniendo énfasis en otras modalidades terapéuticas que evalúen también el papel causal de la depresión y de la ansiedad (Hernando et al, 2003). La actitud poco cooperativa puede ser un problema para los pacientes y para sus cuidadores (Daugirdas et al, 2003).

En el área personal los problemas más relevantes son los relativos a la pérdida del estado de salud anterior, éstos se concretan en malestar físico y emocional, pérdida de función o partes del cuerpo, cambio en los patrones de sexualidad, pérdida de la independencia, modificaciones o pérdidas en la escala de valores y filosofía de vida, sentimientos de impotencia o desesperanza, miedo a lo desconocido, miedo a la pérdida del control propio o del medio y de respuestas depresivas, de negación o de agresividad (Novel et al, 2000).

En el área familiar los problemas más relevantes están vinculados a la pérdida de la homeostasis familiar anterior. Puede producirse la pérdida del rol por parte del paciente y los cambios en el rol que deben asumir los demás miembros de la familia cuando existe la necesidad de hospitalización, problemas de comunicación entre los miembros y distorsiones en las rutinas familiares (Novel et al, 2000).

En el área social los problemas relevantes están centrados en la pérdida de relaciones y lazos afectivos. Los más significativos son el cambio o pérdida de status y/o de nivel económico, aislamiento social por las limitaciones y vivencias de la propia enfermedad, cambios en la utilización del tiempo libre y modificaciones en la calidad o cantidad de interacciones sociales (Novel et al, 2000). El paciente de Diálisis es muy sensible a los comentarios, vicisitudes, diferencias y conflictos del equipo, aumentando el riesgo de descompensación en periodo de vacaciones o durante la ausencia (real o emocional) de los miembros significativos para el paciente (Daugirdas et al, 2003).

La escucha activa o psicoterapia individual y/o grupal son útiles para el manejo de los problemas depresivos en pacientes con IRCT (Daugirdas et al, 2003). El empleo de medidas terapéuticas,

en apariencias sencillas, son actividad suficiente, para retrasar la progresión de la enfermedad y, sobre todo, permitir disfrutar al paciente de una mejor calidad de vida y abordar las técnicas sustitutorias en las mejores condiciones posibles (Hernando et al, 2003).

Ante todo esto, se hace evidente que el paciente requiere de una red de Apoyo Social para acompañarlo en el proceso de rehabilitación o restauración de sus necesidades.

La red de Apoyo Social está conformada por un conjunto restringido de relaciones familiares y no familiares que brindan alguna o varias formas de apoyo. Si bien la persona no recibe permanentemente estas ayudas, puede disponer de ellas en situaciones críticas y fundamentalmente para desarrollar soluciones creativas frente a conflictos y problemas. La red de Apoyo Social puede ser evaluada en lo que respecta a sus características estructurales, funcionalidad y atributos de los vínculos que la componen. Las características estructurales aluden al tamaño de la red; cantidad de personas que la conforman, la densidad; grado de interrelación entre los miembros, la distribución; ubicación de las relaciones en los cuadrantes y círculos del mapa de red, la dispersión; distancia espacial entre los miembros, la homogeneidad o heterogeneidad; similitud o diferencia de características sociales, culturales y demográficas entre los miembros de la red (Sluzki, 1996 citado en Barriel, Paredes, & Pérez, 2006). Existe un cúmulo de redes de apoyo que son útiles para la calidad de vida de las personas, no sólo para un mejoramiento de las condiciones físicas sino también psicológicas. Un sistema de ayuda es un agregado social continuo que proporciona a las personas información sobre sí mismas, a la vez que valida sus percepciones sobre los demás, lo que mitiga en parte las deficiencias de comunicación con la comunidad o sociedad en general (Caplan, 1974 citado en Barriel et al, 2006).

Dentro de las redes sociales la participación activa en los espacios sociales y la integración familiar y comunitaria incrementan el bienestar y elevan la calidad de vida, lo que sería beneficioso en la recuperación de estos pacientes. Entre los principales fundamentos de este modelo teórico podemos destacar que:

- a) Se centra en el estudio de los aspectos sociales.
- b) Posee un importante interés preventivo.
- c) Se interesa de manera fundamental por las problemáticas de personas en situación de fragilidad.

- d) Se centra en el trabajo con los recursos y potencialidades.
- e) Persigue el logro de cambios a partir de la implicación activa de los involucrados en el problema.
- f) Apunta al potenciamiento y desarrollo, tanto a nivel individual como grupal, institucional y comunitario (Musitu, Herrero, Cantera, & Montenegro, 2004).

Diversos autores han resaltado la importancia de las relaciones sociales para entender el comportamiento humano, en donde el Apoyo Social se constituyó como modelo teórico y como campo de investigación en la década de los años 70. Es entonces cuando se produce un redescubrimiento del valor de las Redes de Apoyo (Gracia Fuster, 1997 citado en Musitu et al, 2004).

En cuanto al Apoyo Social entregado a través de las redes sociales, posee una estructura que está definida por las características cuantitativas u objetivas de la red de Apoyo Social mencionadas anteriormente, así como por las características de los contactos y los vínculos sociales que tienen lugar dentro de ella, tales como homogeneidad, reciprocidad o multiplicidad de contactos (Rodríguez, Ruiz, Antón, Herrera, Máiquez, & Ottaviano, 2010)

El Apoyo Social, consiste en aquellos elementos funcionales o estructurales, recibidos o percibidos de su comunidad, red social y sus amigos íntimos (Barriel et al, 2006).

Existen tres ejes fundamentales:

- El Apoyo Social es el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales.
- El Apoyo Social es el conjunto de provisiones percibidas o recibidas.
- Las fuentes del apoyo social son la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza. (Lin, 1986 citado en Vega & González, 2009)

El Apoyo Social cuenta con una dimensión funcional donde se analizan los efectos o consecuencias que le producen al sujeto el apoyo, es decir, se refiere a la calidad del Apoyo Social existente. En este sentido se destaca la valoración subjetiva y la disponibilidad de éste, lo que corresponde al apoyo percibido versus apoyo recibido, y el que se refiere a los diferentes tipos de apoyo los cuales son instrumental, informativo y socio emocional, así como al grado de satisfacción (Rodríguez, Ruiz, Antón, Herrera, Máiquez, & Ottaviano, 2010).

Para nuestro estudio tomaremos Tipología de Transferencias o Apoyos desarrollada por Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003) en base a Khan y Antonucci (1980) citado en

Barriel et al (2006). Estos autores desarrollan el concepto de Apoyo Social como las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación. Este conjunto de transacciones interpersonales que opera en las redes se presenta como un flujo de intercambio y circulación de recursos, acciones e información. Los tipos de apoyos o transferencias pueden ser reagrupados en:

- *Cognitivos*: Este se refiere al intercambio de experiencias, transmisión de información y significado, consejos que permiten entender una situación, entre otros. Por ejemplo la entrega de información y consejos.
- *Materiales* Implican un flujo de recursos monetarios; dinero en efectivo, sea como aporte regular o no, remesas, regalos entre otros. Y no monetarios bajo diversas formas de apoyo material, por ejemplo la entrega de comidas, ropa, pago de servicios, dinero, alojamiento entre otros.
- *Instrumentales*: Que incluye transporte, ayuda en labores del hogar, cuidado y acompañamiento.
- *Emocionales*: Se expresan por la vía del cariño, confianza, empatía, sentimientos asociados a la familia y la preocupación por el otro. Pueden asumir distintas formas como visitas periódicas, transmisión física de afecto, entre otras.

Pueden clasificarse según el origen del Apoyo Social en dos grandes grupos: sistemas formales y sistemas informales (Musitu et al, 2004).

En las últimas décadas, tanto los hallazgos de investigación como la evaluación de los logros de variadas intervenciones, han aportado evidencia acerca del impacto benéfico del Apoyo Social formal e informal sobre el bienestar integral de las personas, planteándose más fuertemente como posibilidad de dar respuesta a una variedad de nuevas demandas que plantea el envejecimiento poblacional (Musitu et al, 2004).

- *Sistemas formales de ayuda*: estos sistemas hacen referencia a la ayuda profesionalizada instituida por la sociedad. Estos sistemas formales incluyen la amplia variedad de iniciativas que las instituciones o la sociedad desarrollan para dar cobertura a una diversidad de problemas sociales. Esta ayuda puede ser Pública; instituciones y agencias promocionadas

por las administraciones, o Privada; la práctica Profesional de los Psiquiatras, Psicólogos, entre otros.

- *Sistemas informales de ayuda:* Hacen referencia a sistemas que proporcionan ayuda de manera no formalizada o institucionalizada. La familia, las amistades, las asociaciones o los grupos de autoayuda son ejemplos de sistemas informales de ayuda o apoyo (Musitu et al, 2004).

De manera general la tendencia ha sido asumir dos posiciones teóricas respecto al papel del Apoyo Social en la salud. La primera hipótesis sobre los efectos principales o directos, plantea que los efectos de la relación entre Apoyo Social y salud son independientes del grado de estrés que el individuo experimente, ya que el Apoyo Social aumenta de manera directa y por sí solo el bienestar, la autoestima y la salud; es decir, se establece una relación directamente proporcional entre el Apoyo Social y la salud, por lo que si se aumenta el Apoyo Social, aumenta la salud (aunque existe consenso alrededor de este planteamiento, no cuenta con el suficiente fundamento teórico ni empírico). La segunda hipótesis plantea que el Apoyo Social sirve de protector o amortiguador del estrés o efectos negativos generados por los eventos vitales estresantes (Vega & González, 2009). Este planteamiento manifiesta que el efecto rehabilitador del Apoyo Social tiene dos vías de acción fundamentales:

- La intervención de Apoyo Social entre el evento estresor y/o sus expectativas y la situación estresante como tal, a través de la disminución o prevención de la respuesta de estrés, lo que favorece la respuesta eficaz ante la amenaza o su enfrentamiento adecuado.
- La intervención del Apoyo Social entre el estrés y sus consecuencias patológicas a través de medidas para reducir la percepción del estrés o comportamientos que influyan de manera directa en la enfermedad y los procesos patológicos.

Actualmente se considera que estos enfoques no son excluyentes, sino que el Apoyo Social visto de manera sistemática engloba efectos protectores directos y amortiguadores contra la enfermedad o malestar (Vega & González, 2009). Marín (2002) refiere que el sistema de Apoyo Social es importante pues permite el mantenimiento de la integridad psicológica y física de la persona a lo largo del tiempo y que sus funciones primarias son aumentar las capacidades personales de sus miembros y promover el logro de sus metas vitales (Vega & González, 2009).

Igualmente, se ha encontrado que los pacientes con diversas enfermedades crónicas que tienen un alto nivel de satisfacción en relación al Apoyo Social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad y es más importante la percepción que tiene el paciente de lo adecuado del soporte social que el soporte que realmente recibe. La percepción de disponer de apoyo protege a las personas de los efectos patogénicos de los eventos estresantes (Rodríguez et al, 2010).

La falta de apoyo se relaciona con la aparición de enfermedades físicas (Berkman & Syme, 1979; House et al, 1982; Schwarzer & Leppin, 1992 citado en Rodríguez et al, 2010). También se ha relacionado la carencia de apoyo con la aparición de enfermedades mentales como la depresión, la neurosis, se ha visto como las personas que sufren trastornos de esta índole poseen redes sociales pequeñas, menos intercambios de recursos y relaciones no recíprocas (Rodríguez et al, 2010).

En Chile los dos principales prestadores de salud, son FONASA e ISAPRE, que entregan Apoyo Social formal a los pacientes con IRCT a través de financiamiento y distintos beneficios. Para los pacientes pertenecientes al Sistema Público, esto se realiza mediante FONASA y para los pertenecientes al Sistema Privado, se realiza a través de ISAPRE, las cuales se rigen por la “Guía Clínica para la Insuficiencia Renal Crónica” y la “Guía Clínica Prevención Enfermedad Renal Crónica”, pertenecientes al plan AUGE para otorgar dichos beneficios (ISP, 2005).

La actual normativa vigente de prestación de salud para la Insuficiencia Renal Crónica es la Ley N° 19.966 (GES-AUGE), la cual establece las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo. El Régimen General de Garantías contendrá, además, Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios (Red Protege, 2010).

Dentro de este marco es que está incluida desde el año 2007 la Insuficiencia Renal Crónica como patología GES, en el cual se asegura acceso a todo beneficiario FONASA o ISAPRE con confirmación diagnóstica de IRC y que requiera sustitución renal o la oportunidad de tratamiento desde la confirmación diagnóstica, consistente en inicio de Peritoneodiálisis en menores de 15 años dentro de un plazo de 21 días ó bien inicio de Hemodiálisis según indicación médica; en

personas mayores de 15 años a inicio de Hemodiálisis dentro de 7 días ó bien inicio de Peritoneodiálisis según indicación médica, además incluye posibilidad de Trasplante Renal, estudio pre-trasplante y drogas inmunosupresoras (Chilecompra, 2006), con la siguiente protección financiera: en el caso de FONASA, para el grupo A y B el costo es cero, el grupo C paga el 10%, el grupo D paga el 20% de las prestaciones, en cambio los afiliados a ISAPRE pagan el 20% de la prestación, según el arancel de referencia disponible en cada ISAPRE (Gobierno de Chile, 2004), tal como se indica en el siguiente cuadro.

Figura N° 1: Prestaciones de Salud según arancel de referencia. Guía Insuficiencia Renal Crónica, GES 2005.

Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
			Copago (%)	Copago (\$)
Peritoneodiálisis	mensual	627.960	20%	125.590
Hemodiálisis	mensual	467.180	20%	93.500
Acceso Vascular Simple (mediante FAV) para Hemodiálisis	por evento	303.850	20%	60.770
Acceso Vascular Completo (mediante FAV) para Hemodiálisis	por evento	572.420	20%	114.480
Instalación Catéter Transitorio para Hemodiálisis	por evento	66.260	20%	13.250
Instalación Catéter Transitorio Tunelizado o de larga Duración para Hemodiálisis	por evento	370.990	20%	74.200
Fármaco Hemo Endovenoso pacientes en diálisis	mensual	11.990	20%	2.390
Fármaco Entropoyetina menores de 15 años en diálisis	mensual	81.710	20%	16.340
Estudio Pre Trasplante	por evento	251.020	20%	50.200
Trasplante Renal	por evento	4.077.650	20%	815.530
Droga Inmunosupresora protocolo 1	mensual	120.160	20%	24.030
Droga Inmunosupresora protocolo 2	mensual	211.620	20%	42.320
Droga Inmunosupresora protocolo 3	mensual	540.180	20%	108.040

El Fondo Nacional de Salud, FONASA, considera dentro de sus afiliados a las personas cotizantes del 7% de sus ingresos, sean trabajadores dependientes o independientes, del sector público o privado, activos o jubilados, como también a aquellas que gozan de subsidio de cesantía (Fondo Nacional de Salud, 2010).

El Financiamiento por parte de FONASA para el tratamiento en Hemodiálisis, es a través de distintas modalidades:

- A través de la modalidad de libre elección, el paciente puede acceder a los Centros de Diálisis privados, eligiendo el que estime más adecuado de acuerdo a sus necesidades y preferencias.

- A través de la modalidad Institucional en Unidades de Diálisis (UD) de Hospitales Públicos, los tratamientos de Diálisis tienen una contribución estatal de un 100% para los grupos A, B, C, y D. Es decir al paciente, se le bonifica el 100% del costo de su tratamiento mensual (Fondo Nacional de Salud, 2010).

Otra de las posibilidades de ayuda, son los préstamos de salud FONASA que se solicitan a FONASA y pueden ser otorgados para financiar la totalidad del co-pago de las atenciones calificadas como emergencia, la totalidad del co-pago por medicamentos entregados en los consultorios de especialidades de establecimientos públicos, hasta un 42,5% del valor total de las atenciones que dan origen a la confección de un Programa de Atención de Salud, tales como adquisición de órtesis, adquisición de prótesis, hospitalizaciones (mínimo una noche), intervenciones quirúrgicas inscritas en PAD "Su Cuenta Conocida", urgencias (en casos donde exista un certificado que acredite el riesgo vital), Tratamientos Psiquiátricos, de Diálisis, Radioterapia y Quimioterapia. A los pacientes dializados se les otorga un 100 % de financiamiento (Fondo Nacional de Salud, 2010).

FONASA cuenta con un seguro catastrófico que cubre un grupo de enfermedades llamadas catastróficas, las que implican un riesgo vital y son de alto costo. A este seguro puede acceder todo beneficiarios de FONASA, cualquiera sea su nivel de ingresos económicos y que se atienden a través de la modalidad institucional, vale decir en Hospitales Públicos (Fondo Nacional de Salud, 2010).

Algunas de las prestaciones incluidas en este seguro, relacionadas con el IRC, son: Trasplante Renal, droga inmunosupresora post trasplante y la Hemodiálisis. Se obtiene este seguro a través de la red de Hospitales Públicos acreditados para este efecto, a los cuales se derivan los pacientes desde un Consultorio o Centro de Diagnóstico del Sistema Nacional de Servicios de Salud (Fondo Nacional de Salud, 2010).

Es importante recordar que FONASA bonifica el 100% del costo del Trasplante Renal y la droga, sólo en Hospitales Públicos y solos para sus beneficiarios (Biblioteca del congreso nacional de Chile, 2010).

FONASA a través de la Ley N° 19.650 de diciembre de 1999 tiene la facultad de comprar directamente a prestadores privados, aquellas prestaciones para las cuales la oferta pública sea insuficiente o inexistente, coordinada por gestores de red a través de la implementación de los

directorios de compra, complementando así la oferta intrahospitalaria pública con la oferta privada (Chilecompra, 2006).

Por Resolución Exenta N° 1038 del 5 de abril de 2006 del Director de FONASA, aprueba el Convenio de colaboración con la Dirección de Compras y Contratación Pública (DCCP), para la Licitación de Convenios Marco para la compra de servicios de Diálisis: Hemodiálisis y Peritoneodiálisis, adulto y niños a través del sistema www.chilecompra.cl (Chilecompra, 2006).

En el caso de los pacientes con escasos recursos que necesitan ingresar al tratamiento de Diálisis, primero deben concurrir al Consultorio de Salud que les corresponde de acuerdo al domicilio, donde serán clasificados como indigentes médicos, de ahí serán derivados al Hospital Público para que reciban el tratamiento de Diálisis. Además es aconsejable que se acerque a su Municipalidad para postular a una Pensión Asistencial DL 869 por Invalidez Laboral o Vejez. Aun cuando un paciente con IRC no es considerado como un inválido, en ocasiones pueden llegar a serlo por enfermedades concomitantes que le hayan provocado una invalidez (Cantoni & Palma, 2000).

Cuando el paciente no tiene previsión de salud, en el caso de los dependientes debe incorporarse a una A. F. P en forma voluntaria a través de un contrato de trabajo y paralelamente cotizar el 7% de salud en FONASA, luego continuar cancelando mensualmente las cotizaciones correspondientes. Esta modalidad además permite iniciar el ahorro previsional y poder acceder de acuerdo a las disposiciones legales a pensiones de invalidez, vejez, sobrevivencia, cuotas mortuorias y otros beneficios tales como subsidio de cesantía, asignaciones familiares, licencias médicas y cuenta de ahorro voluntario (Cantoni & Palma, 2000).

Otra opción previsional son las ISAPRES, Instituciones de Salud Previsional, que corresponden al régimen privado. Las personas que realizan cotizaciones previsionales, pueden optar a afiliarse a una ISAPRE mediante un contrato de salud (Cantoni & Palma, 2000).

Para que la ISAPRE financie los costos de las distintas intervenciones, el paciente debe concurrir a su ISAPRE y preguntar sobre el costo o arancel mensual que tendrá su tratamiento y el porcentaje de bonificación que se aplicará de acuerdo a su contrato de salud específico (Cantoni & Palma, 2000).

Dado que existen amplias gamas de ISAPRES y cada una de ellas tiene múltiples planes de salud a los que pueden acceder los afiliados de acuerdo al monto de sus cotizaciones mensuales de

salud, por regla general a mayor aporte económico otorgan mejores planes y beneficios de salud (Cantoni & Palma, 2000).

Otro beneficio al cual pueden acceder los pacientes para cumplir con sus tratamientos son las Licencias Médicas que corresponden al derecho que tiene el trabajador de ausentarse o reducir su jornada de trabajo, durante un determinado lapso de tiempo en cumplimiento de una indicación certificada por el Médico-Cirujano, Cirujano Dentista o Matrona (Cantoni & Palma, 2000).

La Licencia Médica por incapacidad total o parcial para trabajar genera el derecho a percibir un subsidio de enfermedad cuyo otorgamiento se regirá por las normas del Decreto de Ley N° 44 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social (Cantoni & Palma, 2000).

Existen también las Pensiones de Invalidez que consiste en una cantidad de dinero que reciben mensualmente aquellos afiliados que son declarados inválidos por dictamen de las Comisiones Médicas dependientes de la Superintendencia de A. F. P. (Cantoni & Palma, 2000)

Inicialmente se otorga una pensión de invalidez transitoria por un período de tres años, al cabo de los cuales se reevalúa el grado de invalidez a fin de otorgar la pensión definitiva o se rechaza si el afiliado se ha recuperado o se ha rehabilitado (Cantoni & Palma, 2000).

Las pensiones mínimas son el respaldo financiero del Estado, que asegura a las pensiones un valor mínimo fijado por ley, o un valor estimado, en caso que no responda una Compañía de Seguros obligada al pago de pensiones contratadas por renta vitalicia (pensiones otorgadas) (Cantoni & Palma, 2000).

El rol de los profesionales de salud en todo este proceso va de ser proveedores exclusivos de cuidados a un rol de facilitadores participativos, variación que se relaciona con el estado de salud del paciente (Caballero & Olivares, 2006).

Al ser el Profesional de Enfermería el mayor contacto con el que cuenta el paciente hemodializado durante el periodo en que se realiza este proceso de requerimiento básico, que debe hacerse en días destinados y por tiempos prolongados, se crean lazos de contigüidad entre el paciente y la Enfermera en el seguimiento de este tratamiento. La Hemodiálisis mejora la sobrevivencia de los pacientes, pero no necesariamente respecto a lo que la persona considera calidad de vida. En relación al impacto que provocan estos tipos de tratamiento para los pacientes con IRC, la Sra. Paola Salas, Presidenta de la Asociación de Dializados y

Trasplantados de Chile (ASODI), además de ser paciente en tratamiento sustitutivo con HD, refiere que es un tratamiento desagradable, que implica procedimientos invasivos y dependencia a una máquina para poder vivir, lo que altera las actividades cotidianas y provoca cambios psicológicos, socio familiares, económicos, laborales importantes y un deterioro significativo en la calidad de vida y su familia (Hernando et al, 2003).

Los Profesionales de Enfermería están capacitados para planificar y otorgar los cuidados necesarios para satisfacer las distintas necesidades originadas durante el proceso, para lo cual deben respaldarse con modelos y teorías de enfermería y ciencias afines que permiten responder a las necesidades reales de los pacientes (Pérez & Armijo, 2007). Dentro de las teorías de Enfermería propuestas existe la de Dorothea Orem, la que describe la Teoría de los Sistemas Enfermeros, donde explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la enfermería. Ésta señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados, diseñados y producidos por Enfermeras/os mediante el ejercicio de su actividad, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente (Marriner & Raile, 2003).

Además describe los métodos de ayuda presentes en la relación Enfermera/o-paciente.

Según La “Revista de la Sociedad Chilena en Diálisis y Trasplante Renal” el rol de la Enfermera/o se debería orientar más hacia el apoyo y educación en la toma de decisiones, promoviendo así el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes positivas hacia el cuidado de la propia salud, especialmente en las personas con problemas crónicos de salud (Caballero & Olivares, 2006). Lo que correspondería según Orem al método de ayuda, llamado “Guiar y Dirigir”, ya que hace partícipe al paciente en su proceso de estabilización (Marriner & Raile, 2003).

Por otra parte, Peplau describe seis roles de la enfermería en las diversas fases de la relación Enfermera/o-paciente: rol de extraña, rol de suministradora de recursos, rol de educadores, rol de líder, rol de sustituta y rol de consejera, de los cuales solo nos referiremos a tres de ellos, por su importancia en nuestro estudio.

En el Rol de Suministradora de Recursos, la Enfermera/o ofrece respuestas específicas a las preguntas, especialmente si se trata de información sanitaria, y explica al paciente el tratamiento o plan médico de cuidado.

El Rol de Educadora es una combinación de todos los roles y siempre parte de lo que sabe el paciente, se desarrolla según su interés y su capacidad para usar la información. Separa la enseñanza en dos categorías: instructiva, que consiste básicamente en ofrecer información, y experimental que utiliza la experiencia del aprendiz como base desde la que se desarrollan los productos de las enseñanzas. Los productos de la enseñanza son generalizaciones y aprendizajes que hace el paciente a partir de sus experiencias (Marriner & Raile, 2003)

El Rol de Consejera, funciona en la relación Enfermera/o-paciente de la manera en que las Enfermeras/os responden a las necesidades de sus pacientes. Peplau señala que el objetivo de las técnicas interpersonales es ayudar al paciente a que recuerde y entienda completamente lo que le sucede en la actualidad, así la experiencia se puede integrar, más que disociar, a otras experiencias en la vida (Marriner & Raile, 2003)

De esta manera, a través de los roles anteriormente descritos, la Enfermera/o inserta en una red de salud entrega su apoyo al paciente en el proceso integral en todas las etapas de su enfermedad (Marriner & Raile, 2003).

2. 2. Objetivos

2. 2. 1. Objetivos Generales

- Caracterizar a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis en el Hospital Carlos Van Buren, de acuerdo a sus antecedentes sociales y demográficos.
- Identificar las redes de Apoyo Social Formal que reciben/perciben los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis en el Hospital Carlos Van Buren.

2. 2. 2. Objetivos Específicos

- Describir el perfil del paciente con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis en el Hospital Carlos Van Buren respecto a su edad, sexo, estado civil, nivel de estudio, tiempo de tratamiento de Hemodiálisis, procedencia, previsión, ocupación e ingresos económicos.
- Describir el Apoyo Social Formal que recibe/percibe el paciente con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis en el Hospital Carlos Van Buren respecto del origen.
- Describir el tipo de Apoyo Social Formal que recibe/percibe el paciente con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis en el Hospital Carlos Van Buren respecto al tipo Cognitivo, Material, Instrumental y Emocional.

2.3. Definición y Operacionalización de Variables

Objetivo General	Objetivo Específico	Variables	Definición de conceptos	Dimensiones	Indicadores
Caracterizar a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis en el Hospital Carlos Van Buren, de acuerdo a sus antecedentes sociales y demográficos.	Describir el perfil del paciente con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis en el HCVB respecto a su edad, sexo, estado civil, nivel de estudio, tiempo de tratamiento de Hemodiálisis, procedencia, previsión, ocupación e ingresos económicos.	Características de los pacientes Hemodializados	Pacientes con IRCT en tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis	Edad	Adulto temprano (18-21) Adulto medio (22 – 40) Adulto tardío (41- 60) Tercera edad (61 o más)
				Sexo	Masculino Femenino
				Estado civil	Soltero Casado Divorciado Separado de hecho Viudo Otro

				Nivel de estudios	<ul style="list-style-type: none"> - Sin estudios - Enseñanza Básica Incompleta o Completa - Enseñanza Media o Técnico Profesional de nivel medio Incompleta o Completa - Enseñanza Técnica Nivel Superior Incompleta o Completa - Enseñanza Profesional Incompleta o Completa
				Previsión	<ul style="list-style-type: none"> Fonasa A Fonasa B Fonasa C Fonasa D

				Ocupación	Activo Pasivo Jubilado – Pensionado Beneficencia Otro
				Ingresos económicos	Sueldo Pensión Jubilación Beneficencia Otro
				Tiempo con Diálisis	Años referidos por el paciente (Mínimo, máximo y promedio)
				Procedencia	Ciudad Cerro Plan

Identificar las redes de Apoyo Social Formal que reciben/perciben los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis en el Hospital Carlos Van Buren.	Describir el Apoyo Social Formal que recibe/percibe el paciente con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis en el HCVB respecto del origen.	Origen del Apoyo Social.	Apoyo que entregan: el Estado, las Instituciones de Salud, Red Social y el Personal de Salud.	Estado	Hospital Consultorio Unidad de Diálisis Municipalidad
				Red Social	ASODI Damas de Rosado Junta de Vecinos Comunidades Religiosas
				Personal de Salud	Enfermera/o Médico Técnico Paramédico Nutricionista Trabajador Social Psicólogo Psiquiatra Personal sin identificar

	<p>Describir el tipo de Apoyo Social Formal que recibe/percibe el paciente con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis respecto al tipo Cognitivo, Material, Instrumental y Emocional.</p>	<p>Tipos de Apoyo Social Formal.</p>	<p>Flujo de intercambio y circulación de recursos, acciones e información.</p>	Cognitivo	<p>Consejería y orientación Educación Talleres recreativos Apoyo Psicológico</p>
				Material	<p>Subsidio de Servicios básicos Pensión de vejez y/o Invalidez Alimentos Dinero Alojamiento Órtesis Subvención o entrega de medicamentos</p>
				Instrumental	<p>Transporte Talleres Profesionales o de Capacitación Apoyo Judicial</p>

				Emocional	Cariño, afecto y preocupación por la calidad de vida Apoyo espiritual y/o religioso
--	--	--	--	-----------	--

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3. 1. Diseño de la investigación

3. 1. 1. Constitución y Organización del Grupo de Tesis:

El grupo de seminario de tesis fue conformado en agosto del año 2009 por seis estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso. Se comenzó con una búsqueda bibliográfica en libros, revistas e Internet para lograr la delimitación del problema.

Durante todo el proceso se contó con la asesoría de la docente del Departamento de Enfermería del Adulto y Adulto Mayor, Sra. Lorena Bettancourt Ortega, Enfermera Matrona, Licenciada en Enfermería de la Universidad de Valparaíso y Magíster en Enfermería de la Universidad Andrés Bello.

El grupo se organizó para desarrollar el trabajo en forma coordinada, eficiente y eficaz, distribuyendo los cargos de la siguiente manera:

- Presidenta: Paula Alviña Olavarría
- Secretaria: María José Ureta Vial
- Tesorera: Consuelo Lanfranco Pizarro
- Relaciones Públicas: María Ignacia Torres Vásquez
- Referencias Bibliográficas: Carolina Amaya Olmedo
- Redacción: Daniela Ampuero Azúa

3. 1. 2 Tipo de estudio:

El diseño de la investigación es de tipo descriptivo, cuantitativo, transversal y retrospectivo.

3. 2. Definición de la población

Población conformada por todos los adultos con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis, pertenecientes al Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio atendidos en el Hospital Carlos Van Buren.

3. 3. Diseño de la población

La población en estudio quedó conformada por 40 adultos, en tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis, que reciben tratamiento en la Unidad de Diálisis del Hospital Carlos Van Buren, la que se redujo a 37 pacientes producto de desinterés en la participación y por presentar un estado de salud incompatible con los criterios de inclusión de nuestro estudio. Casi la totalidad de éstos recibían el tratamiento en jornadas AM y PM, de 3 días, dividiéndose de la siguiente manera:

Tabla N° I: Distribución de pacientes encuestados con IRCT en tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis:

Grupos	Días de tratamiento	Horario	Cantidad de pacientes
Grupo 1	Lunes – Miércoles y Viernes	08:00 a 12:00	9
Grupo 2	Lunes – Miércoles y Viernes	12:30 a 16:00	9
Grupo 3	Martes – Jueves y Sábado	08:00 a 12:00	9
Grupo 4	Martes – Jueves y Sábado	12:30 a 16:00	9
Grupo 5	Martes y Viernes	08:00 a 12:00	1

Para este estudio se consideraron pacientes con IRCT en tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis, que reciben tratamiento en la Unidad de Diálisis del Hospital Carlos Van Buren, quienes cumplieran con los siguientes criterios de inclusión:

- Adulto mayor de 18 años.
- Adulto con IRCT.
- Adulto que recibe tratamiento en de Hemodiálisis en la Unidad de Diálisis del Hospital Carlos Van Buren.
- Perteneciente al Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio.
- Perteneciente al GES.
- Glasgow de 13 a 15 puntos (Aplicación sólo si procede) (Ver Anexo 1).

3. 4. Metodología de recolección de datos

Para la investigación se utilizó un instrumento de tipo entrevista, elaborado por el Grupo de Tesis, acorde a los objetivos y variables del estudio (Ver Anexo 2).

La aplicación del instrumento se llevó a cabo entre los meses de Agosto y Septiembre del año 2010, de acuerdo a los horarios de atención de la Unidad de Diálisis del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, ésta se realizó en tríos de alumnas, portando delantal blanco institucional junto con la identificación correspondiente.

3. 4. 1. Descripción del instrumento

Con el transcurso del tiempo el instrumento fue modificado según análisis, comparación con los objetivos planteados y procurando que fuese válido, para llegar al instrumento actual recién en Julio del año 2010, siempre bajo la supervisión de la Docente Guía.

El instrumento consta de dos ítems, el primero corresponde al perfil del paciente con IRCT en tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis con un total de 9 preguntas, y el segundo ítem es una tabla que corresponde al origen y tipo de Apoyo Social que reciben o perciben los pacientes.

La aplicación del instrumento fue guiada con un instructivo de aplicación (Ver Anexo 3) para unificar criterios, ésta se llevó a cabo con una formulación de preguntas

indirectas, mediante un relato libre, guiado por las tesis para recopilar la información necesaria.

3. 4. 2. Instructivo de aplicación

Se confeccionó un instructivo para la aplicación del instrumento con el fin de unificar criterios y que su aplicación resultara más fácil. Se marcó con una cruz o se escribió la respuesta textual del paciente según correspondiera (Ver Anexo 3).

3. 4. 3 Estudio de confiabilidad del instrumento

El instrumento confeccionado para éste estudio no fue validado estadísticamente, pero se sometió a juicio de EM Sra. Lorena Bettancourt Ortega docente de la Escuela de Enfermería, de la Universidad de Valparaíso, EU Sra. Tegualda Ponce, Enfermera Supervisora Unidad de Diálisis del Hospital Carlos Van Buren, EU Sra. Liliana Farías, Encargada de Campos Clínicos del Hospital Gustavo Fricke y Dra. Mónica Catalán, docente de la carrera de Estadística de la Universidad de Valparaíso. Se realizó una prueba del instrumento de recolección de datos a 5 personas en tratamiento de Hemodiálisis en la Unidad de Diálisis del Hospital Gustavo Fricke el día jueves 5 de agosto, previa firma de consentimiento informado (Ver Anexo 4). Se escogió ésta muestra debido a las características similares con la población de nuestro estudio.

Objetivos de la prueba del instrumento:

- Comprobar que nuestro instrumento sea válido y confiable.
- Determinar el tiempo de aplicación del instrumento.
- Identificar aspectos del instrumento que puedan generar dudas o errores en las respuestas.
- Identificar limitantes o dificultades del instrumento durante la aplicación.
- Determinar el orden correcto de las preguntas.
- Identificar errores y realizar las correcciones que correspondan para llegar al instrumento definitivo.

Hallazgos de la prueba del instrumento:

- Fue necesario realizar un reordenamiento de las variables origen y tipo, para crear un cruce de variables y facilitar el análisis de éstas.
- Fue necesario cambiar la disposición de las preguntas para seguir un orden lógico.

3.5 Consentimiento informado

Consentimiento confeccionado por el mismo grupo de tesis, que fue firmado antes de la aplicación del instrumento, manteniendo la confidencialidad de los datos (Ver Anexo 4).

3.6 Organización del trabajo en terreno

Se debió solicitar la autorización de los Profesionales correspondientes de cada Servicio, para lo que se enviaron cartas dirigidas a:

- Dra. Elba Margarita Estefan, Directora del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.
- Dr. Franco Paveri, Subdirector de Gestión Asistencia del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio.
- Dr. Daniel Velásquez, Director Hospital Gustavo Fricke.
- Dr. Guillermo Pardo, Director Hospital Carlos Van Buren.
- Dr. Hugo Poblete, Jefe de la Unidad Renal-Diálisis del Hospital Carlos Van Buren.
- EU Sra. Tegalda Ponce, Supervisora de la Unidad Renal – Diálisis del Hospital Carlos Van Buren.
- EU Sra. Carolina Oshiro, Coordinadora de la Unidad de Trasplante del Hospital Carlos Van Buren.
- EU Sra. Liliana Farías, Subdirectora de Gestión Asistencial del Hospital Gustavo Fricke.
- EU Sra. Concepción Rojas, Supervisora Centro de Diálisis HEMOVAL.

- TS Sra. Susana Montenegro, Coordinadora del Departamento de Asistencia Social del Hospital Carlos Van Buren.
- TS Sra. Jannett Zavala, Ilustre Municipalidad de Valparaíso
- Sra. Sonia Gondré, Directora Voluntariado Adventista Damas de Rosado, Hospital Carlos Van Buren
- Sra. Paola Salas, Presidenta de ASODI, V Región

Para la aplicación del instrumento, el Grupo de Tesis se distribuyó en tríos para ingresar a cada turno descrito anteriormente. Cada alumna aplicó el consentimiento informado seguido del instrumento confeccionado con el respaldo del instructivo de éste, a cada paciente que accedió a participar de nuestro estudio. Las alumnas se presentaron con delantal blanco y piocha institucional.

3. 7. Criterios utilizados para el análisis de los datos

3. 7. 1. Vaciamiento de datos

Se completó una base de datos confeccionada por dos alumnas de la Carrera de Ingeniería en Estadística de la Universidad de Valparaíso, asesorados por la docente guía Doctora en Estadística Sra. Mónica Catalán Reyes. Los datos obtenidos fueron vaciados en una base de datos confeccionada por las alumnas antes mencionadas, completando la información según lo referido por los pacientes con respuesta sí o no según corresponda.

3. 7. 2. Criterios para efectuar el análisis de la información

Se utilizó el programa Microsoft Excel, versión 2007 para la tabulación de los datos y respuestas de los pacientes, las preguntas del instrumento fueron traspasadas a éste programa, dejando plasmado en una tabla los datos del perfil de cada paciente y los datos correspondientes a la variable de origen y tipo de Apoyo Social.

Para el análisis de estos datos se utilizó el mismo programa, a través de tablas descriptivas, valores porcentuales y gráficos. Este análisis se realizó con la población total de pacientes que accedieron a participar.

3.7.3. Criterios para el análisis de gráficos y tablas

En todos los gráficos y tablas el análisis se realizó con la población participante en nuestra investigación, la cual corresponde a 37 pacientes, ya que de los 40 pacientes totales que se atienden en la UD, 3 de ellos quedaron fuera de nuestro estudio producto de desinterés o por presentar un estado de salud incompatible con la aplicación del instrumento.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

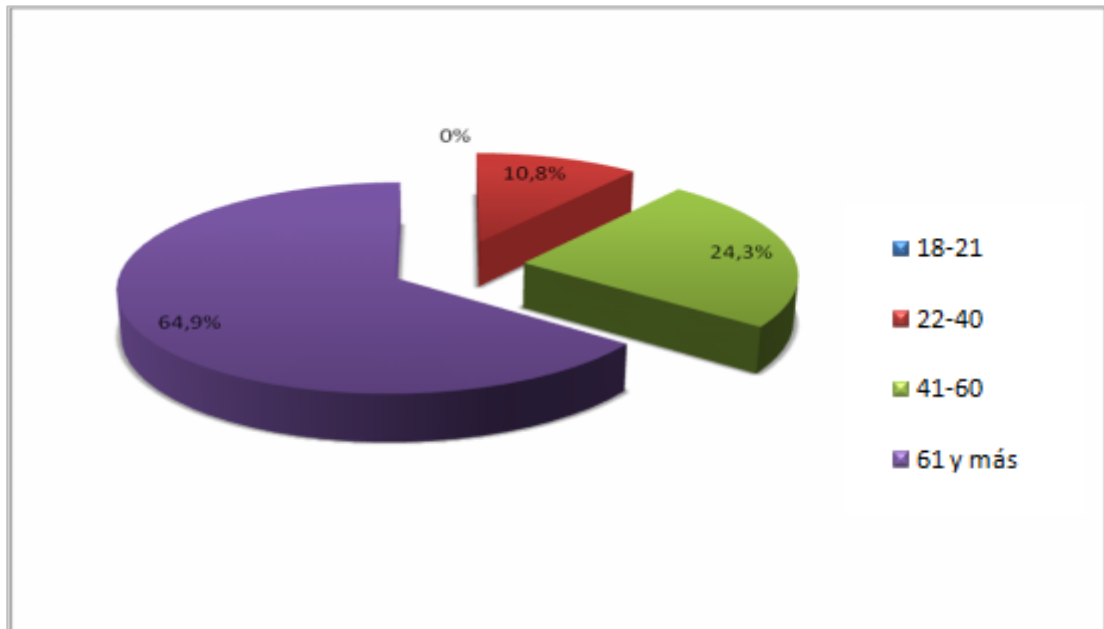
4. 1. Introducción a los resultados

Antes de exponer los resultados, cabe señalar que:

- Se excluyó el gráfico estado civil correspondiente al ítem del perfil del paciente, ya que no aporta datos significativos para nuestro estudio.
- Los gráficos referentes al perfil del paciente Hemodializado, se desarrollan en el primer ítem: del N° 1 al 13 y corresponden a la población de pacientes encuestados incluidos en el estudio.
- En el segundo ítem, correspondiente al Apoyo Social según origen y tipo, desarrollados en los gráficos del N° 1 al 12, se incluyó a la misma población de pacientes encuestados.

4.2. Descripción del perfil del paciente con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, V Región.

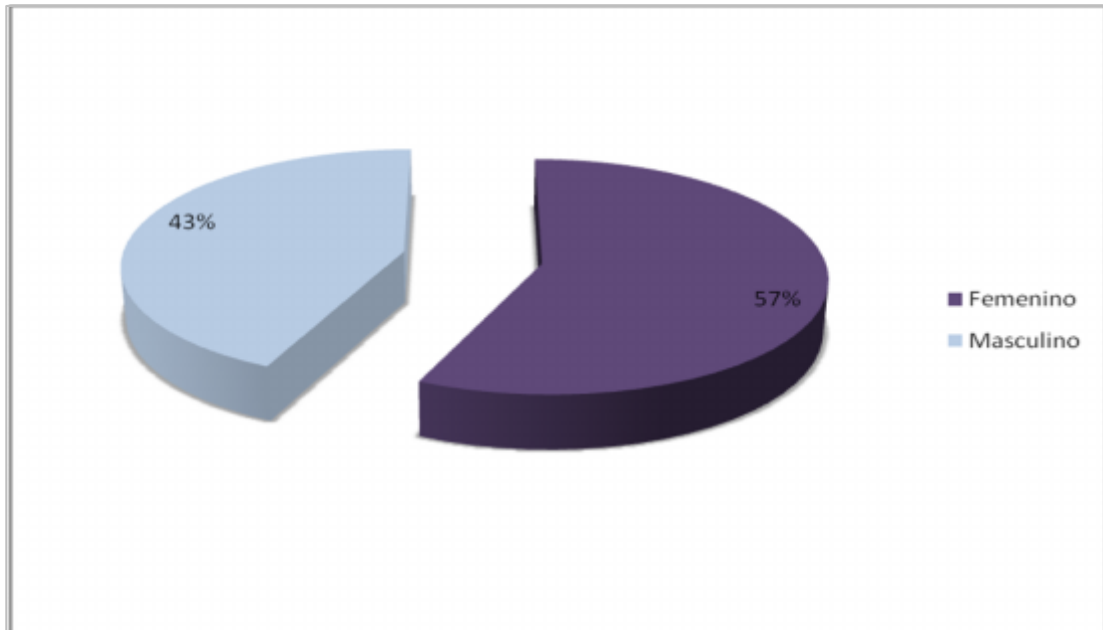
GRÁFICO N° 1: “Clasificación de pacientes en tratamiento de HD-HCVB, según edad”



En los 37 pacientes ingresados en el estudio se aprecia un predominio de edad superior a 61 años con un 64,9% (66,7% mujeres, 33,3% hombres) que corresponde a la etapa de Adulto Mayor según Erickson, registrándose una mínima de 31 años y una máxima de 81 años. El rango entre los 41 y 60 años se presentó en un porcentaje de 24,3 %, siendo menor en rango entre los 22 -40 años con un 10,8 %.

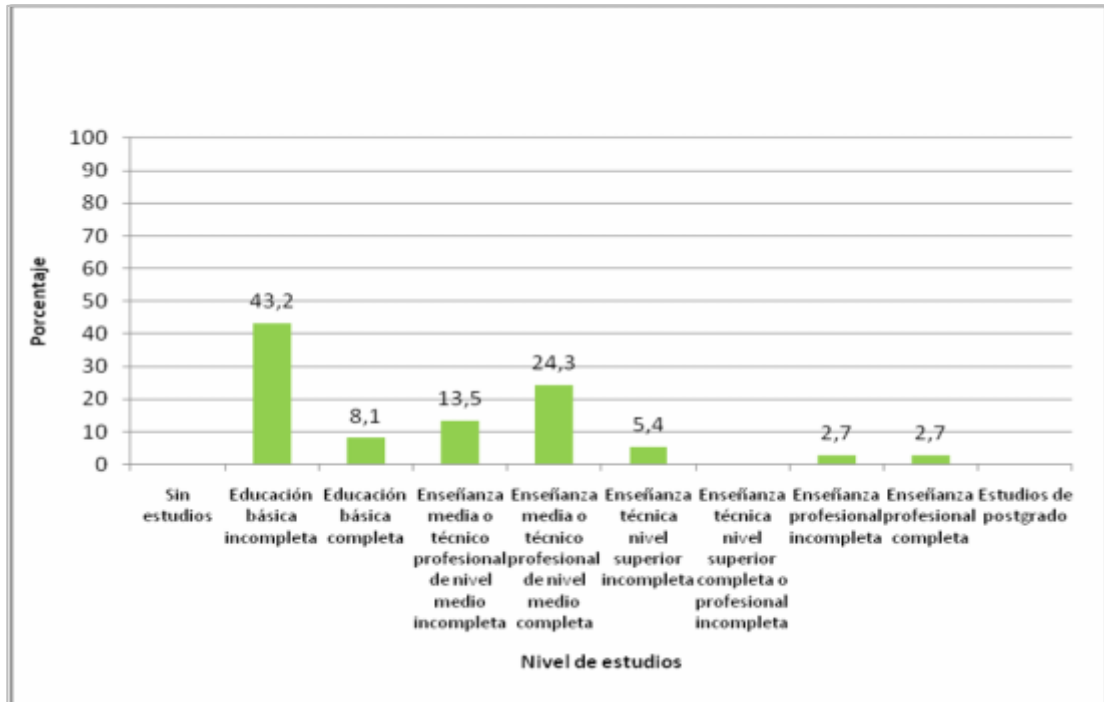
No encuentran pacientes que pertenezcan al rango de los 18-21 años.

GRÁFICO N° 2: “Clasificación de pacientes en tratamiento de HD-HCV, según sexo”



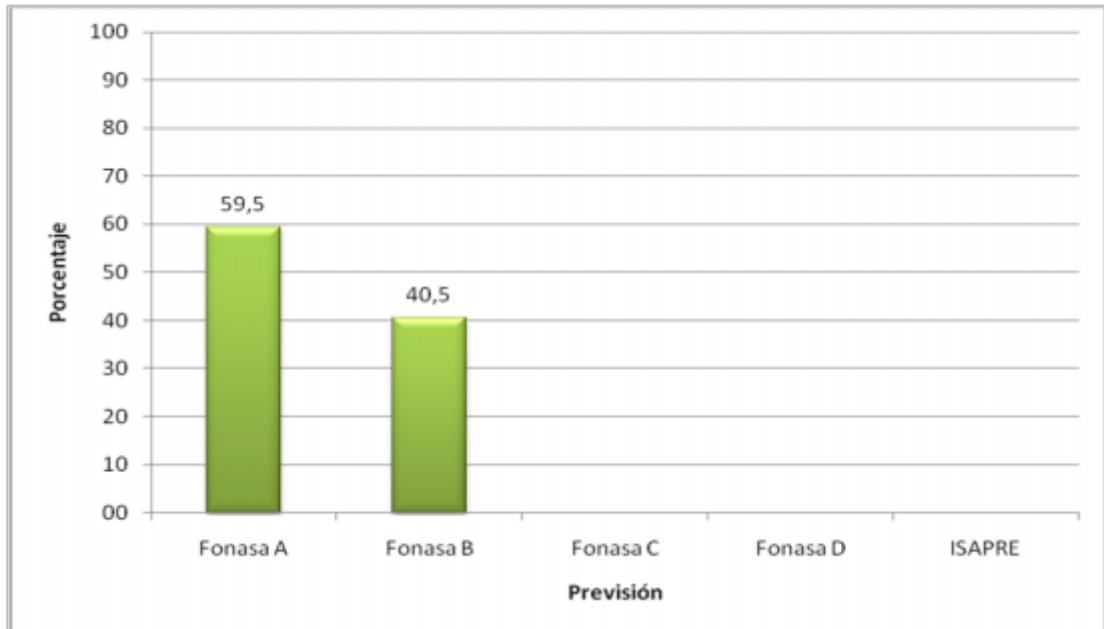
Se observa un predominio del sexo femenino con un 57% en relación al sexo masculino con un 43%, lo que responde a la tendencia etárea, pirámide poblacional y a las estadísticas nacionales.

GRÁFICO N° 3: “Distribución porcentual de pacientes en tratamiento de HD-HCVB, según nivel de estudios”



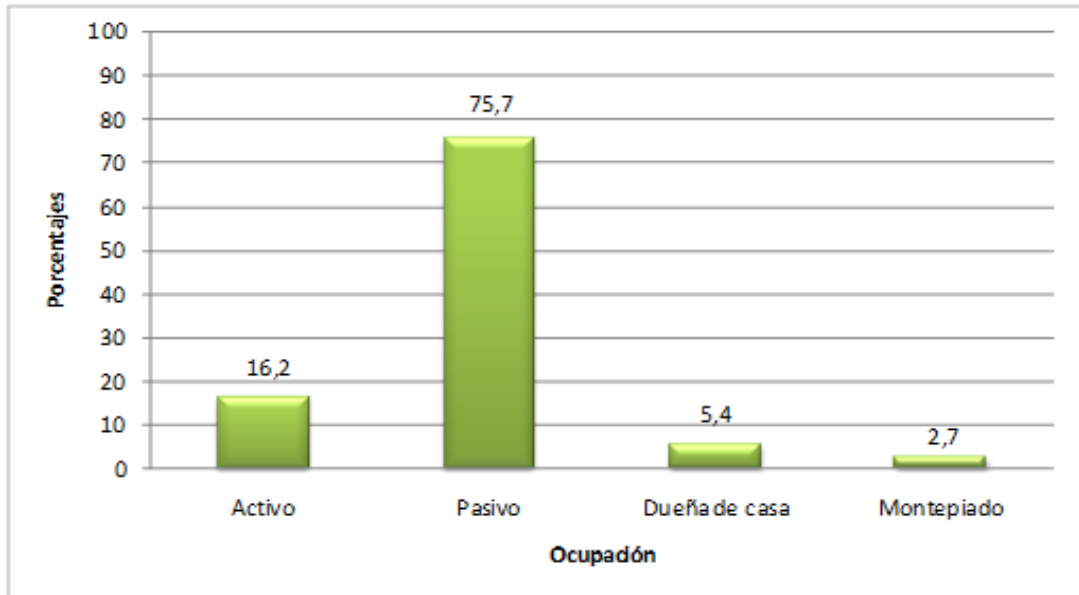
En relación al nivel de estudios de los pacientes, se puede señalar que el mayor porcentaje (43,2%) tiene una educación básica incompleta, destacando que el 24,3% tiene un nivel de enseñanza media o técnico profesional completa. Sólo un paciente está cursando educación superior (2,7%) y otro tiene estudios superiores ya concluidos (2,7%), datos importantes si se considera la cantidad de información que deben comprender estos pacientes en relación al tratamiento.

GRÁFICO N° 4: “Distribución porcentual de pacientes en tratamiento de HD-HCV, según previsión de salud”



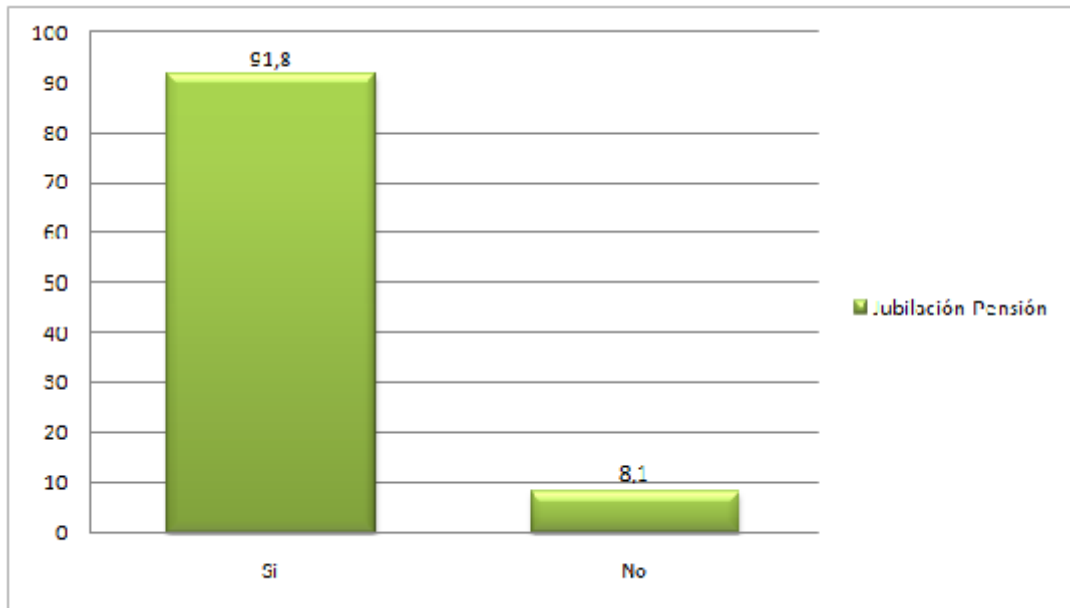
Del total de los pacientes incluidos en el estudio clasifican previsionalmente como parte de FONASA en sus categorías A con un 59,5% y B con un 40,5%. No existiendo registro de pacientes con previsión C, D, o ISAPRE. Dato importante si se considera el costo de un tratamiento de Hemodiálisis, por lo que se constituye la previsión de salud como una fuente de Apoyo Formal entregada por el gobierno a través del ingreso al sistema GES desde el año 2005.

GRÁFICO N° 5: “Distribución porcentual de pacientes en tratamiento de HD-HCVB, según ocupación”



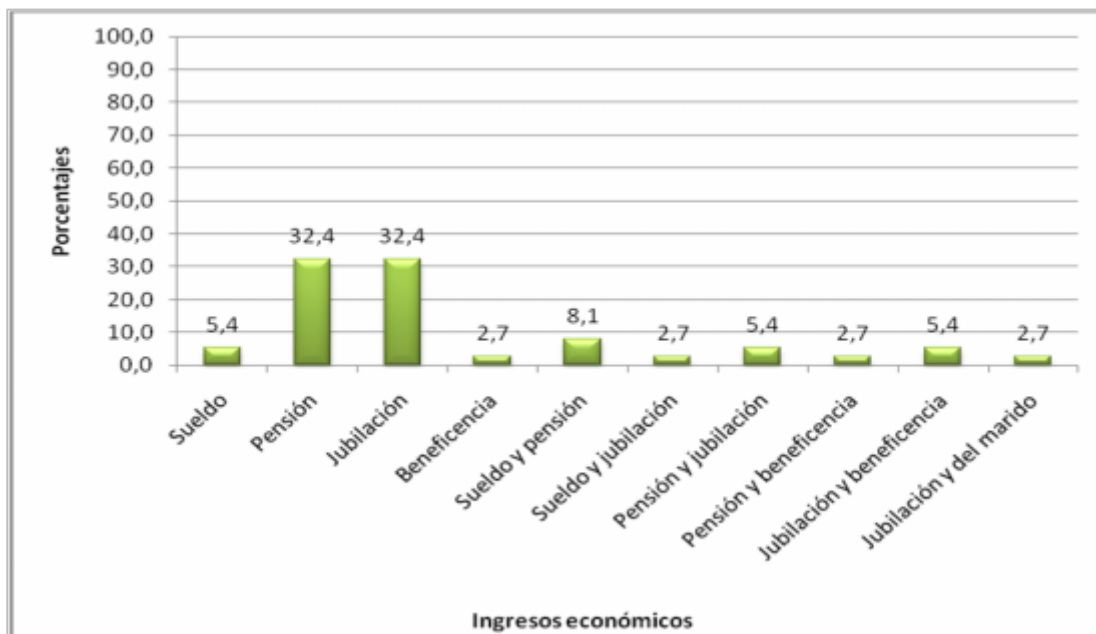
Según ocupación se distribuyen los pacientes en una mayoría como Pasivos con un 75,7%, Activos en un 16,2%, Dueñas de casa en un 5,4% y un 2,7% que corresponde a Montepiado.

GRÁFICO N° 6: “Distribución porcentual de pacientes en tratamiento de HD-HCVB, según Jubilación-Pensión”



A partir del gráfico de ocupación del total de los pacientes 34 refieren recibir jubilación-pensión, lo que corresponde al 91,8% del total, y los restantes 8,1% manifiestan no recibir el beneficio.

GRÁFICO N° 7: “Distribución porcentual de pacientes en tratamiento de HD-HCVB, según ingresos económicos”



Se observa que el mayor ingreso económico es a través de Pensión (32,4%) y Jubilación (32,4%), registrándose ambas con un 64,8% del total de los pacientes.

La pensión asociada a un sueldo se presenta en un 8,1% y a beneficencia en un 2,7% de los pacientes.

La jubilación asociada a un sueldo se presenta en un 2,7%, a beneficencia en un 5,4% y a un aporte entregado por el marido en un 2,7% de los pacientes.

Sólo en un 5,4% de los pacientes se registra el de sueldo como único ingreso económico.

TABLA N° 2: “Distribución de pacientes en tratamiento de HD-HCVB según tiempo de tratamiento”

	Desviación						
	Promedio	Mediana	Moda	estándar	Mínimo	Máximo N°	
Tiempo de Tratamiento (años)	5,8	5	6	4,6	0,1	16	37

De acuerdo al tiempo de tratamiento sustitutivo en Hemodiálisis se observa un periodo que comprende desde 1 mes a 16 años, con un promedio de 5,8 años.

GRÁFICO N° 8: “*Distribución porcentual de pacientes en tratamiento de HD-HCVB, según lugar de procedencia al Centro de Diálisis*”

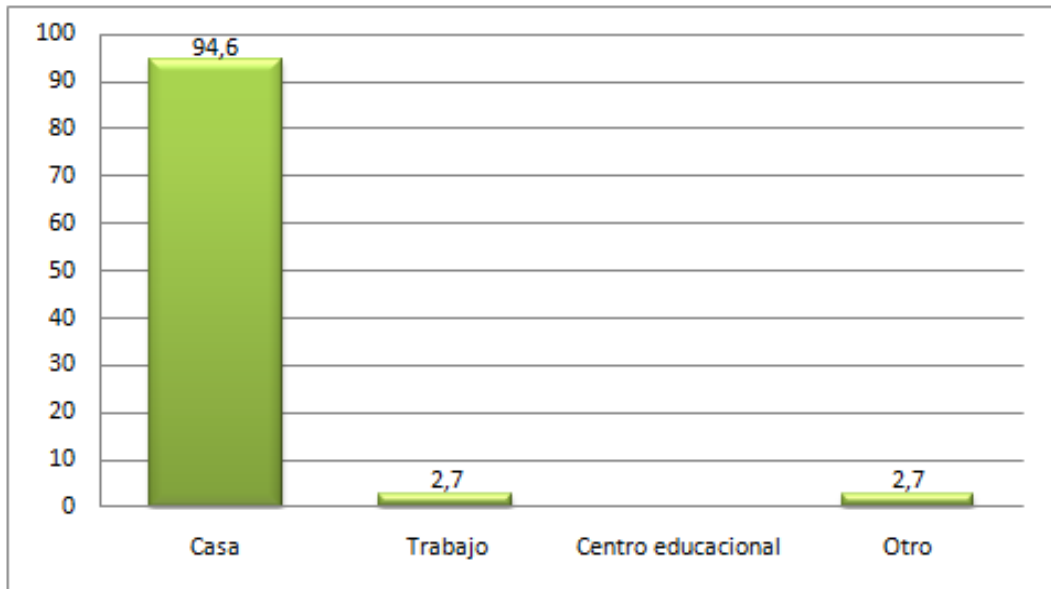


GRÁFICO N° 9: “*Distribución porcentual de pacientes en tratamiento de HD-HCVB, según ciudad de procedencia*”.

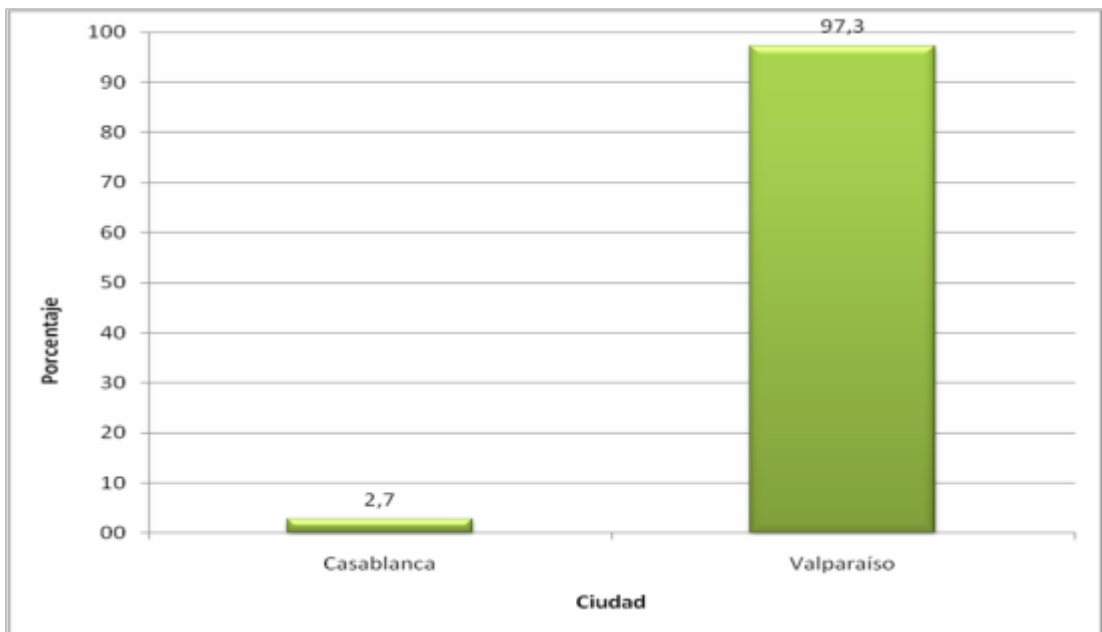
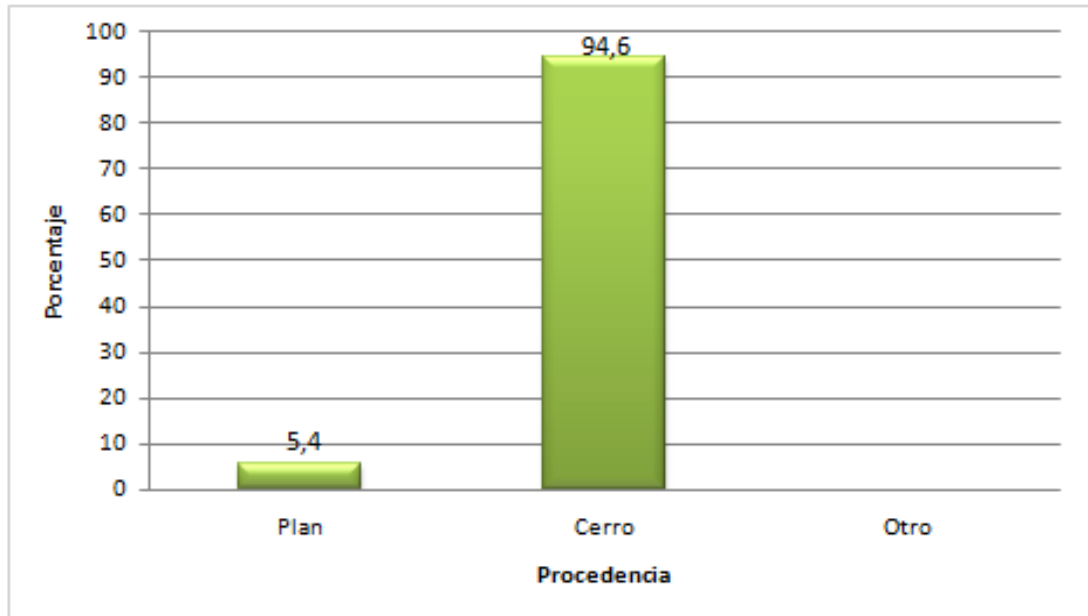


GRÁFICO N° 10: “Distribución porcentual de pacientes en tratamiento de HD-HCVB, según lugar de procedencia”



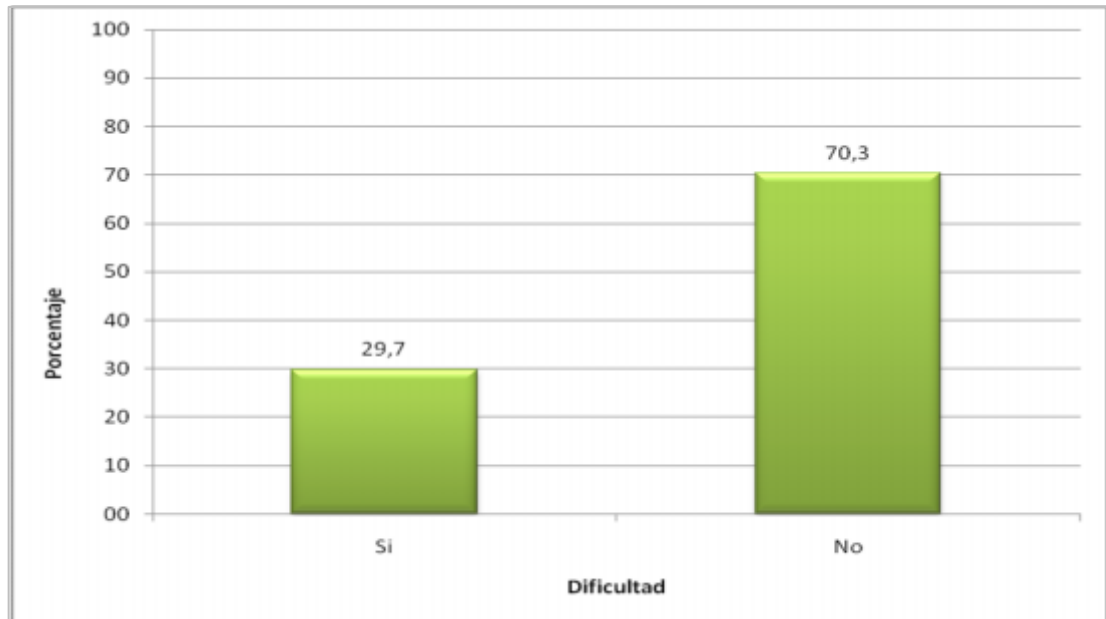
Análisis de los gráficos 8, 9 y 10

El 94,6% de los pacientes refiere dirigirse desde su casa al Centro de Diálisis, y en un mínimo porcentaje desde el trabajo (2,7%). Solo un 2,7% de los encuestados marcó la opción “otro” como respuesta.

Al preguntar dónde está ubicado ese lugar, se evidencia una mayor procedencia de pacientes desde la ciudad de Valparaíso (97,3%), ya que es donde se encuentra el HCVB y es el centro de referencia para el Hospital de Casablanca, ciudad de la que proviene un 2,7% de los encuestados, es decir, un paciente.

De los pacientes de Valparaíso se identifica que un 94,6% provienen de los Cerros de esta ciudad, asociado su geografía.

**GRÁFICO N° 11: “Distribución porcentual de pacientes en tratamiento de HD-HCVB,
según presencia o ausencia de dificultad para llegar al Centro de Diálisis”**



**GRÁFICO N° 12: “Distribución porcentual de pacientes en tratamiento de HD-HCVB,
según causa de ausencia de dificultad para llegar al Centro de Diálisis”**

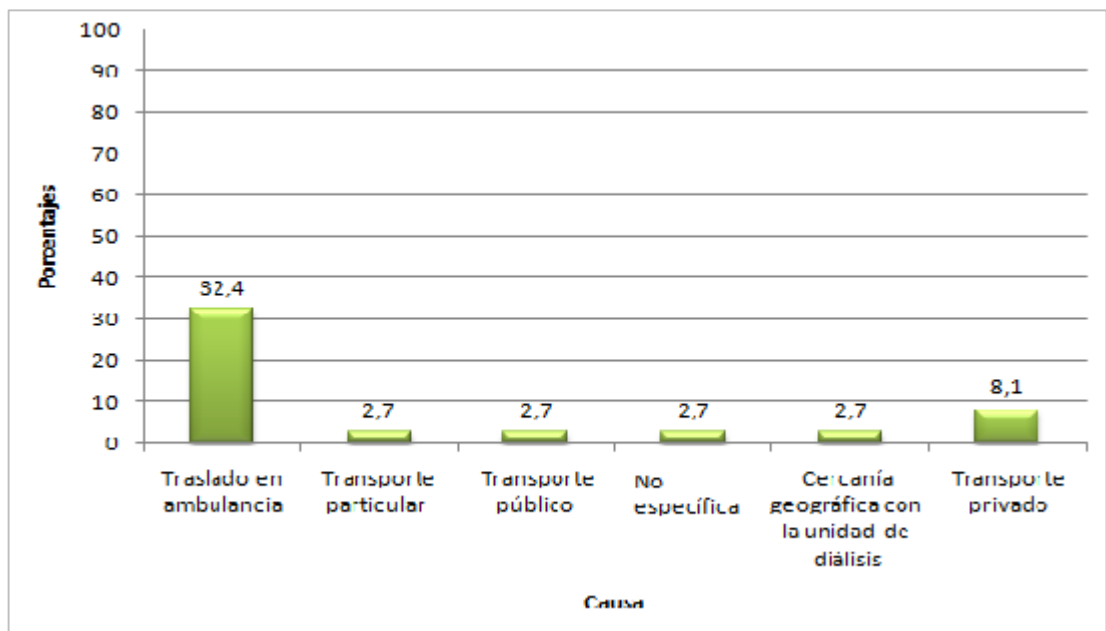
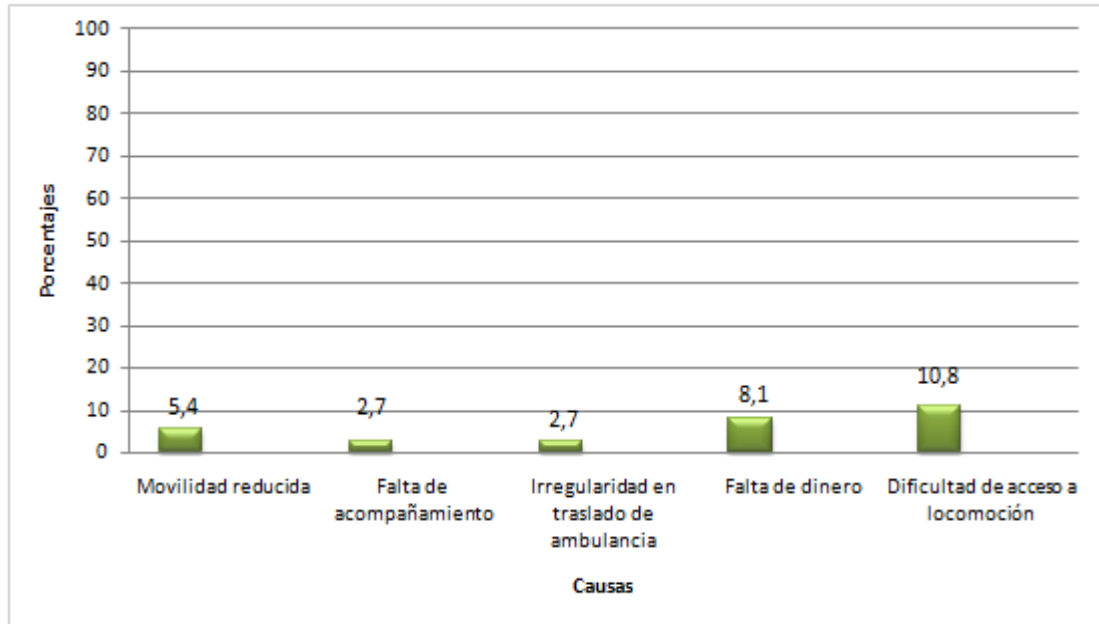


GRÁFICO N° 13: “Distribución porcentual de pacientes en tratamiento de HD-HCVB, según dificultad para llegar al Centro de Diálisis”



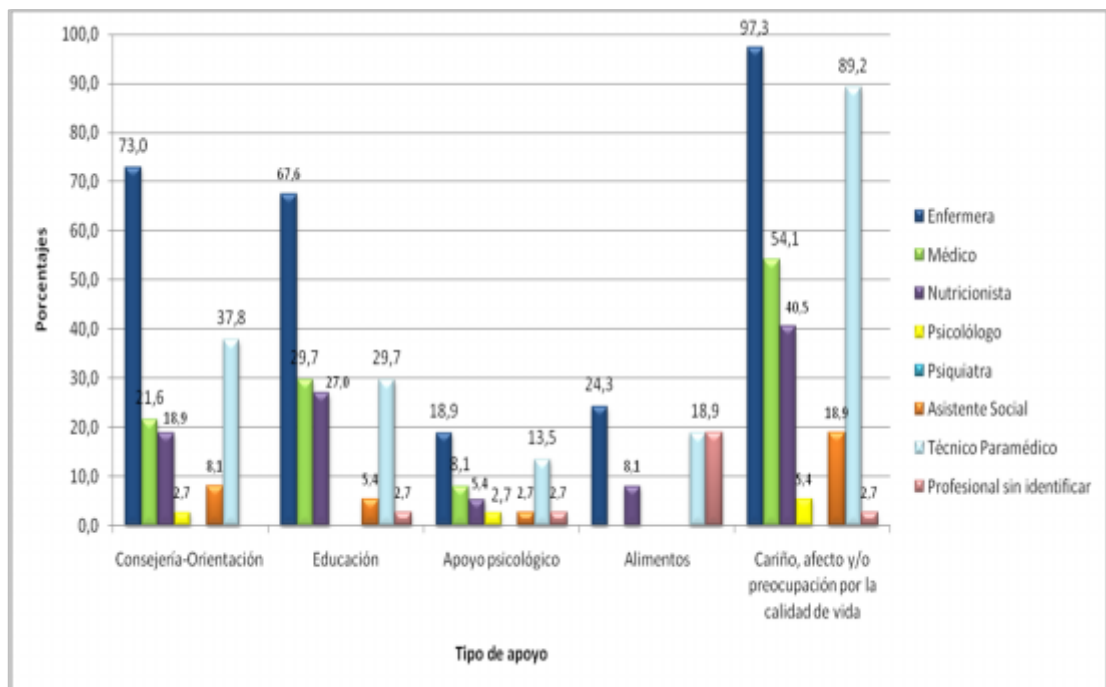
Análisis gráficos 11,12 y 13

Podemos destacar a partir del primer gráfico que un 70,3% de los encuestados refiere no tener dificultad para su traslado al centro de diálisis. Por otro lado, de los pacientes provenientes de los Cerros de Valparaíso, un 29,7% refiere tener algún tipo de dificultad para acceder al Centro de Diálisis, asociado ha acceso a locomoción (10,8%), falta de dinero (8,1%) y en menores porcentajes movilidad reducida, falta de acompañamiento e irregularidad en traslado de ambulancia con un 2,7% cada una. El paciente proveniente de Casablanca, quién representa el 2,7% de la población, no refiere tener dificultad de acceso, ya que es transportado en ambulancia.

Con estos datos podemos identificar una fuerte presencia de Apoyo Formal instrumental en relación al transporte recibido por el 32,4% de los pacientes que son trasladados en ambulancias.

4.3. Descripción del Apoyo Social Formal que reciben/perciben los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis en el HCVB.

GRÁFICO N° 1: “Distribución porcentual de los principales Apoyos sociales Formales entregados por el equipo multidisciplinario de la Unidad de Diálisis del HCVB”



El Profesional Enfermero lidera los cinco tipos de apoyo evaluados, destacándose en el tipo emocional con su componente cariño y afecto, con un 97,3% de los pacientes ingresados al estudio, registrándose en menores porcentajes Consejería-Orientación (73,0%), Educación (67,6%), Alimentos (24,3%) y Apoyo Psicológico (18,9%).

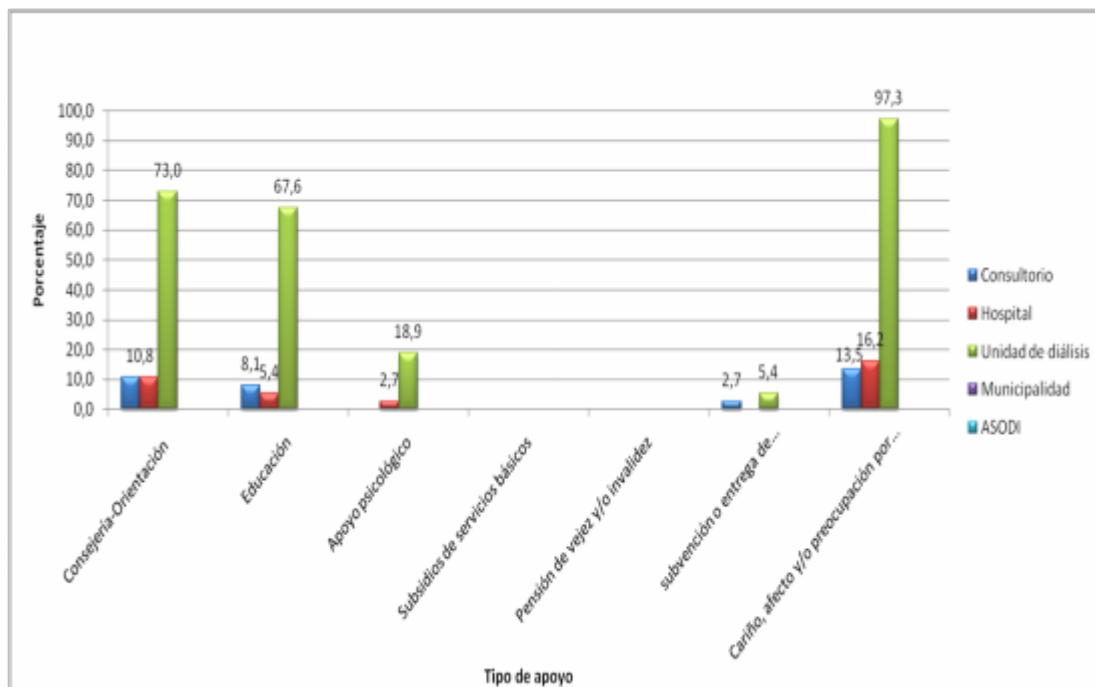
El segundo profesional identificado según estos tipos de apoyo es el Técnico Paramédico, en donde el mayor apoyo recibido/percebido es de tipo emocional (cariño y afecto) en un alto porcentaje (89,2%) de los pacientes. También registra educación en un 29,7%.

El tercer profesional es el Médico, quién registra un mayor apoyo de cariño y afecto en un 54,1% de los pacientes.

En cuarto lugar el Nutricionista, con un apoyo mayor en cariño y afecto (40,5%) y educación en un 27 % de los pacientes.

Continúa en porcentajes menores el Trabajador Social, el profesional sin identificar y el Psicólogo, no existiendo registro porcentual para el apoyo del Psiquiatra en la Unidad de Diálisis.

GRÁFICO N° 2: “Distribución porcentual del Apoyo Social recibido/percibido por los pacientes en tratamiento de HD-HCVB, proveniente del Profesional Enfermero”

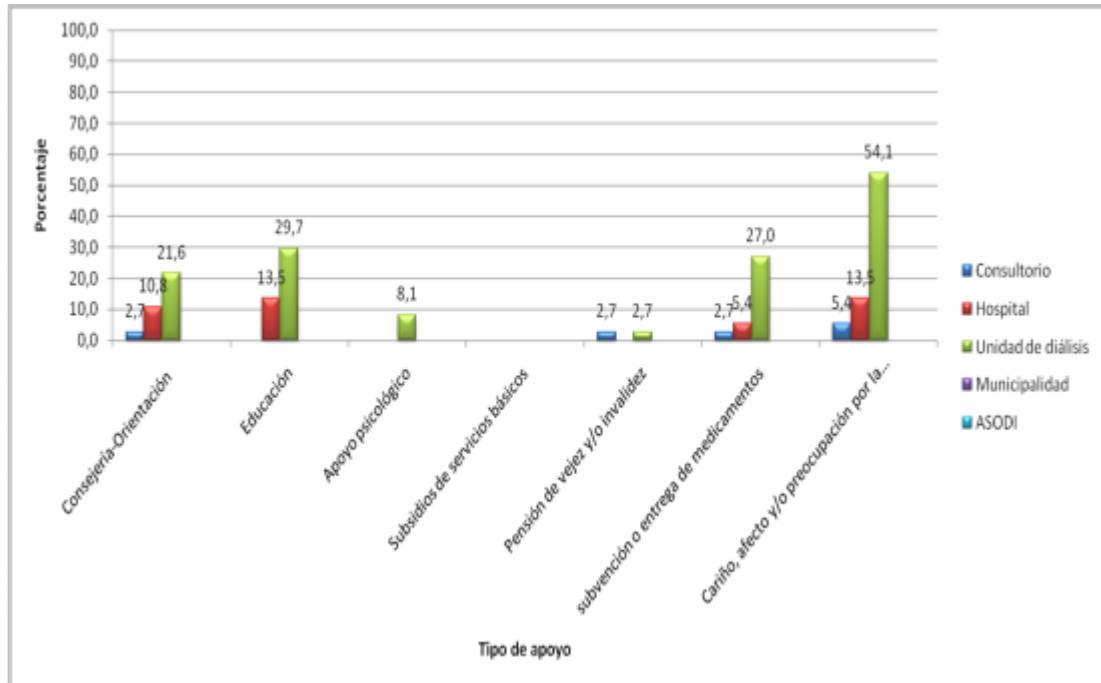


Unidad de Diálisis: cariño o afecto (97.3%), Consejería-Orientación (73%), Educación (67,6%), Apoyo Psicológico (18,9%) y Subvención o Entrega de Medicamentos (5,4%).

En cuanto al Profesional Enfermero del Hospital se aprecian tipos de apoyo recibidos/percibidos pero en porcentajes menores: Cariño o Afecto (16,2%), Consejería-Orientación (10,8%), Educación (5,4%) y Apoyo Psicológico (2,7%).

El Profesional Enfermero del Consultorio es recibidos/percibidos con un apoyo relativamente menor a su par del Hospital, en Cariño o Afecto con un (13,5%), Consejería-Orientación (10,8%) y Educación (8,1%), y Subvención o Entrega de Medicamentos (2,7%).

GRAFICO N° 3: “Distribución porcentual del Apoyo Social recibido/percibido por los pacientes en tratamiento de HD-HCVB, proveniente del Profesional Médico”

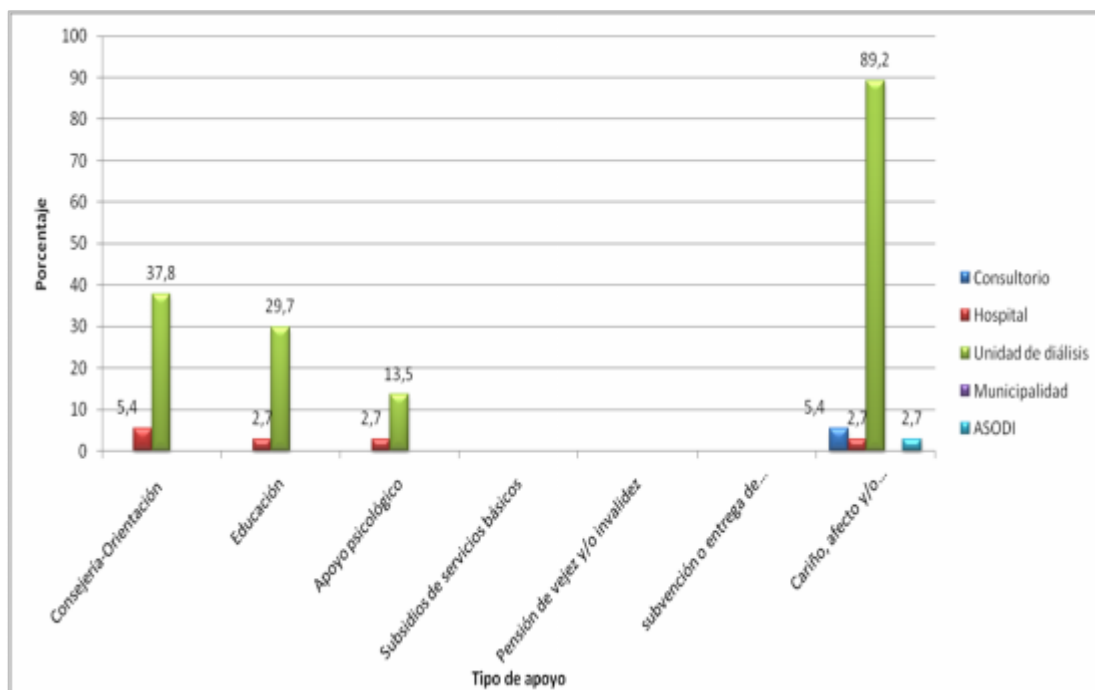


Se aprecia un mayor apoyo por parte del médico de la UD en relación a Cariño o Afecto (54,1%), Educación (29,7%), Subvención o Entrega de Medicamentos (27%), Consejería-Orientación (21,6%) y Apoyo Psicológico (8,1%).

Seguido se encuentra el Médico del Hospital con los siguientes apoyos: Cariño o Afecto (13,5%), Educación (13,5 %), Consejería-Orientación (10,8%) y Subvención o Entrega de Medicamentos (5,4%).

Dato no menos importante es el bajo porcentaje que se muestra en el Médico de Consultorio, donde se menciona una entrega de apoyo sólo en Cariño o Afecto (5,4%), Consejería-Orientación, Subvención o Entrega de Medicamentos, Pensión de Vejez con un (2,7%), cada una.

GRÁFICO N° 4: “Distribución porcentual del Apoyo Social recibido/percibido por los pacientes en tratamiento de HD-HCVB, proveniente del Técnico Paramédico”



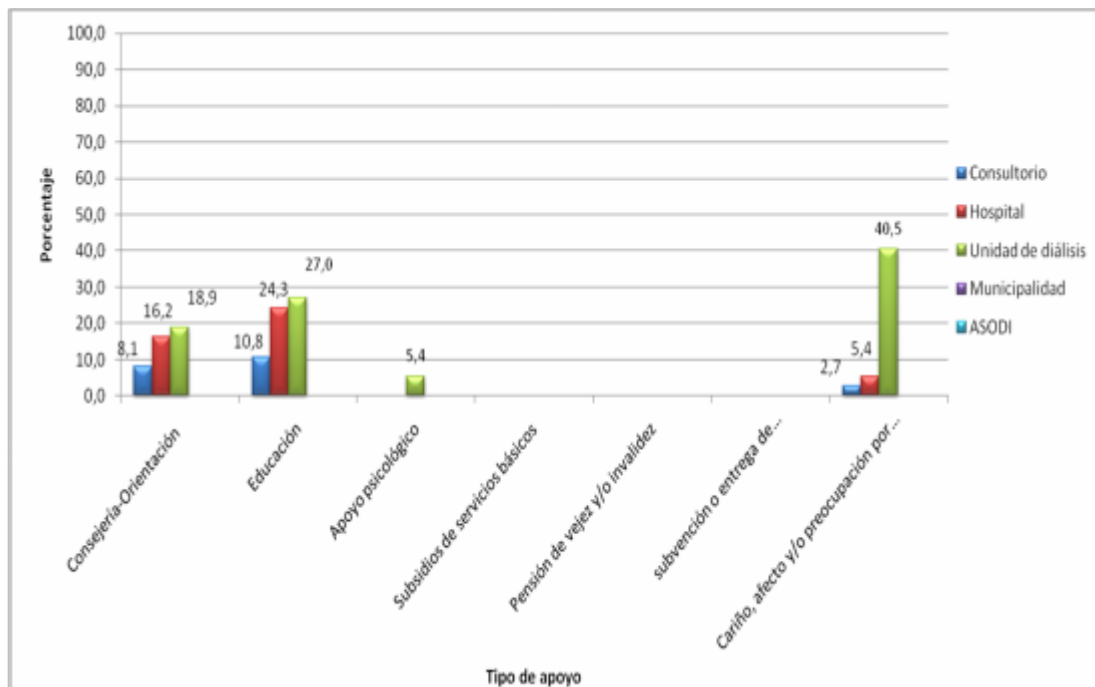
El Técnico Paramédico de la UD es identificado con una mayor entrega de apoyo en lo referente a Cariño o Afecto (89,2%), Consejería-Orientación (37,8%), Educación (29,7%) y Apoyo Psicológico (13,5%).

En segundo lugar se encuentra el Técnico Paramédico del Hospital con Consejería-Orientación (5,4%), Cariño o Afecto, Educación y Apoyo Psicológico con un (2,7%) para cada uno.

El Técnico Paramédico del Consultorio sólo se recibe/percibe en Cariño o Afecto con un (5,4%).

En relación a ASODI se presenta en un mínimo porcentaje en relación a Cariño o Afecto con un (2,7%).

GRÁFICO N° 5: “Distribución porcentual del Apoyo Social recibido/percibido por los pacientes en tratamiento de HD-HCVB, proveniente del Profesional Nutricionista”

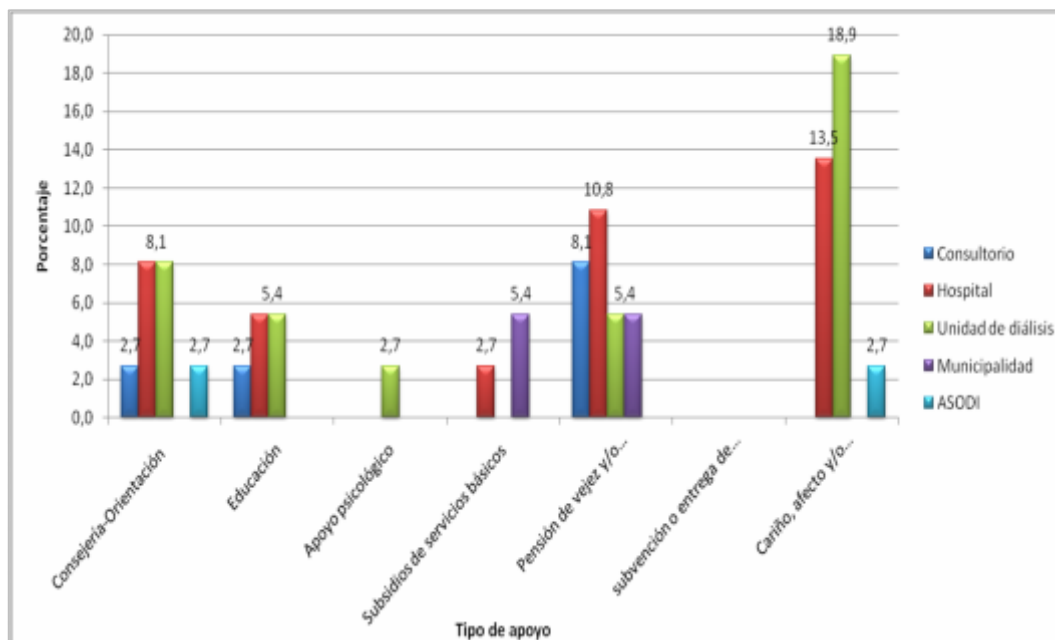


Se aprecia una mayor recepción de apoyo por parte de la Nutricionista de la UD en relación a: Cariño o Afecto (40,5%), Educación (27%), Consejería-Orientación (18,9%) y Apoyo Psicológico (5,4%).

La Nutricionista del Hospital aparece en menor porcentaje con Educación (24,3 %), consejería-orientación (16,2%), Educación (9%) y Cariño o Afecto (5,4%)

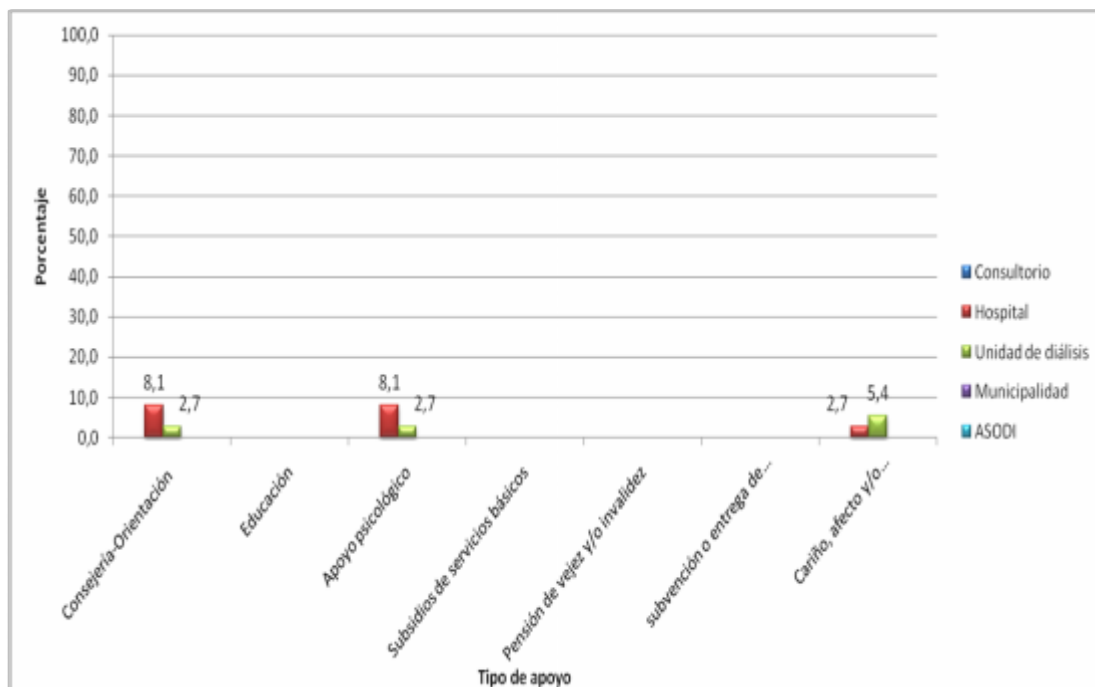
Finalmente el Profesional del Consultorio con Educación (10,8%), Consejería-Orientación en un (8,1%) y Cariño o Afecto (2,7%).

GRÁFICO N° 6: “Distribución porcentual del Apoyo Social recibido/percibido por los pacientes en tratamiento de HD-HCVB, proveniente del Profesional Trabajador Social”



Se recibe/percibe un apoyo por parte del Trabajador Social asociado al Hospital, encontrándose Cariño o Afecto (13,5%), Pensión de Vejez (10,8%), Consejería-Orientación (8,1%), Educación (5,4%) y Subsidio de Servicios Básicos (2,7%). En el mismo porcentaje total se encuentra el Trabajador Social asociado a la UD es identificado en la entrega de Cariño o Afecto en un (18,9%), Consejería-Orientación (8,1%), Pensión de Vejez y/o invalidez (5,4%), Educación (5,4%) y Apoyo Psicológico (2,7%). El Trabajador Social de la Municipalidad se relaciona con el tipo de apoyo material, expresado en Pensión de Vejez y Subsidio de Servicios Básicos, recibándose cada una en un 5,4% de los pacientes. En el Consultorio, el apoyo entregado por el Trabajador Social se hace presente en Pensión de Vejez y/ invalidez(8,1%), Consejería-Orientación (8,1%) y Educación 2,7%). Se observa que el Trabajador Social de ASODI entrega un apoyo en Cariño, Afecto (2,7%) y en Consejería-Orientación (2,7%). Se observa que el Trabajador Social de ASODI entrega un apoyo en Cariño o Afecto (2,7%) y en Consejería-Orientación (2,7%).

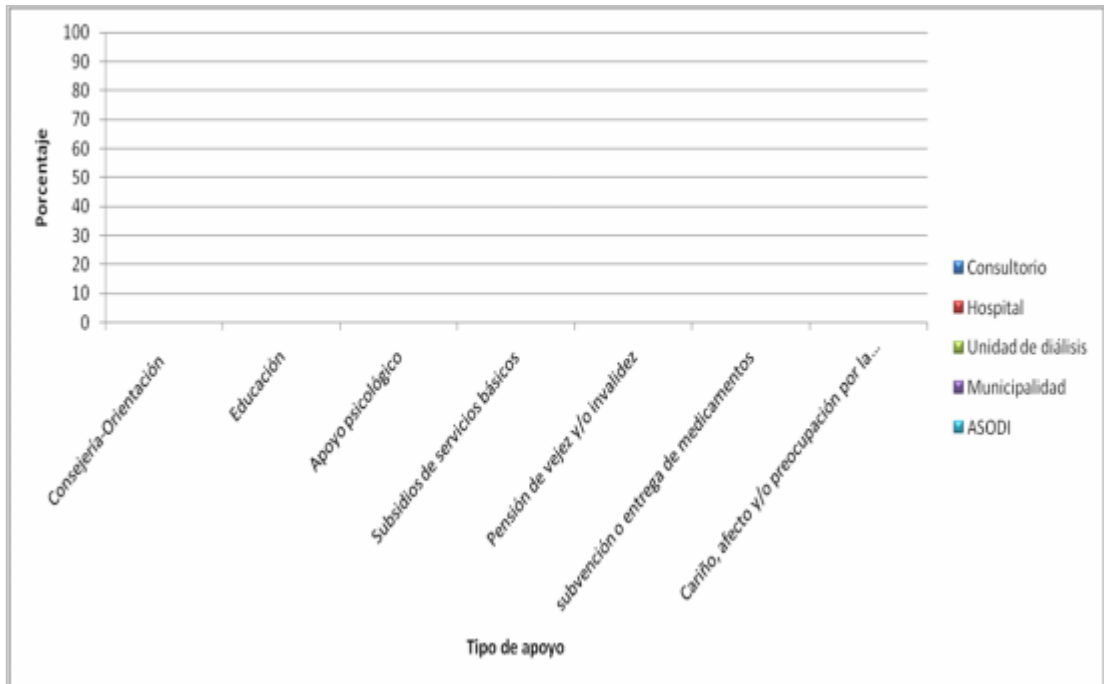
GRÁFICO N° 7: “Distribución porcentual del Apoyo Social recibido/percibido por los pacientes en tratamiento de HD-HCVB, proveniente del Profesional Psicólogo”



El Psicólogo aparece en primer lugar asociado al Hospital en apoyo cognitivo de tipo Consejería-Orientación (8,1%), Apoyo Psicológico (8,1%) y Cariño o Afecto (2,7%).

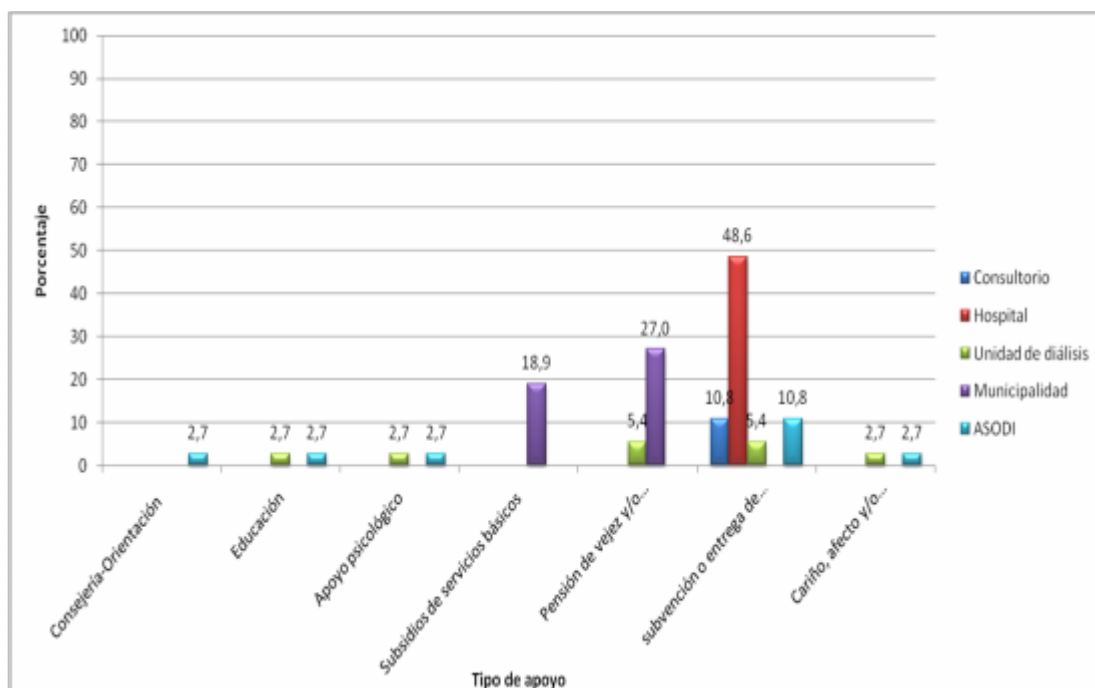
En segundo lugar corresponde al Profesional de la UD donde entrega Cariño o Afecto (5,4%) Consejería-Orientación (2,7%), y Apoyo Psicológico (2,7%).

GRÁFICO N° 8: “Distribución porcentual del Apoyo Social recibido/percibido por los pacientes en tratamiento de HD-HCVB, proveniente del Profesional Psiquiatra”



El Psiquiatra en relación a los 4 tipos de apoyo (cognitivo, material, instrumental y emocional) y en todos sus componentes no resultó recibido/percibido por ninguno de los pacientes ingresados en nuestro estudio.

GRÁFICO N° 9: “Distribución porcentual del Apoyo Social recibido/percibido por los pacientes en tratamiento de HD-HCVB, proveniente del Profesional sin Identificar”

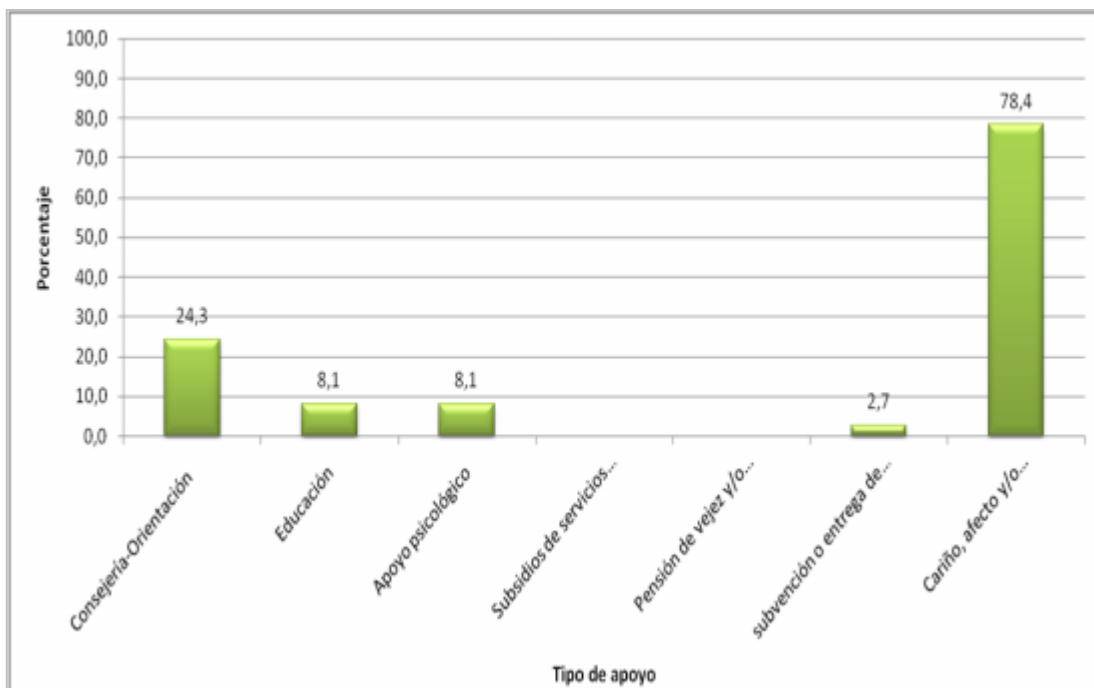


Se aprecia un importante apoyo recibido/percibido de parte del profesional sin identificar del Hospital en Subvención o Entrega de Medicamentos (48,6%). En segundo lugar se encuentra el profesional de la Municipalidad, con pensión de vejez con un (27%) y Subsidios de Servicios Básicos con un (18,9%). Por parte del profesional sin identificar de ASODI se recibe/percibe subvención o entrega de medicamentos con un (10,8%), y consejería-orientación, Educación, Apoyo Psicológico, Cariño, Afecto con un (2,7%) en cada una.

En la Unidad de Diálisis el profesional sin identificar se encuentra el pensión de vejez y subvención o entrega de medicamentos con un (5,4%) cada una, y educación, apoyo psicológico y cariño y afecto con un (2,7%) por cada una.

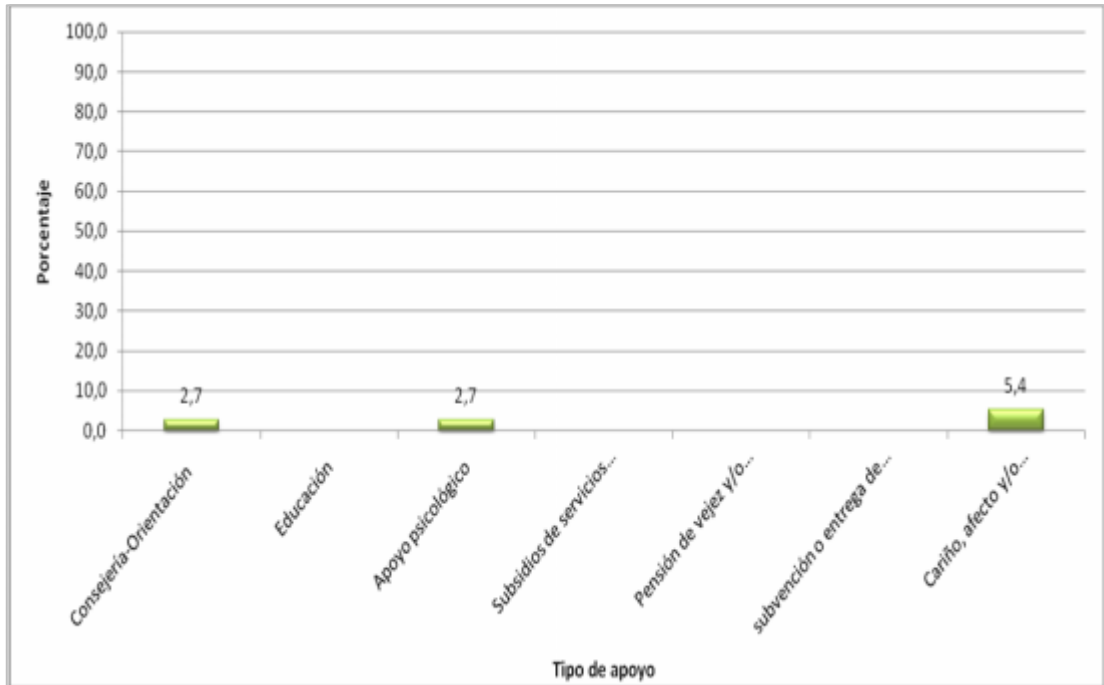
Los pacientes del Consultorio reciben/perciben Subvención o Entrega de Medicamentos en un (10,8%).

GRÁFICO N° 10: “Distribución porcentual del Apoyo Social recibido/percibido por los pacientes en tratamiento de HD-HCVB, proveniente de las Damas de Rosado”



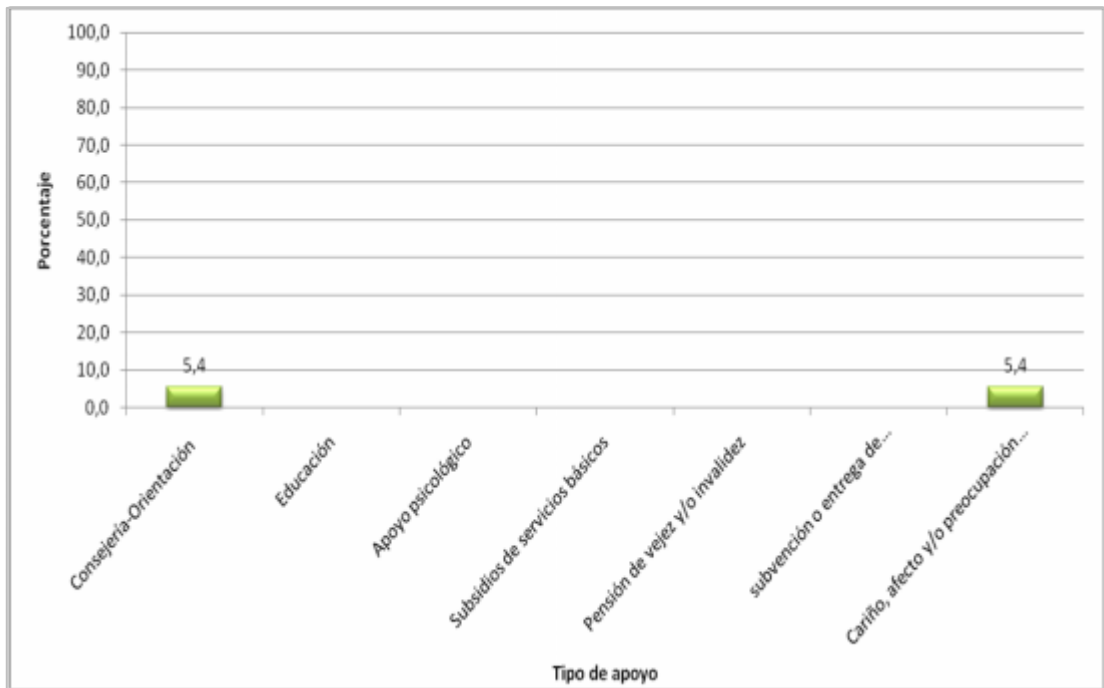
El Voluntariado de las Damas de Rosado, de origen Adventista, se aprecia con un apoyo recibido/percibido en un mayor porcentaje de tipo emocional con Cariño ,Afecto (78,4%) seguido de Consejería-Orientación (24,3%), en cuanto a Educación y Apoyo Psicológico son identificadas en un (8,1 %) en cada uno y finalmente en un (2,7 %) en la Subvención y/o entrega de Medicamentos.

GRÁFICO N° 11: “Distribución porcentual del Apoyo Social recibido/percibido por los pacientes en tratamiento de HD-HCVB, proveniente de las Juntas de Vecinos”



La Junta de Vecinos de cada pacientes son recibida/percibida con un bajo porcentaje de entrega de apoyo, siendo identificado Cariño, Afecto y/o Preocupación por la Calidad de Vida (5,4%) y en un su expresión mínima en Consejería, Apoyo Psicológico con un (2,7%) cada una.

GRÁFICO N° 12: “Distribución porcentual del Apoyo Social recibido/percibido por los pacientes en tratamiento de HD-HCVB, proveniente de las comunidades religiosas”



En general se manifiesta un apoyo recibido/percibido escaso por parte de las Comunidades Religiosas asociado a Consejería-Orientación (5,4%) y, Cariño, Afecto (5,4%), descartándose los apoyos instrumentales por ser este un tipo de comunidades sin los medios para ofrecerlas, y por un escaso grado de participación.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE LOS

RESULTADOS,

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

5. 1. Conclusiones

En el desarrollo de nuestra investigación y según los objetivos planteados inicialmente, podemos señalar que estos se cumplieron por medio de la revisión bibliográfica, operacionalización de variables, confección del marco teórico, elaboración y aplicación del instrumento, organización de los datos y análisis de los resultados, logrando identificar el Apoyo Social Formal recibido/percibido por los pacientes adultos Hemodializados del Hospital Carlos Van Buren.

Respecto al perfil del paciente en HD-HCVB podemos señalar que existe un predominio del sexo femenino con un 57% en relación al sexo masculino, en donde el grupo etáreo con mayor tendencia corresponde al de 61 años y más con un 64,9%, de los cuales 66,7% corresponde a mujeres y 33,3% a hombres. Según la XXX Cuenta de Hemodiálisis Crónica en Chile realizada por el Dr. Hugo Poblete en el año 2010, esto no correspondería a la realidad nacional, ya que en nuestro país, la mayor cantidad de pacientes en Hemodiálisis corresponde al sexo masculino. En cuanto a la edad, esto si coincide, pues señala que el mayor número de pacientes se encuentra en el rango de 61 años y más.

En cuanto al nivel de estudio de los pacientes, el mayor porcentaje con un 43,2%, presenta una escolaridad de Enseñanza Básica incompleta, lo cual se contrasta con la realidad nacional ya que según el CENSO del 2002, la población con escolaridad básica es de un 41%, cifra similar a lo obtenido en nuestro estudio. Por otra parte, un 24,3 % de los pacientes en HD presenta un nivel de Enseñanza Media completa, lo que en relación al CENSO del 2002 estaría por debajo de la estadística nacional, ya que ésta corresponde al 36%. La importancia para Enfermería radica en que, a través de la valoración, los profesionales deben conocer qué nivel de estudio tienen los pacientes a modo de guía o enfoque para las intervenciones y metodología a utilizar en las educaciones. Además el bajo nivel de estudios presentado por los pacientes, aumenta el riesgo de mala adherencia al tratamiento, donde el equipo multidisciplinario debe poner mayor énfasis en las educaciones y prevenciones otorgadas para la satisfacción de las necesidades de estos pacientes.

De acuerdo a la Previsión de Salud, se observa que la totalidad de pacientes encuestados en HD-HCVB están adscritos sólo a FONASA A y B, siendo A con un porcentaje de 59,5% y B un 40,5%. Según FONASA (2009) en Chile un 73,5 %, de personas pertenecen a dicha previsión.

Del total de la población de nuestra región los pacientes pertenecientes a FONASA corresponden al 73%, de los cuales un 19,6% pertenecen a la categoría A, y un 22,9% a FONASA B, lo que no coincide con los resultados arrojados en nuestro estudio. La importancia de destacar la previsión en estos pacientes es que ambas categorías de FONASA (A y B) otorgan gratuidad en la atención de salud, incluyendo el tratamiento de Hemodiálisis.

Respecto a la ocupación e ingresos se destaca que un 91,8% de los pacientes reciben jubilación o pensión, lo que corresponde a un tipo de Apoyo Social Formal, de tipo material. Esto influye como un factor protector para satisfacer en mayor o menor grado las necesidades económicas de los pacientes.

Respecto al tiempo de tratamiento, en nuestro estudio se observa que el promedio del tiempo de HD es de 5,8 años mientras que la máxima es de 16 años y el mínimo de 1 mes. Según la XXX Cuenta de Hemodiálisis Crónica en Chile realizada por el Dr. Hugo Poblete en el año 2010, se presenta una mayor tendencia en los pacientes que llevan menos de 1 año en tratamiento de HD, con un máximo de 25 años y más. En la Región de Valparaíso se encuentran 8 pacientes que presentan un tiempo de HD de 25 años, dato que no pudimos evidenciar en nuestro estudio. El tiempo de tratamiento afecta la salud mental del paciente, la respuesta frente a la enfermedad varía ostentablemente si el paciente padece una enfermedad de corta duración, o si, por el contrario se trata de una enfermedad de larga duración, con tratamiento paliativo, invalidante o en ocasiones mutilante como es el caso de la IRCT (Novel et al, 2000).

En cuanto a la procedencia de los pacientes que se HD en el HCVB, observamos en nuestro estudio que un 2,7% proviene de Casablanca y un 97,3% de Valparaíso, de los cuales, un gran porcentaje refiere trasladarse desde el Cerro (94,6%), presentándose un 29,7% que refiere dificultades en su traslado. Dentro de estas dificultades fueron referidas; movilidad reducida, falta de acompañamiento, irregularidad en traslado de ambulancia, falta de dinero y en un mayor porcentaje difícil acceso a locomoción con un 10,8%. Esto deja en evidencia que la ubicación y las distintas dificultades presentadas, sumado a esto el estado de salud de los pacientes, deja de manifiesto la gran necesidad de apoyo instrumental.

Respecto al Apoyo Social Formal de los pacientes que se Hemodializan en el HCVB, en nuestro estudio consideramos dos aspectos importantes a evaluar, siendo estos el origen; el que puede ser por parte del Estado, de las Redes de Apoyo Social y de los Profesionales del Área de Salud;

y los tipos del Apoyo Social Formal que pueden ser: instrumentales, materiales, cognitivos y emocionales.

Uno de los orígenes corresponde a la Unidad de Diálisis del Hospital Carlos Van Buren, perteneciendo a un apoyo del Estado, el que resulta representativo para nuestro estudio, ya que nuestra población realiza aquí su tratamiento sustitutivo. Dentro de ésta Unidad existe una variedad de Profesionales del Área de la Salud, que entregan diversos tipos de apoyo, a través de nuestro instrumento fueron evaluados 16 de ellos, de estos fueron seleccionados 5 apoyos, siendo los siguientes los más representativos a nivel global: Cariño, Afecto y/o Preocupación por la Calidad de Vida, Consejería-Orientación, Educación, Alimentos y Apoyo Psicológico.

En cuanto al Profesional Enfermero, el apoyo más identificado por los pacientes es el de tipo emocional y cognitivo, es decir: Cariño, Afecto y Preocupación por la Calidad de Vida, Educación y Consejería, esto por un lado se puede explicar dada las características propias del tratamiento, tales como tiempo y cronicidad de las sesiones de Diálisis (Alarcón et al, 2009) que favorecen el vínculo afectivo y de relación terapéutica que se desarrolla entre los pacientes y el Enfermero/a y que permite a su vez que el individuo sea capaz de satisfacer su necesidad de comunicación y afecto (Pérez & Armijo, 2007). Que sea el apoyo con mayor porcentaje indica que los pacientes se sienten queridos, escuchados y acompañados lo que favorece su tratamiento y rehabilitación (Mera, 2006).

El segundo apoyo más identificado es la Educación, es por esto que los Enfermeros/as buscan dentro de sus intervenciones modificar estilos de vida del paciente o bien reforzar, para mejorar el estado o calidad de vida de este. Para que esta modificación se realice, se ocupa la educación en salud, poniendo énfasis en el Rol de Educadora, según Marriner & Raile (2003) quien describe la importancia y utilidad de que los pacientes reciban constantemente educaciones.

El tercer apoyo más identificado es el de Consejería-Orientación, muy similar a la importancia que tiene la educación constante en los pacientes, la Consejería por parte del Profesional Enfermero/a ayuda a las personas y cumple un rol fundamental en la rehabilitación y mejora de la calidad de vida, enfatiza que la experiencia del tratamiento, debe ser aceptado y adaptado a cada realidad entonces así, el Profesional actúa como guía en donde la experiencia integra a la persona (Marriner & Raile, 2003).

Desde el punto de vista de las instituciones en donde se originan los apoyos, hay un significativo porcentaje que precede de la Unidad de Diálisis, que tiene relación a las características del tratamiento, cercanía con los Profesionales y por la satisfacción de las necesidades presentadas por estos pacientes.

Los pacientes con patologías concomitantes se atienden en el Hospital, lo que responde a la cercanía de la atención, esto avalado por la EU Sra. Tegualda Ponce, quien en su entrevista describe que cada vez los pacientes se dirigen menos a los Consultorios asignados y que prefieren, con actitud curativa, solo atenderse en el Hospital Carlos Van Buren.

En cuanto al Profesional Médico, los apoyos que más se identifica por la mitad de los pacientes en Diálisis, son los de de tipo emocional, cognitivo y material: Cariño, Afecto y Preocupación por la Calidad de Vida, Educación y Subvención y/o Entrega de Medicamentos. La importancia de estos tipos de apoyo, responden a las características del Rol del Profesional Médico, quien debe poseer amplio conocimiento de las herramientas terapéuticas que se disponen relativas al reposo, la dieta, la terapia psicológica y física (Goic, 2002).

El segundo apoyo más identificado es el de Educación y en tercer lugar Subvención y/o Entrega de Medicamentos, en donde la Enfermera Supervisora del Servicio de Diálisis, Sra. Tegualda Ponce, durante su entrevista asegura que todos los pacientes requieren de intervenciones educacionales para que su tratamiento y rehabilitación, se den con curso beneficioso.

Ahora bien el Rol del Profesional Médico es educar a los pacientes sobre la naturaleza de su enfermedad, tratamientos disponibles, pronóstico de su enfermedad y los estilos de vida que pueden adoptarse. Por lo tanto dialogar y favorecer su participación en la toma de decisiones es lo más conveniente para su situación particular y fomentar la responsabilidad en el cuidado de su salud (Goic, 2002).

En relación a la Subvención y/o Entrega de Medicamentos, el Profesional Médico es quien otorga el documento para el retiro de los medicamentos por parte de los pacientes, esto significa un tipo de Apoyo Formal para el tratamiento de éstos, el cual además está descrito en la Guía Clínica de Insuficiencia Renal Crónica Terminal, MINSAL, 2005.

En cuanto a las Instituciones del cual precede los tipos de apoyo que reciben/perciben los pacientes, la UD es la de mayor porcentaje, esto debido a las características del tratamiento, al

vinculo o relación terapéutica, y a los requerimientos obligatorios que establece la presencia del Profesional Médico Nefrólogo en las instalaciones de la Unidad (Ministerio de Salud, 2010).

El Técnico Paramédico por su parte es identificado con los tipos de apoyo emocional, y cognitivo, con mayor porcentaje la entrega de Cariño, Afecto y/o Preocupación por la Calidad de Vida, Consejería-Orientación y en un menor porcentaje Educación.

Según el Artículo número 2, letra C del Reglamento para el Ejercicio de la Profesión de los Auxiliares de Enfermería del año 1978, publicado en la página del Colegio de Paramédicos de Chile y actualizado el año 2002, una de sus labores es colaborar con el equipo de salud en la educación de los pacientes y de la comunidad, conforme a las normas que se establezcan sobre la materia. Por su parte el Artículo 3, de dicho Reglamento, señala en su punto 1 que los Auxiliares de Enfermería deben cuidar de la higiene, aseo personal, bienestar físico y psíquico del paciente en el hogar como en la institución en la que desempeñe sus funciones, por lo que la entrega de los Apoyos Sociales arrojados en nuestro estudio coinciden con lo estipulado como rol de las Auxiliares de Enfermería y Técnicos Paramédicos.

En relación a las Instituciones de las cuales precede el apoyo recibido/percibido, la UD es la que se observa un mayor porcentaje, seguido del Consultorio y en tercer lugar el Hospital.

En cuanto al Profesional Nutricionista por su parte es mayormente identificada por los pacientes como fuente de dos tipos de apoyos; emocional y cognitivo, siendo estos; Cariño, Afecto y/o Preocupación por la Calidad de Vida, Consejería-Orientación y Educación. Estos apoyos presentan una gran importancia según lo referido por la Sra. Paola Salas, presidenta de ASODI y paciente en tratamiento sustitutivo con HD, “este tipo de paciente necesita de una alimentación adecuada y estricta”, para controlar los niveles de fósforo, potasio, sodio y calcio (Berrio et al, 2004 citado en Contreras et al, 2007), lo que vuelve fundamental el apoyo entregado por la Nutricionista para el cumplimiento de la dieta indicada. Estos tipos de apoyo son entregados principalmente por la Profesional Nutricionista de la UD, debido al largo tiempo que pasan los pacientes en tratamiento de HD, ya que éste debe asistir al menos tres veces por semana a la Unidad Renal y permanecer allí de tres a cuatro horas por sesión (García, Fajardo, Guevara, González y Hurtado, 2002 citado en Contreras et al, 2007) en el HCVB, teniendo aquí este Profesional la oportunidad de entregarle estos tipos de ayuda.

Los apoyos menos entregados por el Profesional Nutricionista son de tipo material, estos son; Subsidios de Servicios Básicos, Pensión de Vejez o Invalidez y Subvención y/o Entrega de Medicamentos. Estos apoyos según el Colegio de Nutricionistas de Chile A. G. (2010) en el Código de ética profesional no se describen presentes como parte de su profesión, por lo que no correspondería que el/la Nutricionista entreguen este tipo de apoyo.

En la entrevista con la TS Sra. Susana Montenegro refiere que su profesión se desarrolla en el Hospital como un canal para que los pacientes puedan acceder a los distintos beneficios, los que son destinados según sus características socioeconómicas actuales, y que son muy desconocidas y poco difundidas, siendo de carácter instrumental y material, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, resulta muy importante el alto porcentaje de apoyo recibido/percibido de tipo emocional que entrega este Profesional, identificándose el proveniente del Hospital y la Unidad de Diálisis, considerando la alta demanda de trabajo que, ya que el HCVB sólo cuenta con tres Trabajadores Sociales para todos sus servicios.

El Psicólogo es identificado como fuente de apoyo de dos tipos: Cognitivo y Emocional, siendo estos; Consejería-Orientación, Apoyo Psicológico y Cariño, Afecto y/o Preocupación por la Calidad de Vida. Estos tipos de apoyos entregados por el Profesional Psicólogo, son de gran importancia para los pacientes con IRCT, ya que al ser ésta una patología con tratamiento no resolutivo que produce una grave distorsión en la vida de la persona, por la amenaza implícita o explícita que supone a su integridad, así como por los múltiples cambios en el estilo de vida a los que debería hacer frente desde el inicio, cambios en la autoimagen y autoconcepto, en la dinámica familiar, en su vida laboral y de relación, en la rutina cotidiana y en las capacidades físicas (Novel et al, 2000). Esto es posible de evidenciar tras estudios y bibliografías que afirman que los pacientes en Diálisis tienen mayor propensión a presentar depresión, demencia, alteraciones relacionadas con el abuso de drogas y alcohol, trastorno de ansiedad y personalidad (Daugirdas et al, 2003). Esto hace necesario el apoyo de parte de este Profesional.

La Institución a la cual pertenece el Profesional Psicólogo que entrega estos tipos de apoyo, se observa principalmente en el Hospital, donde los pacientes pueden tener acceso a sus consultas mediante derivaciones desde la UD. Si bien la Guía Clínica de la IRCT, MINSAL 2005, no incluye especificaciones en torno a este Profesional y sobre las afecciones psicológicas que este tipo de pacientes puede presentar, se hace necesario aondar más en este tema, y así favorecer la

satisfacción de las necesidades que se encuentran con algún grado de dependencia por los pacientes con IRCT en tratamiento de HD.

En cuanto al Profesional Psiquiatra, no se registraron referencias de los pacientes respecto de algún tipo de apoyo recibido/percebido. Sin embargo existe una gran prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes en Hemodiálisis, asociados a factores relacionados con la calidad de vida y sus características funcionales (Daugirdas et al, 2003). Dentro del programa GES no están incluidas las horas de atención por parte del Psiquiatra, dada la importancia y el cambio del enfoque de salud–enfermedad, se hace indispensable la presencia del equipo de Salud Mental en los Centros de Diálisis.

En relación a los Profesionales sin identificar, los principales tipos de apoyo entregados son de tipo material; Pensión de Vejez y/o Invalidez y Subvención de Servicios Básicos.

La dificultad para identificar al profesional como origen del Apoyo Social, podría deberse al uso incorrecto del uniforme, según un estudio (León, 2006) publicado por la revista Cubana de Enfermería llamado “El uniforme y su influencia en la imagen social”, señala que en la actualidad a pesar de la existencia de normas y del esfuerzo que se viene realizando, se observan con frecuencia modificaciones y uso incorrecto del uniforme, este tema es polémico por las diversas opiniones que surgen alrededor de él, sobre todo por el uso inadecuado y las modificaciones que se le están realizando al uniforme. El uniforme, según el Diccionario Ilustrado de la Lengua Española, es “un vestido peculiar y distintivo que usan los individuos pertenecientes a un mismo cuerpo, a un mismo colegio y que tiene la misma forma”. La utilización de una vestimenta adecuada, responde a las normas y exigencias de la profesión, así como el respeto que le tiene a la sociedad, elementos que favorecen una adecuada imagen social. La presencia de estos Profesionales se evidencia en las siguientes instituciones según orden porcentual creciente: Hospital, Consultorio, ASODI y Unidad de Diálisis, como fuentes de subvención y/o entrega de medicamentos. En cuanto a la entrega de pensión de vejez y/o invalidez, se destaca en Profesionales sin identificar pertenecientes a la Municipalidad y en un menor porcentaje a la UD. Otro tipo de apoyo identificado como entregado por ésta Institución, es el de Subvención de Servicios Básicos.

Respecto al Voluntariado de las Damas de Rosado que corresponden a la UD, de origen Adventista, podemos identificar como fuente de apoyo principal la entrega de Cariño, Afecto y/o

Preocupación por la Calidad de Vida, luego la Consejería-Orientación y finalmente con porcentajes similares el Apoyo Psicológico y la Educación. Esto concuerda con el objetivo que tiene esta asociación, que corresponde, a tratar de solucionar los problemas que pueden presentar los pacientes durante su estancia en el Hospital, a través de la escucha activa, compañía, educación, entre otros. Como señala la Sra. Sonia Gondré, Directora de éste grupo de damas de Rosado, las necesidades afectivas son las más insatisfechas, cada paciente tiene su historia personal, su estilo de vida, sus inquietudes y preocupaciones por lo que, independiente de las diferencias que hayan entre ellos, todos necesitan ser escuchados.

En relación a las Juntas de Vecinos, a la que pertenece cada paciente, según su sector de residencia, podemos identificar que existe un apoyo débil y escaso, representado a través del tipo de apoyo emocional y cognitivo; Cariño, Afecto y/o Preocupación por la Calidad de Vida, seguido con igual porcentaje por el Apoyo Psicológico, Consejería-Orientación. Esto puede tener relación con que la Junta de Vecinos, según la Ley sobre Juntas de Vecinos y demás Organizaciones Comunitarias, tiene como objetivo promover la integración, participación y desarrollo de los habitantes de su comunidad vecinal, esto señala que se trabaja según el conjunto de individuos y no por problemas individuales de la población correspondiente.

En cuanto a las Comunidades Religiosas, el bajo apoyo recibido/percibido en su totalidad de tipo emocional, se puede asociar a los múltiples cambios en el estilo de vida, como también a las limitaciones, vivencias de la propia enfermedad y cambios en la utilización del tiempo libre (Hernando et al, 2003)

De este estudio, se puede concluir de forma general, que la mayoría de los pacientes de la Unidad de Diálisis del Hospital Carlos Van Buren, poseen una alta recepción/percepción de Apoyo Social Formal, de tipo mayoritariamente Emocional y Cognitivo, por parte de los Profesionales de este Servicio, dentro del mismo Hospital, y en menores proporciones en otras instituciones.

A través de la realización de análisis generales y específicos, agregado a las constantes revisiones bibliográficas, podemos señalar que se observa una menor tendencia en los restantes tipos de Apoyo Social; Material, Instrumental.

El Profesional de Enfermería, se considera un pilar fundamental en todos los componentes de los apoyos estudiados, seguida del Médico y el Técnico Paramédico, asociándose esto al mayor

tiempo de contacto que se establece durante este tipo de tratamiento, lo que para nuestra disciplina se fundamenta en los distintos cuidados que se pueden ejercer hacia la satisfacción de las necesidades de estos pacientes.

Finalmente, dada la tendencia actual del aumento que han experimentado las enfermedades crónicas, en especial la IRCT, es importante la difusión de estos tipos de Apoyo Formal e informal, con los que cuentan estos pacientes dentro del mismo medio hospitalario, siendo este el lugar donde pasan la mayor parte de su tiempo, dada las características de su tratamiento. Resulta importante para Enfermería, como para el equipo multidisciplinario, en los diferentes niveles de atención, las actualizaciones en conocimientos sobre los servicios y beneficios a los que estos pacientes pueden optar.

Mediante el análisis de los resultados obtenidos se evidencia la necesidad de una actualización de la Guía Clínica de la IRCT, MINSAL 2005, donde se deje en evidencia las necesidades insatisfechas y dependientes de estos pacientes, lo que plantea un desafío de liderazgo y gestión para los Profesionales de Enfermería.

5. 2. Recomendaciones

- A través de nuestro estudio, hemos podido recopilar información acerca de las características de los pacientes en Diálisis, sus posibilidades de tratamiento, sus necesidades, el impacto de las intervenciones del Profesional de Enfermería y el Equipo de Salud y los apoyos recibidos/percibidos. Por todo lo anterior, surge la posibilidad de realizar recomendaciones en pro de la mejora de la calidad de atención de los distintos pacientes que están y que estarán alguna vez en tratamiento de Hemodiálisis, campo de directa responsabilidad de Enfermería, aumentando así la precisión y la eficacia de la gestión del cuidado.
- Utilizar un modelo de atención de Enfermería, que individualice las intervenciones según sexo, edad y escolaridad, fortaleciendo las necesidades psicosociales que puedan presentar los pacientes a lo largo de su estadía en el tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis.
- Facilitar el traslado de los pacientes desde su procedencia al Centro de Diálisis, en ambulancia o bien, mediante un subsidio de movilización para todos los pacientes que lo requieran, no tan sólo para los casos extremos.
- Fortalecer la Red de Salud, mejorando la atención multidisciplinaria dentro de la Unidad de Diálisis, con énfasis en el Trabajador Social y Psicólogo.
- Motivar al Profesional Enfermero/a a desarrollar y profundizar sus roles, en especial el de educación dada la importancia en el tratamiento y rehabilitación psicosocial que requieren los pacientes con IRCT en tratamiento de HD.
- Generar actividades recreativas y de estimulación durante las sesiones de Hemodiálisis, las cuales permitirán un mejor aprovechamiento de las horas destinadas a tratamiento, y en donde los pacientes puedan aprender o adquirir herramientas útiles para su vida.
- Fortalecer el Rol de Educador del Profesional Médico y Nutricionista, durante todo el proceso de tratamiento, para colaborar en la mejoría de la calidad de vida de los pacientes con IRCT en Hemodiálisis.

-
- Incluir al equipo de Salud Mental en la participación activa del tratamiento e intervenciones a los pacientes en Hemodiálisis, dada la gran prevalencia de enfermedades mentales y la ausencia de personal capacitado para cumplir estos roles.
 - Motivar y fortalecer a los pacientes para utilizar las redes de Apoyo Formales extra hospitalarias como Junta de Vecinos y Comunidades Religiosas, las cuales pueden aportar beneficios que mejoren o ayuden a la satisfacción de sus necesidades.
 - Aumentar la difusión de Instituciones asociadas al Apoyo Social para pacientes con estas patologías como ASODI, las cuales permiten el acceso a beneficios que ayudan a mejorar la calidad de vida de los pacientes.
 - Por último, consideramos fundamental la actualización de la Guía Clínica de Insuficiencia Renal Crónica Terminal, con énfasis en las necesidades insatisfechas de los pacientes, no tan solo dando respuesta al aspecto biomédico sino profundizar más bien, en el área biopsicosocial.

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

Trabajos citados

Agrupación de Insuficiencia Renal Crónica. (2010). *Historias de salvadores Willem Kolff*. Recuperado el 6 de Diciembre de 2010, de <http://www.insuficiencia-renal.org/historias03.htm>

Alarcón, I., Farías, D., & Barrios, S. (2009). Factores que influyen en la percepción de calidad de vida de personas adultas bajo terapias de sustitución renal. *Revista Horizonte de Enfermería*, XX (1), 67-80.

Barriel, F., Paredes, M., & Pérez, R. (2006). Sedimentos y transformaciones en la construcción psicosocial de la vejez. En *Proyecto de genero* (págs. 19-119). Uruguay: Ediciones Trilce.

Biblioteca del congreso nacional de Chile. (2010). Recuperado el 7 de Abril de 2010, de <http://www.bcn.cl/guias/plan-ges-ex-auge>

Brunner, L., & Suddarth, D. (2006). *Manual de enfermería medico-quirurgica* (Vol. II). México: Mc Graw Hill.

Caballero, E., & Olivares, E. (2006). Necesidades educativas de pacientes con insuficiencia renal en programa de hemodiálisis crónica. *Revista Sociedad Chilena de Enfermería en Diálisis y Trasplante Renal*, 17-26.

Cantoni, M. I., & Palma, E. (2000). *Aprendiendo a vivir con hemodiálisis. Manual de autocuidado para el paciente en hemodiálisis*. Recuperado el 7 de Noviembre de 2009, de RedsaludUC: <http://www.redsaluduc.cl/medios/serviciosclinicos/dialisis.pdf>

Chilecompra. (2006). *procedimiento de derivación de pacientes, compra y pago de tratamiento de diálisis a prestadores privados en marco de convenio*. Recuperado el 9 de Septiembre de 2010, de http://foros.chilecompra.cl/mail/Chilecompra_Express/Boletines/Boletin_7/Procedimiento_Derivacion_Dialisis.pdf

Colegio de Nutricionistas A.G. (14 de Noviembre de 2010). *Colegio de Nutricionistas Universitarios de Chile*. Recuperado el 6 de Diciembre de 2010, de <http://www.nutricionistasdechile.cl/index.php>

Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J., & Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, XX (2), 169-179. Bogotá, Colombia.

Daugirdas, J., Blake, P., & Ing, T. (2003). *Manual de diálisis* (Segunda ed.). Barcelona: Masson.

Fondo Nacional de Salud. (2010). *Fonasa*. Recuperado el 24 de Mayo de 2010, de <http://www.fonasa.cl/>

Ganong, W. (2002). Función renal y micción. En W. Ganong, *Fisiología médica* (Decima octava ed., pág. 773). México DF: El manual moderno.

Gobierno de Chile. (3 de Septiembre de 2004). Ley 19966: Que establece un régimen de garantías en salud. Chile.

Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. (20 de Febrero de 2002). Decreto N° 261, de 1978. *Reglamento para el ejercicio de la profesión de auxiliares de enfermería*. Chile.

Goic, A. (2002). *El fin de la medicina*. Mediterraneo.

Hernando, L., Alijama, P., Arias, M., Caramelo, C., Egido, J., & Lamas, S. (2003). *Nefrología clínica* (Segunda ed.). Panamericana.

León, C. (2006). El uniforme y su influencia en la imagen social. *Revista Cubana de Enfermería*, 22 (1).

Marriner, A. (2003). Virginia Henderson. Definición de la enfermera clínica. En A. Marriner, & M. Raile, *Modelos y teorías en Enfermería* (Quinta ed., págs. 98-107). Madrid: Elsevier.

Marriner, A., & Raile, M. (2003). *Modelos y teorías de enfermería*. Madrid: Elsevier.

- Mera, M. (2006). Calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis. Centro médico dial-sur. Osorno, Chile.
- Merck Research Laboratories. (2007). *Manual Merck de diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Elsevier.
- Ministerio de salud. (2008). *Guía clínica de prevención enfermedad renal crónica*. Recuperado el 24 de mayo de 2010, de http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/2008/GPC_Prevenccion_ERC2008.pdf
- Ministerio de salud. (2005). *Guía clínica insuficiencia renal crónica*. Recuperado el 14 de octubre de 2009, de <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/INSuficienciaRenal.pdf>
- Ministerio de Salud. (2010). Manual del estandar general de acreditacion para centros de dialisis. Chile.
- Musitu, G., Herrero, J., Cantera, L., & Montenegro, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona: UOC.
- National Kidney Foundation. (2006). Recuperado el 16 de Agosto de 2010, de http://www.kidney.org/atoz/pdf/hemodialysis_sp.pdf
- Novel, G., Llunch, M. T., & Miguel, M. D. (2000). *Enfermería psicosocial y salud mental*. Barcelona: Masson.
- Pérez, C. S., & Armijo, I. (2007). Percepción de calidad de vida en personas sometidas a hemodiálisis crónica. *Revista Horizonte de Enfermería*, XVIII (2), 21-32.
- Poblete, H. (8 de Julio de 2010a). A 50 años de la primera hemodiálisis. *Diario Mercurio de Valparaíso*, pág. 21.
- Poblete, H. (2007). Sociedad chilena de nefrología: Registro de diálisis. *XVII Cuenta de hemodiálisis crónica en Chile al 31 de Agosto de 2007*.

-
- Poblete, H. (2010b). Sociedad chilena de nefrología: Registro de diálisis. *XXX Cuenta de hemodiálisis crónica en Chile al 31 de Agosto de 2010* .
- Pocock, G., & Richards, C. (2005). En G. Pocock, & C. Richards, *Fisiología humana: la base de la medicina* (págs. 387, 397, 415). Londres: Masson.
- Potter, P., & Perry, A. (2002). Eliminación Urinaria. En P. Potter, & A. Perry, *Fundamentos de enfermería* (Quinta ed., Vol. II, págs. 1408-1412). Madrid: Elsevier.
- Red Protege. (2010). *Red de protección social*. Recuperado el 7 de Septiembre de 2010, de <http://www.redprotege.gov.cl/frmBeneficio.aspx?idArticulo=106&idseccion=175&idfaq=242&idSeccionPadre=165>
- Richards, A., & Edwards, S. (2010). *Guía de supervivencia para enfermería hospitalaria* (Segunda ed.). Barcelona: Elsevier.
- Rodríguez, A., Ruiz, F., Antón, J., Herrera, J., Máiquez, A., & Ottaviano, A. (2010). ¿Tienen Apoyo Social los reclusos drogodependientes? estudio en una prisión andaluza. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* , 13-20.
- Vega, O., & González, D. (2009). Apoyo Social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Revista Enfermería Global* , 1-11.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

-
- Arias, C. (2009). La red de Apoyo Social en la vejez, aportes para su evaluación. *Revista de psicología da IMED* , 147-158.
- Borroto, G., Ponce, P., & Barceló, M. (2006). Comparación de la tolerancia a la hemodiálisis en un grupo de pacientes sometidos a 2 etapas de tratamiento hemodialítico. *Revista Cubana de Medicina* , XLV (3).
- Carvajal, C., & Poblete, C. (2006). Factores no médicos que influyen en la toma de decisión respecto a la elección de la modalidad de diálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de la Sociedad Chilena de Enfermería en Diálisis y Trasplante* , 5-48.
- Colegio de Nutricionistas A.G. (14 de Noviembre de 2010). *Colegio de Nutricionistas Universitarios de Chile*. Recuperado el 6 de Diciembre de 2010, de <http://www.nutricionistasdechile.cl/index.php>
- Contreras, M. D., Rivero, M. F., Jurado, M. J., & Crespo, R. (2004). Perfil actual del paciente en hemodiálisis hospitalaria. Análisis de sus necesidades. *Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica* , 56-61.
- Da Silva, I., Melo, S., & Castanheira, L. (2008). Red y Apoyo Social en enfermería familiar: revisión de conceptos. *Revista Latinoamericana Enfermagem* , 324-327.
- Galván, G. (2009). La enfermera en la red social de apoyo. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social* , 61-62.
- Gobierno de Chile. (22 de Noviembre de 1996). Ley 19483. *sobre juntas de vecinos y demás organizaciones comunitaria* . Chile.
- Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. (20 de Febrero de 2002). Decreto N° 261, de 1978. *Reglamento para el ejercicio de la profesión de auxiliares de enfermería* . Chile.

- Meizoso, A., Sáez, L., Valiño, C., Gallego, S., & Seoane, M. (2009). Guía de valoración del paciente crónico en hemodiálisis por indicadores. *Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica* , 283-287.
- Mezzano, S., & Aros, C. (2005). Enfermedad renal crónica: clasificación, mecanismos de progresión y estrategias de renoprotección. *Revista Médica de Chile* (133), 338-348.
- Miguel, M., Valdés, C., Rábano, M., Artos, Y., Cabello, P., De Castro, N., y otros. (2009). Variables asociadas a la satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis. *Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica* , XII (2), 19-25.
- Moreno, E., Arenas, M. D., Porta, E., Escalant, L., Cantó, M. J., Castell, G., y otros. (2004). Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica* , VII (4), 225-239.
- Muñoz, R., Oto, A., Barrio, R., & Fernández, M. (2006). Evolución de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis: estudio prospectivo a un año. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología* , IX (1), 55-58.
- Ochando, A., Royuela, C., Hernández, M., Lorenzo, S., & Paniagua, F. (2008). Influencia de la satisfacción de los pacientes de una unidad de diálisis en la adherencia terapéutica. *Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica* , XI (4), 271-276.
- Oliveira, M., De Queiroz, M., Costa, I., & Bessa, M. (2008). Tecnología del cuidado al paciente renal crónico: enfoque educativo-terapéutico a partir de las necesidades de los sujetos. *Revista Texto Contexto Enfermagem* , 55-63.
- Pineda, E., De Alvarado, E., & De Canales, F. (1994). *Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud* (Segunda edición ed.). Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Rebraca, L. (2007). *Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental: conceptos básicos*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

-
- Rioseco, R., Quezada, M., Ducci, M. E., & Torres, M. (2008). Cambio en las redes sociales de adultos mayores beneficiarios de programas de vivienda social en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública* , 147-153.
- Rodriguez, M., Castro, M., & Merino, J. (2005). Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. *Revista Ciencia y Enfermería* , XI (2), 47-57.
- Rodríguez, M., Merino, M., & Castro, M. (2009). Valoración psicométrica de los componentes físicos (CSF) y mentales (CSM) del SF-36 en pacientes insuficientes renales crónicos en tratamiento con hemodiálisis. *Revista Ciencia y Enfermería* , XV (1), 75-88.
- Rogero-García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal de las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública* , 393-405.
- Ruiz de Alegría, B., Basabe, N., Fernández, E., Baños, C., Nogales, M., Echebarri, M., y otros. (2009). Cambios en las estrategias de afrontamiento en los pacientes de diálisis a lo largo del tiempo. *Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica* , 11-17.
- Sáez, L., Pérez, M. J., Valiño, C., & Castro, S. (2009). Análisis y evaluación de la enfermera referente del paciente en hemodiálisis. *Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica* , XII (2), 92-96.
- Terol, M., López, S., Neipp, M., Pastor, M., & Martín Aragón, M. (2004). Apoyo Social e instrumentos de evaluación: revisión y clasificación. *Anuario de Psicología* , XXV (1) , 23-45. Barcelona.
- Vega, P., & Rivera, M. S. (2009). Cuidado Holístico, ¿Mito o Realidad? *Revista Horizonte de Enfermería* , XX (1), 81-86.

ANEXOS

Glosario de Términos

1. **Accesos vasculares:** Acceso a un vaso sanguíneo creado con fines terapéuticos, existiendo tipo fistula, injerto y catéter.
2. **Acidosis metabólica:** Ocurre cuando el cuerpo produce demasiado ácido o cuando los riñones no están eliminando suficiente ácido del cuerpo.
3. **Aclaramiento renal:** Es un parámetro mediante el cual es posible evaluar algunos aspectos de la función renal, que siempre está referido a una sustancia, que de forma genérica se denomina X, pudiendo ser cualquier sustancia disuelta en la sangre. El aclaramiento se define como el volumen de plasma sanguíneo (en ml), que por efecto de la función renal, queda libre de la sustancia X en la unidad de tiempo (en minutos). La sustancia X pasa a formar parte de la orina.
4. **Anemia:** Disminución de los glóbulos rojos de la sangre o de su contenido de hemoglobina, la que resulta insuficiente para el normal transporte de oxígeno a los tejidos.
5. **Anorexia:** Trastorno de la conducta con desviaciones en los hábitos alimentarios que se expresa por un rechazo contundente a mantener el peso corporal en los valores mínimos aceptados para una determinada edad o estatura.
6. **Anuria:** Ausencia en la eliminación de orina.
7. **Apoyo social:** Conjunto de provisiones expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza.
8. **Arritmias:** Irregularidad y desigualdad en las contracciones del corazón.
9. **Astenia:** Síntoma caracterizado por una sensación generalizada de cansancio, fatiga y debilidad física y psíquica.
10. **Calidad de vida:** Concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades.
11. **Catéter:** Tipo de acceso vascular que se inserta en una vena grande del cuello o del tórax que generalmente se utiliza cuando se requiere diálisis por un periodo de tiempo corto,

aunque también se pueden usar como accesos permanentes, pero sólo cuando no es posible crear una fistula o un injerto.

12. **Congénito:** Rasgo o entidad presente en el nacimiento adquirido durante la vida intrauterina.
13. **Creatinina:** Es un producto de desecho del metabolismo normal de los músculos y que normalmente es filtrada por los riñones y excretada en la orina.
14. **Depuración renal:** Es el mecanismo mediante el cual se eliminan las sustancias del organismo, en este caso por medio de los riñones. La depuración renal es la cantidad de sustancia del plasma que se remueve en un minuto. Este proceso es el resultado de la filtración, reabsorción y secreción.
15. **Diálisis:** Proceso por medio del cual se produce un filtrado artificial de la sangre. En éste, se retiran los elementos tóxicos del torrente sanguíneo cuando los riñones han perdido la capacidad de hacerlo.
16. **Diátesis hemorrágica:** Predisposición orgánica a contraer una determinada enfermedad de carácter hemorrágico.
17. **Distrés:** Estrés desagradable, que ocasiona un exceso de esfuerzo en relación a la carga y va acompañado siempre de un desorden fisiológico
18. **Diuresis:** Cantidad de orina eliminada en un día (24 horas). Un adulto en condiciones normales elimina entre 1.200 y 1.500 c.c. diarios de orina.
19. **Embolismo aéreo:** Formación de burbujas que circulan a través del sistema circulatorio.
20. **Equimosis:** Coloración causada por el sangrado superficial dentro de la piel o de las membranas mucosas como la boca, debido a la ruptura de vasos sanguíneos como consecuencia de haber sufrido algún golpe contuso, el tipo más leve de traumatismo. También pueden ser causados por diátesis hemorrágica.
21. **Espujo:** Secreción que se produce en los pulmones y en los bronquios que puede ser expulsada cuando se da una tos profunda.
22. **Estertores crepitantes:** Son sonidos finos, rápidos, regularmente espaciados, que aparecen al final de la inspiración; existen particularmente al comienzo de la neumonía.
23. **Fetor urémico:** Olor amoniacal producido por los metabolitos nitrogenados en la saliva.

24. **Filtración glomerular:** Proceso efectuado en el riñón que permite una depuración de la sangre a medida que ésta fluye a través de los capilares glomerulares; el agua y las sustancias contenidas en la sangre se filtran y se dirigen hacia la cápsula de Bowman.
25. **Fístula:** Tipo de acceso vascular que se realiza uniendo una arteria a una vena cercana, debajo de la piel, para crear un vaso sanguíneo de mayor tamaño.
26. **Hematíes:** Glóbulos Rojos o Eritrocitos. Hay entre 4,5 y 5,5 millones por mm³ de sangre. Su vida media es de aproximadamente 120 días.
27. **Hemodiálisis:** Tratamiento sustitutivo de la función renal extracorpóreo en donde a través de una membrana o dializador se eliminan toxinas, sal y agua en exceso para evitar que se acumulen en la sangre, manteniendo una concentración adecuada de ciertas sustancias químicas y contribuye a regular la presión sanguínea.
28. **Hipercalemia:** Alto nivel de potasio en la sangre. El valor normal de potasio en los adultos es de 3,5 a 5,3 mEq/L.
29. **Hiperfosfatemia:** Definimos la hiperfosfatemia como las cifras de fósforo en sangre superiores a 5 mg/dl en los adultos o 7 mg/dl en los niños.
30. **Hipoxemia:** Disminución de oxígeno en la sangre.
31. **Injerto:** Tipo de acceso vascular en donde se une una arteria a una vena cercana con un tubo blando y pequeño de material sintético que se coloca debajo de la piel (gótex).
32. **Neoplasias:** Término que denomina a un conjunto de enfermedades caracterizadas por el crecimiento anormal y descontrolado de un tejido. Estos pueden formar tumores y en ocasiones invadir órganos a distancia.
33. **Nicturia:** Aumento en la eliminación de orina durante la noche.
34. **Oliguria:** Producción disminuida de orina.
35. **Peritoneodiálisis:** Tratamiento sustitutivo de la función renal intracorpóreo en donde la depuración y ultrafiltración la superficie del peritoneo o recubrimiento de la pared abdominal, hace las veces de membrana semipermeable, de esta forma se desecha más lentamente los líquidos.
36. **Poliuria:** Emisión de orina en una cantidad superior a lo normal diario.
37. **Procedimiento dialítico:** Proceso de diálisis.
38. **Prurito:** Comezón, picazón que se produce en el cuerpo.

39. **Púrpura:** Es la presencia de parches y manchas purpúricas en la piel, órganos y en las membranas mucosas, incluyendo el revestimiento de la boca.
40. **Redes sociales:** Formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre personas, grupos e instituciones en contextos de complejidad. Un sistema abierto y en construcción permanente que involucra a conjuntos que se identifican en las mismas necesidades y problemáticas y que se organizan para potenciar sus recursos.
41. **Respiración de Kussmaul:** Es una forma de hiperventilación acentuada que se da en pacientes con acidosis metabólica (ej.: cetoacidosis diabética, insuficiencia renal crónica descompensada)
42. **Síndrome de desequilibrio:** En diálisis es una complicación aguda caracterizada por náuseas, vómitos, contractura muscular e hipertensión; en casos graves, desorientación, agitación, convulsiones, coma e incluso muerte.
43. **Trasplante renal:** Cirugía en la que se inserta un riñón en el lugar del órgano dañado. Éste proviene de un sujeto vivo o cadáver, y se injerta preferentemente a los vasos ilíacos.
44. **Ultrafiltración:** Sustancia que ha pasado a través de una membrana especial semipermeable. Orina primitiva que se produce por un proceso de filtración en las membranas capilares glomerulares.
45. **Urea:** Es el resultado final del metabolismo de las proteínas, que se forma en el hígado a partir de la destrucción de las proteínas, donde se separa en aminoácidos y el nitrógeno que estos contienen se liberan como ión amonio y el resto se utiliza para generar energía en las células y tejidos. El amonio se une a pequeñas moléculas para producir urea, la cual aparece en la sangre y es eliminada por la orina.
46. **Uremia:** Síndrome producido por la acumulación en la sangre de los productos tóxicos que, en estado general normal, son eliminados por el riñón y que se hallan retenidos por un trastorno del funcionamiento renal.
47. **Urocromo:** Es un pigmento que causa el color amarillo en la orina. Es un producto de descomposición hemoglobina desde la sangre y es eliminado por los riñones.
48. **Velocidad de filtración glomerular:** Es el volumen de plasma que se filtra en el glomérulo hacia la cápsula de Bowman.

Figuras

Figura N° 2: Algoritmo Insuficiencia Renal Crónica Terminal Adultos: Tratamiento

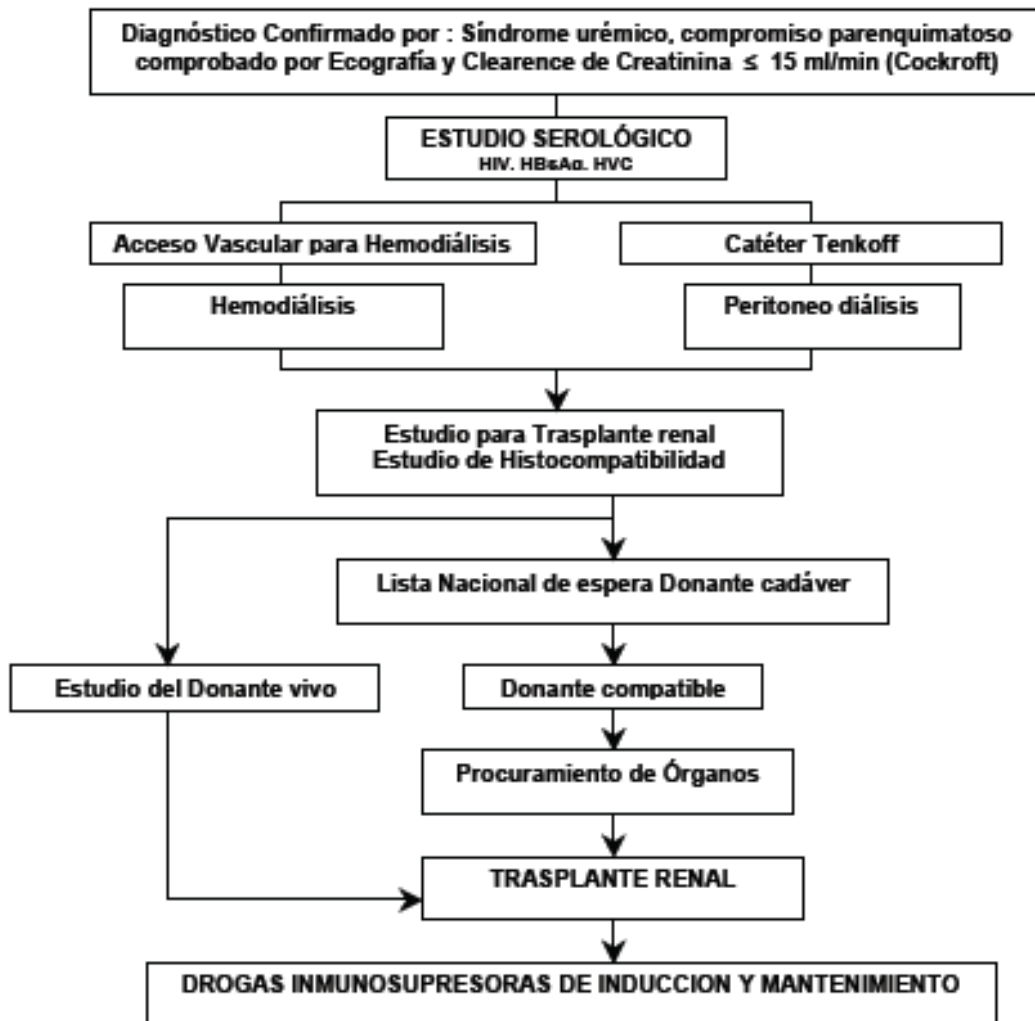
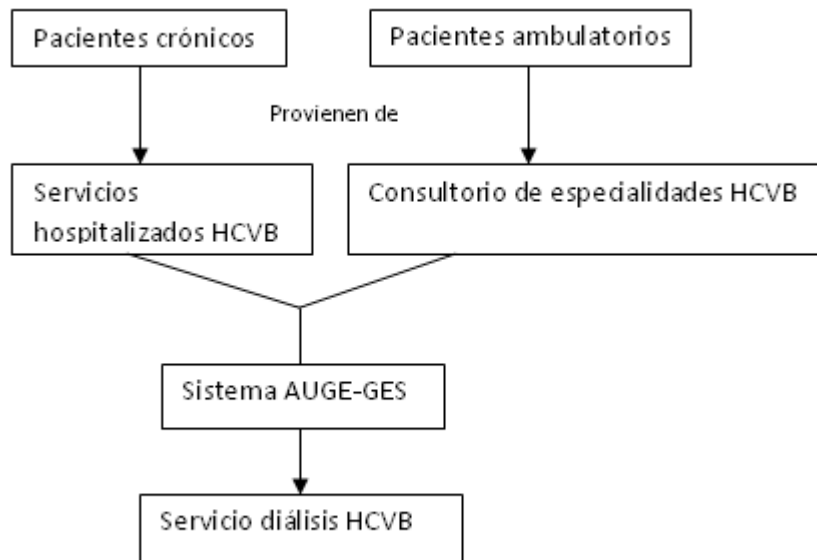


Figura N° 3: Algoritmo de ingreso a la Unidad de diálisis del Hospital Carlos Van Buren



ANEXO N° 1: Glasgow:

Uso: Evaluar alteraciones en la conciencia, después de un Traumatismo craneoencefálico.

Puntaje más alto = 15, Puntaje más bajo = 3

Apertura ocular (E)

- * Espontánea: 4
- * Al estímulo verbal (al pedírselo): 3
- * Al recibir un estímulo doloroso: 2
- * No responde: 1

Respuesta verbal (V)

- * Orientado: 5
- * Confuso: 4
- * Palabras inapropiadas: 3
- * Sonidos incomprensibles: 2
- * No responde: 1

Respuesta motora (M)

- * Cumple órdenes expresadas por voz: 6
- * Localiza el estímulo doloroso: 5
- * Retira ante el estímulo doloroso: 4
- * Respuesta en flexión (postura de decorticación): 3
- * Respuesta en extensión (postura de descerebración): 2
- * No responde: 1

CLASIFICACIÓN TCE según puntuación

- * TCE leve: 14 -15
- * TCE moderado: 9 – 13
- * TCE severo: < >

ANEXO N° 2: Instrumento de Apoyo Social Formal:

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN “APOYO SOCIAL FORMAL EN PACIENTES CON IRCT EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN HOSPITAL CARLOS VAN BUREN”.

Nombre (Iniciales): _____

Fecha: _____

1.- Perfil del paciente

1.- Edad: _____ años.

2.- Sexo:

<input type="checkbox"/>	Femenino
<input type="checkbox"/>	Masculino

3.- Estado civil:

- Soltero
 Casado
 Viudo

- Divorciado
 Separado de hecho
 Otro Especifique _____

4.- Nivel de Estudios:

- Sin estudios
 Enseñanza Básica Incompleta
 Enseñanza Básica Completa
 Enseñanza Media o Técnico Profesional de nivel medio Incompleta
 Enseñanza Media o Técnico Profesional de nivel medio Completa
 Enseñanza Técnica Nivel Superior Incompleta
 Enseñanza Técnica Nivel Superior Completa o Profesional Incompleta
 Enseñanza Profesional Incompleta
 Enseñanza Profesional Completa
 Estudios de Postgrado

5.- ¿Cuánto tiempo lleva en tratamiento de hemodiálisis?:

_____ Años _____ Meses _____ Semanas

6.- Procedencia:

6.1.- Generalmente, ¿De dónde viene usted a realizarse la diálisis?

- Casa
 Trabajo
 Centro Educacional
 Otro Especifique _____

6.2.- ¿Dónde está ubicado este lugar?

- Ciudad _____
 Plan – Centro de la Ciudad.
 Cerro – Alejado del centro de la Ciudad.
 Otro Especifique _____

6.3.- Desde donde usted proviene ¿Tiene dificultad para llegar al centro de diálisis?

SI

NO

Porque _____

7.- ¿Con qué previsión cuenta?

FONASA A

FONASA B

ISAPRE

FONASA C

FONASA D

8.- Ocupación:

Activo

Pasivo

Jubilado – Pensionado

Otro Especifique _____

9.- ¿A través de qué forma recibe ingresos económicos?

Sueldo

Pensión

Otro Especifique _____

Jubilación

Beneficencia

II.- Origen y tipo del Apoyo Social:

		Consejería Orientación	Educación	Talleres Recreativos	Apoyo Psicológico	Subsidio de servicios básicos	Pensión de vejez y/o invalidez	Alimentos	Dinero	Alojamiento	Ontesis	Subvención o entrega de medicamento	Transporte	Talleres Profesionales o de capacitación	Apoyo Judicial	Cariffo, Afecto y/o preocupación por la calidad de vida	Apoyo espiritual y/o religioso	
A		B		C														
1	Enfermera	Consultorio																
		Hospital																
		Unidad de diálisis																
		Municipalidad																
		ASODI																
2	Médico	Consultorio																
		Hospital																
		Unidad de diálisis																
		Municipalidad																
		ASODI																
3	Nutricionista	Consultorio																
		Hospital																
		Unidad de diálisis																
		Municipalidad																
		ASODI																
4	Psicólogo	Consultorio																
		Hospital																
		Unidad de diálisis																
		Municipalidad																
		ASODI																
5	Psiquiatra	Consultorio																
		Hospital																
		Unidad de diálisis																
		Municipalidad																
		ASODI																
6	Asistente social	Consultorio																
		Hospital																
		Unidad de diálisis																
		Municipalidad																
		ASODI																
7	Técnico Paramédico	Consultorio																
		Hospital																
		Unidad de diálisis																
		Municipalidad																
		ASODI																
8	Profesional sin identificar	Consultorio																
		Hospital																
		Unidad de diálisis																
		Municipalidad																
		ASODI																
9	Damas de rosado																	
10	Junta de vecinos																	
11	Comunidades religiosas																	

ANEXO N° 3: Descripción del Instrumento:

El instrumento consta de dos ítems, el primero para conocer el perfil general del usuario y el segundo para identificar el tipo de apoyo recibido y su origen.

Al momento de preguntar el nombre, solo se debe anotar las iniciales de este y los apellidos.

En cuanto a la fecha, corresponde al día en el cual se efectúa el cuestionario.

ÍTEM N° 1 Perfil del paciente:

Consta de 9 preguntas.

En las preguntas 1 y 5 se debe escribir textualmente lo manifestado por el usuario. En las preguntas número 2, 3, 4, 6.1, 6.2, 6.3, 7, 8 y 9 se deberán contestar marcando con una **X** en el cuadro correspondiente. Si la respuesta fuese **Otro o por qué** como en las preguntas 3, 6.1, 6.2, 6.3, 8 y 9 se deberá escribir textualmente lo que el usuario refiera.

En la pregunta N° 1 se debe escribir la edad textual que refiera el usuario.

En la pregunta N° 3 se debe marcar el último estado civil.

En la pregunta N° 4, “Nivel de estudios”, se considera como enseñanza básica a los primeros 6 años de escolaridad básica aprobados más los 2 años siguientes de 1° y 2° de humanidades que equivalen a 7° y 8° básico.

La enseñanza media o técnico profesional de nivel medio se considera desde 3° a 6° de humanidades, que equivale a 1° a 4° medio.

La enseñanza técnica nivel superior se considera a cualquier estudio posterior, a estos 12 años escolares, ya sea en un instituto de nivel superior o centro de formación técnica.

La enseñanza profesional se considera a cualquier estudio posterior a estos 12 años escolares, realizados en alguna Universidad. Se considera como completo a la aprobación de todos los semestres de cada carrera, logrando el título profesional de esta, y como incompleto a la reprobación o cese de los estudios sin logro del título profesional.

El estudio de Postgrado se considera a la especialización posterior al título profesional de grado, consisten en diplomado, magister y/o doctorado.

Se puede marcar solo una alternativa correspondiente al último año cursado.

En la pregunta N° 5, “Tiempo de tratamiento en hemodiálisis”. Especificar en años, meses y/o semanas, si corresponde, el tiempo que lleva en tratamiento de hemodiálisis desde el inicio de este (primera diálisis), sin importar en que centro.

En la pregunta N° 6 “Procedencia del paciente”. *La pregunta 6.1* se refiere al lugar de donde el usuario tiene que movilizarse generalmente hacia la diálisis.

En la pregunta 6.2, “Ciudad”, se debe especificar la procedencia hacia el centro de diálisis. Plan se refiere a la zona centro de la ciudad y Cerro alejado del centro de esta.

La pregunta 6.3, “Sobre la dificultad del acceso al centro de diálisis”, sea **Sí** o **No** la respuesta entregada por el usuario deben especificarse las razones textualmente.

En la pregunta N° 7, “Previsión de Salud”. Isapre se considera a las instituciones de salud previsionales, organismos privados que entregan prestaciones y beneficios de salud. Fonasa, fondo nacional de salud, se considera a los usuarios que reciben las atenciones de salud entregadas por los establecimientos públicos divididos en cuatro grupos: A: Atención gratuita. B: Atención gratuita. C: Pago del 10% de la atención. D: Pago del 20% de la Atención. En el caso del tratamiento de hemodiálisis.

En la pregunta N° 8 “Ingresos económicos”. Se considera Activo al ingreso que se obtiene gracias a un empleo o por llevar a cabo un negocio, donde el usuario se encuentre involucrado directamente, por ejemplo como: sueldos, honorarios, empleo o comisiones. Pasivo se considera al ingreso económico que se obtiene al no estar involucrado directamente con la acción para ganar dinero, son los ingresos que se obtienen como: utilidades, intereses, conceptos de renta, etc. Jubilado – Pensionado se considera al ingreso económico del usuario que se encuentra retirado de su trabajo por haber cumplido la edad determinada por la ley o por enfermedad y que cobra el dinero correspondiente.

En la pregunta N° 9, “Ingresos económicos”. Se entenderá como Sueldo a la remuneración por la prestación de algún tipo de servicio. Pensión se entenderá como cantidad de dinero que la sociedad paga por razón de viudez, discapacidad, incapacidad o a los descendientes del trabajador fallecido. Y Jubilado se entenderá como el pago de dineros ahorrados durante el periodo imponente. Beneficencia se entenderá como donaciones económicas o materiales desinteresadas de cualquier persona.

Se puede marcar más de una alternativa.

ÍTEM N° 2 Origen y Tipo del Apoyo Social Formal:

Corresponde a una tabla dividida en tres columnas. La columna A formada por los profesionales de la salud y las redes sociales que son: enfermera, médico, nutricionista, psicólogo, psiquiatra, asistente social, técnico paramédico, profesional sin identificar, damas de rosado, junta de vecinos y comunidades religiosas, y por la columna B formada por: consultorio, hospital, unidad de diálisis, municipalidad y ASODI. Ambas columnas corresponden al origen del Apoyo Social. Por su parte, la columna C formada por: consejería/orientación, educación, talleres recreativos, apoyo psicológico, subsidio de servicios básicos, pensión de vejez y/o invalidez, alimentos, dinero, alojamiento, ortesis, subvención o entrega de medicamento, transporte, talleres profesionales o de capacitación, apoyo judicial, cariño-afecto/preocupación por la calidad de vida y apoyo espiritual y/o religioso, que corresponde al tipo de Apoyo Social Formal.

Se deberá marcar con una X en el recuadro que corresponda, según lo referido por el paciente, por cada respuesta afirmativa con respecto al tipo de ayuda y su origen. Se podrá marcar más de una alternativa.

Para contestar primero se deben nombrar uno a uno los tipos de apoyo enunciados en la columna C (“tipos de apoyo”) partiendo desde consejería/orientación”. Preguntar al usuario si recibe este tipo de ayuda, si su respuesta es **Sí**, proceder a nombrar los profesionales de la salud y redes sociales presentes en la columna A. Si el usuario identifica uno o más profesionales se debe preguntar uno a uno la institución a la cual pertenece este profesional identificando dicha opción en la columna B y marcándola con una X en el casillero correspondiente en la columna C, estas opciones pueden ser: consultorio, hospital, unidad de diálisis, municipalidad y ASODI. En el caso que el usuario manifieste alguna de las redes sociales presentes en la columna

A, es decir, damas de rosados, juntas de vecinos y comunidades religiosas, estas no se encuentran adheridas a una institución, por lo cual sólo se debe proceder a marcar con una X en el casillero correspondiente a la columna C (Apoyo Social identificado). En el caso de que el usuario identifique institución, pero no a un profesional (“profesionales sin identificar”), ubicar la respuesta en la fila 8, columna B marcando con una X en el casillero correspondiente de la columna C.

Si su respuesta es **No**, se dejan en blanco los casilleros de la columna C correspondiente al tipo de apoyo por el cual se pregunta y se continúa con el siguiente Apoyo Social presente en dicha en columna.

Así sucesivamente hasta llegar a la opción apoyo espiritual y/o religioso.

En la columna C tipo de apoyo se entenderá como:

- Consejería/ Orientación: Consejería es una indicación, parecer o sugerencia que se da para hacer o no hacer una cosa. Orientación es informar al paciente de lo que ignora y desea saber, como también dirigir y encaminarlo hacia un lugar o fin determinado.
- Educación: proceso de socialización mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar, a través de talleres, trípticos o manuales.
- Talleres recreativos: instancias programadas donde se realizan actividades de distracción y socialización para favorecer la salud en pro del bienestar del usuario como de chocolatería, decoupage, entre otros.
- Apoyo psicológico: Entrega de herramientas por parte de un profesional capacitado para responder de una forma adecuada y favorable a los problemas diarios propios del usuario.
- Dinero: ayuda económica otorgada para fines específicos o que el paciente estime conveniente.
- Alimentos: aporte energético o ración de nutrientes y vitaminas que se le otorgan al usuario.
- Subsidio de servicios básicos: ayuda económica, generalmente oficial, para costear o sostener en parte el mantenimiento de una actividad como agua potable, alcantarillado y electricidad.
- Alojamiento o vivienda: instalación temporal o permanente de una persona en un lugar.
- Pensión de discapacidad y/o vejez: es el monto que recibe mensualmente el afiliado que ha sido calificado como discapacitado como consecuencia de un accidente de trabajo o una enfermedad que provocan el debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales quedando incapacitado para ejercer algún tipo de trabajo.

-
- Órtesis: sistema de fuerzas diseñado para controlar, corregir o compensar una deformidad, ausencia ósea o la ausencia de fuerza en el cuerpo, como burritos, silla de ruedas, muletas, lentes, entre otros.
 - Subvención o entrega de medicamentos: Ayuda económica, generalmente oficial, para costear o sostener el mantenimiento de una actividad, en este caso de los medicamentos que necesita el paciente para su tratamiento.
 - Transporte: traslado de personas de un lugar a otro a través de un medio de transporte.
 - Talleres profesionales o de capacitación: se considera como un proceso educativo a corto plazo que utiliza un procedimiento planeado, sistemático y organizado, mediante el cual la persona adquiere conocimientos y habilidades técnicas que puede aplicar en el futuro para ampliar sus ingresos económicos o como distracción como chocolatería, florería, jardinería, entre otros.
 - Apoyo judicial: herramienta que fortalece y defiende los derechos del usuario. Administración de justicia, apoyo o entrega de información por parte de un abogado o estudiante de derecho.
 - Cariño o afecto/preocupación por la calidad de vida: en relación al cariño o afecto se entenderá como el vínculo emocional expresado a través un beso, una caricia, un gesto, una atención, un cuidado, entre otras. Preocupación por la calidad de vida, será el interés que se tiene por el completo bienestar del paciente.
 - Apoyo espiritual y/o religioso: ayuda al paciente a conseguir el equilibrio emocional a través de sus creencias.

ANEXO N° 4: Consentimiento Informado:

Investigación “Apoyo Social Formal en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis en Hospital Carlos Van Buren”.

Se le invita a participar en este estudio de investigación, realizado por las alumnas Paula Alviña, Carolina Amaya, Daniela Ampuero, Consuelo Lanfranco, María Ignacia Torres y María José Ureta pertenecientes a cuarto año de la Carrera de Enfermería, de la Universidad de Valparaíso, Chile, para optar al grado de Licenciadas en Enfermería.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes puntos:

- Este proceso se conoce como consentimiento informado, siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas.
- Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme este formulario de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria, si decide participar puede retirarse en el momento que lo desee, siendo respetada su decisión.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago por su participación.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

El objetivo de esta investigación es conocer las características de los pacientes que se hemodializan en el Hospital Carlos Van Buren e identificar el apoyo que reciben de parte del estado, redes sociales y profesionales de la salud, durante todo su proceso de tratamiento.

Este estudio permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido mejorando la atención entregada.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la carta de consentimiento informado, que se encuentra a continuación.

Yo _____
Nombre Apellido

Doy libremente mi consentimiento para participar en este estudio.

P. Alviña O. Firma Participante Fecha
(Presidenta)

Ante cualquier duda o renuncia al estudio puede llamar entre 17:00-21:00 hrs.

Paula Alviña Olavarría
Celular: 74797XXX

María José Ureta Vial
Celular: 98363XXX

ANEXO N° 5: Entrevistas

5.1. Entrevista EU Sra. Tegualda Ponce, Supervisora del Servicio de Diálisis del Hospital Carlos Van Buren.

Ingreso a diálisis y proceso de trasplante

El ingreso de los pacientes es desde el consultorio de especialidades y desde las distintas unidades de hospitalizados del hospital, donde han sido diagnosticados con IRCT. Los pacientes se dirigen menos a los consultorios asignados y que prefieren, con actitud curativa, solo atenderse en el Hospital Carlos Van Buren.

Este diagnóstico se realiza obteniendo parámetros de creatinina de 10 ml por minuto o menos, y en los pacientes diabéticos con un aclaramiento de creatinina de 15 ml minuto o menos. En ambos casos el médico realiza el diagnóstico y completa el formulario correspondiente que indica el tipo de tratamiento que se debe seguir, que por lo general es hemodiálisis crónica y excepcionalmente diálisis peritoneal continua ambulatoria.

Ya con el formulario completo, se elabora un informe de proceso diagnóstico que va a una comisión junto a todos los antecedentes clínicos del paciente, con una interconsulta para el proceso de pretrasplante y todos los marcadores virales al día (HIV, Hepatitis B y C).

Esta comisión es exclusiva de diálisis para el Hospital Carlos Van Buren y está conformada por cinco personas, donde se revisa cada caso que se presenta, y que cuenta con un especialista nefrólogo quién revisa los antecedentes clínicos y los casos que ameritan diálisis con una IRCT.

Se revisan los antecedentes clínicos del paciente y los marcadores vitales al día, donde se acuerda a qué centro será derivado el paciente (intra o extrahospitalario).

El criterio que se utiliza para asignar cupos es principalmente la disponibilidad de estos, donde se privilegia al Hospital Carlos Van Buren, donde cada semana el jefe de servicio entrega un informe con la disponibilidad de todos los centros de diálisis. Dentro de este criterio también están incluidos los requerimientos del paciente (ambulancia y hospitalización) sumado a los criterios fundamentales que están instituidos y estatuidos por FONASA (proximidad geográfica desde el domicilio al centro de diálisis y la elección del paciente, ya que puede manifestar su

voluntad en cuanto a solicitar a qué centro quiere llegar), y si un paciente tiene hepatitis B debe atenderse en un centro con máquinas designadas a su uso.

Desde el momento en que el paciente es diagnosticado con IRCT hasta el comienzo de su tratamiento en un centro de diálisis no pueden transcurrir más de 48 horas, según criterio AUGE, siendo ideal que ya traiga su acceso vascular.

Desde el año 2005 los pacientes deben traer entre su documentación una interconsulta para el policlínico de pretrasplante, que la comisión se encarga de gestionar, independiente de la edad que tenga el paciente y de las patologías concomitantes que tenga.

La doctora a cargo del policlínico de pretrasplante hace el tamizaje y la depuración de los pacientes para ver quién califica, y en 10 meses el paciente debiera estar con todos sus exámenes realizados para luego informarle que ha sido ingresado a la lista de espera.

El rol de enfermería se basa en la organización del trabajo, ver todo lo que es la parte de supervisión, administración de recursos, recursos humanos, materiales y lo otro importante la planta física y gestión de insumos, contratos, convenios (planta de agua, técnicos, coordinación con las empresas encargadas de los insumos, revisar maquinarias de equipos médicos), más que nada coordinar. Y abogado a lo que es la atención del paciente, principalmente rol administrativo y asistencial.

5. 2. Entrevista EU Sra. Carolina Oshiro, Enfermera Coordinadora de la Unidad de Trasplante del Hospital Carlos Van Buren.

En relación a la regulación del trasplante de órganos

Mediante la ley de donación y trasplante que es la encargada de regular ambos temas, y también el ISP que regula la selección de personas.

Por otra parte, cada centro de trasplante tiene una normativa, independiente de la guía GES, que lo que hizo fundamentalmente fue ordenar los hospitales y dar un protocolo a seguir para los distintos centros.

Actualmente se exige en todos los centros los requerimientos de la guía GES más las peticiones de cada centro y el paciente ingresa a un estudio pretrasplante donde se garantiza la cobertura financiera de éste.

En el Hospital Carlos Van Buren funciona de la siguiente forma: el paciente ingresa a diálisis vía GES, donde es derivado a un estudio pretrasplante desde el punto de vista médico, quién le explica los riesgos y beneficios para ingresar al protocolo de pretrasplante, teniendo además evaluación psiquiátrica y psicológica, lo que no poseen en la unidad de diálisis. En este momento el paciente decide si ingresa o no al trasplante, se firma un consentimiento informado que se explica de manera muy vaga. El paciente debiera demorarse 10 meses como máximo en completar el protocolo para ingresar a la lista de espera, ya que aparte de los exámenes que se deben realizar, la doctora del policlínico de pretrasplante hace una serie de interconsultas a otras especialidades según el caso.

En un primer momento de la implementación del sistema AUGE los pacientes provenientes de diálisis llegaban en un mes al centro de trasplante sin tener la información de por qué estaban acá, por lo que se aprecia un gran desafío para el profesional de enfermería en el área educativa, en este sentido, de explicar a los pacientes las distintas herramientas que pueden tomar.

Hoy en día, los pacientes están mucho más informados de su enfermedad, ya que buscan ellos mismos la información, o ésta es transmitida por familiares u otras personas con enfermedades renales.

El paciente ingresa al centro de trasplante y acá llenamos el protocolo con el objetivo de conocerlo y crear un vínculo, siendo la primera entrevista la ocasión en donde se le explica al paciente todo lo que conlleva el trasplante, expectativas y resultados del tratamiento.

Este año he implementado el policlínico de pretrasplante de enfermería, donde aparte de hacer el seguimiento de los casos, cada contacto del paciente también recibe educación.

Cuando el caso ya ha sido evaluado por la comisión a nivel del Hospital Carlos Van Buren, se programa una reunión con los familiares o redes de apoyo del paciente, quienes se harían cargo de él en caso de trasplantarse, es en esta instancia donde se aprueba el ingreso del paciente a la lista nacional que se maneja en Santiago, dándole educación sobre este nuevo proceso de espera.

También se hacen coordinaciones ante un eventual trasplante para los pacientes de comunidades alejadas, como la red de SAMU y Carabineros para efecto de traslado inmediato.

Actualmente hay más de 100 personas en lista de espera en este centro de trasplante, ya que también incluye a los pacientes del Servicio Viña del Mar-Quillota y Aconcagua, y a esta fecha, año 2009, llevamos 12 trasplantes.

Es muy importante mencionar que en todo este proceso el paciente tiene la opción de retractarse y rechazar la posibilidad de un trasplante, ya que en este tipo de decisiones, influyen mucho las expectativas familiares que piensan en una mejoría absoluta.

A pesar de existir un seguimiento médico del paciente post trasplante sería muy importante implementar un policlínico post trasplante de enfermería.

Los recursos para todos estos fines deberían ser generados por los propios hospitales, y como el centro de trasplante se ubica en este hospital, se hacen gestiones con la asistente social cuando se detectan casos extremos de falta de recursos y ese sería el único apoyo que se podría entregar por el sector público.

Personalmente yo derivó a los pacientes a ASODI, que es la Asociación de Pacientes Dializados, que funciona a nivel nacional con una sede más avanzada en Santiago donde le hacen el acceso vascular al paciente. Tiene una sede en Viña del Mar que crea instancias de capacitaciones, formas de generar ingresos con las limitaciones que implica el nuevo estado de salud con una bolsa de trabajo, becas de ayuda y le otorgan los fármacos a precios más convenientes.

La Guía GES sólo se encarga del ámbito médico, dejando de lado el apoyo de enfermería, nutricionista y psicólogo, descartando la visión multidisciplinaria.

5.3. Entrevista Trabajadora Social Susana Montenegro, Encargada del Apoyo Social a pacientes Hemodializados del Hospital Carlos Van Buren.

Unidad de diálisis y Apoyo Social

Su labor se desarrolla en el hospital como un canal para que los pacientes puedan acceder a los distintos beneficios, los que son destinados según sus características socioeconómicas actuales, y que son muy desconocidas y poco difundidas, siendo de carácter instrumental y material, con el fin de mejorar la calidad de vida de los usuarios.

La principal demanda de los pacientes radica en problemas sociales, como el ser abandonados por su familia y condiciones socioeconómicas muy deplorables a raíz de su problemática de salud.

Estos problemas generalmente son detectados por el equipo de la unidad de diálisis, y yo tengo que evaluar la real situación, con visitas y revisión de documentos, sistemas de pensiones si existirán y la tramitación de la pensión de invalidez como ingreso que le permita salir adelante, estas tareas pueden ser delegadas a alumnas de trabajo social que hacen sus prácticas acá.

Se establecen las redes de apoyo con las que cuenta el paciente, su situación familiar y en caso de no tener familiar o persona que se haga cargo, se utiliza un programa que se llama colocación intrahospitalaria, que funciona a nivel nacional desde el año 1983, y se utiliza cuando los pacientes están muy deteriorados, abandonados y no se consigue el apoyo familiar.

También se evalúan los problemas en las relaciones dentro de la familia si esta existe, buscando apoyo psicológico, trabajo para sus integrantes, y terapias para encontrar estabilidad.

Idealmente este apoyo debería ir unido a un soporte psicológico, pero la realidad es muy complicada, ya que existen psicólogos GES pero en estos momentos se priorizan otros programas, no siendo exclusivas de los servicios, como para diálisis que no posee las intervenciones de esta profesional.

Antes del sistema GES se implementó el AUGGE, que evaluaba a todos los pacientes, estando afiliados a FONASA, siendo mucho más sencillo. Mi intervención la realizo cuando se detectan estos problemas de origen social y cuando no está clarificada su situación previsional por distintos casos, a los que se trata de resolver sus problemáticas y se les hace seguimiento dentro de su tratamiento, coordinando con la red de salud, de ser necesario.

El hospital suele facilitar el traslado en ambulancia de estos pacientes previa verificación de su situación económica.

También hay medicamentos que no están incluidos en la canasta GES, como la eritropoyetina, por lo que yo debo hacer un informe social según requerimiento. Se espera que la eritropoyetina para el próximo año esté incorporada en la canasta AUGE.

A los dializados se les hace la evaluación socioeconómica y se emite un informe con el que son derivados a ASODI o a la red social (intendencia, gobernación). En ASODI les venden los medicamentos más baratos, también dependiendo de la situación económica subvencionan hasta el 100% del costo.

También existe un programa ministerial que se llama Auxilio Extraordinario, que es para enfermos que requieren medicamentos y que tienen una deficiente situación económica, donde el ministerio tiene un fondo para varios ítems, y uno de ellos es de medicamentos. A esto también se presentan requisitos para optar.

Hay casos excepcionales en que el médico le solicita al hospital que les compre los medicamentos a los pacientes.

Es fundamental el apoyo que les da el hospital a los pacientes, pero también se requiere de instituciones que se incorporen a esta entrega de ayuda de tipo emocional, económica, contacto con otras organizaciones, grupos y talleres de autoayuda.

En este momento acá esta el voluntariado adventista de las damas de rosado, hace cinco años que llegaron, no profesando su religión, quienes están gestionando fondos extranjeros para otorgar movilización a los pacientes.

Hay otro voluntariado que funciona fuera del hospital, donde hacen actividades en las que aportan dinero que se deja para el pasaje de algunos dializados y también para canastas de mercadería.

Se categorizan los pacientes según la ficha de protección social, factores de incidencia y factores médicos.

La enfermera, en estos momentos se me está pidiendo gestionar ayuda para un paseo que quieren realizar, por lo que estoy viendo la posibilidad de ir a un club de campo.

5. 4. Entrevista Sra. Paola Salas, Presidenta de ASODI, V Región.

ASODI es La Asociación de Dializados y Trasplantados de Chile, Quinta Región, es una organización sin fines de lucro, de trabajo voluntario. En Santiago se encuentra la asociación central. En Viña estamos hace más de 11 años y desde el año pasado tenemos personalidad jurídica propia, por lo que dependemos de la Municipalidad de Viña del Mar, pero la ayuda es otorgada a los pacientes de toda la región.

Esta asociación está conformada por un directorio de cinco participantes, del cual soy presidenta. Se financia mediante la ayuda conseguida con la Municipalidad de Viña del Mar, este año fue de \$1.250.000 para el año, y la Municipalidad de Con-Con que nos dio \$100.000 para ayuda en locomoción.

ASODI Santiago nos financia el arriendo de la oficina, se hizo una colecta en la que se recaudaron cerca de \$260.000. También se realizó el año pasado una rifa en la que se obtuvieron \$500.000, y existe una cuota social que se cobra a los pacientes/socios, que es de \$500 mensuales, como cuota mínima, que puede ser más, dependiendo de la condición económica del pacientes, esto es voluntario.

Los pacientes llegan a nosotros derivados desde el hospital, enviados por las enfermeras o los médicos que saben de los beneficios a los que pueden acceder acá, ya que si bien, la hemodiálisis mejora la sobrevivencia de los pacientes, no lo hace en la calidad de vida de personas, siendo un tratamiento desagradable que implica procedimientos invasivos y dependencia a una máquina para poder vivir, lo que altera las actividades cotidianas y provoca cambios psicológicos, socio familiares, económicos, laborales importantes y un deterioro significativo en la calidad de vida y su familia.

Necesidades de los pacientes

Se puede identificar una alta demanda por transporte, debido a que los pacientes suelen tener otras patologías que afectan su capacidad de traslado, asociado al alto costo que implica contratar algo privado.

La alimentación es muy importante ya que este tipo de pacientes necesita de una dieta adecuada y estricta, por ejemplo hay algunos pacientes que tienen que tomar ENSURE que en el CONAC

(Corporación Nacional del Cáncer) sale \$7.000 y en las farmacias tiene un costo de \$11.000, necesitando 2 a 3 tarros al mes. También hay algunos pacientes diabéticos que tienen que aportar calorías con el Nessucar, e incorporar proteínas todos los días lo que implica comer pollo, carne y pescado, por lo que esta sí es una dieta cara, lo que se suma a los medicamentos como el calcio y la eritropoyetina.

Las personas que se dializan tienen poco acceso al trabajo, se les cierran las puertas por estar enfermos. También se produce una alteración en la parte sexual, ya que de los medicamentos hipotensores hay muchos que producen falta de libido.

Lo último, pero no menos importante, es el apoyo de la familia, ya que se nota que hay pacientes que no cuentan con él.

Beneficios que entrega ASODI

- Subvención de medicamentos: para medicamentos que no están incluidos en el GES, se encargan a Santiago a un menor precio. Se les pide a los pacientes un informe social, certificado médico y la receta del medicamento que necesita. El año pasado se subvencionó a cerca de 25 pacientes, la mayoría enviados por la Trabajadora Social del Hospital Carlos Van Buren.
- Subvención en dinero: con el dinero que nos dio la Municipalidad de Con-Con se confeccionaron 10 bonos de \$10.000 que se dieron a los pacientes de menores recursos para su transporte.
- Atención psicológica: atención psicológica gratuita, ya que tenemos convenio con la Universidad Andrés Bello quién nos dan la posibilidad de trabajar con 2 psicólogos que hacen una pasantía de 6 meses, que ofrece atención al paciente o al familiar.
- Orientación y apoyo: se cita a los pacientes un día específico y se les da orientación, la idea es que se sientan apoyados y que resuelvan todas sus dudas conmigo. También nos hacemos cargo de sus reclamos a los centros de diálisis mediante el conducto regular con enfermera supervisora, director del centro y finalmente FONASA. También nos hacemos cargo de los reclamos colectivos.
- Talleres: realizados durante el año por voluntarios que enseñan diversas técnicas como manualidades y repostería.

-
- Club del dializado: básicamente consiste en compartir experiencias de los distintos centros de diálisis en una convivencia, que se realiza 2 veces al año.
 - Bolsa de trabajo: se trata de que los pacientes que puedan y quieran trabajar nos dejen sus datos, y en un diario mural tenemos sus datos, y el empleador debe venir a buscar el tipo de trabajador que necesita a ASODI y se hacen los contactos.
 - Asesoría judicial: en estos casos se deriva a Santiago.
 - Beca Teresa Lira D’etigny: es una beca de estudio que en este momento la tienen 3 pacientes de Santiago, con carreras de 2 ó más años de duración, con una entrega de dinero para costear sus estudios que son cerca de \$50.000.
 - Programa Fondo Solidario para la Esperanza Patricio Fernández: proyecto para microempresarios con préstamo de \$300.000 para emprender negocio independiente.

5. 5. Entrevista a EU Sra. Concepción Rojas, Enfermera Supervisora Centro de Diálisis HEMOVAL.

HEMOVAL es un centro de diálisis privado receptor de pacientes derivados desde el Hospital Carlos Van Buren, cuenta con 22 máquinas dializadoras más 2 máquinas en caso de urgencia. Cuenta con un equipo multidisciplinario, Médico Nefrólogo, Enfermeras, Nutricionista y Psicólogo.

El Médico Nefrólogo realiza un seguimiento mensual y revisión de exámenes. La Nutricionista entrega una educación al ingreso de cada paciente y sesiones mensuales personalizadas según sus necesidades y resultado de los exámenes, y la psicóloga realiza una consulta mensual individualizada para cada paciente.

El centro entrega ayuda adicional a los pacientes al entregarles colaciones durante la diálisis, que consta de una leche o ENSURE más algún agregado que traiga el paciente, que sea de indicado por la Nutricionista. Cuando el paciente se encuentra en precarias condiciones económicas o presenta alguna discapacidad se hace una ayuda económica, que está a cargo de la Enfermera y donde los fondos son facilitados por los mismos funcionarios del centro y destinados a este uso exclusivo.

HEMOVAL trabaja en conjunto con ASODI para satisfacer las necesidades de los pacientes.

El rol del Profesional Enfermero es de tipo administrativo, asistencial, de educación y gestión. Se encarga de la instalación y desinstalación de los pacientes al dializador, entrevista a la familia para educarla sobre la enfermedad y el manejo de esta, incluso trata problemas personales de cada paciente como los son de tipo económicos, realiza las normas y manuales del centro.

Durante el año 2010 se está implementado en el centro de diálisis por parte de Enfermeras Universitarias egresadas de la Universidad de Valparaíso, el Plan de Enfermería, que permitirá identificar las necesidades insatisfechas de los pacientes durante la diálisis y a nivel de la enfermedad de estos pacientes.

5.6. Entrevista a Sra. Sonia Gondré, Directora Voluntariado Adventista Damas de Rosado, Hospital Carlos Van Buren.

Las Damas de Rosado son un voluntariado de origen Adventista y su misión es tratar de solucionar los problemas más inmediatos de los pacientes que puedan presentar cuando se encuentran en el hospital. Este voluntariado se formó en la Iglesia Adventista de Valparaíso hace 8 años, por la inquietud de que ya que existían Damas de Rosado en otros hospitales pero en éste no, y por la motivación de desarrollar una labor social y de ayuda. Actualmente son 16 damas.

Este voluntariado es regido por la Iglesia Adventista de Valparaíso y es financiado a través de ella con bingos y donaciones para recaudar fondos para nuestras actividades.

Los servicios que se le prestan a los pacientes son básicos para nosotras pero una grandeza para ellos, le vamos a buscar los medicamentos a la farmacia, les ofrecemos un té o un café cuando salen de la diálisis a la espera de que alguien los venga a buscar, pero sin duda la ayuda más importante es la escucha, el ser un apoyo para ellos durante el tiempo que pasan acá, ya nos conocemos todos y sabemos más o menos cuales son las situaciones de la mayoría de los pacientes.

Para nosotras las necesidades afectivas son las más alteradas. Cada paciente llega con una historia distinta, todos tienen un estilo de vida diferente, ingresos y niveles de ayuda distintos, pero lo que es transversal a todos los pacientes es la necesidad de ser escuchados, de que alguien oiga sus inquietudes y en lo posible tratar de solucionarlas si está dentro de nuestros recursos.

También es importante que estos pacientes no pueden trabajar normalmente como las demás personas, y eso hace que sea una necesidad importante la de generar ingresos, pero ellos buscan la manera de hacerlo por sus medios y dependiendo de sus condiciones.

Los pacientes reciben nuestra ayuda de una muy buena manera, ya que a diferencia del resto del servicio que los atiende nosotros somos las únicas que nos preocupamos de sus necesidades inmediatas y no de su tratamiento en sí.

Los pacientes siempre están abiertos a recibir toda la ayuda que se les quiera brindar.

La familia también es muy receptiva a la ayuda que se le entrega al paciente, ya que la enfermedad es un cambio total para todos sus integrantes ya que el paciente se hace dependiente de la maquina.

5. 7. Entrevista Sra. Janett Zavala, Trabajadora Social Municipalidad de Valparaíso.

Apoyo de Municipalidad a pacientes Hemodializados

Los pacientes en diálisis del Hospital Carlos Van Buren llegan hasta la Municipalidad a través de su Trabajadora Social, la Sra. Susana Montenegro.

Nuestra misión es ver a los pacientes en tratamiento de hemodiálisis como ciudadanos de Valparaíso, y en función a su vulnerabilidad social se ve que ofrece la red para ellos, para lo cual, lo primero es que los ayudamos a tramitar el carnet de discapacidad, los formularios que corresponden y se les pide un certificado del médico tratante que especifique el motivo de la discapacidad.

Según la ley se considera persona con discapacidad a todas aquéllas que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que le hubiera originado, vea obstaculizada, en a lo menos un tercio, su capacidad educativa, laboral o de integración social.

Cuando ya están todos los documentos requeridos, los pacientes son enviados al COMPIN (Comisión Médica, Preventiva e Invalidez) para ser citado y evaluado por un médico de la comisión de discapacidad, quienes finalmente darán la resolución.

Los beneficios que implica el poseer este carnet se traducen en un mayor grado de vulnerabilidad social al ser evaluados en la ficha de protección social, por lo que podrá tener mayor posibilidad de acceder a prestaciones de la red del gobierno, como por ejemplo subsidio a vivienda. Además podrá optar a todo lo que le pueda ofrecer SENADIS (Servicio Nacional de la Discapacidad) dependiendo de las necesidades del usuario, como por ejemplo silla de ruedas, colchón antiescaras, ramplas y otros.