



UNIVERSIDAD
"DON VASCO, A. C."

UNIVERSIDAD DON VASCO, A. C.

INCORPORACIÓN No. 8727-29 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

“DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA DE
DIÁLISIS; QUE SE LLEVA ACABO EN LA CLÍNICA HOSPITAL
I.S.S.S.T.E. DELEGACIÓN URUAPAN, MICHOACÁN
(JUNIO-DICIEMBRE DE 2006)”

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

Licenciado en Trabajo Social

P R E S E N T A:

Cynthia Caballero Mata.

Asesora:

L.T.S. Sandra Isabel Corza Plancarte.

URUAPAN, MICHOACÁN, AGOSTO DEL 2007





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios:

Por poner en mi camino a las personas que más amo y los retos que tú sabes puedo alcanzar; por demostrarme que en cada momento estas a mi lado con gran amor.

A mis Padres:

Por darme la vida y estar en ella como los mejores padres y amigos; este trabajo representa una prueba cumplida de las tantas que tuvimos que pasar para terminar la carrera e implico esfuerzo mío y de ustedes... LOS AMO.

A mi Hermana:

Por seguir enseñándome que cada persona tiene sus capacidades y habilidades que le ayudan a seguir adelante y lo más importante no dudar para hacer las cosas. TE QUIERO.

A las familias:

Caballero Olivo, Caballero Mejía, Caballero Montes de Oca, Jordán Caballero, Caballero Ponce y Rodríguez Rodríguez... Gracias por estar en aquellos momentos difíciles que estuvieron a punto de hacernos desistir y caer en el camino (cuando más sola se sentía mi familia), pero también por estar en aquellos de gran alegría y éxito; Gracias por demostrar el cariño y amor de familia que nunca se olvida y se da cuando más lo necesitas.

QUE DIOS LOS BENDIGA.

A los pacientes, enfermeras, trabajadoras sociales y médicos del I.S.S.S.T.E.

Gracias por compartir conmigo una gran lección de vida y por enseñarme que como persona y como profesionalista soy competente; le reitero mi profundo agradecimiento y admiración a la T.S. L. Leticia Quintana Alcaraz por compartir su experiencia y hacerme valorar aún más la intervención de un trabajador social.

A mis amigos:

Gracias por ayudarme a redescubrir el significado de la palabra compañero y amigo.

Yendi: por ser mi hermana y por estar conmigo y sobre todo por ese gran regalo que es Valeria.

Martha: por adoptarme en tu casa y por escucharme y ayudarme a no sentirme sola.

Ely y Noe: por estar en momentos de crisis y de tristeza y alegría, por sus consejos y su apoyo.

Al Lic. JOEL CERVERA ESPINOS:

Regalito: Gracias por llegar a mi vida y ser una persona tan especial, por apoyarme y animarme en la etapa final de este trabajo. Lo comparto contigo con mucho cariño así como tú has compartido conmigo parte de tu vida. (Una promesa es una promesa y ésta se cumplió).

¡GRACIAS POR EXISITR, TE QUIERO!

A mis maestros:

Con profunda admiración por su labor, enseñanza y acompañamiento en el transcurso de la carrera. En especial a la Lic. Sandra Corsa y a la Directora Lic. Guadalupe Hernández por ayudarme a creer que mi meta era posible cuando más lo necesite por su compañía para conmigo y con mi familia cuando paso el accidente. Y a la Lic. Adriana Santoyo por el apoyo en la realización de este trabajo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.

CAPÍTULO I.		Pág.
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.		
1.1	Definición de la enfermedad.....	5
1.1.1	Epidemiología.....	8
1.2	Síntomas de la enfermedad.....	10
1.3	Tratamiento.....	13
1.4	Tipos de diálisis.....	15
1.5	Complicaciones en el contexto del paciente.....	22

CAPÍTULO II.		
CLÍNICA HOSPITAL I.S.S.S.T.E. DELEGACIÓN		
URUAPAN.		
2.1	Antecedentes.....	26
2.2	Misión, visión, objetivos, metas.....	27
2.3	Organización interna.....	28
2.4	Servicios y prestaciones al servicio del derechohabiente.....	31
2.5	Perfil de los usuarios.....	33
2.6	Programas ejecutados por el instituto.....	36
2.7	Trabajo social dentro de la Clínica Hospital I.S.S.S.T.E.....	39

CAPÍTULO III.
PROGRAMA DE DIÁLISIS.

3.1 Aspectos generales del programa.....	45
3.2 Objetivos del programa.....	46
3.3 Requisitos y pasos que se siguen para la integración del paciente al programa de diálisis.....	48
3.4 Recursos materiales y humanos del programa.....	50
3.5 Servicios que ofrece el programa.....	52

CAPÍTULO IV.
TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD.

4.1 Antecedentes de trabajo social en el área de salud.....	54
4.2 Definición del área y de la profesión.....	56
4.3 Perfil real del Trabajador Social.....	58

CAPÍTULO V.
INVESTIGACIÓN DE CAMPO.

5.1 Definición del universo.....	66
5.2 Elaboración del instrumento.....	67
5.3 Recolección de datos.....	67
5.4 Presentación de resultados.....	68

CONCLUSIONES.

PROPUESTA.

BIBLIOGRAFÍA.

ANEXOS.

INTRODUCCIÓN.

En la actualidad, la salud de la población mexicana se ve afectada por diferentes padecimientos, los cuales van teniendo más auge, debido al ritmo de vida de la población así como los hábitos por cada quien desarrollados, dichos padecimientos son conocidos como crónicos degenerativos, ya que van consumiendo el estado de salud del individuo, y esto en ocasiones es de manera silenciosa pues hay muchas personas asintomáticas; representando un doble riesgo, pues cuando el individuo presenta los síntomas ya se encuentra en estadios muy avanzados en donde difícilmente se puede recuperar la salud; teniendo como única alternativa tratamientos que deberán utilizar de por vida y sólo ayudaran a mejorar un poco el estado físico del paciente.

Una de esas enfermedades es la “Insuficiencia Renal Crónica”, la cual representa una alteración de la función de los riñones, debido a que ya son incapaces de excretar las sustancias tóxicas del organismo de forma adecuada. Las causas de la Insuficiencia Renal son diversas; algunas conducen a una rápida disminución de la función renal (insuficiencia renal aguda), mientras que otras conducen a una disminución gradual de dicha función (Insuficiencia Renal Crónica).

“Para el año de 1998, México ocupaba el 28º lugar del mundo en tener pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, y a diferencia de ahora, México se ubica en el lugar No. 8 con pacientes que padecen esta enfermedad; lo cual se traduce en un total de más de 90 mil pacientes en todo el país con dicho padecimiento. Representando un índice alarmante ya que la población mexicana esta cada vez más expuesta a este padecimiento” (www.zaragoza.unam.mx).

Una parte de la población afectada esta captada dentro de los planes de salud y es atendida dentro de los centros de salud, tales como Hospitales Regionales, Hospitales Civiles, I.M.S.S. e I.S.S.S.T.E., en donde reciben apoyo médico para su tratamiento y control. En lo que respecta al I.S.S.S.T.E., los derechohabientes cuentan con el servicio y apoyo en atención a este padecimiento, que si bien lo

contempla en su partida presupuestal y en sus programas no es llevado a cabo en todas las clínicas del país, ya que de acuerdo a cada una de estas, se adecuan programas a las necesidades de la población que acude a las mismas. En la Subdelegación Médica Uruapan, recientemente se ha implementado el programa que da atención a las personas con dicho padecimiento; contando con dos tipos de técnicas: a) Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (la cual tiene ya 5 años de ejecución) y b) Diálisis Peritoneal Automatizada (llevando a penas 2 años de implementación dentro de la clínica), ofreciendo en los dos casos servicios integrales tendientes a proporcionar atención médica oportuna, de prevención y rehabilitación.

Razón por la cual al observar que dentro de esta clínica se ofrecen servicios para atender a pacientes con I.R.C., se optó por realizar una investigación de las mismas.

Estableciendo para ello la siguiente hipótesis:

“LOS SERVICIOS OFRECIDOS POR EL PROGRAMA DE DIÁLISIS A SUS
DERECHOHABIENTES”

Y a su vez se determinaron los siguientes objetivos que permitieran desarrollar la investigación:

General:

Describir los servicios que integran el programa de diálisis, con la finalidad de identificar la utilización de los mismos.

Específicos:

- * Reconocer los servicios que ofrece el programa de diálisis a los pacientes con I.R.C.
- * Conocer la opinión de los derechohabientes sobre la forma en la que ha sido beneficiado con el programa.
- * Señalar la opinión del personal médico que interviene en el programa.
- * Identificar los recursos materiales y humanos que se requieren para que el programa se lleve a cabo.

- * Determinar el uso de los servicios que ofrece el programa.

Motivo por el cual resulto necesario estructurar la investigación con un sustento teórico que comprende cinco capítulos; de los cuales:

En el *primer capítulo* se realiza una descripción general acerca de la “Insuficiencia Renal Crónica”, incluyendo su concepción, sintomatología, epidemiología, su diagnóstico y tratamiento, además de abordar las complicaciones en el contexto del paciente a partir del padecimiento y del tratamiento a seguir.

Dentro del *segundo capítulo* se encuentra una reseña del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Delegación Uruapan; debido a que es en este lugar donde se efectuará la investigación, siendo necesario conocer aspectos como: sus antecedentes, su misión, visión, objetivos, metas, así como su organización interna, servicios y prestaciones que ofrece a los derechohabientes, el perfil del usuario, los programas que allí se ejecutan y por último la ubicación y acción de trabajo social en la clínica, todo lo anterior como fundamento de la atención a la que tienen derecho los afiliados.

Enseguida en el *tercer capítulo* se describe todo lo referente al programa de diálisis que se lleva a cabo en la clínica, desarrollando aspectos generales del mismo, identificando sus objetivos, los requisitos y pasos que se siguen para la integración del paciente al programa, los recursos materiales y humanos de los que dispone y los servicios que se ofrecen en pro de la atención del paciente con Insuficiencia Renal Crónica.

Con respecto al *cuarto capítulo*, se abordará el perfil del profesional de Trabajo Social rescatando a su vez los antecedentes de la intervención en el área de salud, así como la definición de la misma, incluyendo también el perfil real del profesional en esta área.

Por último, en el *quinto capítulo*, se presenta la investigación de campo, la cual comprende la presentación de los instrumentos que fueron utilizados para contrastar la hipótesis que enmarcó la investigación, siendo necesarias dos cédulas de entrevista; una dirigida a los pacientes integrados al programa y otra al personal de enfermería encargado de atender a estos pacientes; además de mostrar los

resultados de los mismos mediante gráficas, elaborando con ellos un análisis y una conclusión del proceso de investigación. Posteriormente se concluye el trabajo exponiendo una propuesta de trabajo desde la perspectiva de Trabajo Social, promoviendo en gran medida la participación y optimización tanto del paciente como del personal (enfermeras, doctores y trabajador social) para el aprovechamiento de los recursos institucionales disponibles.

CAPÍTULO I.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

1.1.- DEFINICIÓN DE LA ENFERMEDAD.

Para poder comprender este padecimiento comenzaremos por mencionar definiciones del mismo, con la finalidad de ampliar el panorama que se tiene con respecto a dicha enfermedad; además de ser de suma importancia el explicarla para el desarrollo de la investigación del presente trabajo.

Por lo tanto, de acuerdo al “Manual de Capacitación del Paciente en Diálisis Peritoneal de Baxter, (2003)”; se encuentra que: Si uno de los riñones se daña y deja de funcionar, el otro se encarga de realizar las funciones de ambos; sin embargo, cuando los dos riñones se dañan las actividades que normalmente realizan se detienen por completo o quedan muy limitadas. A esto se le llama Insuficiencia Renal Crónica (I.R.C.).

De igual manera se puede retomar la definición que maneja el “Manual del Paciente en Diálisis Peritoneal de PISA, (2003)”; el cual especifica que la Insuficiencia Renal Crónica (I.R.C.) es: La incapacidad de los riñones para realizar sus funciones normales, (retirar el líquido y los productos de desecho de la sangre).

O bien se conceptualizará a la Insuficiencia Renal Crónica (I.R.C.) como:

“La incapacidad de los riñones para mantener el plasma libre de desechos nitrogenados y otras impurezas, así como para mantener la homeostasis del agua, los electrolitos y el equilibrio ácido base del organismo en su conjunto. Se puede acompañar de disminución (oliguria o anuria) o de un aumento (poliuria) de la excreción de agua. Y puede ser aguda o crónica.”. (www.zaragoza.unam.mx).

Y de acuerdo a la interpretación de dichas concepciones podemos definir a la Insuficiencia Renal Crónica (I.R.C.) como:

“El padecimiento crónico degenerativo en el que los riñones son los órganos más afectados, trayendo con ello diversas complicaciones que hacen necesarios tratamientos sustitutivos como lo son la diálisis, hemodiálisis o en casos muy severos, un trasplante renal”.

Dicho padecimiento, como ya se ha mencionado afecta a dos órganos de vital importancia para el ser humano, los riñones.

Que son: “Dos órganos situados en la parte inferior de la espalda, uno a cada lado de la columna vertebral, con forma de haba o fríjol y con un peso aproximado cada uno de 150 gramos. Su tamaño es de 11-12 cm., de espesor. Cuya función principal es la de eliminar los desechos tóxicos (azoados) que contiene la sangre a través de la orina; los desechos tóxicos urea y creatinina (entre otros), que si no son eliminados oportunamente, producen efectos dañinos en el organismo”. (Manual del Paciente en Diálisis Peritoneal de PISA, 2003)

Ahora bien, los riñones llevan a cabo otras funciones para el funcionamiento del organismo las cuales se resumen de acuerdo al “Manual del Paciente en Diálisis Peritoneal de PISA; (2003)”, en las siguientes:

a) Regulación de líquidos.

Los riñones son órganos muy activos, normalmente deben filtrar entre 140 y 180 litros de líquidos al día (24 hrs.). La orina que constituye el producto final, representa la pérdida más grande de líquido por el organismo, situación que ubica a los riñones como órganos muy importantes para la regulación de los líquidos corporales.

En condiciones normales regularmente se deben eliminar en forma de orina de 400 a 800 mililitros y dependiendo de los hábitos y tratamientos podría llegar hasta los 1,400 mililitros. Cuando los riñones tienen alguna alteración, la cantidad de orina disminuye y el líquido comienza a acumularse en el cuerpo. Esto último provoca presión alta, dolores de cabeza y daño a los vasos sanguíneos si no se atiende debida y oportunamente.

b) Regulación de electrolitos.

Los electrolitos son sales minerales que existen en los líquidos de nuestro cuerpo: sodio, potasio, calcio, sulfatos, cloruros, bicarbonato. La cantidad y distribución de éstos en el cuerpo es constante y pueden ser cuantificados mediante un análisis de sangre. Los riñones desempeñan una importante actividad en la regulación de estas sales por lo que, si presentan alguna alteración, puede dar inicio a la retención o pérdida de sales provocando con ello serios problemas en el organismo. Por ejemplo: si hay aumento de sodio (sal) dará más sed y, al no poderse eliminar el líquido ingerido habrá acumulación de fluidos en los tejidos, lo cual significa una sobrecarga sobre el corazón y los pulmones. El potasio, de quien depende el buen funcionamiento nervioso y muscular, su acumulamiento puede tener como efecto, si no se tienen los niveles adecuados: vómito, diarrea y debilidad cardíaca.

c) Desalojo de productos ácidos.

Al comer alimentos con grasas, azúcares y proteínas, el cuerpo las utiliza para generar energía. Por estos alimentos producen ácidos de desecho, los cuales son eliminados básicamente por la orina.

Por otra parte, los riñones producen una sustancia alcalina (bicarbonato) –contraria a ácido que ayuda a neutralizarlos. Algunos de los desechos de los que hemos hablado son: urea, creatinina y el ácido úrico. Estos compuestos se encuentran en cantidades pequeñas pero cuando existe Insuficiencia Renal Crónica pueden llegar a niveles de envenenamiento. Esto se llama azotemia o uremia. Por eso es muy importante tomar todas las indicaciones del médico y visitarlo periódicamente.

d) Purificación y desalojo de otros productos de desechos.

El riñón regula el calcio y el fósforo en el organismo. La vitamina D es transformada por el riñón para producir una hormona que permite absorber el calcio de la comida que ingerimos, al pasar ésta por los intestinos.

e) Aprovechamiento de la vitamina D.

El riñón ayuda a la elaboración de esta vitamina, necesaria para que el intestino absorba el calcio que el cuerpo necesita. Como resultado de la insuficiencia renal crónica el nivel de calcio en la sangre baja. Esto, si no es contrarrestado, puede causar debilidad en la estructura del sistema óseo (huesos) y provocar grandes problemas.

f) Control de la presión sanguínea.

El riñón produce una enzima llamada renina cuando la presión sanguínea necesita elevarse. En algunas formas de Insuficiencia Renal Crónica esta enzima se produce a destiempo elevando la presión cuando está de por sí demasiada alta. En la mayoría de los casos, la incapacidad de los riñones para eliminar agua y el sodio (sal), da como resultado que el volumen de líquido contenido en los vasos no se ajusta al espacio interior de las venas y arterías, por lo que se ejerce una presión exagerada sobre las paredes de las mismas, esa presión ejercida sobre la pared de las arterías es lo que se llama presión o tensión arterial y si está aumentada se denomina hipertensión.

g) Elaboración de glóbulos rojos.

En el riñón se produce una hormona llamada eritropoyetina, la cual estimula la médula ósea para producir estos glóbulos cuando es necesario.

Si uno o ambos riñones sufren alguna alteración, existen mecanismos para compensar la función habitual, pero si ésta no logra corregirse, paulatinamente progresara hasta ser irreversible el daño, y no solo de dichos órganos sino que de más partes del cuerpo.

1.1.1.- EPIDEMIOLOGÍA.

La epidemiología referida para la Insuficiencia Renal Crónica es incierta, puesto que sus causas son múltiples: primarias, inmunitarias, urológicas, metabólicas, vasculares, infecciosas, etc.; aunque en un número muy elevado de casos no se

logra determinar la causa inicial, en parte por la tardía atención médica. Dentro de estas causas, las más usuales o comunes se encuentran las siguientes:

- Diabetes Mellitus.
- Hipertensión Arterial.
- Enfermedades propias del riñón como: glomerulonefritis, neuropatías, o enfermedades quísticas.

Al ser estas las principales causas que propician la Insuficiencia Renal Crónica (I.R.C.) resulta importante hacer referencia a la concepción de los dos primeros padecimientos, ya que estos se acentúan, agravan y complican entre si condicionando a la I.R.C.

David, García; en su libro “Hipertensión Arterial” (2000) retoma la definición que la OMS (Organización Mundial de la Salud 1959) da acerca de la **HIPERTENSIÓN ARTERIAL** la cual la define como: las cifras iguales o superiores a 90 mm Hg de presión diastólica, y de 140 mm Hg de presión sistólica, ambas registradas en reposo. Esos límites están basados, en los resultados de varios estudios clínico epidemiológicos en los cuales se demostró que, mientras más elevada es la presión arterial, se padece con mayor frecuencia de infartos cardíacos, insuficiencia renal, insuficiencia cardiaca y accidentes trombóticos, embólicos o hemorrágicos cerebrales.

DIABETES MELLITUS.- “La Diabetes Mellitus es una enfermedad compleja que se caracteriza fundamentalmente por una insuficiencia absoluta o relativa de la secreción de la insulina y por una insensibilidad o resistencia de los tejidos al efecto metabólico de la insulina”. (Stein, 1983: 1883).

Estos padecimientos son desarrollados de manera silenciosa, ya que sus síntomas son en ocasiones desapercibidos por los que los padecen y al irse complicando y acentuando traen consigo más padecimientos tal y como lo es la Insuficiencia Renal Crónica.

“En México la Insuficiencia Renal es una de las principales causas de atención hospitalaria ocupando el 4º lugar en hombres con 55 033 casos y el 10º lugar en mujeres con 50 924 casos; en mujeres con una tasa de 115. 0 y 101.5 por 100.000 habitantes en hombres y mujeres respectivamente, del sector público del sistema nacional de salud. Asimismo se reporta una mortalidad hospitalaria con los hombres en el 10º lugar con 1972 casos y una tasa de 155.8 x100.000 habitantes y en mujeres ocupando el 8º lugar con 1743 casos y una tasa da 62. 5 x 1000.000 habitantes, en el sector público del sistema nacional de salud. Ocupando la nefritis y nefrosis el 10º lugar como causa de muerte en el país en el año 2000 y 9º lugar para el 2001”. (www.Zaragoza.unam.mx.).

1.2.- SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD.

Así mismo, la Insuficiencia Renal Crónica puede presentar sintomatología a nivel de todos los órganos y sistemas, encontrando una clasificación en términos médicos; referidos por Guardia, Grau y Castel en su libro “Medicina Interna Fundamental” (1998); que se estructura de la siguiente manera:

a) MANIFESTACIONES DIGESTIVAS:

La anorexia, las náuseas y los vómitos son los síntomas más frecuentes en la Insuficiencia Renal Crónica, pudiendo en fases avanzadas comprometer el estado nutritivo del paciente.

El factor urémico suele ser llamativo en la exploración física, la aparición de gastritis, gastroenteritis, úlcera péptica, hemorragia digestiva y el desarrollo de diverticulosis cólica son más frecuentes en estos pacientes que en los sujetos normales.

b) MANIFESTACIONES CUTÁNEAS:

La presencia de anemia se acompaña de una palidez pajiza que a veces tiene un tono tostado como consecuencia de la retención de sustancias pigmentarias (urocromos). Es frecuente la presencia de equimosis y hematomas, y puede haber

prurito relacionado con el hiperparatiroidismo, que se acompaña de escoriaciones producidas por el rascado.

c) **MANIFESTACIONES CARDIOVASCULARES Y PULMONARES:**

La hipertensión arterial es la complicación más frecuente en la Insuficiencia Renal avanzada; con la excepción de enfermedades renales que se acompañan de pérdida de sodio por la orina (pielonefritis crónica, enfermedades poliquísticas, etc.) la retención de sodio es la causa fundamental de la hipertensión arterial.

La retención de líquidos puede provocar insuficiencia cardíaca, congestiva y edema pulmonar. El edema al nivel del pulmón puede aparecer aunque no exista sobrecarga de volumen, y se asocia con presiones pulmonares discretamente elevadas.

d) **MANIFESTACIONES NEUROMUSCULARES:**

En las fases avanzadas de Insuficiencia Renal Crónica hay disminución de la capacidad de concentración, atontamiento, insomnio, alteraciones de la conducta y pérdida de memoria, que suelen asociarse con signos de irritabilidad neuromusculares, hipo, fasciculaciones y contracturas musculares.

e) **MANIFESTACIONES HEMATOLÓGICAS:**

La anemia es habitual, con la única excepción de la enfermedad poliquística renal y algunas hidronefrosis. Generalmente, la anemia de I.R.C., es muy bien tolerada debido a que están aumentados los niveles intraeritrocitarios de 2, 3 difosfoglicerato, lo que desplaza hacia la derecha la curva de disociación de la hemoglobina y facilita la liberación de oxígeno.

f) **MANIFESTACIONES OSTEOARTICULARES:**

Los síntomas de osteodistrofia renal suelen presentarse en pacientes que ya están en diálisis. En las fases avanzadas de I.R.C., el síntoma más frecuente, relacionado con el hiperparatiroidismo, es la presencia de prurito generalizado.

O bien podemos referirnos como los síntomas de la enfermedad los siguientes:

“En la insuficiencia renal crónica, los síntomas se desarrollan lentamente. Al inicio están ausentes y la alteración del riñón sólo se puede detectar con análisis de laboratorio. Una persona con insuficiencia renal entre ligera y moderada presenta sólo síntomas leves a pesar del aumento de la urea (un producto metabólico de desecho) en la sangre. En este estadio, puede sentirse la necesidad de orinar varias veces durante la noche (nicturia) porque los riñones no pueden absorber el agua de la orina para concentrarla como lo hacen normalmente en la noche. Como resultado, el volumen de orina al cabo del día es mayor. En las personas que padecen Insuficiencia Renal a menudo aparece hipertensión arterial porque los riñones no pueden eliminar el exceso de sal y agua. La hipertensión arterial puede conducir a un ictus (accidente cerebral vascular) o una insuficiencia cardíaca.

A medida que la Insuficiencia Renal evoluciona y se acumulan sustancias tóxicas en la sangre, el sujeto comienza a sentirse pesado, se cansa fácilmente y disminuye su agilidad mental. Conforme aumenta la formación de sustancias tóxicas, se producen síntomas nerviosos y musculares, como espasmos musculares, debilidad muscular y calambres. También puede experimentarse una sensación de hormigueo en las extremidades y perderse la sensibilidad en ciertas partes. Las convulsiones (ataques epilépticos) se pueden producir como resultado de la hipertensión arterial o de las alteraciones en la composición química de la sangre que provocan el mal funcionamiento del cerebro. La acumulación de sustancias tóxicas afecta también al aparato digestivo, provocando pérdida del apetito, náuseas, vómitos, inflamación de la mucosa oral (estomatitis) y un sabor desagradable en la boca. Estos síntomas pueden llevar a la desnutrición y a la pérdida de peso. Los sujetos que padecen una Insuficiencia Renal avanzada desarrollan frecuentemente úlceras intestinales y hemorragias. La piel puede volverse de color marrón amarillento y, en algunas ocasiones, la concentración de urea es tan elevada que se cristaliza en el sudor, formando

un polvo blanco sobre la piel (escarcha urémica). Algunos de los que sufren de Insuficiencia Renal Crónica tienen picores generalizados muy molestos. Motivos que originan que las personas presenten un desequilibrio físico, que en la mayoría de las ocasiones hacen que este llegue a centros hospitalarios para ser atendidos; con lo que en segundo término se diagnostica la enfermedad, mediante la revisión del médico y el análisis de estudios de laboratorios que al paciente se le harán. Esto con la intención de confirmar dicho padecimiento, que a su vez servirá como base en la determinación del tratamiento a seguir”. (www.msd.com.mx.)

1.3.- TRATAMIENTO.

Es bien sabido que para controlar o eliminar algún padecimiento se requiere de un tratamiento específico, el cual se deberá seguir al pie de la letra, por lo que dicho tratamiento debe ser establecido por una persona especializada en el padecimiento que aqueja al doliente; siendo por lo tanto importante para los pacientes con I.R.C., seguir un tratamiento definido que establezca en este caso un médico.

Y como señalan Andreu y Force en su libro: “500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal”, (2001):

Es importante iniciar el tratamiento de la Insuficiencia Renal precozmente con el fin de controlar los síntomas, evitar complicaciones, prever secuelas a largo plazo y establecer en la medida de lo posible la progresión de la enfermedad, se intentará corregir los factores de riesgo que pueden agravar su curso (hipertensión, infecciones urinarias), prestando especial atención a la administración de fármacos nefrotóxicos y evitando el uso de contrastes radiológicos.

A medida que la Insuficiencia Renal avanza, debe realizarse una dieta con restricción proteica, que mejore la sintomatología al disminuir la producción de metabolitos nitrogenados y endentece su evolución. Se aconseja una ingesta de proteínas de 0.8 g/Kg./día, la mayoría de alto valor biológico. El aporte calórico debe garantizar el mantenimiento del estado nutricional. Puede ser necesaria la restricción de sodio y

líquidos para controlar la hipertensión o la insuficiencia cardíaca, pero en ocasiones se ha de recurrir a la administración de diuréticos, potentes como la furosemida, para forzar la eliminación renal. El tratamiento renal puede completarse desde dos grandes vertientes; las técnicas dialíticas y el trasplante renal. Las técnicas dialíticas pueden ser intra y extracorpóreas y comprenden dos grupos de procedimientos, la hemodiálisis y sus variantes como la hemofiltración y la diálisis peritoneal en sus diferentes formas. Cuando un paciente llega a un estadio terminal, el tratamiento conservador es insuficiente y debe iniciarse la sustitución de la función renal antes de que aparezcan las graves complicaciones del síndrome urémico. El tratamiento sustitutivo permite no sólo la supervivencia del paciente, sino también una calidad de vida aceptable que incluye en muchos casos la rehabilitación sociolaboral. Estos tratamientos sólo sustituyen las funciones que guardan relación con el mantenimiento de la homeostasis del medio interno, siendo necesario complementarlos con tratamiento médico. Sólo el trasplante renal permite suplir las funciones renales, incluidas las metabólicas y las endocrinas, pudiendo obtenerse el nuevo órgano tanto de cadáver como de donante vivo. Los diferentes tipos de tratamiento no son excluyentes y pueden complementarse en cualquier momento; así, un paciente transplantado puede requerir la hemodiálisis cuando se produce un rechazo del riñón. Por otra parte, mientras se está a la espera de un trasplante, los pacientes se mantienen con técnicas dialíticas.

O como menciona Whitworth y Lawrence, en su libro: "Enfermedades Renales", (1987):

Los pacientes con I.R.C., deben participar en su cuidado propio tan pronto sea posible; es necesario que comprendan la causa de su enfermedad, la velocidad de progresión anticipada de la Insuficiencia Renal, y lo que pueden hacer para influirlo. En paciente con buen pronóstico, puede bastar con subrayar la importancia del control de la presión arterial, la buena nutrición y el equilibrio de sodio. Al progresar la I.R.C., se debe explicar la necesidad del control del fosfato, como también la importancia de consumir cualesquier síntomas como cefalea, vómitos y fiebre, que puedan indicar o conducir a una complicación. Cuando se anticipa la necesidad de

diálisis se debe advertir al paciente con considerable anticipación, a fin de que se hagan los ajustes necesarios en el trabajo o en el hogar, y explicarle la necesidad de aplicar un dispositivo de acceso; en esta etapa, es conveniente que el paciente se transfiera a una clínica de insuficiencia renal, donde puede llegar a conocer personal médico y paramédico variado y relacionarse con otros enfermos con el mismo problema. Los pacientes deben de conocer las razones por las cuales toman medicamentos, y dependiendo de su inteligencia y motivación, permitirles dialogar sobre los efectos del tratamiento sobre presión arterial, peso o valores de urea y fosfato. También deben comprender la importancia de limitar su tratamiento con medicamentos a aquéllos que están claramente indicados y son esenciales. Desafortunadamente algunos pacientes son renuentes a aprender los datos referentes a sus enfermedades, y es posible que los médicos estén demasiado ocupados para tenerlos informados adecuadamente. Sin embargo, a la larga los pacientes bien educados suelen cumplir mucho mejor con los regímenes prescritos y requieren menos consultas.

Es decir, los tratamientos que se establecen para la atención de un paciente con I.R.C., van desde la alimentación y medicamentos, o bien el empleo de técnicas denominadas “dialíticas”; de las que hay diferentes modalidades; o bien en última instancia un transplante de riñón; todas estas encaminadas a la protección de la salud de los pacientes, a quien se le debe de considerar como el principal motor para que los adelantos en la medicina funcionen y se vean reflejados en el bienestar de si mismo.

1.4.- TIPOS DE DIÁLISIS PERITONEAL.

Resumiendo; al inicio y dependiendo de su severidad, la Insuficiencia Renal Crónica puede ser tratada con dieta y medicamentos, generalmente con reguladores de la presión sanguínea, estimuladores de la producción de orina o complementos vitamínicos, pero cuando dicho padecimiento es muy severo se considera la diálisis a largo plazo o el transplante de riñón.

Al hablar de diálisis, es importante retomar nuevamente aspectos incluidos por Andreu, et al, en su libro: "500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal", (2001) que dice:

La diálisis peritoneal es una forma de depuración extrarrenal e intracorporea, ya que utiliza el propio peritoneo del paciente como membrana semipermeable. En el peritoneo se encuentra, por una parte, la sangre de los capilares mesentéricos y, por otra, una cavidad virtual en la cual se introduce el líquido depurador, produciéndose los fenómenos de difusión y ósmosis a través de los capilares sanguíneos. La solución depuradora se introduce en el abdomen mediante un catéter y se mantiene en él durante un período de tiempo variable para permitir el intercambio de líquidos y solutos, transcurrido el cual la solución ya saturada se drena al exterior. La cantidad de solutos excretada depende del volumen total de líquido introducido.

O bien, "Con la Diálisis Peritoneal la sangre se "limpia" dentro del cuerpo utilizando la membrana peritoneal como filtro. El peritoneo es una membrana delgada que forma un saco alrededor de órganos como el hígado, estómago e intestinos. El interior de esta membrana se llama *cavidad peritoneal*. Cuando se coloca un líquido de diálisis dentro de la cavidad peritoneal, la membrana actúa como un filtro. Los productos de desecho y el líquido extra pasan a través de las pequeñas aberturas del filtro". (www.donación.organos.ua).

De acuerdo a la observación, y mediante el trato con estos pacientes, la diálisis peritoneal es un método de depuración sanguínea extrarrenal de solutos y toxinas. Está basada en el hecho fisiológico de que el peritoneo es una membrana que reviste el abdomen y recubre los órganos abdominales, que actúa como un filtro permeable. Esta membrana posee una extensa superficie y una rica red de vasos sanguíneos. Las sustancias provenientes de la sangre pueden filtrarse fácilmente a través del peritoneo al interior de la cavidad abdominal si las condiciones son favorables. El líquido se infunde a través de un catéter que penetra la pared abdominal hasta el espacio peritoneal, en el interior del abdomen. Dicho líquido debe

permanecer en el abdomen durante un tiempo suficiente para permitir que las materias de desecho provenientes del flujo sanguíneo pasen lentamente hacia él. Luego se saca el líquido, se desecha y se reemplaza con otro nuevo. Por lo general se usa un catéter blando de goma de silicona o de poliuretano poroso porque permite que el líquido fluya uniformemente y es improbable que cause lesiones. Si el catéter se instala por un período corto de tiempo, se puede colocar cuando el paciente está en la cama. Si es permanente, se debe colocar en la sala de operaciones; (Existe un tipo de catéter que finalmente se cierra con la piel y que se puede dejar tapado cuando no se usa).

Encontrando entonces que la diálisis peritoneal se puede dividir en dos diferentes tipos de técnicas, las cuales serán usadas por el paciente de acuerdo a las indicaciones de su médico y al estado en el que se encuentre para realizarlas; y estas son:

- 1.- DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA.
- 2.- DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA.

1.4.1.- DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA.

La diálisis peritoneal continua ambulatoria es una técnica, que de acuerdo al “Manual del Paciente en Diálisis Peritoneal de PISA, (2003)”;

es considerada como: Una forma sencilla y eficaz de realizar la diálisis en la comodidad del hogar. En donde el paciente puede efectuar los cambios o si lo prefiere puede ser auxiliado por un familiar.

Se denomina como D.P.C.A. puesto que:

* DIALISIS.- Es el procedimiento que consiste en introducir y extraer la solución dializante de la cavidad peritoneal.

* PERITONEAL.- Por usarse el peritoneo como membrana semipermeable imperfecta. Únicamente permite el paso del agua y determinadas partículas.

* CONTINUA.- En virtud de que la solución se encuentra las 24 hrs. del día de todos los días del año en contacto con el peritoneo. En el transcurso del día habitualmente se realizan de 3 a 6 cambios. La cantidad y la concentración de las soluciones podrán ser fijas o variables.

* AMBULATORIA.- Porque el paciente tiene la libertad de realizar sus actividades casi de forma normal.

El tratamiento de D.P.C.A. se caracteriza por:

- Ser un tratamiento eficaz.
- Puede realizarse en el hogar y en el trabajo (con ciertos cuidados).
- Tanto el paciente como sus familiares pueden ser capacitados para realizar el procedimiento que implica dicho tratamiento.
- El paciente puede tener la facilidad de viajar.
- El estilo de vida del paciente que se encuentra en dicho tratamiento es casi normal.
- Y solo es necesario que el paciente acuda a un control médico si realiza de manera adecuada su tratamiento.

Por lo que se hace necesario que el paciente que entre a este tipo de tratamiento acepte el procedimiento, presente disponibilidad y asuma con responsabilidad su tratamiento, ya que de esto dependerá su subsistencia.

Y de acuerdo al contenido del “Manual y la página electrónica de Baxter” la diálisis peritoneal continua ambulatoria es:

Una modalidad de diálisis que consiste en eliminar de la sangre todos los desechos y el exceso de agua, utilizando como filtro la membrana peritoneal. Este tipo de diálisis se vale de la membrana que cubre la cavidad peritoneal para limpiar la sangre. El líquido de la diálisis siempre se encuentra dentro del peritoneo limpiando la sangre en forma continua.

Esta modalidad permite al paciente realizar sus actividades y moverse libremente. Para realizar este procedimiento, cada cambio, utiliza la gravedad para drenar el fluido del peritoneo y reemplazarlo con solución nueva.

La Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (D.P.C.A.) es una terapia que se realiza manualmente en casa. La gran mayoría de los pacientes requieren 4 cambios por día, los 7 días de la semana. Cada cambio tiene 3 pasos:

1. Drenaje: Consiste en sacar el líquido de la cavidad peritoneal por gravedad.
2. Infusión: Consiste en introducir la solución de diálisis nueva en la cavidad peritoneal, a través del catéter.
3. Permanencia: Es un período en el cual el líquido de diálisis permanece dentro de la cavidad peritoneal con una duración promedio de 4 a 6 horas, de acuerdo a la prescripción de su médico. El cambio generalmente se repite cada 4 ó 6 horas, es decir, cuatro veces al día, siete días a la semana. Puede hacerse los cambios en casa, en el lugar de trabajo, o en otro lugar que estuviera visitando. Cada cambio dura aproximadamente 30 minutos. El horario de tratamiento es muy flexible, por lo que puede adaptarse a las necesidades del paciente.

1.4.2.- DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA.

Para efectos de diferenciación: La diálisis peritoneal automatizada es un tratamiento eficaz y aún más sencillo que la D.P.C.A., puesto que dicho tratamiento se hace con la ayuda de una *máquina cicladora de Home Choice*; la cual realiza los cambios, mientras el paciente descansa o duerme. Este tipo de diálisis tiene la ventaja adicional de ofrecer mayor disponibilidad de tiempo durante el día para otras actividades, ya que sólo algunos pacientes requerirán un cambio adicional durante el día.

“La diálisis peritoneal automatizada es aquel procedimiento en donde se encuentra que:

- Se utiliza un aparato de ciclos o cicladora, que funciona abriendo y cerrando sistemas, y controla el volumen que se introduce y el tiempo
- Se realiza generalmente mientras el paciente duerme, de modo que permite más tiempo libre durante el día

- Existen varias modalidades de este tipo de diálisis: sesiones sólo 2-3 veces por semana en peritoneos de alta permeabilidad, sesiones en las que durante el día el peritoneo está vacío y en otras lleno, etc.
- Este método requiere menos desconexiones del sistema y por tanto, disminuye el riesgo de infección.” (www.eccpn.aibarra.org)

De igual manera, Montenegro, Olivares y Cósme, en su libro: “Diálisis Peritoneal” (1994) se encuentra una descripción de la técnica, la cual también es denominada como Diálisis Peritoneal Continua por Cicladora D.P.C.C.:

La diálisis peritoneal continua por cicladora (D.P.C.C.) tiene sus fundamentos en el concepto de la diálisis por equilibrio o diálisis peritoneal continua ambulatoria (D.P.C.A.), pero incorpora la automatización de cambios de la solución dialítica. La D.P.C.C., utiliza múltiples cambios de corta duración durante la noche (ciclo nocturno) y un lavado prolongado durante el día (ciclo diurno). La intención primordial de la D.P.C.C., es proveer diálisis peritoneal continua de manera conveniente y automática, eliminando todos los procedimientos y cambios de dializado a lo largo del día. La intención secundaria es la prevención de la peritonitis, eliminando muchas de las desconexiones necesarias en la D.P.C.A.

El acceso a la cavidad peritoneal se obtiene mediante la inserción de un catéter permanente de tipo Tenckhoff o equivalente. La D.P.C.C., consta de dos periodos: el ciclo diurno y los ciclos nocturnos. Por lo general el ciclo diurno dura 14 horas. Debido a su larga duración es preciso utilizar soluciones dialíticas con alta concentración de glucosa a fin de eliminar la absorción de la solución. Los ciclos nocturnos de corta duración (dos a tres horas), con un tiempo total de aproximadamente 10 horas. El número de cambios nocturnos se puede aumentar y su duración disminuye de manera proporcional, dependiendo de la necesidad de ultrafiltración y remoción de solutos en cada caso. La concentración de glucosa durante los cambios nocturnos se regula para satisfacer la necesidad de ultrafiltración. El procedimiento consiste en conectar el catéter peritoneal a la línea de la cicladora. Actualmente se utilizan varios tipos de conectores. La conexión por lo general se efectúa por la noche, cuando el paciente se retira. La

preparación del equipo y la conexión toma aproximadamente 30 minutos. Por la mañana, el paciente o su asistente desconecta la línea de la cicladora al catéter de manera tradicional, observando medidas de control aséptico o utilizando el sistema de oclusión externa.

1.4.3.- HEMODIÁLISIS.

Otro tratamiento disponible para los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica es el denominado "Hemodiálisis":

"La hemodiálisis es un procedimiento mediante el cual se extrae la sangre del cuerpo y se hace circular a través de un aparato externo denominado dializador; se requiere acceder de forma repetida al flujo sanguíneo. Para facilitar este acceso se efectúa quirúrgicamente una conexión artificial entre una arteria y una vena (fístula arteriovenosa).

En la hemodiálisis, la sangre sale por un tubo conectado a la fístula arteriovenosa (A-V) y se bombea al dializador. Durante el procedimiento, se utiliza heparina, un fármaco que evita la coagulación de la sangre e impide que se coagule en el dializador. Dentro del dializador, una membrana porosa artificial separa la sangre del líquido (líquido de diálisis), cuya composición química es similar a los líquidos normales del cuerpo. La presión en el compartimiento del líquido de diálisis es más baja que la del compartimiento de la sangre, permitiendo así que el líquido, los productos de desecho y las sustancias tóxicas de la sangre se filtren a través de la membrana que separa ambos compartimientos. Sin embargo, las células sanguíneas y las proteínas de gran tamaño son demasiado grandes para filtrarse a través de los pequeños poros de la membrana. La sangre dializada (purificada) es devuelta al organismo.

Los dializadores tienen diversos tamaños y diversos grados de eficacia. Las unidades más modernas son muy eficaces, permitiendo que la sangre fluya más rápidamente y acortando el tiempo de la diálisis, por ejemplo, de 2 a 3 horas, tres veces por semana, en comparación con las 3 a 5 horas, tres veces por semana,

necesarias con las unidades más antiguas. Los que padecen Insuficiencia Renal Crónica, por lo general, necesitan hemodiálisis tres veces por semana para mantenerse en buen estado de salud. En nuestro país, este tratamiento sólo se realiza en el hospital e implica para el paciente su asistencia a una unidad médica que disponga de recurso material (máquinas) para efectuar dicho procedimiento” (www.latinoamericabaxter.com).

1.5.- COMPLICACIONES EN EL CONTEXTO DEL PACIENTE.

Los pacientes sometidos a un tratamiento de diálisis requieren de especial atención, debido a las complicaciones que de esta se derivan, por lo que resulta importante contar con el apoyo de la familia para los cambios que están por ocurrir ya que a menudo, tienen que modificarse las responsabilidades y los roles establecidos para adaptarlos a la rutina de la diálisis, creando estrés y sentimientos de culpa e incapacidad tanto por parte de la familia como del paciente.

Las personas en diálisis se enfrentan también a alteraciones estresantes de su propia imagen y de las funciones corporales, manifestándose en un acumulamiento de pérdidas, en todas las esferas que componen a un individuo. Como consecuencia de estas pérdidas, muchas personas que están en diálisis se deprimen y se vuelven ansiosas; no obstante, la mayoría de los sujetos se adaptan a la diálisis, después de haber transcurrido un tiempo considerable. Estos dos estados psicológicos influyen demasiado en el tratamiento y aceptación de la condición del paciente tanto en el enfermo como en su familia; por lo que a continuación haremos referencia a las concepciones de la depresión y ansiedad respectivamente.

DEPRESIÓN.- De acuerdo a Farreras y Ciril; en su libro “Medicina Interna, Tomo II (1978)” La depresión es un estado patológico de sufrimiento psíquico con pesadumbre del ánimo, tristeza íntima de minusvalía personal y

sentimiento de impotencia para obrar y pensar. Sin déficit de la actividad mental y con molestias somáticas (anorexia, cefaleas, insomnio, constipación, estado saburral, etc.), es uno de los motivos más frecuentes de consulta tanto al médico general como al psiquiatra. Dicho estado presenta el siguiente cuadro clínico, ya que los pacientes suelen quejarse:

1. De humor triste y sombrío con falta de ilusiones para todo; gran pesimismo, sentimiento de que todo cuanto emprendan ha de fracasar; impresión de ser un estorbo, inútil, falta de estimación para si mismo y deseo de muerte.
2. Sentimiento de impotencia para obrar y pensar, inhibición psíquica y motriz, lentitud en la expresión y conversación, que es penosa y con frecuencia buscan las palabras suspirando. Su rictus facial es de cansancio y pesadumbre, mostrando la expresión del dolor moral.
3. Físicamente acusan molestias somáticas varias. Junto a su humor disfórico e hipertimia depresiva aquejan insomnio con no raro despertar ansioso a media noche; flatulencias, anorexia, estado saburral, cefalalgias erráticas y vagas, adelgazamiento.

ANSIEDAD.- De acuerdo a Misael Uribe, en su libro “Tratado de Medicina Interna (1981)”, La ansiedad es un estado caracterizado por un sentimiento de miedo y aprensión que puede estar acompañado de síntomas y signos específicos. La ansiedad puede reflejar el resultado de un esfuerzo de adaptación inadecuada para resolver conflictos internos y puede generar fobias, reacciones de conversión estados disociativos, obsesivos y compulsiones.

La manera como las personas en diálisis (así como su equipo de terapia) se enfrenta a estos problemas afecta no solamente a su adaptación social sino también a su supervivencia a largo plazo. Los problemas psicológicos y sociales por lo general disminuyen cuando los programas de diálisis motivan a las personas a ser independientes y a asumir de nuevo sus intereses

anteriores. Aunque para lograrlo se requiere trabajar de manera integral no solo con un equipo de salud, sino de manera integral en el sentido de que el paciente no solo padecerá de Insuficiencia Renal Crónica, sino de otros trastornos de carácter físico y psicológico, que de igual manera habrá que brindar atención si es que se quiere lograr mejorar la salud del paciente.

La asistencia psicológica y de trabajo social es útil tanto a las familias como a las personas en programa de diálisis, en los casos de depresión, problemas de comportamiento y circunstancias que impliquen pérdidas o modificaciones de las costumbres.

Una vez que se conoció más ampliamente el padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica, como un padecimiento crónico degenerativo, es importante decir que el sector salud atiende a los pacientes con este padecimiento, ofreciéndoles alternativas que hagan frente a las complicaciones que trae consigo dicha enfermedad. Para lo cual se han extendido las formas de atención convertidas en programas que instituciones de salud de carácter público o privado ponen al alcance de la población afectada; claro ejemplo de ello es el programa que se lleva a cabo en el I.S.S.S.T.E., específicamente dentro de la Unidad Médica Delegación Uruapan, lugar en donde se llevara a cabo la investigación, tomando como marco referencial, el cual en el siguiente capítulo se desarrollara.

CAPÍTULO II.

CLÍNICA HOSPITAL I.S.S.S.T.E. DELEGACIÓN URUAPAN.

Desde hace tiempo atrás las exigencias, demandas y necesidades presentadas por la población son el eje de acción de movilizaciones que el hombre hace ya sea de manera individual o colectiva, con tal de ver satisfechas las mismas, permitiendo con ello la apertura de alternativas que los beneficien de acuerdo a sus intereses y necesidades. Dichas movilizaciones han respondido a necesidades en rubros tales como: vivienda, salud, educación, empleo, seguridad y asistencia; a las cuales el gobierno ha tenido que hacer frente ofreciendo servicios al alcance de la mayoría de la población denominándose estos como de carácter público. Esto no solo a nivel nacional, sino que también son estructuradas de acuerdo las características de la población de cada región del país.

Dentro de los servicios de carácter público se puede ubicar los servicios de salud, y en específico, y que ocupa el presente análisis, los servicios que ofrece el INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (I.S.S.S.T.E.); la cual es una institución que ofrece servicios en atención a la salud y que se rige a nivel nacional, pero que de igual manera los servicios son prestados en cada una de los estados de la República Mexicana.

El Estado de Michoacán no es la excepción ya que varias delegaciones que cubren los municipios del Estado cuentan con el servicio de este instituto. Precisamente el municipio de Uruapan cuenta con una clínica de primer nivel la que será considerada como el marco referencial en donde se desarrollara la investigación y que a continuación será descrita presentando aspectos relevantes que permitan conocer el espacio y los servicios que en ella se ofrecen como clínica de primer nivel

2.1.- ANTECEDENTES.

De acuerdo a registros con los que se cuentan en la Clínica Hospital I.S.S.S.T.E., se sabe que: con la finalidad de proporcionar los servicios médicos de salud a los empleados públicos de la ciudad de Uruapan, este se creó en el mes de mayo de 1961; iniciando a laborar en la calle Morelos No. 141, Colonia Centro, estando el Lic. Rómulo Sánchez Mirales como director Nacional del I.S.S.S.T.E., dicho instituto inició a funcionar, siendo su primer director el Dr. Enrique Zárraga Muñoz (considerado como uno de los fundadores de esta Clínica); en coordinación con el Dr. Edmundo González. Brindándose atención médica en general, siendo su adscripción inicial aproximada a los 3,000 derechohabientes contando con un total de 14 trabajadores. Posteriormente debido a la demanda de servicios se unieron a esta clínica derechohabientes de Nueva Italia, Paracho, Lombardía, Coalcoman y pueblos de los alrededores. Inicialmente se ofrecían los siguientes servicios:

- Gineco- obstetricia,
- Pediatría,
- Cirugía general,
- Consulta externa,
- Farmacia,
- Archivo clínico,
- Vigencia de derechos,
- Servicio dental,
- Medicina preventiva,
- Y únicamente se contaba con una ambulancia y el conductor de la unidad.

Cuatro años después la población derechohabiente se incrementa a 6,000 por lo que se aumentó el número de personal trabajador de la clínica a 23 personas. En estas condiciones laboró hasta el día 16 de junio de 1983 cuando se da la reubicación de la Clínica Hospital de especialidades a la calle Estocolmo No. 688, Col. FOVISSSTE, la Huerta donde actualmente se encuentra al servicio de su derechohabiencia bajo la

dirección del Dr. José Cabrera Gómez, la subdirección es dirigida por el Dr. Alejandro Moreno Duarte y la coordinación médica por el Dr. Miguel Arcadio Vieyra Sánchez.

2.2.- MISIÓN, VISIÓN, OBJETIVOS, METAS.

Actualmente la Clínica Hospital I.S.S.S.T.E. Delegación Uruapan, considera para su funcionamiento los siguientes lineamientos, estos obedeciendo a los estatutos internos de la institución, establecidos en el “Programa Institucional I.S.S.S.T.E. (Hacia la Transformación y Fortalecimiento del I.S.S.S.T.E.) México, 2001-2006”:

MISIÓN:

- ✓ Otorgar a nuestros usuarios la atención médica preventiva, especializada y de rehabilitación oportuna, con calidad, equidad y profundo sentido humano, satisfaciendo sus necesidades y expectativas, con el máximo beneficio, al menor riesgo y costo optimizado.

VISIÓN DEL CAMBIO:

- ✓ El equipo multidisciplinario de salud posee y denota actitud preactiva ante las exigencias que se encuentran diariamente.
- ✓ Sabe y está convencido que no puede permanecer en equilibrio absoluto, ya que debe de estar en constante movimiento para crear innovaciones que satisfagan las exigencias de los usuarios.

OBJETIVO GENERAL:

Otorgar a nuestros usuarios la atención médica preventiva, especializada y de rehabilitación oportuna con calidad, equidad y profundo sentido humano.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Cobertura y calidad.
- Servicios con profundo sentido humano.
- Fortalecer el sistema institucional.

- Equidad regional e institucional.
- Recuperar el equilibrio financiero.

METAS:

- ♦ Otorgar atención médica con profundo sentido humano a los usuarios.
- ♦ Proporcionar un trato digno con una comunicación e información sencilla al paciente en todas sus expectativas.
- ♦ Tiempo de esperas disminuidas.
- ♦ Calidad en la atención de los usuarios.
- ♦ Equidad.

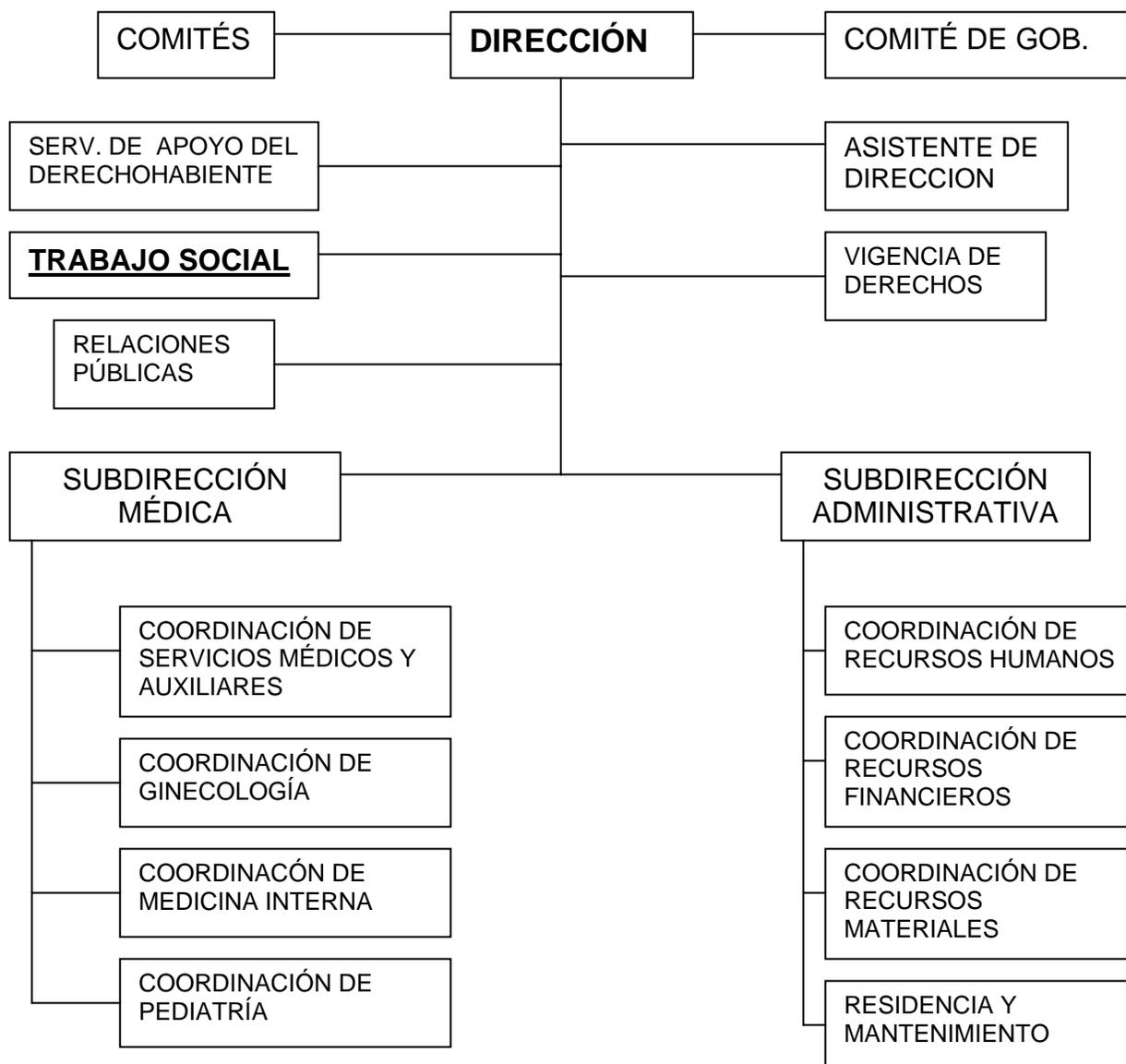
2.3.- ORGANIZACIÓN INTERNA.

La estructura organizacional interna de la institución se encuentra integrada por las siguientes áreas o departamentos:

- ♦ Dirección,
- ♦ Comités,
- ♦ Departamento de apoyo al derechohabiente,
- ♦ Trabajo social,
- ♦ Relaciones públicas,
- ♦ Comité de gobierno,
- ♦ Asistente de dirección,
- ♦ Vigencia de derechos,
- ♦ Subdirección médica,
- ♦ Subdirección administrativa,
- ♦ Coordinación de enseñanza e investigación,
- ♦ Enfermería,
- ♦ Odontología,
- ♦ Coordinación de servicios auxiliares,
- ♦ Coordinación ginecológica,
- ♦ Coordinación de medicina interna,

- ♦ Coordinación de pediatría,
- ♦ Coordinación de recursos humanos,
- ♦ Coordinación de recursos financieros,
- ♦ Coordinación de recursos materiales,
- ♦ Residencia y mantenimiento,
- ♦ Laboratorio,
- ♦ Archivo clínico,
- ♦ Servicio de ginecología y obstetricia,
- ♦ Servicio de medicina interna,
- ♦ Servicio de pediatría,
- ♦ Caja,
- ♦ Almacén,
- ♦ Radiología e imagen,
- ♦ Banco de sangre,
- ♦ Anatomía patológica,
- ♦ Citología exfoliaría,
- ♦ Urgencias,
- ♦ Hospitalización,
- ♦ Administración hospitalaria,
- ♦ Planificación familiar y salud reproductiva,
- ♦ Alimentación materno infantil,
- ♦ Dermatología,
- ♦ Cardiología,
- ♦ Atención a jubilados y pensionados,
- ♦ Incidencias,
- ♦ Nominas,
- ♦ Contabilidad y presupuestos,
- ♦ Administración y dietología,
- ♦ Ropería,
- ♦ Transporte,
- ♦ Farmacia,

Las cuales se pueden distinguir y ubicar en el esquema que comprende el organigrama de los puestos, que esta plasmado de la siguiente manera:



Fuente: Tesis “Las repercusiones socioeconómicas en la calidad de vida a partir del retiro laboral de los jubilados y pensionistas del I.S.S.T.E., Unidad Médica Uruapan”, México 2003.

2.4.- SERVICIOS Y PRESTACIONES AL SERVICIO DEL DERECHOHABIENTE.

De acuerdo a “Ley del **I.S.S.S.T.E.** (Última reforma aplicada, México 2000)”, dicho instituto ampara y protege actualmente a sus derechohabientes mediante el otorgamiento de **21** seguros, prestaciones y servicios los cuales son:

- 1. Medicina preventiva.-** Garantiza, cuida y preserva la salud de los trabajadores y sus familiares, así como de los pensionados.
- 2. Seguro de enfermedades y maternidad.-** Brinda atención médica de diagnóstico, quirúrgica y hospitalaria, así como farmacéutica y de rehabilitación que sea necesaria, desde el comienzo de la enfermedad o embarazo de los trabajadores, familias y pensionados.
- 3. Servicios de rehabilitación física y mental.-** Otorga atención a pacientes con algún tipo de enfermedad o discapacidad que afecte al sistema locomotor, así como a pacientes con afección o deficiencia mental.
- 4. Seguro de riesgos de trabajo.-** Cubre el seguro cuando ocurran accidentes y enfermedades a las que están expuestos los trabajadores en el ejercicio de su actividad cotidiana.
- 5. Seguro de jubilación.-** Garantiza el pago de pensiones a todos los trabajadores que cumplan 30 años o más de servicio y a las trabajadoras con 28 años o más.
- 6. Seguro de retiro por edad y tiempo de servicio.-** Pensiona a aquellos trabajadores que cumplan 55 años de edad y que tengan 15 años de servicio como mínimo e igual tiempo de cotización al Instituto.
- 7. Seguro de invalidez.-** Otorga este seguro a aquellos trabajadores que se inhabiliten física o mentalmente por causas ajenas al desempeño de su empleo, siempre y cuando hayan cotizado al Instituto cuando menos durante 15 años.

8. Seguro por causa de muerte.- Cubre este seguro en caso de deceso por motivos ajenos al servicio, siempre y cuando el trabajador haya cotizado al Instituto más de 15 años, o fallecido después de los 60 años de edad con un mínimo de diez años de cotización.

9. Seguro de cesantía en edad avanzada.- Brinda protección al trabajador que decida retirarse voluntariamente del servicio o quede privado de trabajo remunerado después de los 60 años de edad y haya cotizado al Instituto cuando menos 15 años.

10. Indemnización global.- Indemniza a aquellos trabajadores que sin tener derecho a ningún tipo de pensión se separen definitivamente del servicio.

11. Servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil.- Procura el desarrollo armónico e integral de los hijos de las trabajadoras del Estado en las Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil.

12. Servicios integrales de retiro a jubilados y pensionistas.- Garantiza los servicios médicos y prestaciones económicas y en especie a los trabajadores del Estado en retiro.

13 y 14. Vivienda y arrendamiento.- Brinda la oportunidad de obtener vivienda digna mediante el arrendamiento o venta de habitaciones económicas pertenecientes al Instituto, además de préstamos hipotecarios y financiamiento en general para vivienda, en sus modalidades de adquisición de casas-habitación, construcción, reparación, ampliación o mejoras a las mismas; así como para el pago de pasivos adquiridos por este concepto.

15. Préstamos a mediano plazo.- Apoya la economía familiar a través de financiamiento de préstamos para la adquisición de bienes de uso duradero.

16. Préstamos a corto plazo.- Otorga préstamos en efectivo a los trabajadores que por algún motivo requieran de liquidez.

17. Tiendas y farmacias.- Contribuye a mejorar la calidad de vida del servidor público y familiares derechohabientes a través de tiendas y farmacias que cuenten con productos de calidad a precios competitivos.

18. Servicios turísticos.- Ofrece precios accesibles e instalaciones adecuadas para la recreación.

19. Actividades culturales y deportivas.- Atiende las necesidades básicas de los trabajadores y sus familias como son promociones culturales, de preparación técnica, fomento deportivo y recreación.

20. Servicios funerarios.- Proporciona servicios funerarios a precios accesibles.

21. Sistema de Ahorro para el Retiro.- Aumenta los recursos a disposición del trabajador al momento de su retiro.

2.5.- PERFIL DE LOS USUARIOS.

El I.S.S.S.T.E., otorga a sus trabajadores y derechohabientes 21 prestaciones, seguros y servicios que se dividen principalmente en dos:

a) Prestaciones económicas:

Se otorgan, por ley, exclusivamente al personal en activo y a los pensionistas tomando como referencia el nivel del salario del trabajador.

b) Prestaciones en especie:

Que benefician tanto al trabajador como a sus familiares derechohabientes, sin distinción de nivel salarial o antigüedad.

Así que al revisar los lineamientos que se estipulan en “La Ley del I.S.S.S.T.E. (Última reforma aplicada, México 2000)”, se encuentra lo siguiente:

Por trabajador se entiende: “Aquella persona que mediante designación legal o nombramiento presta sus servicios en las dependencias, empresas y/o instituciones del sector público, central o paraestatal y, como servidor público activo, al cotizar al I.S.S.S.T.E., se hace acreedor a los seguros, prestaciones y servicios que la ley le otorga”.

Por pensionistas se entiende: “Aquel trabajador que, se muestra activo, sigue gozando de las prestaciones y servicios que brinda el instituto, así como de un salario mensual”.

Por derechohabiente se entiende: “Aquella persona que tiene derecho a los servicios que otorga el instituto, ya sea trabajador o pensionista, y los familiares de ambos en la línea directa, ascendente o descendente”.

Una vez revisados estos conceptos es importante mencionar el perfil de los derechohabientes, para lo cual se desarrollaran los siguientes aspectos:

- Características físicas y ocupacionales de los derechohabientes.
- Acceso a los servicios.
- Características socioeconómicas.
- Participación de la derechohabiencia.
- Visualización de los servicios por parte del derechohabiente.

Dichos aspectos fueron rescatados de acuerdo a los registros que se disponen en el departamento de “VIGENCIAS DE DERECHOS”, así como de la información que el personal del departamento proporciono de manera oral; y a continuación se desarrollaran.

2.5.1.- CARACTERÍSTICAS FÍSICAS Y OCUPACIONALES DE LOS DERECHOHABIENTES.

La población derechohabiente que hace uso de los servicios de esta unidad medica, de acuerdo a los registros propios de la institución, son personas tanto del sexo masculino como femenino, desde su gestación hasta la etapa de la tercera edad, y se caracterizan por ser trabajadores del Estado o familiares de los trabajadores del Estado, los cuales ejercen tanto oficios como profesiones, siendo estos en su mayoría profesores de la S.E.P., asimismo existen otros trabajadores que pertenecen

a dependencias públicas tales como: H. Ayuntamiento, UNIFAP, la SAGAR, CEPOMEX, SAGARPA. También existen afiliados quienes se dedican al campo u oficios, con una escolaridad que varía desde el ser analfabetas hasta el nivel superior, con un estado civil de casados o solteros o en su caso en concubinato, trabajadores con y sin las prestaciones de ley, que pueden percibir ingresos que equivalen hasta un salario mínimo o un máximo de ocho salarios. Siendo aproximadamente un total de 41,138 derechohabientes hasta el día de hoy.

2.5.2.-ACCESO A SERVICIOS.

Como parte de sus derechos los trabajadores de las dependencias que anteriormente se mencionaron pueden tener acceso a los servicios no solo el trabajador sino que también este, puede afiliar a sus padres, abuelos, esposa (o), concubino (a), a sus hijos menores de edad y a los hijos mayores de edad siempre y cuando estos se encuentren cursando el nivel superior y sean responsabilidad del trabajador.

2.5.3.- CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÓMICAS.

La mayoría de los trabajadores son de clase media, que viven casi en su totalidad en zonas urbanas y en un mínimo porcentaje radican en las zonas suburbanas y rurales de la ciudad, en viviendas construidas con diferentes materiales, desde las más sencillas y humildes, con techos de concretos, pisos de cemento o vitropiso; con paredes de cemento, unos con techos de lámina galvanizada, teja o lámina de cartón, las cuales en su mayoría son propias y un mínimo porcentaje de ellos radican en viviendas prestadas o rentadas, así mismo es importante ,mencionar que por las ubicaciones de sus viviendas, cuentan casi en su totalidad con los servicios públicos como los son agua potable, luz drenaje, alumbrado público, acceso a medios de transportes como son urbanos, taxis o carros particulares, teléfonos; la mayoría de los

derechohabientes profesa la religión católica y provienen de familias de tipo extensas y nucleares.

2.5.4.- PARTICIPACIÓN DE LA DERECHOHABIENCIA.

De acuerdo a la observación de la dinámica institucional se puede decir que la participación de los derechohabientes es activa ya que asisten a los diferentes grupos que existen, y esto se refleja al observar la utilización de los servicios que brinda el instituto, así como en la ejecución de los diferentes programas y por medio de la manifestación de sus quejas y/o sugerencias que se mandan al servicio estatal del instituto para ser atendidas.

2.5.5.- VISUALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS POR PARTE DEL DERECHOHABIENTE.

Atendiendo al diagnóstico inicial que se elaboró dentro de la práctica institucional de trabajo social se puede decir que actualmente la mayoría de la población derechohabiente que es atendida en la clínica visualiza el servicio como un derecho, ya que opinan que por ellos el I.S.S.S.T.E., existe y que sus aportaciones son las que pagan los sueldos del personal que brinda el servicio y en un mínimo porcentaje opinan que al asistir a la Clínica se les ofrece un servicio de calidad con sentido humano.

2.6.- PROGRAMAS EJECUTADOS POR EL INSTITUTO.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado es regido por el plan de salud nacional y la ley del mismo instituto; y los programas que se establecen a nivel nacional son llevados a cabo por la institución esto de acuerdo a la atención de las necesidades que la población derechohabiente a la que atiende requiere que sean cubiertas, así que en la unidad médica de Uruapan se cuenta con

los siguientes Programas de Acción (Programa Institucional I.S.S.S.T.E. “Hacia la Transformación y Fortalecimiento del I.S.S.S.T.E.”, México 2001-2006); de los cuales se dará una somera referencia acerca de los servicios que ofrecen:

- ♦ -“Detección oportuna de cáncer de próstata. Tiene la finalidad de proteger, promover y mantener la salud de sus derechohabientes “hombres” (principalmente aquellos mayores de 40 años de edad), así como prevenir, identificar y controlar oportunamente su enfermedad.

- ♦ Detección y control de cáncer de mama. Tiene la finalidad de proteger, promover y mantener la salud de sus derechohabientes “mujeres” (de los 30 años en adelante), así como prevenir, identificar y controlar oportunamente su enfermedad. Servicio de información, educación y comunicación para la prevención y control de cáncer mamario.

- ♦ Detección y control de enfermedades y riesgos. Proporciona al derechohabiente que radica en zonas marginadas, vacunas, acciones de detección y control de enfermedades y educación para la salud.

- ♦ Planificación familiar. Proporciona servicios de información, educación y consejería en planificación familiar, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos temporales o permanentes para mujeres y hombres en edad reproductiva, con base a factores de riesgo y con un absoluto respeto a la libre decisión de los individuos y las parejas.

- ♦ Salud materno infantil. Proporciona orientación a las madres de niños en período de lactancia, preescolar y a las embarazadas, sobre lactancia materna, destete oportuno, higiene y conservación de alimentos.

- ♦ Paquete del servicio de salud. Ofrece servicios de orientación y educación a la población respecto a la preservación, fomento y recuperación de la salud.

- ♦ Manejo efectivo de casos de diarreas. Se proporcionan sobres de electrolitos orales a las madres o responsables de los niños menores de 5 años que presenten diarrea, con la finalidad de evitar la deshidratación y muerte por esta complicación.
- ♦ Antecedentes de infecciones respiratorias agudas. Se aplican cédulas de detección a la población de 5 a 18 años de edad con faringoamigdalitis de repetición a fin de detectar fiebre reumática y evitar lesiones cardíacas.
- ♦ Prevención y control de tuberculosis pulmonar. Se practican toma de muestras de expectoración (flemas) a personas que presenten tos, especialmente aquellas que tengan más de tres semanas, con la finalidad de establecer el diagnóstico y tratamiento necesario.
- ♦ Prevención y control de hipertensión arterial, diabetes Mellitus e Insuficiencia Renal Crónica. Para este programa se realizan las siguientes acciones de manera inicial; practica a la población mayor de 25 años que acuda a las unidades de salud, la medición de la presión arterial, para detectar alteraciones y prevenir problemas cardiovasculares. Practica a todo derechohabiente que lo requiera toma de peso y talla para determinar tempranamente algún grado de sobrepeso u obesidad, con énfasis en los mayores de 25 años. Esto con la finalidad de ser canalizados con especialistas y ha tratamientos específicos como los que se ofrecen en el subprograma “control oportuno” y de “diálisis”.
- ♦ Inmunizaciones. Aplicar vacunas contra la poliomielitis, difteria, tosferina, tétanos, tuberculosis, sarampión, rubéola, parotiditis, haemophilus influenza tipo B y otras; principalmente a los menores de 5 años, y a las embarazadas el toxoide tetánico – diftérico.
- ♦ Vigilancia de nutrición y crecimiento del niño. Atención del niño para vigilar su crecimiento y su desarrollo, así como prevenir riesgos de enfermedades, desde el nacimiento hasta los 18 años de edad.

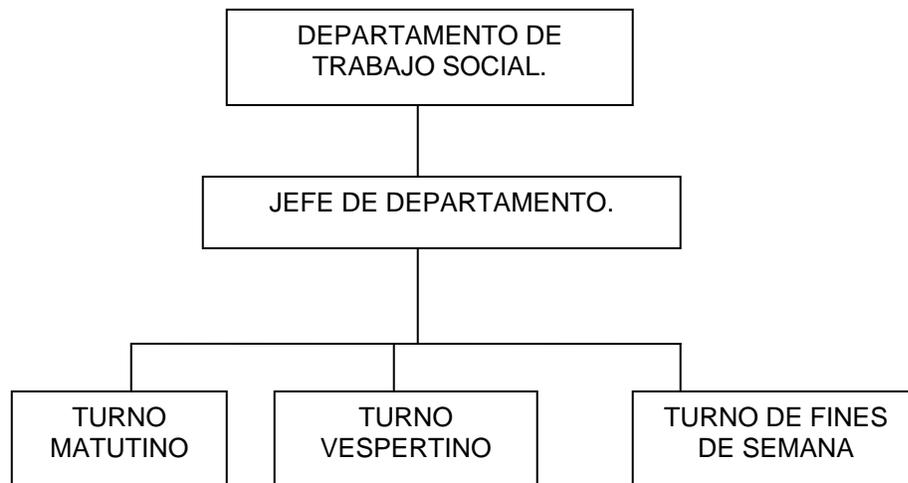
- ♦ Atención prenatal del parto y puerperio. Diagnóstico, control del embarazo y detección de riesgos, a fin de canalizar a la embarazada a la unidad médica correspondiente para la atención del parto – puerperio y del recién nacido.
- ♦ Prevención de accidentes. Considerada como la impartición de cursos de capacitación en materia de seguridad e higiene laboral y distribución de material promocional de carácter preventivo a Dependencias, Entidades, Sindicatos y Trabajadores afiliados al régimen de Seguridad Social del I.S.S.S.T.E.
- ♦ Prevención y control de cáncer cérvico uterino. Servicio de información, educación y comunicación para la prevención y control del cáncer.
- ♦ Prevención y control de enfermedades transmisibles por vectores. Realizar la protección específica, fomento a la salud y detección de enfermedades en la población derechohabiente en general.

NOTA.- todos los programas mencionados anteriormente son ejecutados por el departamento de “MEDICINA PREVENTIVA”-.

2.7.- TRABAJO SOCIAL DENTRO DE LA CLÍNICA HOSPITAL I.S.S.S.T.E.

2.7.1.- CARACTERÍSTICAS.

Actualmente, dentro de la organización que compone a la institución se contempla el departamento de trabajo social como tal, visualizado como parte importante de la estructura organizacional de la institución que a su vez presenta una estructura funcional interna constituida de la siguiente manera:



Fuente: “Manual del Departamento de Trabajo Social Clínica Hospital I.S.S.S.T.E. Uruapan, 1980”.

2.7.2.- FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL.

Dicho departamento depende directamente de la coordinación médica y de dirección y esta encargado de realizar las funciones, que se establecen en el “Manual del Departamento de Trabajo Social, (1980)”; y que son:



Y de las cuales se pueden desprender e identificar las siguientes actividades:

- ✓ Diario de campo, en el cual se anotan las actividades que se realizan diariamente.
- ✓ Revisión de expedientes clínicos.
- ✓ Platicas educativas, planificación familiar, alimentación al seno materno, la importancia de las inmunizaciones en el primer año de vida, hidratación oral.

- ✓ Se cuenta con un grupo de diabéticos e hipertensos y obesos a los cuales se les cita para darles pláticas.
- ✓ Entrevista. Se realiza en el área de hospital, consulta externa y urgencias.
- ✓ Orientación médico social.
- ✓ Visitas domiciliarias selectivas. Se realizan con la finalidad de verificar su vigencia ya que cuentan con un trabajo temporal, o se realiza a los pacientes que se encuentran incapacitados física y/o mentalmente, etc.
- ✓ Estudios iniciales: Se realizan a los pacientes que ingresan al servicio de hospitalización con el objeto de conocer su problemática y si afecta a su padecimiento.
- ✓ Notas de Trabajo Social. Se efectúan con los pacientes canalizados de consulta externa, dirección y urgencias para una entrevista previa por su cuadro clínico y las frecuentes consultas al médico.
- ✓ Asistencia a sesiones. Se realiza en esta unidad.
- ✓ Asistencia a cursos de capacitación.
- ✓ Participación en cursos de capacitación. Se realiza un curso por mes sobre desarrollo humano, en las cuatro fases.
- ✓ Coordinación intra y extra institucional.
- ✓ Visitas a Instituciones.
- ✓ Acuerdos con autoridades.
- ✓ Se realiza material educativo de apoyo, como son: rota folios para todas las pláticas educativas ya sean en urgencias, área de consulta externa y hospital.

Asimismo el departamento de trabajo social realiza las siguientes actividades administrativas que también son incluidas en el “Manual del Departamento de Trabajo Social, (1980)”:

1. Información al derechohabiente a los diferentes departamentos de esta unidad médica.
2. Trámites administrativos como son:
 - Constancias de hospitalización.

- Constancias médicas.
- Constancias de asistencia.
- Altas voluntarias.
- Citatorios.
- Cambios de citas.
- Ordenes de transportes.
- Trámites de ambulancias.
- Trámites para la autorización de material de curación.
- Vales para préstamos de sillas de ruedas.
- Se elabora reporte mensual de actividades del departamento.
- Se elabora reporte diario de estado de salud y altas.
- Oficios girados dentro y fuera de la ciudad.
- Estudios iniciales.
- Seguimientos de caso.
- Estudios socio-económicos.
- Trámites de material de curación de los pacientes con diálisis y visitas domiciliarias para su control.

Además se contemplan las siguientes actividades complementarias realizadas por el departamento de trabajo social.

- Localización de familiares.
- Localización de familiares por traslados.
- Información de estado de salud.
- Canalización a otros departamentos.
- Información de altas.
- Trámites administrativos de ambulancia para traslado de pacientes hospitalizados y de su domicilio a esta unidad.
- Trámite administrativo de ambulancia para pacientes que requieren traslado a otra unidad de apoyo.

- Entrevista y localización de familiares de pacientes que requieren transfusión de sangre.
- Trámite de ambulancia para visitas domiciliarias.
- Trámites administrativos de no derechohabientes.
- Trámite de ambulancia para pacientes del servicio de rehabilitación.
- Información de los diferentes servicios que presta la unidad a los derechohabientes que asisten a consulta.
- Trámites para la autorización de material de curación para pacientes egresados de hospital.
- Trámite de incapacidad médica a pacientes hospitalizados, que así lo requieran.
- Trámites funerarios.
- Entrega de cuerpos.
- Altas voluntarias.
- Se lleva a efecto el programa de banco de sangre.
- Coordinación con Morelia y Guadalajara, para pacientes canalizados a esas unidades de apoyo.
- Coordinación con trabajo social de Morelia, para la localización de familiares de pacientes hospitalizados.
- Trámites de pensionistas foráneos para su cambio a esta unidad.
- Coordinación con vigencia de derechos para que se pongan en regla los pacientes que ingresan a hospital.
- Programa hospital amigo del niño y de la madre.
- Pláticas de lactancia materna.

Además, en la actualidad dicho departamento interviene a nivel de caso, haciendo sus respectivos seguimientos, y a nivel de grupo; lo cual se observa principalmente con la participación en los grupos de diabéticos, hipertensos y de recién comienzo en el grupo de enfermos renales.

Asimismo cabe mencionar que los objetivos que persigue el departamento de trabajo social, son los mismos que tienen la institución y los cuales ya fueron mencionados anteriormente.

El departamento de trabajo social se rige por el plan de salud a nivel nacional el cual ya trae establecido todo lo que se debe de realizar y sólo se adecua a las necesidades de la institución en cuanto a programas y proyectos actualmente solo se realizan algunas de las actividades ya mencionadas del programa de diabéticos, hipertensos, enfermos renales y el de lactancia materna en coordinación con el departamento de medicina preventiva y el proceso metodológico que se utiliza en este departamento es la investigación, diagnóstico, programación, ejecución, evaluación y sistematización.

Los planes programas y proyectos que realiza actualmente el departamento de trabajo social no son propios del departamento, es decir, que son llevados por otros departamentos dejando a trabajo social como una red de apoyo para la ejecución de los mismos. Y se puede decir que la intervención que se tiene es principalmente dentro de los programas para diabéticos e hipertensos además de la colaboración en el reciente programa para enfermos renales.

Una vez descritos conceptos tales como el tipo de institución, misión, visión, objetivos, metas, servicios, perfil del usuario, programas ejecutados y trabajo social que se ubican e identifican en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; se puede decir que este es un Instituto que ofrece servicios integrales en la atención de la salud de las personas, cuyo fin principal es ofrecer calidad para el mejoramiento de la salud a través de servicios médicos que van desde cuidados preventivos, estudios de laboratorio, consultas externas, consultas con especialistas, etc., de los cuales de acuerdo a los programas ejecutados se observa la atención a enfermos que padecen Insuficiencia Renal Crónica objeto primordial de la presente investigación, y que en el siguiente capítulo será descrito.

CAPÍTULO III.

PROGRAMA DE DIÁLISIS.

Para desarrollar el presente capítulo es necesario abordar lo referente al programa de Diálisis que se lleva a cabo en la Clínica Hospital I.S.S.S.T.E. Delegación Uruapan; debido a que este refleja las acciones que emprende el Instituto para la atención de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Motivo por el cual serán descritos aspectos generales del programa tales como: sus objetivos, los recursos materiales y humanos de que se disponen, así como los requisitos y pasos que se siguen para la integración del paciente, con la finalidad de puntualizar los servicios que el programa ofrece, y que a su vez son parte fundamental de la investigación.

3.1.- ASPECTOS GENERALES DEL PROGRAMA.

En la clínica hospital Uruapan existe un número importante de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que requieren de terapias sustitutivas para el riñón, por lo que desde hace ya cinco años ha existido la necesidad de contar con servicios proporcionados específicamente para ellos, creando así el programa de diálisis el cual contribuye a proporcionar una atención con calidad y calidez al paciente que padece dicha enfermedad.

Al hacer mención de un programa, resulta conveniente conceptualizar dicho término, por lo que de acuerdo a Mario Espinoza Vergara un programa es:

“Un instrumento destinado a facilitar el logro de los objetivos y metas definidos por un plan general, a través de la fijación de ciertos objetivos y metas de carácter más específico que serán alcanzados mediante la ejecución de un conjunto de acciones integradas denominadas proyectos.”

Para poder describir el programa de Diálisis del I.S.S.S.T.E., se requirió hacer uso de una entrevista con la coordinadora del programa, para así conocer los antecedentes del mismo, ya que se mostró poca accesibilidad para contar con las fuentes primarias (escritos) del programa.

Coordinadora del Programa: -“Los antecedentes del programa son a partir del 2001 cuando se comenzó a ver la necesidad de implementar acciones para atender a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, así que se creó el programa de diálisis contando únicamente con la modalidad de D.P.C.A. a cargo del Dr. Ángeles (médico internista de esta unidad) y yo; atendiendo tan solo a 13 pacientes; por que antes de comenzar a implementar este servicio estos pacientes eran canalizados al Hospital Vasco de Quiroga en la Ciudad de Morelia; en ese entonces utilizábamos material de diálisis que nos distribuía los laboratorios de PISA; y después de 2 años se cambió, ya que por disposición de la administración del Instituto se efectuó un convenio con los laboratorios de BAXTER, quienes a partir de esa fecha (2003) nos abastecen el material, y también gracias a ellos se logró incursionar en las otras modalidades de diálisis: “la hemodiálisis y la D.P.A.” ya que estos laboratorios cuentan con las máquinas para estas terapias. Después de haber transcurrido tres años se incorporaron las otras dos modalidades que te mencioné, y por lo tanto se requirió de más personal para atender a estos pacientes, integrándose dos enfermeras y otro médico internista; constituyéndose entonces ya como departamentos. Yo me quedé a cargo de la terapia de hemodiálisis y mis otras dos compañeras cada una a cargo de una modalidad”.-

3.2.- OBJETIVOS DEL PROGRAMA:

De acuerdo a la información proporcionada por la coordinadora de enfermería del programa de diálisis, así como los lineamientos establecidos en el “Programa de diálisis, 2001-2006”, y en el “Manual de Capacitación por ingreso al Programa de Diálisis, para pacientes y familiares del I.S.S.S.T.E., (2001)”; se consideran los siguientes objetivos:

GENERAL.-

Realizar técnicas y procedimientos específicos de diálisis para mejorar la atención a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) con terapia sustitutiva.

Desglosándose para ello los siguientes objetivos específicos:

☞ Que el paciente llegue lo menos posible al servicio de hospital, es decir, que el paciente acuda a causa de otras complicaciones que no sean propias de la modalidad del tratamiento de diálisis, como lo son: diabetes, hipotensión, hipertensión, etc.

☞ Que el paciente que se encuentra en los tratamientos de diálisis, cualquiera que sea su modalidad, se le pueda proporcionar herramientas que le hagan tener calidad de vida, obedeciendo al estadio de cada paciente.

☞ Aquellos pacientes que todavía se encuentran laborando, puedan seguir haciéndolo, conjugando para ello su tratamiento y su trabajo.

☞ La reintegración del paciente al contexto en el que se desarrollaba hasta antes de su padecimiento y tratamiento.

☞ Monitorear los estudios de laboratorio que a los pacientes de diálisis se les realiza.

☞ Tener un control específico del tratamiento de cada uno de los pacientes que integran el programa, con el fin de optimizar recursos materiales y humanos, así como el proporcionar atención individualizada.

☞ Trabajo en equipo, entre personal médico y de enfermería que permita brindar atención adecuada al paciente en diálisis.

☞ Realización de visitas domiciliarias, que apoyen el control específico de cada paciente.

☞ Planeación de pláticas mensuales, en las que se les proporcione a los pacientes información acerca de su padecimiento y el control de sus tratamientos.

3.3.- REQUISITOS Y PASOS QUE SE SIGUEN PARA LA INTEGRACIÓN DEL PACIENTE AL PROGRAMA DE DIÁLISIS.

Los requisitos que se contemplan dentro del “Programa de Diálisis, (2001-2006)”, para que un paciente pueda ingresar a este son los siguientes:

☒ En primer lugar que sean pacientes con Insuficiencia Renal Crónica; y que sean canalizados por los médicos especialistas de esta Unidad Medica, pues el paciente es con quien establece el primer contacto, y es él quien diagnóstica la enfermedad, tras haberle hecho varios estudios clínicos de protocolo que sustenten su diagnóstico. O bien aquellos que llegan ya en estadios críticos, derivados de los síntomas de la enfermedad, obligándolos a hospitalizarse; implicando con ello la revisión médica mediante estudios de laboratorio haciendo una estancia prolongada dentro del hospital.

☒ En segundo lugar, que estos conozcan y acepten someterse al tratamiento, esto quiere decir, que cuando el médico les diagnóstica la enfermedad, le corresponde a él explicarle las implicaciones de su padecimiento, así como los tratamientos que se pueden seguir de acuerdo a su caso, ya que en base a esto se procederá a realizar el tratamiento. No sin antes firmar una carta de consentimiento y aceptación del tratamiento; que en ocasiones no es de manera inmediata, ya que el paciente tarda en aceptar el tratamiento, esto debido a diferentes mitos que hay acerca de la diálisis; aplazando su tratamiento incluso hasta un año después de haberle diagnosticado su enfermedad. O por el contrario en ocasiones cuando los pacientes ya se encuentran en un estadio más complicado no transcurre mucho tiempo para comenzar con su tratamiento, resultando aún necesario el consentimiento del paciente y su familiar, el cual estará plasmado en un formato de ingreso.

El formato de ingreso se tiene que llenar con los siguientes datos: nombre del paciente, edad, sexo, domicilio, número de afiliación, el nombre y domicilio de dos

familiares con quien las enfermeras pudiesen comunicarse, nombre de algún vecino cercano, que pudiese en dado caso recibir el material que de ahora en adelante recibirá para su tratamiento, y el cual le será entregado por Baxter en base a las prescripciones del médico tratante, y bajo la supervisión de la enfermera.

☞ En tercer lugar se considera el estado en el que se encuentra el paciente, ya que de este dependerá la colocación del catéter dentro de la cavidad peritoneal y el cual será el medio que se utilizará para la diálisis. Además será un indicador que se utilizará como parámetro para determinar bajo que modalidad se someterá al paciente. Encontrando que: aquellos pacientes que se han sometido a más de una cirugía o que son post operados, son candidatos ideales para la D.P.C.A.; cuando los pacientes tienen un peritoneo virgen, es decir, que no han sido sometidos a ninguna cirugía, o bien cuando estos todavía pueden continuar con sus trabajos, son candidatos ideales para la D.P.A., ahora bien cuando aquellos pacientes que tienen un riñón poliquístico o simplemente han pasado por constantes peritonitis pasan directamente al tratamiento de hemodiálisis.

☞ En cuarto lugar, una vez que se evalúa el caso de cada paciente, este es canalizado con la enfermera, encargada de la modalidad a la que el paciente sea asignado, ella se encargará de orientarlo y hacerle conocer la terapia a la que se someterá, elaborando para ello un formato en el cual estará incluido los datos generales del paciente, la prescripción medica, sello de la unidad, firma del paciente, firma de la enfermera, firma del coordinador médico y del director de la unidad medica, para que este sea enviado vía fax a la coordinadora de entrega domiciliaria (de Baxter), con la finalidad de integrarlo al programa y que reciba de ahora en adelante su material para diálisis en su domicilio; sin embargo, cabe mencionar que en el caso de los pacientes que se someten a la D.P.A., además de elaborar este formato, se elabora un oficio, el cual se dirige a las oficinas centrales de México, del I.S.S.S.T.E., ya que la mecánica es diferente, pues en esta terapia no solo se le ofrece el material al paciente, sino que también se le otorga la máquina cicladora de diálisis; dentro de ese oficio se marcara los siguientes datos:

nombre, edad, número de afiliación, ocupación, padecimiento y terapia que se utilizará; así mismo, dicho oficio será dirigido y enviado junto con la hoja de ingreso vía fax a los laboratorios de Baxter, para que ellos, contemplen a los pacientes y sus prescripciones, pues con ello en el siguiente pedido que entreguen agreguen a la ruta de entrega a los pacientes de nuevo ingreso.

☞ Mientras tanto, el paciente acudirá a la clínica a sus ciclos dialíticos, que consiste en que el paciente este internado un total de 24 horas, en las cuales se le realizaran 25 cambios de bolsa (solución dializante) para que regrese hasta dentro de ocho días, plazo en el cual lo realizado en su ciclo dialítico le servirá para que a los ocho días se vuelva a repetir el procedimiento. Implicando para ello dos propósitos a cumplir, primero, durante estos ciclos las enfermeras se encargaran de las capacitaciones de los familiares, y el segundo esperar a que el laboratorio Baxter traiga el pedido para el paciente, ya sea únicamente cajas de soluciones dializantes, o en unos casos cajas de soluciones y la máquina cicladora.

☞ Una vez capacitados los familiares y el paciente, las enfermeras proceden a elaborar una certificación, la cual demuestra que tanto el paciente como el familiar fueron capacitados para llevar a cabo su tratamiento. Haciendo con ello que de ahora en adelante se tenga únicamente un control y monitoreo de cada uno de los pacientes.

3.4.- RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS DEL PROGRAMA.

Una vez considerados y realizados los requisitos y pasos anteriormente mencionados es importante mencionar que el “Programa de Diálisis” dispone de los siguientes recursos materiales y humanos, esto de acuerdo al testimonio que brindo la Coordinadora del Programa, y son:

RECURSOS MATERIALES.

- * Cajas de soluciones dializantes de Baxter.
- * Bolsas de drenaje, líneas de drenaje, cánula de paso o frangible, empalme “y”, línea de llenado, conector al paciente.
- * Cubre bocas, pinzas de sujeción.
- * Tres módulos (oficinas), cada una correspondiente a las terapias; D.P.C.A., D.P.A. y Hemodiálisis.
- * Sillas, escritorios y una computadora (que esta en el departamento de hemodiálisis).
- * Y materiales y equipo que dentro de la clínica se encuentra, porque hay que recordar que cuando el paciente requiere de algún otro servicio como exámenes de laboratorio, hospital, urgencias, rayos “x”, etc., se utilizarán los equipos o instrumentos necesarios que se requieran para brindar el servicio. Pues no son pacientes aislados que solo se les brinde el servicio del programa.

RECURSOS HUMANOS:

En cuanto a los recursos humanos que el programa dispone, se debe destacar la entera participación del siguiente personal:

- * Coordinador médico del turno matutino (Médico familiar).
- * Coordinador médico del turno vespertino. (Médico internista).
- * Coordinadora de enfermería y hemodiálisis: Enfermera.
- * Encargada del departamento de D.P.C.A.: Enfermera.
- * Encargada del departamento de D.P.A.: Enfermera.
- * Médico Internista auxiliar del programa.

Asimismo es importante mencionar que todo el personal de la clínica tiene intervención con los pacientes pues por lo menos en una ocasión han requerido de los demás departamentos.

3.5.- SERVICIOS QUE OFRECE EL PROGRAMA.

Los servicios que ofrecen los departamentos y que están dentro del "Manual de Capacitación por ingreso al Programa de Diálisis para pacientes y familiares del I.S.S.S.T.E., (2001) son:

- ◉ Capacitación al paciente y a su familiar.
- ◉ Consultas.
- ◉ Visitas domiciliarias.
- ◉ Pláticas mensuales.

- ◉ **Capacitación al paciente y al familiar.-** Dentro de este servicio se enmarca las actividades que realizan cada una de las enfermeras encargadas de las modalidades, en donde ella se encarga de asesorar al paciente y a la familia, capacitándolos para poder llevar a acabo los procedimientos de la diálisis. Dicha capacitación incluye aspectos que son referentes a la enfermedad, introducción a su tratamiento, manejo de la técnica de diálisis, o en su caso, el manejo de la máquina cicladora, control de líquidos, control de alimentación, control de higiene y las prescripciones de material dializante. Por lo tanto, para las capacitaciones las enfermeras se encargan de realizarlas de acuerdo a cada paciente, ya que estas son de carácter individualizado. Dicho servicio fue incluido desde los inicios del programa.

- ◉ **Consultas.-** Dentro de este servicio, las enfermeras tienen la facultad de prescribir el tratamiento, es decir, en cuanto al manejo de soluciones, pues para ello son capacitadas, y estas consultas se le proporcionan al paciente de acuerdo a su evolución. Por lo que estas son programadas por cada enfermera. Cabe mencionar que este servicio fue incluido desde los inicios del programa.

- ◉ **Visitas domiciliarias.-** Este servicio hasta este año fue incluido dentro del programa, debido a la necesidad de hacer un mayor control de cada paciente.

Considerando entonces dos visitas por año a los pacientes, haciendo también coordinación con otras unidades médicas, pues hay que recordar que en esta unidad se atienden a pacientes foráneos, esta coordinación consiste en vincularnos con esas unidades médicas de donde procede el paciente para que el personal de allá realicen visitas domiciliarias. Si bien es cierto este servicio es muy reciente se han obtenido grandes beneficios tanto para el paciente como para el instituto.

● **Pláticas mensuales.-** Este servicio surgió por la evidente necesidad de proporcionar información y orientación a los pacientes, además de hacer un grupo de pacientes que se sientan identificados entre sí, así que ya desde hace dos años se planean pláticas mensuales las que son impartidas por personal de las diferentes áreas, por las enfermeras mismas o por invitados, el tiempo es de una hora u hora y media una vez al mes, esto debido a las características de los pacientes, que en su mayoría no puede fácilmente deambular o no tan fácilmente pueden acudir ya sea por su lejanía (foráneos), por su estado físico o por su trabajo.

Una vez identificado y descrito el programa de diálisis es importante mencionar que este es muy completo, esto a consideración del nivel de atención que en la clínica se ofrece (primer nivel), además este programa es joven, pues este padecimiento cada vez va teniendo más auge dentro de la población, requiriendo entonces de su aplicación para la atención del paciente. Además recordando que el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, es un instituto dedicado a brindar atención médica a la población derechohabiente, atendiéndolo de acuerdo a las necesidades de salud que este presenta, asimismo haciendo uso de los recursos de que dispone. Siendo entonces parte significativa de la investigación ya que de aquí se partirá para los siguientes temas a desarrollar, el cual comprende la intervención del trabajador social dentro del área de salud.

CAPÍTULO IV

TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD.

El trabajo social es una profesión joven la cual interviene en diferentes áreas como:

▪Educación, Salud, Asistencia, Educación especial, Jurídico, Empresarial y Comunidad.

Centrando su intervención en aquellas instituciones o instancias que impulsan el desarrollo social o bien centrando su accionar en la atención de necesidades y demandas sociales.

Motivo por el cual dentro de este capítulo se presentaran los antecedentes de la profesión, así como su definición, objetivos, y el perfil ideal del profesional específicamente en el área de salud.

4.1.- ANTECEDENTES DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD.

De acuerdo Natalio Kisnerman, en su libro: "Salud Pública y Trabajo Social (1983)": El trabajo social hospitalario tiene sus inicios en el año de 1903, gracias a la incursión del Dr. Richard Clark Cabot; quien creo la primera plaza de trabajo social en un hospital el 1° de octubre de 1905.

El Dr. Cabot explico: En el año de 1903, era médico de dispensario, me interesaba sobre todo por el mejoramiento de los métodos de diagnóstico seguidos en estos establecimientos, tratando de asegurar al enfermo un diagnóstico tan científicamente establecido, tan correcto, como si fuese un cliente particular. En el curso de los esfuerzos así hechos para tratarlo según la conveniencia, me encontré bien pronto con una dificultad. Para el conocimiento del paciente se necesitaban conocimientos respecto a su hogar, su habitación, sus alimentos, su familia, sus tristezas, sus costumbres, detalles que no podía obtener, viéndolo solamente en el dispensario. El

tiempo me era insuficiente (lo es a todo médico de dispensario) para ir a domicilio en busca de estas referencias indispensables, y no tenía tampoco ninguna persona que pudiera hacerlo; mis diagnósticos debieron continuar siendo superficiales e incompletos. Fue entonces cuando me di cuenta de la necesidad de una inspectora a domicilio, de una inspectora social para completar mi diagnóstico, que estudiara más profundamente la enfermedad de los que me consultaban y su situación económica para ejecutar el tratamiento ordenado, organizando los recursos de las instituciones benéficas, haciendo un llamamiento a la caridad voluntaria, utilizando las fuerzas de las diferentes asociaciones de caridad. En 1905 hice entrar al Hospital general de Massachussets a una inspectora social retribuida, destinada a trabajar todo el día en cooperación conmigo y otros médicos del dispensario. El objeto era, primeramente profundizar y extender nuestro conocimiento del enfermo con el fin de establecer un mejor diagnóstico, y en segundo lugar, tratar de atender a sus necesidades económicas, mentales y morales, sea por medio de la inspectora misma o, si sus esfuerzos resultaban insuficientes, asociando a cualquier grupo benéfico constituido ya en organización caritativa dentro de la población. Mi esperanza era entonces atraer al hospital los recursos de esta instituciones benéficas y aplicarlos a las necesidades de nuestros enfermos después de un estudio llevado a cabo de común acuerdo por el médico y la inspectora social. Asimismo otra gran aportación de Dr. Cabot fue el reconocimiento de la trabajadora social como miembro importante de la institución que forma parte, pues es el miembro del equipo de salud y “uno de los instrumentos de diagnóstico y tratamiento”.

Estos antecedentes marcan claramente la necesidad que desde aquellos tiempos dentro de las instituciones que ofrecían servicios de salud se tenían, por que hubiera un profesional capaz de complementar un diagnóstico médico, con aspectos sociales del contexto en el que se desarrollaba un paciente, para así poder emitir un tratamiento adecuado a sus necesidades y problemas emergentes proporcionando con ello, servicios integrales y de calidad; lo cual no ha cambiado en estos tiempos, pues, a partir de la aportaciones del Dr. Cabot, el profesional en trabajo social es parte fundamental en los procesos de salud enfermedad de un individuo,

insertándose en aquellas instituciones dedicadas a la mejora de la salud, sin importar el tipo, pues en todas es reconocida la labor de este profesional describiéndolo como el vínculo y medio entre el hospital y el paciente.

Por ello en sus inicios, el trabajo social hospitalario fue definido según Mary Ellen Richmond en su libro Caso Social Individual (1922), como: “El intérprete de la población ante el hospital y del hospital ante la población”.

Estos dos autores (Kisnerman y Richmond) se retomaron como antecedentes del trabajo social hospitalario ya que se consideran como los principales para fundamentar teóricamente el contenido del presente capítulo, pues se aprecia que a pesar de ya haber transcurrido muchos años se mantienen vigentes y son el origen, aunque cabe mencionar que estos sí han sufrido modificaciones, pues el trabajo social no se ha mantenido estático, sino todo lo contrario se ha mantenido en constantes cambios que han permitido que en la actualidad el trabajador social sea más reconocido.

4.2.- DEFINICIÓN DEL ÁREA Y DE LA PROFESIÓN.

Al tratar de definir el trabajo social en el área de salud, tomaremos como referencia la definición que aparece en la Revista de Trabajo Social No. 37, en el artículo: Perfil profesional del Trabajador Social en el área de Salud escrito por la Lic. Terán, 1989 y que es:

El Trabajo Social en el área de la salud estudia los problemas generados por las relaciones sociales, que, objetivadas en carencias y necesidades, que inciden en la salud, por lo que se refiere a identificar los medios para preservarla, mantenerla y recuperarla tratando de establecer alternativas de acción que tienden a alcanzar la salud integral de los individuos.

O bien, considerar al Trabajo Social del Área de la Salud como la profesión orientada al estudio de las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como la identificación de las formas y los recursos para su atención, y de esta manera, poder establecer alternativas de acción que tiendan a la promoción, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud, en los individuos, los grupos y las comunidades.

Asimismo, la misma autora nos dice que: El trabajador social especializado en el área, es el profesional del equipo de salud que, a través del conocimiento de la problemática social y su incidencia en la salud, se integra en acciones que conllevan a la organización de los diferentes grupos sociales, para la promoción y atención de la salud; tomando como marco los tres niveles de servicios. Por lo que su formación está orientada a la investigación socioeconómica, que le permita conocer los aspectos sociales del proceso salud-enfermedad, la administración de los servicios de trabajo social de las diferentes unidades operativas; así como la educación y la dinámica de grupos que le lleven a promover la organización de la población, a fin de que participe en proyectos tendientes a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, en donde deberá de sistematizar las experiencias desarrolladas, para la retroalimentación teórico-operativa de su propia profesión, generando modelos de intervención que permitan la obtención de mejores resultados.

Lo que se puede traducir como la participación del profesional de manera interdisciplinaria y multidisciplinaria con el equipo de salud; ya sean médicos, enfermeras, personal administrativo, usuarios, etc., que están involucrados en los procesos de salud-enfermedad que afectan a determinado sector de la población. Siendo parte importante de la estructura funcional del área de salud, ya que el trabajador social posee un perfil idóneo para desempeñar actividades tendientes a vincular acciones entre el usuario y el personal que labora dentro de una institución de salud.

4.3.- PERFIL REAL DEL TRABAJADOR SOCIAL.

Una vez definido y conceptualizado el trabajo social en el área de salud, es importante mencionar que dentro de la profesión se establecen objetivos, funciones y actividades; las cuales orientan las acciones del profesional; definiéndolo claramente para poder intervenir con el equipo de salud, encontrando que además de definir el área y la profesión, la Lic. Margarita Terán, en la Revista de Trabajo Social No. 37, UNAM-ENTS (1989), en el artículo: Perfil profesional del Trabajador Social; refiere los siguientes objetivos, funciones y actividades que se pueden desempeñar en el área y son:

OBJETIVO GENERAL.-

Participar interdisciplinariamente en los equipos de salud para la promoción, educación, protección y restauración de la salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Estudiar la evolución de los factores sociales que inciden en la salud y en la enfermedad, en relación a un contexto social determinado.
2. Identificar las políticas de estado en materia de salud y las instituciones que las operacionalizan.
3. Participar en la planeación, ejecución, control y evaluación de los programas y proyectos que se lleven a la promoción, protección y restauración de la salud.
4. Promover la educación y capacitación de individuos, grupos y comunidades, para que participen consciente y activamente, en los programas de salud.
5. Establecer acciones coordinadas de apoyo a situaciones de emergencia o desastre.
6. Sistematizar las experiencias desarrolladas por los trabajadores sociales de esta área, generando modelos de intervención para la acción social.

FUNCIONES.-

BÁSICAS:

- Investigación.
- Administración.
- Educación.
- Asistencia.

DE APOYO O SECUNDARIAS:

- Promoción social o comunitaria.
- Orientación legal y de medicina del trabajo.
- Enseñanza.
- Sistematización.

Encontrando en cada una de las funciones las siguientes actividades:

INVESTIGACIÓN:

- * Diseñar protocolos específicos.
- * Identificar factores económicos, sociales y culturales que intervienen en la frecuencia y distribución de la enfermedad.
- * Conocer aspectos poblacionales de acceso a los servicios para la salud.
- * Determinar las necesidades sociales y los recursos de la salud.
- * Estimar el costo social de los programas y proyectos de salud.
- * Hacer estudios de prospectivas sociales por la educación para la salud en México.
- * Establecer el perfil de los usuarios de servicio.
- * Participar multidisciplinariamente en la formulación de diagnóstico de salud local, regional o nacional.

ADMINISTRACIÓN:

- * Participar en planes, programas y proyectos acordes con las necesidades nacionales en sector salud.
- * Participar en la estimación de presupuestos y costos de la salud en general.
- * Establecer coordinación con instituciones de salud y de bienestar social en diferentes niveles.
- * Propiciar la ampliación de cobertura en los servicios.
- * Buscar la optimización de la eficiencia de los recursos intra-institucionales.
- * Controlar los procesos administrativos del servicio de trabajo social.
- * Promover las mejoras en la atención integral, mejorando la calidad y la cantidad de ésta.
- * Mantener una constante supervisión y asesoría a programas específicos.
- * Diseñar manuales de normas y procedimientos del servicio de trabajo social.
- * Establecer sistemas de coordinación intra y extra-institucionales.
- * Participar en la regulación y control de atención en desastres sociales (siniestros y catástrofes).
- * Hacer acopio de material didáctico y de difusión.

EDUCACIÓN:

- * Mantener a la población usuaria del servicio, informada sobre las causas de mortalidad y morbilidad.
- * Impulsar la educación para la salud física y mental.
- * Promover la paternidad responsable, así como los programas de educación para la salud y de medicina preventiva.
- * Orientar a la población sobre el aprovechamiento de los servicios de salud.
- * Promover campañas de prevención de enfermedades, accidentes de trabajo, del hogar, etc.
- * Organizar grupos transitorios de pacientes y familiares.

- * Organizar grupos motivadores de pacientes y familiares.
- * Diseñar material de apoyo didáctico.

ENSEÑANZA:

- * Asesorar a estudiantes y pasantes de trabajo social.
- * Orientar a estudiantes y pasantes de otras profesiones del sector.
- * Efectuar sesiones de supervisión a estudiantes.
- * Coordinar actividades o proyectos especiales, con instituciones educativas de trabajo social.
- * Difundir las funciones y programas de los servicios de trabajo social, ante nuevos miembros del equipo o grupo de estudiantes.
- * Promover la asistencia y participación del personal a eventos de superación académica y profesional.
- * Realizar sesiones bibliográficas y sesiones especiales de actualización en el área.

ASISTENCIA:

- * Proporcionar orientaciones médico-sociales, de distinta índole; tanto a pacientes como a familiares.
- * Realizar estudio y seguimiento de casos sociales y psicosociales.
- * Promover servicios de apoyo (ambulancia, funerarios, etc.).
- * Canalizar enfermos a otras unidades operativas por no corresponder a la especialidad, falta de recursos en el área, o ser derechohabientes de otra institución.

PROMOCIÓN SOCIAL O COMUNITARIA:

- * Participar en campañas comunitarias de salud.
- * Realizar estudios de comunidad, para incrementar la participación en el mejoramiento y saneamiento ambiental.
- * Integrar grupos de educación para la salud en las comunidades.

- * Organizar a la población de la comunidad para el mejor aprovechamiento de los recursos en pro de la salud.
- * Participar en acciones de atención en casos de desastre o siniestro.
- * Coordinar intra y extra institucionalmente, la identificación, traslado y atención de la población atendida en condiciones de desastre o siniestro.

ORIENTACIÓN LEGAL:

- * Orientar a pacientes y familiares, sobre los aspectos sociales de medicina legal.
- * Coordinar la integración del expediente clínico, con la información legal respectiva.
- * Establecer el aviso y coordinación con el Agente del Ministerio Público.
- * Canalizar el caso.

SISTEMATIZACIÓN:

- * Analizar el conjunto de casos atendidos, para conformar indicadores del perfil del usuario.
- * Teorizar sobre los procesos desarrollados en los grupos de educación y capacitación.
- * Teorizar sobre los logros de acciones comunitarias.
- * Detectar indicadores sociales que influyen en los diferentes tipos de padecimientos de la población atendida.
- * Integrar marcos de referencia de las características sociales en las que se desarrolla la enfermedad.
- * Generar modelos integrales de acciones médicas, partiendo de las experiencias desarrolladas en equipo.
- * Teorizar sobre las formas de intervención específicas de trabajo social.

4.3.1.- FORMULACIÓN DE CONOCIMIENTOS, CAPACIDADES, HABILIDADES, DESTREZAS Y ACTITUDES DEL PROFESIONAL DEL ÁREA.

Cabe mencionar que para poder realizar las funciones y actividades anteriormente señaladas dentro del perfil del profesional del trabajador social, es necesario que el profesional cuente con los siguientes conocimientos, capacidades, habilidades, destrezas y actitudes descritas por la Lic. Margarita Terán, “Revista de Trabajo Social No. 37, en el artículo: Perfil profesional del Trabajador Social en el área de Salud (1989)”

CONOCIMIENTOS EN:

- Metodología, la teoría y las técnicas de investigación en las ciencias sociales y de salud.
- Desarrollo del proceso salud-enfermedad y el contexto que lo determina.
- Legislación y los sistemas de seguridad social en México.
- Educación para la salud y la dinámica de los grupos sociales.
- Evolución del trabajo social, para la comprensión de respuestas a las necesidades del proceso salud-enfermedad.

CAPACIDADES PARA:

- ✚ Desarrollar diseños de investigación.
- ✚ Dominar aspectos administrativos de planeación, organización, supervisión y coordinación de programas sociales.
- ✚ Analizar prospectivamente el comportamiento que se espera de procesos sociales de la salud-enfermedad.
- ✚ Identificar los recursos humanos, materiales e institucionales que, ayuden a resolver problemas.
- ✚ Optimizar recursos.
- ✚ Sensibilizar y movilizar a la población.

- ✦ Participar en procesos educativos.
- ✦ Atender problemáticas individuales.
- ✦ Aplicar técnicas de dinámica grupal.
- ✦ Participar en procesos educativos.
- ✦ Utilizar adecuadamente las relaciones humanas.
- ✦ Sistematizar el trabajo especializado para actualizar la teoría de trabajo social en esta área.

HABILIDAD Y DESTREZA EN:

- ✦ Identificar la estructura jurídico-administrativa del sector salud.
- ✦ Identificar políticas de Estado en lo que se refiere a esta área, así como los programas en que las instituciones operacionalizan tales políticas.
- ✦ Manejar técnicas de trabajo individual, dinámica y control de grupos y organización comunitaria.
- ✦ Utilizar las técnicas de comunicación y educación social.
- ✦ Utilizar las técnicas de investigación, como son la observación y la entrevista.

ACTITUDES PARA:

- Mantener el apego a las políticas institucionales.
- Ser responsable de la información de la institución.
- No sobrepasar el dominio de las atribuciones.
- Ser solidario con el equipo de trabajo.
- Respetar la delimitación de los campos profesionales.
- Mantener el secreto profesional.
- Tener conocimiento y control de si mismo.
- Mantener el secreto profesional.
- Tener espíritu de servicio.
- Ser crítico, objetivo y justo.
- Respetar la dignidad humana.

- ◉ Crear compromiso profesional con la población.
- ◉ Adecuar los términos de su comunicación, a nivel de la población atendida.
- ◉ Respetar la decisión de las personas, en la solución de sus problemas.

Si bien es cierto, todo lo anteriormente mencionado, es considerado como parte de la profesión, es importante decir que estos aspectos serán adecuados a las necesidades o situaciones que al trabajador social le toque hacer frente dentro de la institución que labore, pues hay que recordar que el trabajador social no es el tipo de profesional que se queda estancado, sino todo lo contrario es quien promueve el cambio social y la participación de la población. Por lo tanto los aspectos que se revisaron ya son una guía para el profesional y se considero importante retomarlo dentro de un capítulo para así identificar los aspectos que se pueden desarrollar como profesional y además de sustentar teóricamente lo que el trabajador social en el área de salud puede realizar. Para así poder continuar con la investigación de campo la cual se realizó dentro de la Clínica Hospital I.S.S.S.T.E. Delegación Uruapan; específicamente con los pacientes que padecen Insuficiencia Renal Crónica integrados al programa de diálisis peritoneal; quienes serán considerados como parte de la investigación de campo que se describirá en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO V.

INVESTIGACIÓN DE CAMPO.

Para contrastar la información obtenida de manera teórica es necesario realizar una investigación de campo que nos permita confrontar la investigación con la realidad obteniendo resultados precisos que nos ayuden a cumplir los objetivos planteados para la misma, además de proporcionar información verídica que sustente el contenido de toda la investigación. Para ello es necesario desarrollar los siguientes puntos:

5.1.- DEFINICIÓN DEL UNIVERSO.

Nuestro universo de estudio son los pacientes que padecen Insuficiencia Renal Crónica y que están captados por el programa de diálisis en dos de las tres modalidades que se manejan (diálisis peritoneal automatizada y diálisis peritoneal continua ambulatoria), las cuales hasta el mes de octubre de 2006 están conformadas por un total de 38 derechohabientes hombres y mujeres, pero para efectos de la investigación de campo se tomaron en cuenta a tan solo 18 pacientes, quienes cubrían el indicador de contar con tres o más de tres meses con su tratamiento, ya que al contar con estos tres meses el paciente puede ya identificar además de utilizar los servicios del programa. Para entrevistar a estos 18 pacientes se aprovecharon las estancias de ellos en la clínica, la asistencia a consultas ya sea con su médico o con su enfermera tratante así como su asistencia a las pláticas mensuales; sin la necesidad de recurrir a las visitas domiciliarias.

Además de considerar a los pacientes, resulto necesario contemplar al personal de enfermería, específicamente a las 2 enfermeras encargadas de dirigir las modalidades de D.P.A. y D.P.C.A., de quienes se destaca más su participación y atención a los pacientes dentro del programa que el instituto realiza.

5.2.- ELABORACIÓN DEL INSTRUMENTO.

Fue necesaria la elaboración de instrumentos que permitieran la recopilación de datos útiles para la investigación; esto mediante la operacionalización de la hipótesis que enmarca la investigación (Ver anexo No. 1); concluyendo con el diseño de dos instrumentos; uno dirigido al personal de enfermería y otro dirigido a los pacientes. El primer instrumento está estructurado por 30 preguntas de opciones múltiples y abiertas, el cual contempla indicadores como: servicios médicos, utilización de medicamentos y el servicio de visitas domiciliarias (Ver anexo No. 2). Y el segundo está estructurado por 35 preguntas también de opciones múltiples y abiertas, integradas por los siguientes indicadores: descripción del problema, integración y atención familiar, servicios médicos recibidos y visitas domiciliarias (Ver anexo No. 3).

Fueron diseñados de esta manera para que al momento de aplicarlos fuesen una herramienta fácil de utilizar, y que los resultados obtenidos fueran los precisos que ayudaran a aprobar o disprobar la hipótesis planteada para la investigación.

5.3.- RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la recolección de datos se considero un tiempo estimado de dos meses, tiempo en el cual se recopiló la información en dos formas, la primera haciendo una revisión de expedientes, para así identificar a aquellos pacientes que cubrían el parámetro de los tres meses en tratamiento; y la segunda, entrevistando a cada uno de estos pacientes con la ayuda de una cédula de entrevista.

Así que durante este tiempo se aplicó el instrumento a los sujetos de estudio, cuando estos iban a consulta con el médico o con su enfermera tratante, cuando asistían a las pláticas mensuales, o bien las personas llegaban al departamento de trabajo social para solicitar información u orientación y se aprovechaba para aplicar el instrumento; sin tener la necesidad de realizar visitas domiciliarias. Por otra parte, se

aplicaron instrumentos cuando se realizaban las visitas hospitalarias, pues había pacientes que fueron hospitalizados; aprovechando entonces aplicándoles el instrumento a ellos, si estaban en condiciones de contestar, o bien a sus familiares que estaban cuidándolos. Al momento de aplicar el instrumento no se presentaron mayores dificultades, pues las preguntas fueron entendidas por los entrevistados y de igual manera presentaron disposición para contestarlas.

Con respecto al personal de enfermería se considero un tiempo de 5 días para aplicarles el instrumento, ya únicamente serian entrevistadas dos enfermeras. El instrumento como ya se ha mencionado consto de 30 preguntas; que al ser respondidas únicamente se presentaron dificultades con una enfermera, ya que mostró poca disposición para ser entrevistada prolongando el tiempo estimado (de 5 a 10 días) siendo preciso ir varias ocasiones a su área de trabajo para entrevistarla.

5.4.- PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

Los resultados obtenidos se presentarán de la siguiente manera: primero se mostrara el instrumento aplicado a los pacientes captados por el programa, para después mostrar los resultados obtenidos del instrumento aplicado al personal de enfermería. En cada una de las presentaciones se plasmará la pregunta, un cuadro representativo de las respuestas; el cual indica las opciones elegidas por los entrevistados así como el porcentaje que representa cada una; para enseguida representar los cuadros con gráficas, terminando cada una con su respectiva interpretación.

Una vez concluida la presentación de los resultados obtenidos se elaborara un análisis general de los mismos, y una conclusión general del trabajo de investigación, permitiendo con ello contrastar la información recopilada tanto de manera teórica como de manera práctica.

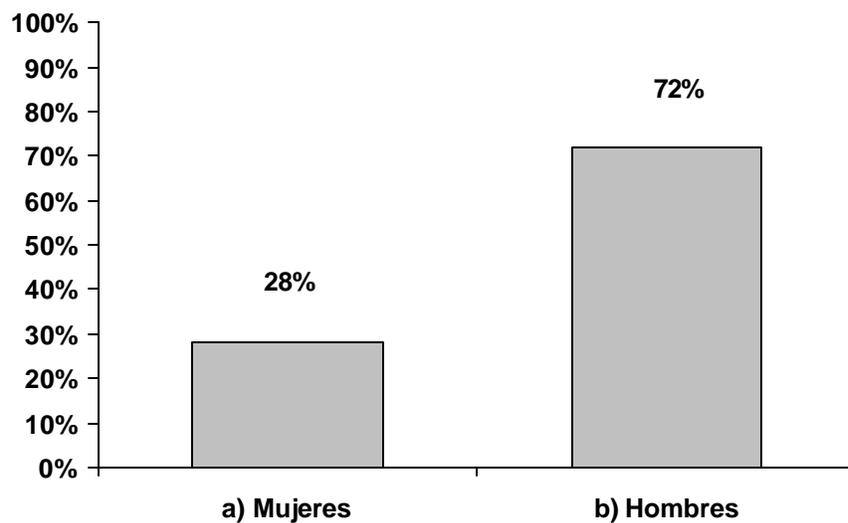
**INSTRUMENTO
APLICADO A LOS
PACIENTES CAPTADOS
POR EL PROGRAMA DE
DIÁLISIS.**

I.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Mediante la identificación personal de cada paciente entrevistado encontramos los siguientes datos que nos servirán para conocer de manera general a la población que esta captada en el programa de diálisis; describiendo tres aspectos importantes: sexo, edad y lugar de procedencia.

* SEXO.

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Mujeres	5	28%
b) Hombres	13	72%
TOTAL	18	100%

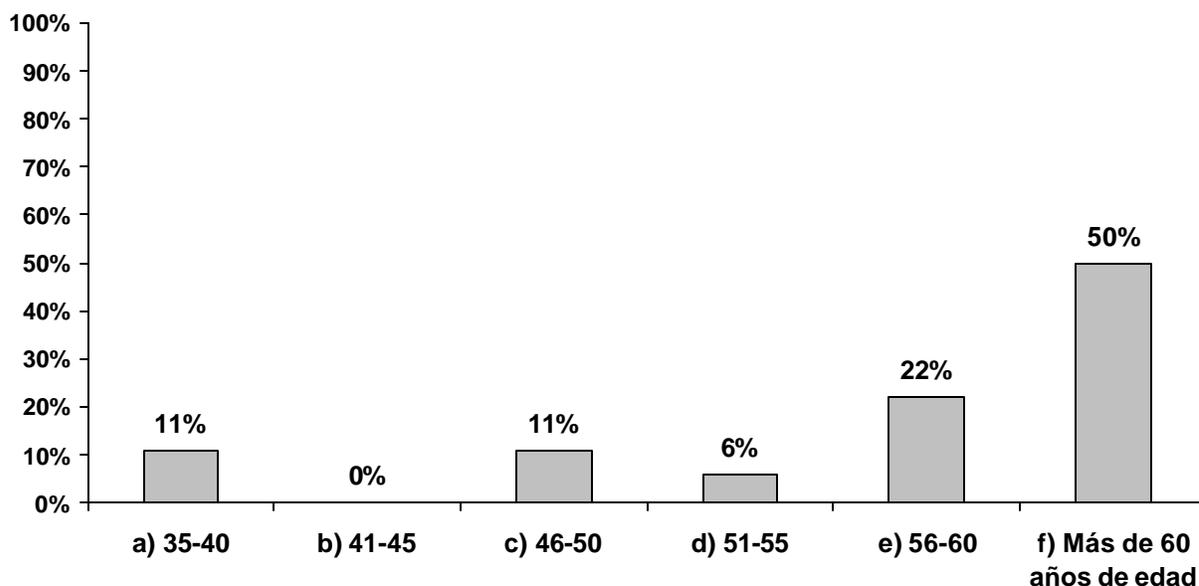


Fuente: Encuesta directa 2006.

Se identifica que en los dieciocho pacientes entrevistados hay diversidad en cuanto sexo, es decir, la Insuficiencia Renal Crónica no es exclusiva de un sexo; hombres o mujeres, sino todo lo contrario es un padecimiento que afecta por igual a hombres y mujeres, de diferentes edades y condiciones sociales; destacando que en este programa hay un predominio del sexo masculino como principales sujetos que afectados por la enfermedad.

* EDAD.

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) 35-40	2	11%
b) 41-45	0	0%
c) 46-50	2	11%
d) 51-55	1	6%
e) 56-60	4	22%
f) Más de 60 años de edad	9	50%
TOTAL	18	100%



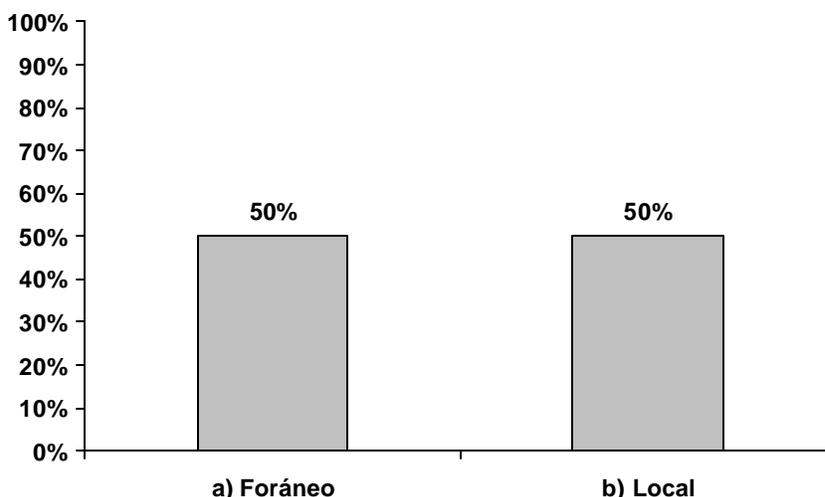
Fuente: encuesta directa 2006.

De acuerdo a las respuestas obtenidas de los pacientes se observa que la mitad de ellos tiene una edad que va más allá de los 60 años de edad, mientras que en la otra mitad la edad oscila entre los 46 a 60 años, quedando un mínimo porcentaje de pacientes que tienen de 35 a 40 años de edad los cuales pueden ser considerados como los más jóvenes de edad, al observar que son más los pacientes con edades que van a más allá de los 60 años es importante mencionar que este aspecto tiene una gran influencia, pues cuanto mayor sea el paciente más complicaciones de salud

presenta, así como la necesidad de que lo asistan (familiares) para llevara acabo su tratamiento. por que hay que recordar que todos estos pacientes llevan ya más de tres meses o incluso años en su tratamiento, tal y como se refleja en las gráfica no. 3.

* LUGAR DE PROCEDENCIA.

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Foráneo	9	50%
b) Local	9	50%
TOTAL	18	100%



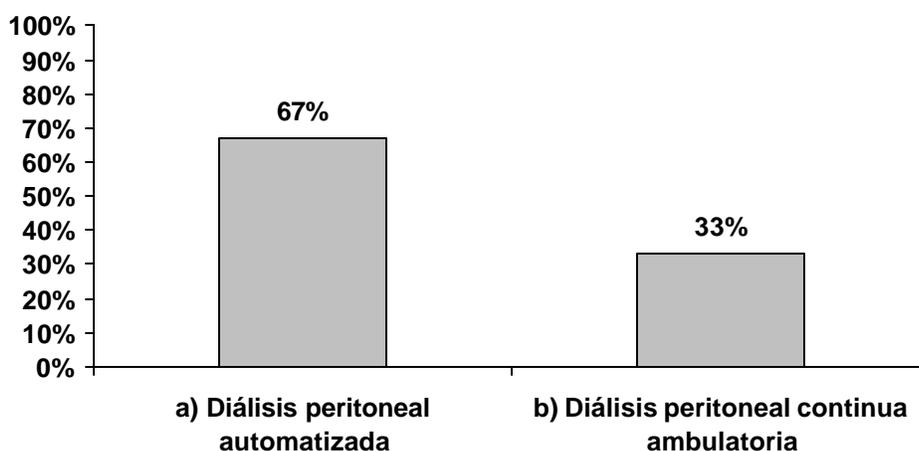
Fuente: Encuesta directa 2006.

Los pacientes que fueron entrevistados se sabe que por principio son derechohabientes del I.S.S.S.T.E., y que de acuerdo a los lineamientos y políticas que este establece tienen derecho a los servicios médicos que esta institución proporciona y que de acuerdo a la cobertura que tiene la clínica se identifican tanto a pacientes foráneos como aquellos que habitan en la ciudad, identificando que este programa no es la excepción pues la mitad de los pacientes viven en diferentes colonias que se ubican dentro de la ciudad, mientras que la otra mitad procede de municipios aledaños a la ciudad como lo son: Paracho, Nahuatzen, Caltzonzin, San Andrés Corú y de la ciudad de Lázaro Cárdenas. Cabe señalar que estos pacientes acuden a esta clínica porque de los lugares donde proceden se cuenta con un puesto periférico el cual solo cuenta con los servicios de consulta externa y atención de partos, es decir, no se cuenta con los servicios que el programa de diálisis proporciona.

II.-DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA Y ANTECEDENTES DE ATENCIÓN:

1.- ¿Qué tipo de tratamiento es el que usted lleva a cabo para controlar su padecimiento?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Diálisis peritoneal automatizada	12	67%
b) Diálisis peritoneal continua ambulatoria	6	33%
TOTAL	18	100%

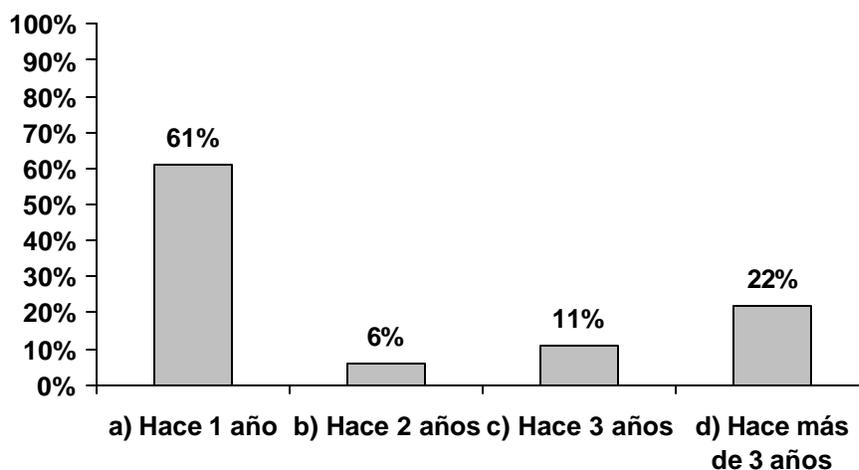


Fuente: Encuesta directa 2006.

“La diálisis es el procedimiento mediante el cual se infunde dentro de la cavidad abdominal un líquido que contiene una mezcla especial de glucosa y sales que arrastran las sustancias tóxicas de los tejidos del riñón, para después extraer el líquido y desecharlo”. Para lo cual existen dos modalidades de tratamiento “automatizada” y “continua ambulatoria”. Y cualquiera que requiera el paciente, debe ser capacitado para poder llevarla a cabo. Identificando entonces que en este programa son más los pacientes que están bajo el tratamiento de diálisis peritoneal automatizada consistiendo, en que la diálisis se hace con la ayuda de una máquina cicladora llamada de Home Choice; la cual realiza los cambios, mientras el paciente descansa o duerme; la máquina se encarga de drenar e infundir el líquido 4 veces durante la noche, dejando la solución dializante en contacto con el peritoneo aproximadamente 2 hrs.

2.- ¿Desde hace cuánto tiempo le diagnosticaron su enfermedad?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Hace 1 año	11	61%
b) Hace 2 años	1	6%
c) Hace 3 años	2	11%
d) Hace más de 3 años	4	22%
TOTAL	18	100%

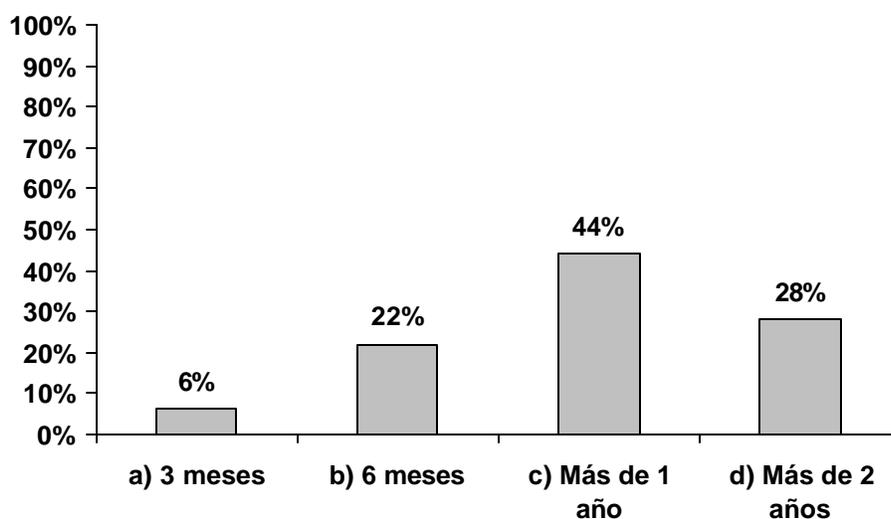


Fuente: Encuesta directa 2006.

De los pacientes captados por el programa, se encontró que el tiempo de diagnóstico de la enfermedad oscila entre un año a más de tres años; esto considerando como diagnóstico final la Insuficiencia Renal Crónica, pues los pacientes como primer antecedente de atención médica en la Clínica, es porque presentan diabetes o hipertensión arterial; las cuales son una de las principales causas que originan el desarrollo de la Insuficiencia Renal Crónica.

3.- ¿Desde hace cuánto tiempo es atendido bajo el tratamiento de diálisis dentro de la clínica hospital I.S.S.S.T.E. Uruapan?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) 3 meses	1	6%
b) 6 meses	4	22%
c) Más de 1 año	8	44%
d) Más de 2 años	5	28%
TOTAL	18	100%

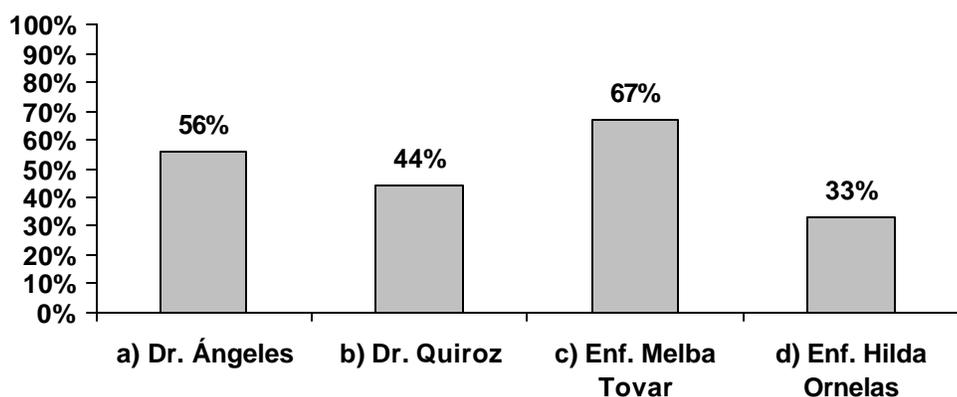


Fuente: Encuesta directa 2006.

Acercas del tiempo que los pacientes llevan dializándose, se puede observar la diferencia entre los tiempos de diagnóstico y de tratamiento, es decir, los pacientes al ser informados de su padecimiento, en su mayoría no aceptan de inmediato la alternativa de un tratamiento sustitutivo para el riñón; esto debido a diferentes mitos acerca del tratamiento, así como la negación de la misma enfermedad. Por lo que el mayor tiempo de inicio de utilización de la diálisis va de más de dos años a un año en unos casos y en otros de seis a tres meses después de la fecha de diagnóstico de la Insuficiencia Renal Crónica.

4.- ¿Quién es su médico y enfermera tratante?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Dr. Ángeles	10	56%
b) Dr. Quiroz	8	44%
c) Enf. Melba Tovar	12	67%
d) Enf. Hilda Ornelas	6	33%



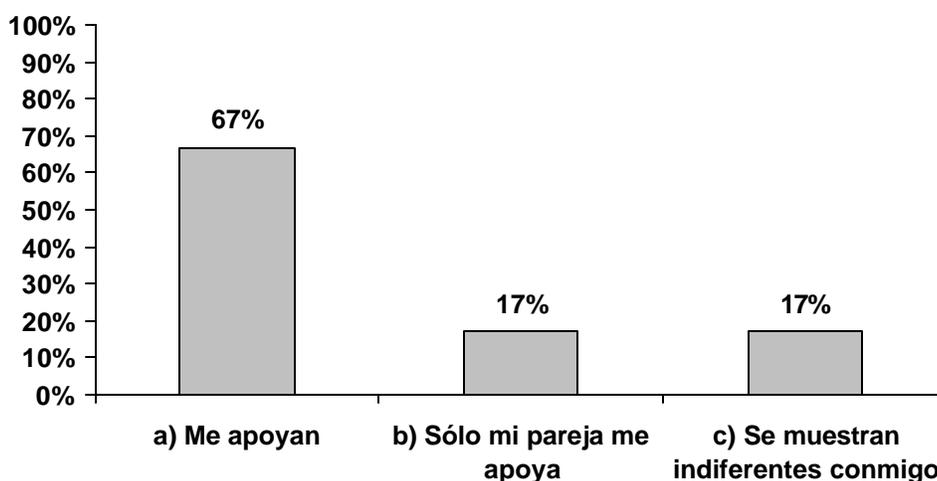
Fuente: Encuesta directa 2006.

Es importante que el paciente identifique el tratamiento que seguirá, así como a su médico y enfermera tratante, encontrando que poco más de la mitad de estos está supervisado por el Dr. Mariano Ángeles Ortiz en coordinación con la enfermera Melba Tovar y el resto está supervisado por el Dr. José Luis Quiroz Lázaro y la enfermera Hilda Ornelas; fue importante realizarles esta pregunta pues este es un aspecto muy importante que el paciente no debe olvidar pues en manos de estos profesionales está su salud, asimismo nos permite identificar que los médicos que atienden a estos pacientes son médicos especialistas en medicina interna y las enfermeras son competentes en este tipo de casos, así que son atendidos por personas capaces y que cuentan con los conocimientos suficientes para intervenir en la atención de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

III.- INTEGRACIÓN Y ATENCIÓN FAMILIAR:

5.- ¿Cuál es la actitud de su familia ante su padecimiento?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Me apoyan	12	67%
b) Sólo mi pareja me apoya	3	17%
c) Se muestran indiferentes conmigo	3	17%
TOTAL	18	100%

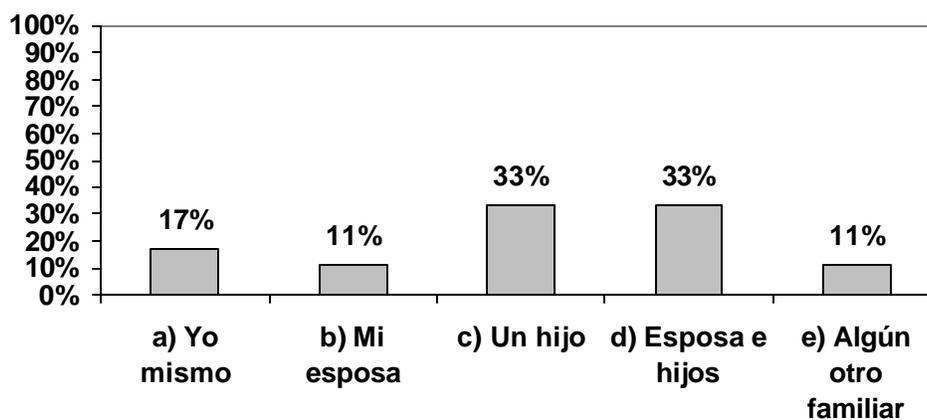


Fuente: Encuesta directa 2006.

Considerando que la familia es parte importante dentro del tratamiento que seguirá el paciente, se les pregunto acerca de la actitud de sus familias con respecto a su enfermedad y ellos respondieron en su mayoría que son apoyados; considerando aunque sea a un solo familiar (esposa, esposo, hijo, hija, etc.) lo cual se ve reflejado en la asistencia a las capacitaciones para ayudarlos en sus tratamientos, así como en el acompañamiento del paciente cuando este requiere de algún servicio de la Clínica; por otra parte en muy pocos casos las familias se muestran indiferentes con el paciente; lo cual también se refleja en el estado de animo, en sus cuidados, en su alimentación y en las recaídas que este tenga durante su tratamiento.

6.- ¿Quién se encarga de llevar a cabo los procedimientos para su tratamiento?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Yo mismo	3	17%
b) Mi esposa	2	11%
c) Un hijo	6	33%
d) Esposa e hijos	6	33%
e) Algún otro familiar	2	11%

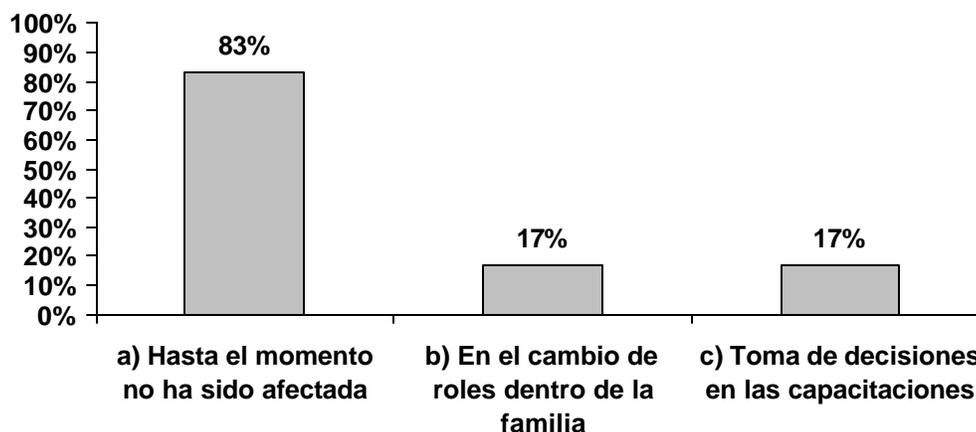


Fuente: Encuesta directa 2006.

Al saber que en su mayoría las familias de los pacientes los apoyan y participan en el tratamiento que deben de seguir, se puede observar que la mayor participación es por parte de la esposa (o) y de sus hijos, quedando unos pocos casos en donde la participación se da por parte de algún otro familiar como pueden ser hermanos o nietos de los pacientes. Demostrando con ello que la participación de la familia es importante para el paciente no solo de manera moral, sino que también en todos aquellos aspectos que involucran el bienestar individual de cada uno de los pacientes.

7.- ¿De qué manera se ha visto afectada su familia a partir de que le fue diagnosticada su enfermedad?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Hasta el momento no ha sido afectada	15	83%
b) En el cambio de roles dentro de la familia	3	17%
c) Toma de decisiones en las capacitaciones	3	17%

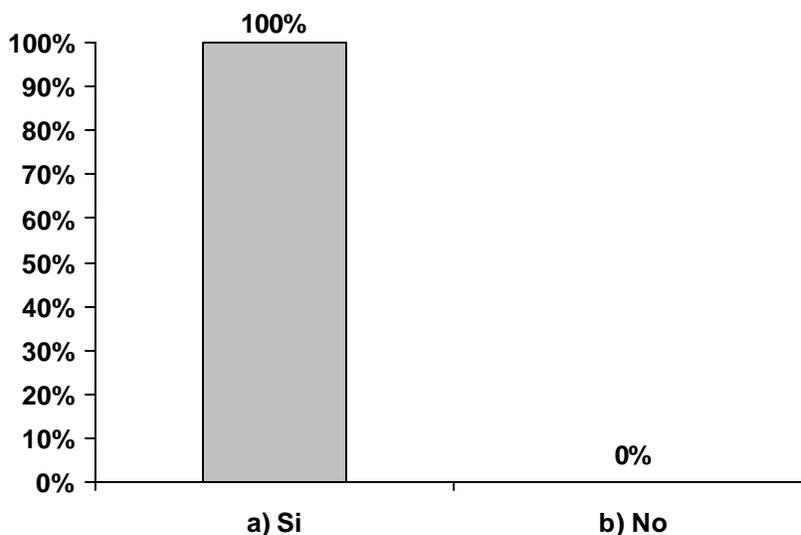


Fuente: Encuesta directa 2006.

Las complicaciones más comunes por las que pasan el paciente y su familia son los cambios de roles, o bien la toma de decisiones. Cuando saben del padecimiento y las alternativas que pueden seguir; los cambios se reflejan, en el momento de acudir a las capacitaciones para realizar el procedimiento de diálisis, o bien cuando el paciente requiere de algún otro servicio de la Clínica como consultas, estudios, medicamentos, u hospitalización. Aunque de acuerdo a los resultados obtenidos se observa que la mayoría de los pacientes no ha tenido ningún problema pues como se muestra en la grafica No. 5 los pacientes son apoyados por su familia, coincidiendo con su percepción de que hasta el momento no han presentado ningún tipo de problema.

8.- ¿Coopera usted para controlar su padecimiento?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Si	18	100%
b) No	0	0%
TOTAL	18	100%

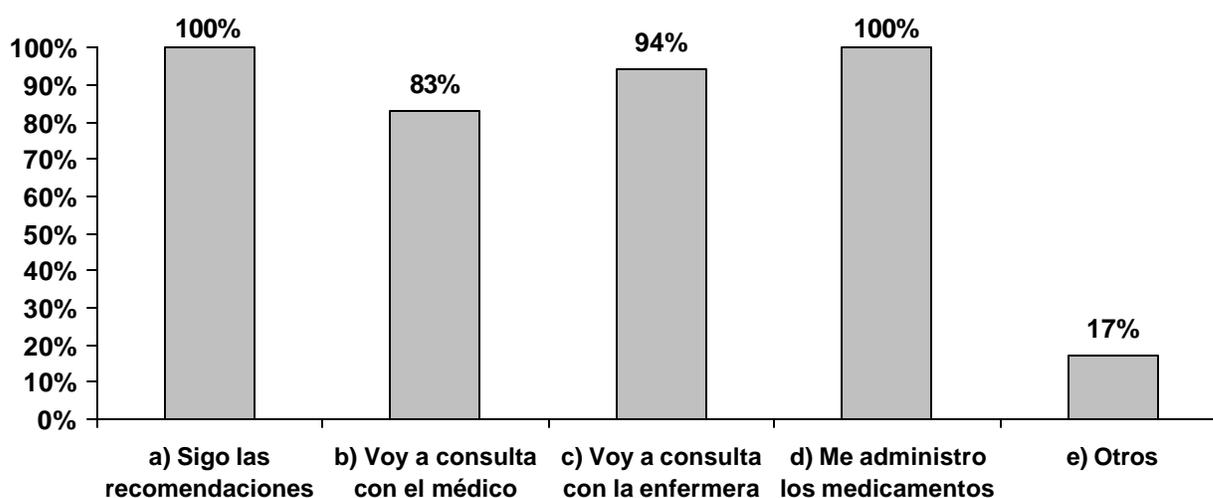


Fuente: Encuesta directa 2006.

Al preguntarles a los pacientes acerca de su cooperación para su tratamiento estos contestaron que si participan, lo cual se puede contrastar y confirmar con los resultados de la grafica anterior, reflejándose en la asistencia a consultas, así como la administración de sus medicamentos, el seguimiento y cumplimiento de recomendaciones emitidas tanto por su médico como de la enfermera tratante, que a su vez se traduce en una mejor calidad de vida así como en la menor posibilidad de llegar a hospital, pues gracias a su control y participación son muy pocos los que necesitan de este servicio tal y como se observa en los resultados de la gráfica no. 17; demostrando también que no solo se hace responsable algún familiar del paciente, sino que el mismo asume su responsabilidad preocupándose por su tratamiento.

9.- ¿Qué es lo que usted hace para controlar su padecimiento?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Sigo las recomendaciones	18	100%
b) Voy a consulta con el médico	15	83%
c) Voy a consulta con la enfermera	17	94%
d) Me administro los medicamentos	18	100%
e) Otros	3	17%



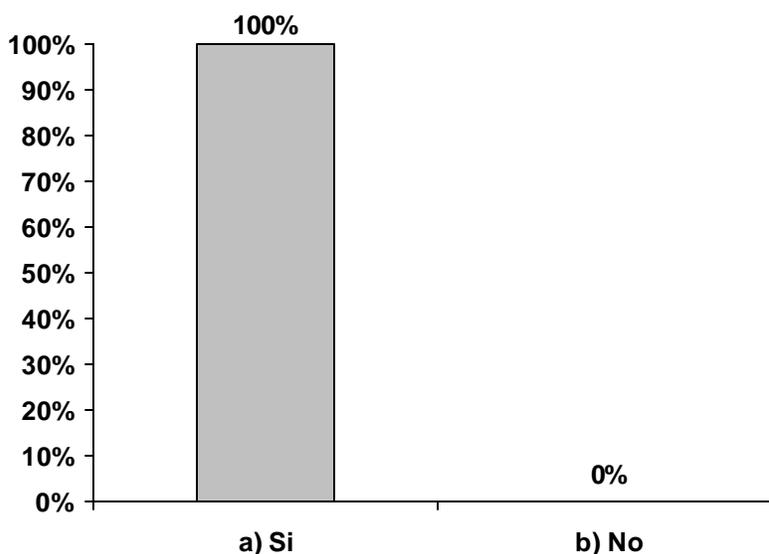
Fuente: Encuesta directa 2006.

El control de un padecimiento consiste en mantener a la enfermedad lo más estable posible y para ello se tienen que llevar a cabo las indicaciones que el médico recomienda, tal y como lo son: la alimentación, la medicación, los procedimientos que conlleva el dializarse, la higiene, etc., por lo que al preguntarles a los pacientes que es lo que realizan para controlar su padecimiento ellos contestaron en su mayoría que si sigue las recomendaciones tanto del médico como de su enfermera tratante, complementando las recomendaciones con aspectos morales y espirituales, de acuerdo a la necesidad y creencia de cada paciente.; y al seguir las indicaciones y recomendaciones hablamos entonces de la aceptación de la enfermedad, pues no solo saben que la padecen, sino que hacen lo posible para mantenerse estables evitando con ello ir al servicio de hospital.

IV.-SERVICIOS MÉDICOS RECIBIDOS:

10.- ¿Usted fue capacitado para llevar a acabo su tratamiento?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Si	18	100%
b) No	0	0%
TOTAL	18	100%

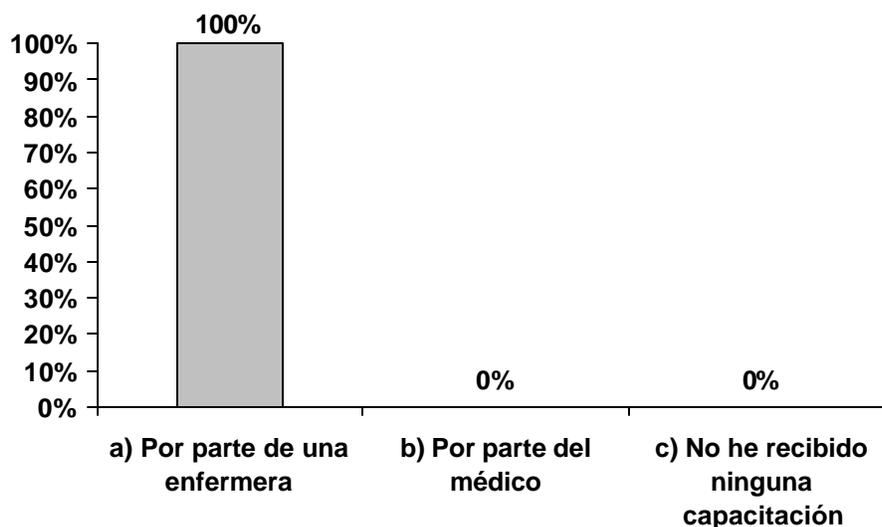


Fuente: Encuesta directa 2006.

El programa de diálisis, contempla la capacitación como parte fundamental de la atención, razón por la cual hasta el momento a ninguno de ellos se les ha negado este servicio, sino todo lo contrario el personal esta al pendiente de todas las capacitaciones que el paciente requiera para poder llevar a cabo su procedimiento sin la necesidad de acudir al servicio de hospital. Encontrando entonces que todos los pacientes captados por el programa aseguran haber recibido su capacitación individualizada por parte de la enfermera encargada de cada modalidad. Y que esta capacitación responde al tratamiento específico que llevarán a acabo de ahora en adelante.

11.- ¿Por parte de quien recibió la capacitación?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Por parte de una enfermera	18	100%
b) Por parte del médico	0	0%
c) No he recibido ninguna capacitación	0	0%
TOTAL	18	100%

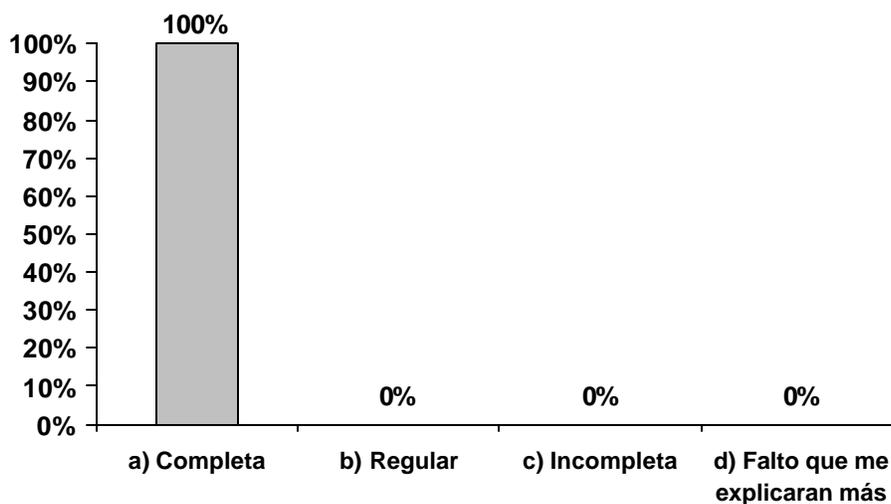


Fuente: Encuesta directa 2006.

Todos los entrevistados contestaron que fueron capacitados por la enfermera encargada de cada modalidad, de acuerdo a las indicaciones del médico, ya que ellos le designan al paciente la modalidad de tratamiento que realizará y por lo tanto se designa la enfermera tratante de acuerdo a esta prescripción, llevando a cabo la capacitación en un inicio, es decir, desde que el paciente acepta y está en hospital (a razón de la colocación de su catéter), encargándose de realizar la capacitación de manera personalizada creando con ello un vínculo de comunicación que hace que el paciente se sienta en confianza y pueda aprender paso a paso todo el procedimiento que llevará a cabo para el control de su padecimiento.

12.- ¿Cómo considera que fue esta capacitación?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Completa	18	100%
b) Regular	0	0%
c) Incompleta	0	0%
d) Falto que me explicaran más	0	0%
TOTAL	100	100%

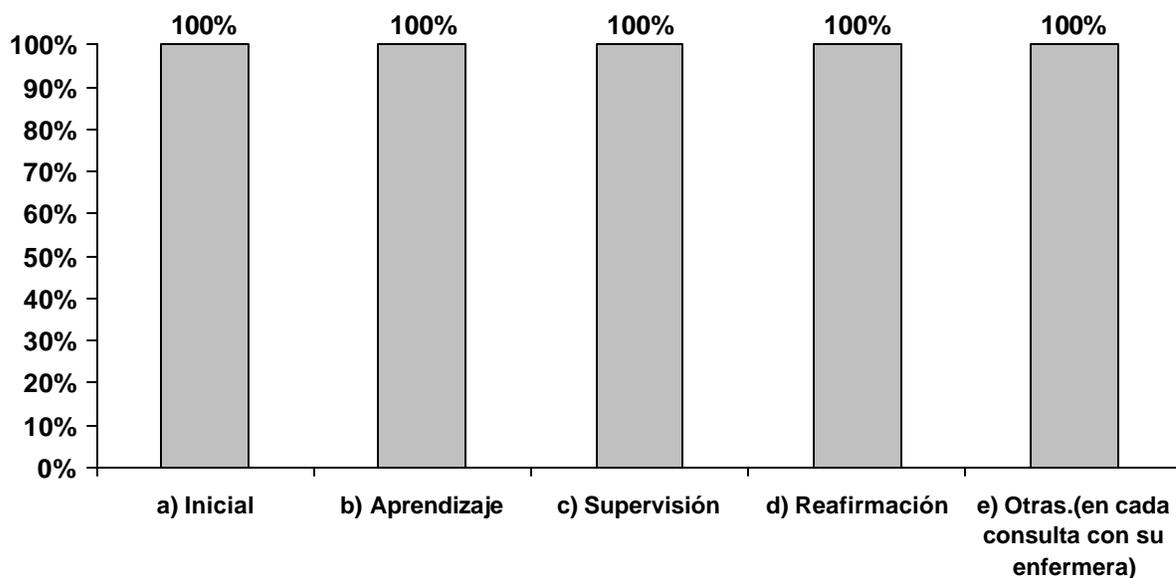


Fuente: Encuesta directa 2006.

A consideración de los pacientes, la capacitación que han recibido para poder llevar a cabo los procedimientos de su tratamiento ha sido completa, tanto por la atención recibida por sus enfermeras, como por los aspectos que en su capacitación aprenden, y estos son el proceso de conexión y desconexión de la diálisis en la diálisis peritoneal continua ambulatoria, o el manejo de la maquina de Home Choice en el caso de la diálisis peritoneal automatizada, además del manejo de medicamentos, alimentación, cuidados en sitios de salida e higiene recalando que estas han sido de manera personalizada, con el tiempo justo, e impartidas por el personal competente en el ramo. Asimismo los pacientes expresaron que esta capacitación cubre sus expectativas en cuanto a los servicios que esperan recibir como derechohabientes con este tipo de padecimiento.

13.- ¿Cuántas capacitaciones ha recibido?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Inicial	18	100%
b) Aprendizaje	18	100%
c) Supervisión	18	100%
d) Reafirmación	18	100%
e) Otras.(en cada consulta con su enfermera)	18	100%



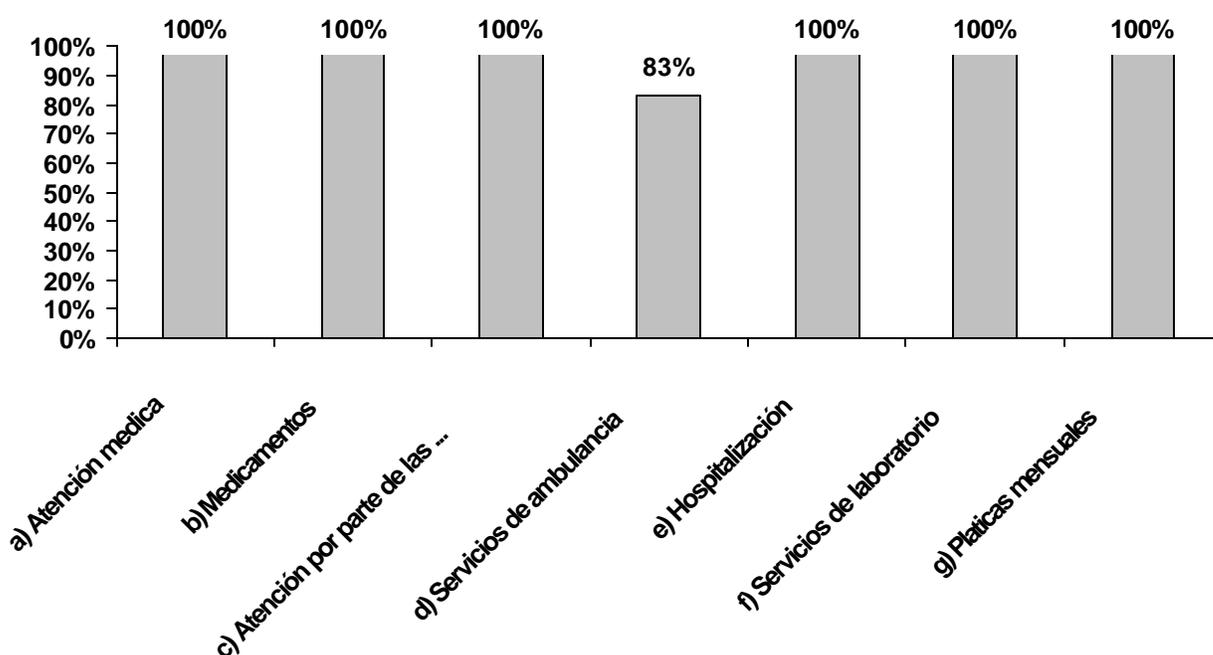
Fuente Encuesta directa 2006.

Con respecto al número de capacitaciones se observa que hasta el momento, de manera equitativa todos han recibido capacitaciones iniciales, en donde les dan la introducción del tratamiento con el “Manual de Capacitación del Paciente en Diálisis Peritoneal de BAXTER” así como información propia del padecimiento que presentan; de aprendizaje en donde son capacitados por la enfermera, pues es ella quien se encarga de guiarlos e instruirlos de todo el procedimiento que se sigue para hacer una diálisis exitosa cualquiera que sea la modalidad en la que se trate al paciente, posteriormente reciben la supervisión en donde las enfermeras ponen a los participantes a realizar el procedimiento por si solos para así corregirlos e instruirlos

nuevamente; por ultimo realizan una capacitación de reafirmación en donde ahora si el paciente o familiar realiza todo el procedimiento solo y la enfermera solo se limita a observarlo y al termino certifica si el paciente o familiar realmente se capacito para llevar a cabo el tratamiento. Si estas capacitaciones no resultaron se considera entonces como otras, pues nuevamente la enfermera reinicia su labor para que aprenda el paciente o el familiar, ya que la intención del programa es el proporcionar todos los elementos necesarios para que el paciente controle su padecimiento en su hogar sin la necesidad de llegar a un hospital dejando esta alternativa como la ultima y quizás la más drástica.

14.- ¿Qué otros servicios ha recibido por parte del I.S.S.S.T.E.?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Atención medica	18	100%
b) Medicamentos	18	100%
c) Atención por parte de las enfermeras	18	100%
d) Servicios de ambulancia	15	83%
e) Hospitalización	18	100%
f) Servicios de laboratorio	18	100%
g) Platicas mensuales	18	100%

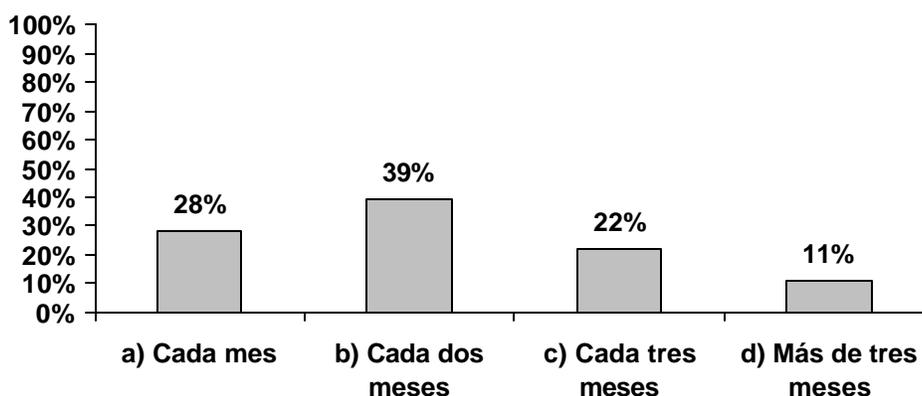


Fuente: Encuesta directa 2006.

Los pacientes identifican en su totalidad los servicios que se les proporciona, ya que una o varias ocasiones han ido a cada uno de estos a solicitar y recibir atención; y sólo un mínimo de pacientes ubica el servicio de ambulancia, identificando que son pacientes foráneos (entendiendo a estos a aquellos que proceden de otros municipios fuera de Uruapan) que en ocasiones son enviados a su lugar de procedencia en ambulancia.

15.- ¿Cada cuando acude con su médico tratante?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Cada mes	5	28%
b) Cada dos meses	7	39%
c) Cada tres meses	4	22%
d) Más de tres meses	2	11%
TOTAL	18	100%

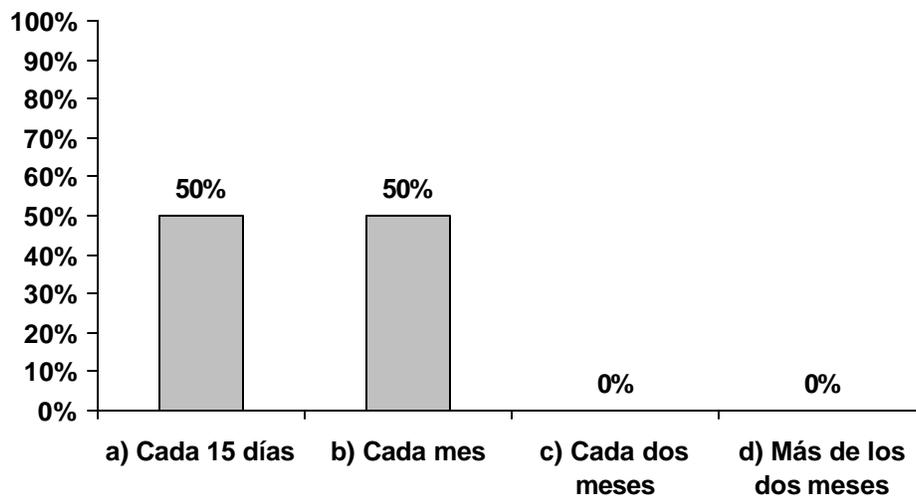


Fuente: Encuesta directa 2006.

El asistir a la consulta con su médico tratante se considera como un servicio en atención a su padecimiento, entonces se les pregunto la periodicidad con la que asistían, encontrando que el tiempo oscila entre un mes a tres meses y solo en muy pocos casos este tiempo excede de tres meses pero esto se debe a que las consultas son otorgadas de acuerdo a las agendas de los médicos, las cuales en ocasiones están sobrecargadas debido a la demanda de la población derechohabiente que requiere de sus servicios o bien son en un tiempo considerable pues hay pacientes foráneos a quienes se les dificulta venir con mayor frecuencia pues los gastos de transporte y viáticos que requieren para venir no son completamente subsidiados por el I.S.S.T.E, pues en ocasiones si los traen en la ambulancia , pero en otras el paciente tiene que venir por sus propios medios.

16.- ¿Cada cuando acude a consulta con la enfermera?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Cada 15 días	9	50%
b) Cada mes	9	50%
c) Cada dos meses	0	0%
d) Más de dos meses	0	0%
TOTAL	18	100%

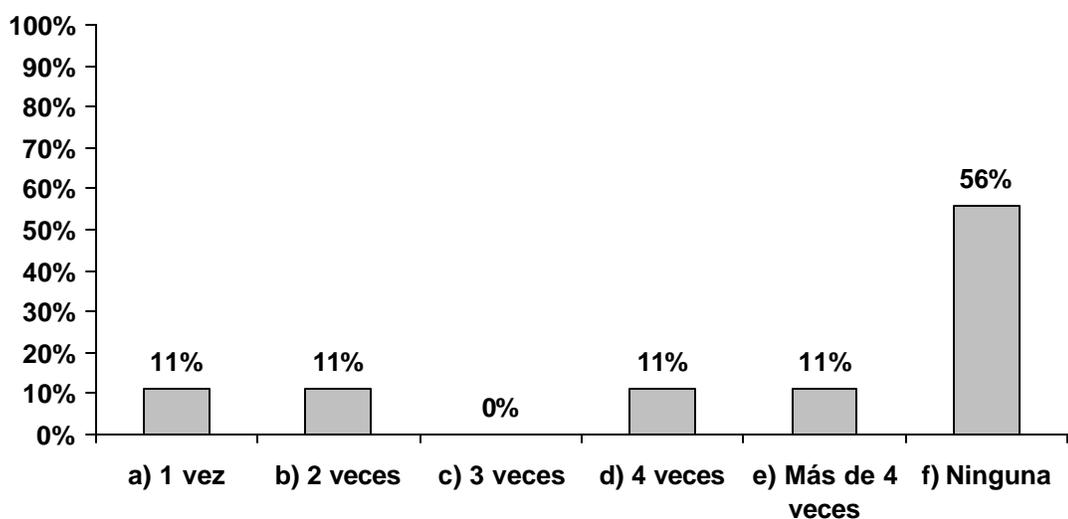


Fuente: Encuesta directa 2006.

A diferencia de la grafica anterior, los pacientes reconocen que el tiempo de espera entre sus citas con su enfermera es menor al que tienen que esperar para pasar con su medico tratante. Esperando un tiempo que va desde los 15 días como mínimo a un mes como máximo. Un factor que influye en que los pacientes asisten con más frecuencia con las enfermeras es la disponibilidad, pues ellas están directamente encargadas de atenderlos teniendo mayor oportunidad de acercamiento a diferencia del médico pues este en promedio atiende de 10 a 12 pacientes por día.

17.- ¿Cuántas veces en los últimos 6 meses ha requerido del servicio de hospital?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) 1 vez	2	11%
b) 2 veces	2	11%
c) 3 veces	0	0%
d) 4 veces	2	11%
e) Más de 4 veces	2	11%
f) Ninguna	10	56%
TOTAL	18	100%

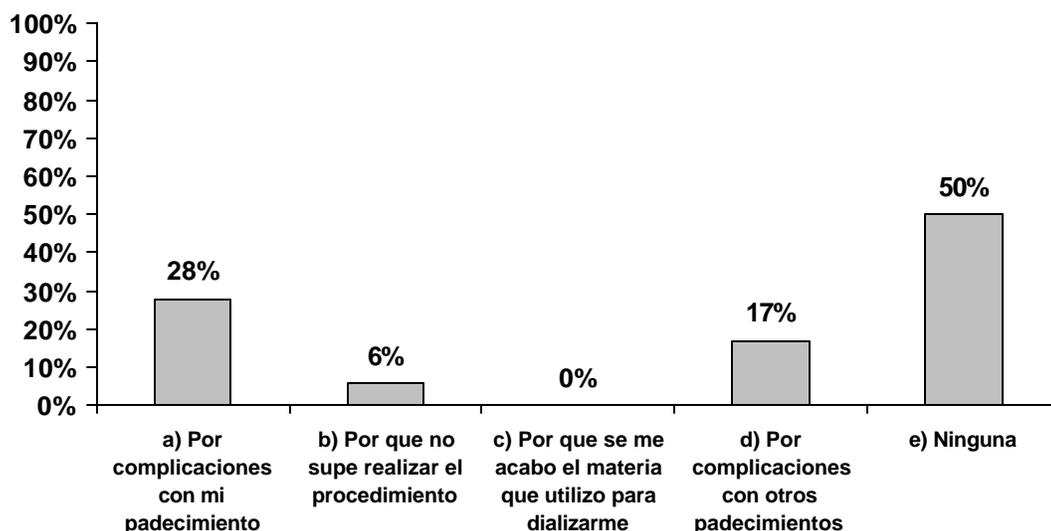


Fuente: Encuesta directa 2006.

Si uno de los objetivos que persigue el programa de diálisis es que el paciente recurra lo menos posible al servicio de hospital para reducir con ello costos y hacer que el paciente también se haga responsable de su control, se les pregunto acerca de que si habían requerido del este servicio en los últimos seis meses, a lo que más de la mitad respondió que no ha sido necesario, por lo menos en estos seis últimos meses, lo que indica que han sabido hacer un control optimo de su padecimiento, otros tantos si han requerido del servicio y esta oscila entre mas de cuatro, cuatro, dos y una vez por diferentes causas que en la gráfica siguiente se podrán identificar.

18.- ¿Cuáles son las causas que lo han hecho ir a solicitar el servicio de hospital?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Por complicaciones con mi padecimiento	5	28%
b) Por que no supe realizar el procedimiento	1	6%
c) Por que se me acabo el materia que utilizo para dializarme	0	0%
d) Por complicaciones con otros padecimientos	3	17%
e) Ninguna	9	50%
TOTAL	18	100%



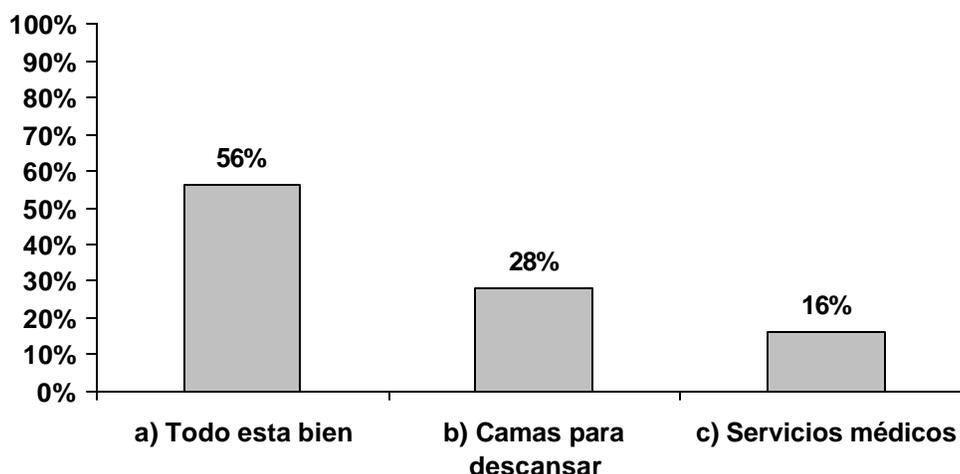
Fuente: Encuesta directa 2006.

En relación con la pregunta anterior los pacientes que han requerido del servicio de hospital ha sido por las siguientes cuestiones: complicaciones propias de su padecimiento, la más común es la llamada “peritonitis” que es la infección en la cavidad peritoneal derivada de malos cuidados de alimentación e higiene en su sitio de salida (sitio de salida es el lugar donde se encuentra ubicado su catéter), otra causa es la de complicaciones con otros padecimientos asociados a la Insuficiencia Renal Crónica como lo son las neuropatías diabéticas o la hipotensión, pues hay que recordar que esta enfermedad es causada por la diabetes o hipertensión arterial; y en un pequeño porcentaje ha llegado a hospital por no saber realizar el procedimiento de diálisis, pero esto no por que la capacitación no sea la correcta o

porque no lo hayan recibido; sino que más bien es porque interviene otro familiar a ayudarlo sin haber recibido la capacitación, es decir, cuando ingresan a este programa los pacientes y familiares se capacitan, pero en ocasiones ellos capacitan a otro familiar sin la supervisión de la enfermera.

19.- ¿Qué otra actividad o servicio considera importante recibir para poder controlar su padecimiento?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Todo esta bien	10	56%
b) Camas para descansar	5	28%
c) Servicios médicos	3	16%
TOTAL	18	100%



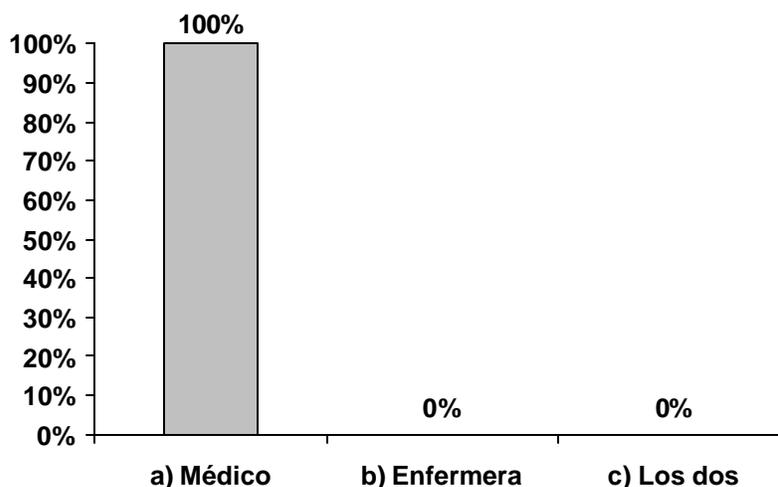
Fuente: Encuesta directa 2006.

Al preguntarles acerca de los servicios, la mayoría refiere que hasta el momento no hace falta ningún otro, sino que todo lo contrario, están muy agradecidos y conformes, mientras que otra parte manifiesta que hace falta más servicios médicos como los de nefrología y psicología en apoyo a sus tratamientos; pero debido al carácter de la institución “primer nivel” no se disponen de estos, sólo hasta la ciudad de Morelia en el Hospital Vasco de Quiroga. Por último, otros, en específico aquellos pacientes que son foráneos, refieren que hace falta más áreas de descanso pues para ellos es pesado el trayecto que recorren para llegar a la clínica. Y en muchas de las ocasiones les ha tocado tiempos de espera muy prolongados siendo para ellos muy incomodo.

V.- UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS:

20.- ¿Quién le indica el medicamento que usted requiere para su tratamiento?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Médico	18	100%
b) Enfermera	0	0%
c) Los dos	0	0%
TOTAL	18	100%

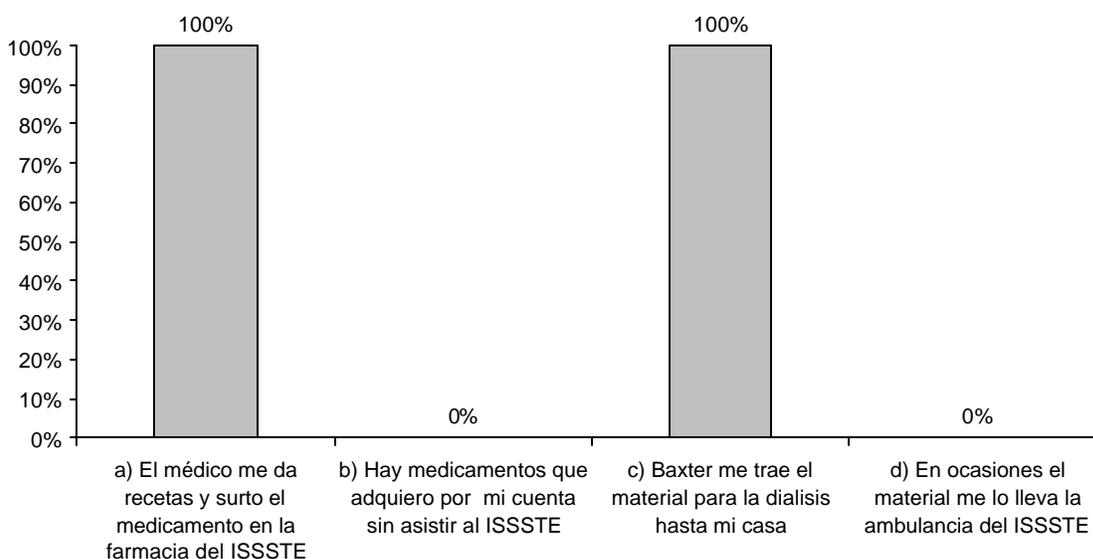


Fuente: Encuesta directa 2006.

Otro servicio que reciben los derechohabientes es el otorgamiento de medicamentos identificando que el personal encargado y autorizado para ello es el médico tratante ya que son lo encargados de supervisar la evolución de la enfermedad cuando el paciente asiste a consulta con él. Aunque cabe mencionar que como se observo en la gráfica No. 15 el tiempo que transcurre entre sus consultas no cubre el tiempo de duración de sus medicamentos, pues solamente se les proporciona dos cajas como máximo por medicamento, y de acuerdo a sus indicaciones de uso no duran hasta su próxima cita así que tienen la opción de pedir ficha para consulta con su médico familiar, para que les proporcione nuevamente recetas de medicamentos y pueda entonces llegar sin problemas hasta su siguiente cita con el medico internista. Permitiendo con ello que no tengan desabastecimiento de sus medicamentos y esto les ocasiona problemas.

21.- ¿De qué manera consigue el medicamento y material de diálisis que requiere para su tratamiento?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) El médico me da recetas y surto el medicamento en la farmacia del ISSSTE	18	100%
b) Hay medicamentos que adquiero por mi cuenta sin asistir al ISSSTE	0	0%
c) Baxter me trae el material para la diálisis hasta mi casa	18	100%
d) En ocasiones el material me lo lleva la ambulancia del ISSSTE	0	0%



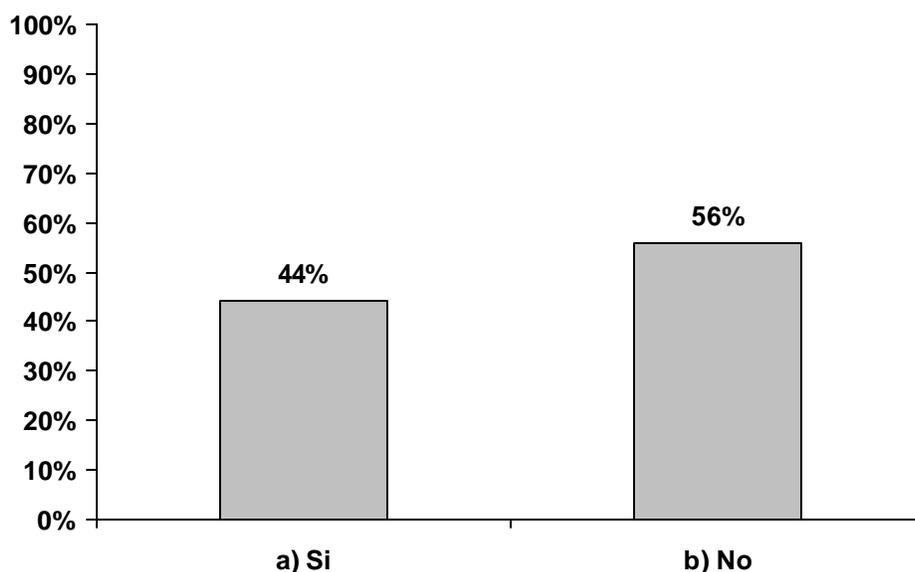
Fuente Encuesta directa 2006.

Con los resultados de la grafica anterior, surge el cuestionamiento de saber cual es la manera de conseguir los medicamentos y el material para su tratamiento; a lo que los pacientes respondieron coincidiendo en decir que la manera de conseguir el medicamento es en asistir con su médico tratante o con su medico familiar para que les prescriba las recetas. Esto respecto a los medicamentos que requieren, pero en

lo concerniente al material de diálisis la manera de conseguirlo es la de notificarle a la enfermera de la cantidad de bolsas de solución con la que cuentan para que ellas se encarguen de avisar y realizar el pedido exacto a los laboratorios de BAXTER, y este sea el encargado de proveerlos hasta su domicilio.

22.- ¿Usted ha tenido que adquirir su medicamento en otra parte, que no sea el I.S.S.S.T.E.?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Si	8	44%
b) No	10	56%
TOTAL	18	100%

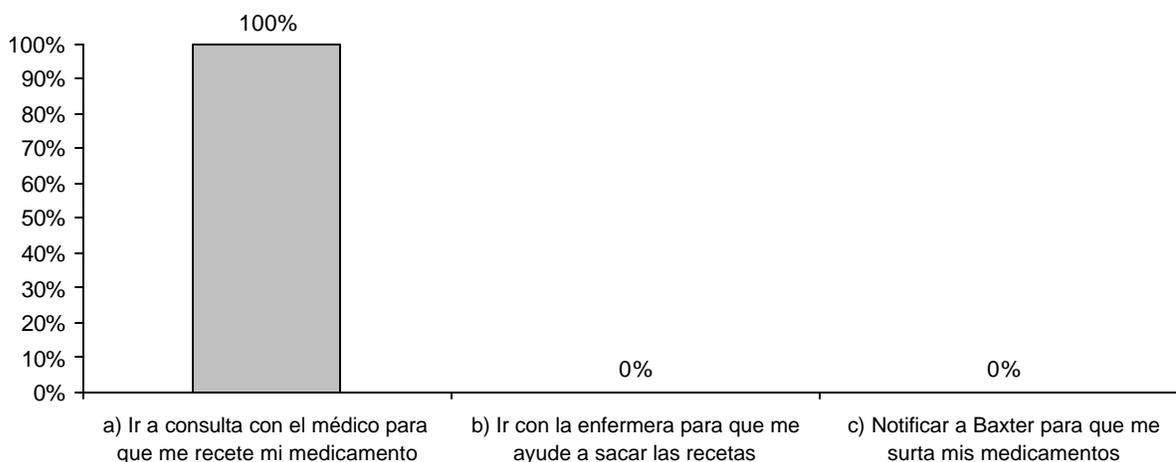


Fuente: Encuesta directa 2006.

Si hablamos de que el medicamento le es otorgado al paciente por el I.S.S.S.T.E., se les pregunto entonces si en alguna ocasión han requerido de adquirir algún medicamento por su propia cuenta, encontrando que un porcentaje importante de los pacientes si se ha visto en la necesidad de comprar medicamentos, lo cual se debe a que hay medicamentos que requieren y no están ubicados dentro del cuadro básico de fármacos que maneja el instituto, o bien porque la cantidad que se le otorga a la Clínica no es suficiente para cubrir la demanda de la población. Los medicamentos mas comunes que adquieren por su cuenta son la insulina (para el control de su diabetes), captopril, omeprazol, por mencionar algunos.

23.- ¿Cuáles son los trámites que usted sigue para poder conseguir el material y el medicamento que requiere para su tratamiento?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Ir a consulta con el médico para que me recete mi medicamento	18	100%
b) Ir con la enfermera para que me ayude a sacar las recetas	0	0%
c) Notificar a Baxter para que me surta mis medicamentos	0	0%
TOTAL	18	100%

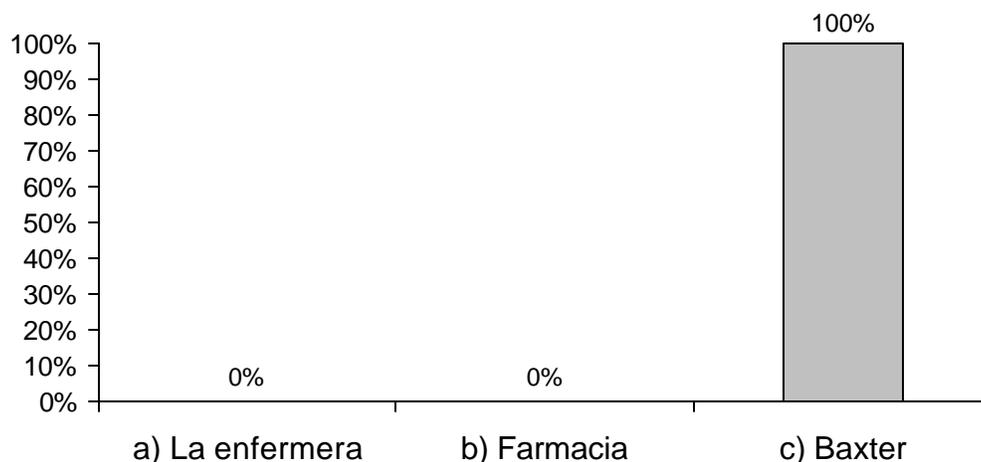


Fuente: Encuesta directa 2006.

Es importante mencionar que los servicios a los que tienen acceso los pacientes requieren de trámites correspondientes tales como son solicitudes, recetas, sus carnets, etc. Por lo que se les pregunto acerca de los trámites que siguen y que ellos identifican para poder conseguir el material y el medicamento, respondiendo que requieren de ir a consulta con el médico para que les proporcione el documento que avale su utilización y sabiendo que sin ella no pueden adquirir ningún medicamento, y con respecto al material de diálisis el único trámite que deben realizar es ir con su enfermera tratante para que con ella hagan el recuento de material que utilizaran y así ella se encargue de hacer el pedido a BAXTER.

24.- ¿Quién le entrega el material para su tratamiento?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) La enfermera	0	0%
b) Farmacia	0	0%
c) Baxter	18	100%
TOTAL	18	100%

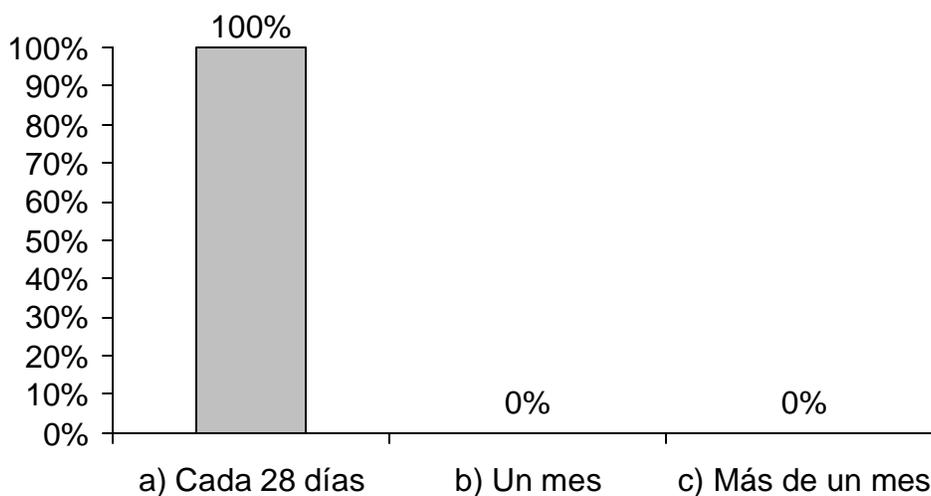


Fuente: Encuesta directa 2006.

Como parte del programa de diálisis se cuenta con la vinculación del instituto con los laboratorios de BAXTER, quienes se encargan de abastecer el material para la diálisis, que aquí es importante diferenciar los medicamentos del material. Los medicamentos se refieren a todas aquellas sustancias que se toman o aplican con el objeto de producir un efecto curativo y el material es aquel que se utiliza dentro del procedimiento de diálisis y estos son: bolsas de solución, línea de drenaje, bolsa de drenaje, cánula de paso o frangible, empalme “y”, línea de llenado, pinza de sujeción y máquina cicladora de Home Choice los cuales son entregados directamente por personal de BAXTER a cada paciente sin importar la ubicación que este tenga, es decir, si es de Uruapan o es foráneo.

25.- ¿Cada cuando le entregan su medicamento y material para su tratamiento?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Cada 28 días	18	100%
b) Un mes	0	0%
c) Más de un mes	0	0%
TOTAL	100	100%

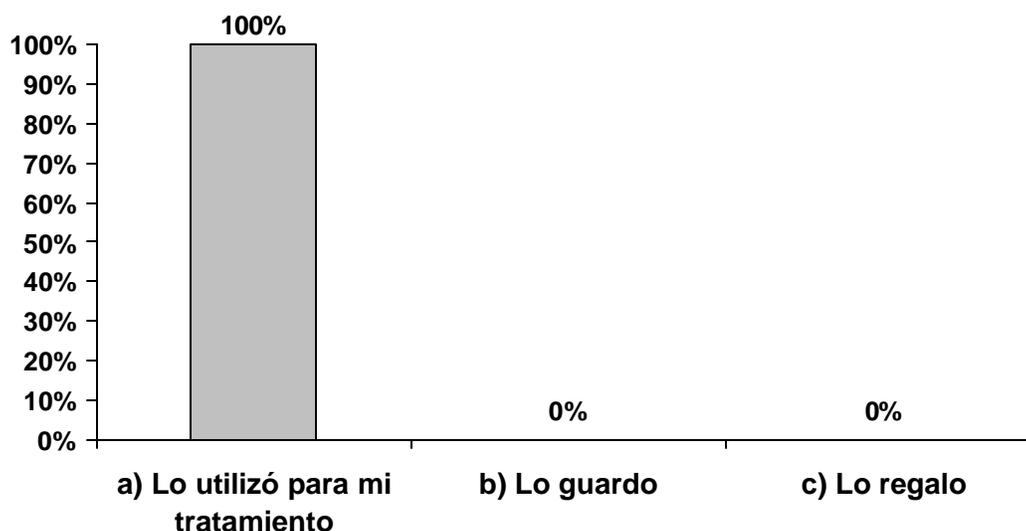


Fuente: Encuesta directa 2006.

Si los pacientes identifican a BAXTER como el laboratorio que les proporciona los materiales para su tratamiento, se les pregunto el tiempo que tarda este en entregarles su material, todos respondieron que es cada veintiocho días, tiempo en el que el paciente cuenta con material para poder dializarse durante el mismo sin necesidad de adquirir por otro lado el material; ya que este tiempo es el exacto, pues también el material es traído desde la ciudad de Guadalajara, lugar en donde se encuentra la sucursal del laboratorio más cercana a Uruapan; aspecto que determina entonces el tiempo que los pacientes tienen que esperar para poder recibir su material, además este tiempo es el estipulado de acuerdo al convenio que existe entre la clínica y BAXTER.

26.- ¿Qué hace usted con el material que recibe?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Lo utilizó para mi tratamiento	18	100%
b) Lo guardo	0	0%
c) Lo regalo	0	0%
TOTAL	100	100%



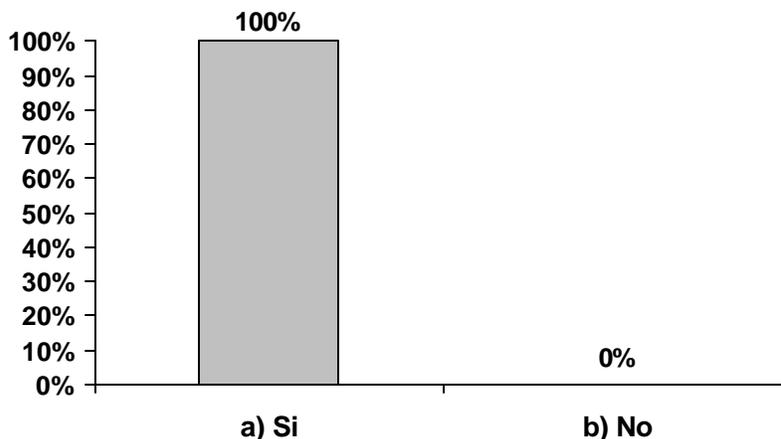
Fuente: Encuesta directa 2006.

De acuerdo a la información obtenida se observa que los pacientes al recibir su material lo guardan para su utilización por lo que se puede decir que estos aprovechan los materiales para su tratamiento; e incluso se tiene un control tan exacto por parte de las enfermeras que detectan a los pacientes que pudieran tener más material; tomando la medida de retirarles el material sobrante, lo cual no quiere decir que se deje al paciente desprovisto de material sino que todo lo contrario se le proporciona material necesario y de reserva para no producir en el paciente un estado de angustia por no contar con su material, o inclusive los mismos pacientes hablan con sus enfermeras y les cuentan acerca de la cantidad de material y entonces las enfermeras los convencen acerca de la cantidad real que requieren accediendo a que el personal de la Clínica vaya a recoger el material sobrante.

VI.- VISITAS DOMICILIARIAS.

27.- ¿Considera importante recibir atención a domicilio?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Si	18	100%
b) No	0	0%
TOTAL	18	100%

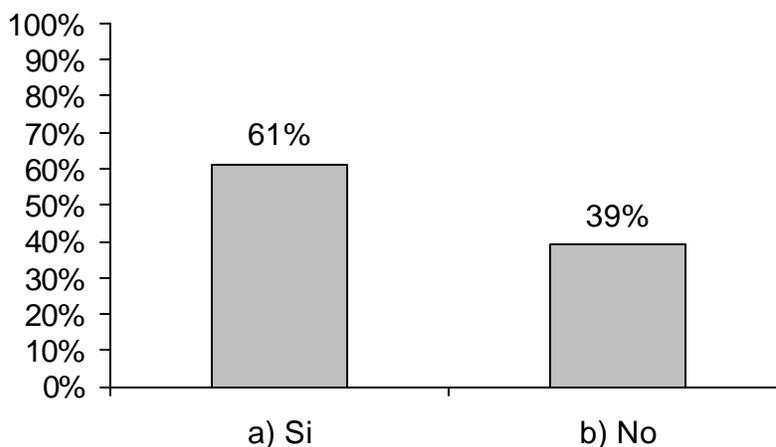


Fuente: Encuesta directa 2006.

Otro servicio que ofrece el programa de diálisis es el de visitas domiciliarias, aunque cabe mencionar que este no es tan constante, pues en el presupuesto general que se le otorga a la Clínica no se destina directamente una parte para esto, así que para poder realizarlas el personal tiene que hacer una serie de trámites y justificar realmente las causas por las que tiene que realizar la visita. Pero de acuerdo a la percepción de los pacientes si es importante que por lo menos las enfermeras si les realicen visitas domiciliarias, pues son con ellas con las que han establecido mayor comunicación y confianza, manifestando que les daría mucho gusto recibir a las personas que les han ayudado tanto, por un lado, pero por el otro; esto también lo ven como una posibilidad de reducir esperas y costos puesto que al ir a visitarlos a sus domicilios los pacientes se ahorrarán la ida a la clínica viéndolo como una gran ventaja para si mismos, puesto que en las visitas reciben servicios como revisión física, revisión del área que utilizan para su tratamiento, revisión de material y aclaración de dudas acerca de su tratamiento.

28.- ¿Usted ha recibido alguna visita domiciliaria por parte del personal del I.S.S.S.T.E.?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Si	11	61%
b) No	7	39%
TOTAL	18	100%

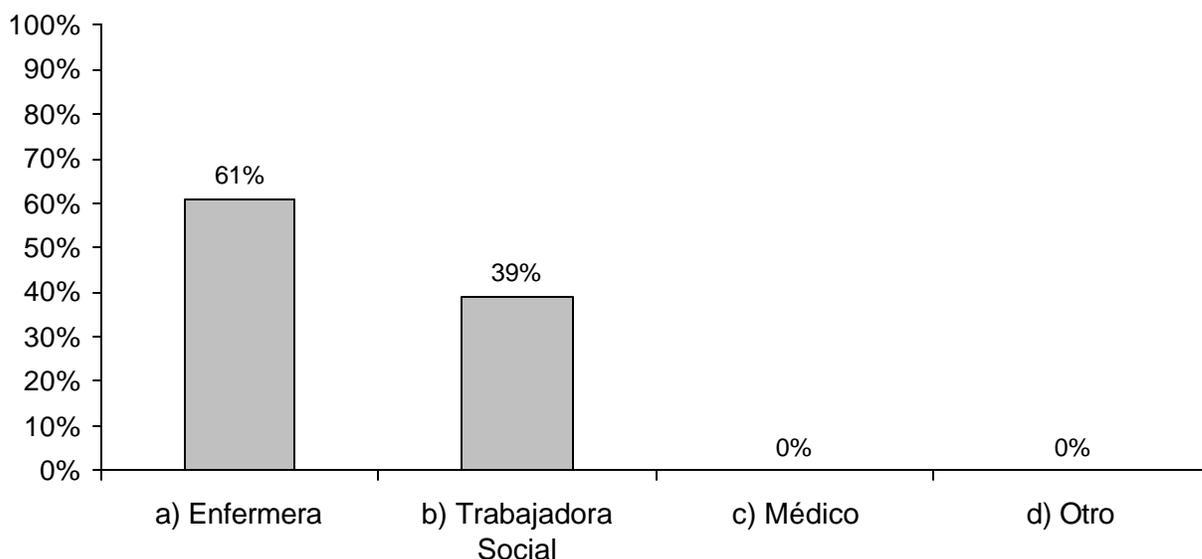


Fuente: Encuesta directa 2006.

En relación con la grafica anterior las personas manifestaban que si era importante recibir visitas pero se ha identificado que solo un poco más de la mitad del total de los pacientes ha recibido la visita domiciliaria, pero como se menciona anteriormente esto se debe a que se logro realizarlas por la cercanía a la clínica, lo que no implica mayor gasto para el instituto. De igual manera hay que recordar que el resto de los pacientes que todavía no reciben visita domiciliaria ha sido por cuestiones de presupuesto o porque estos son foráneos, o bien son por lo menos pacientes más estables, pues otro factor que influye para las visitas es la incidencia del paciente en llegar al servicio de hospital; lo que requiere identificar las causas por las que se da este fenómeno y para ello se necesita la observación del medio en donde el paciente realiza su tratamiento para así detectar las fallas y aciertos que permitan dar solución a los problemas emergentes que presentan los pacientes.

29.- Del personal que labora en el I.S.S.S.T.E. ¿Quién ha acudido a las visitas domiciliarias?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Enfermera	11	61%
b) Trabajadora Social	7	39%
c) Médico	0	0%
d) Otro	0	0%

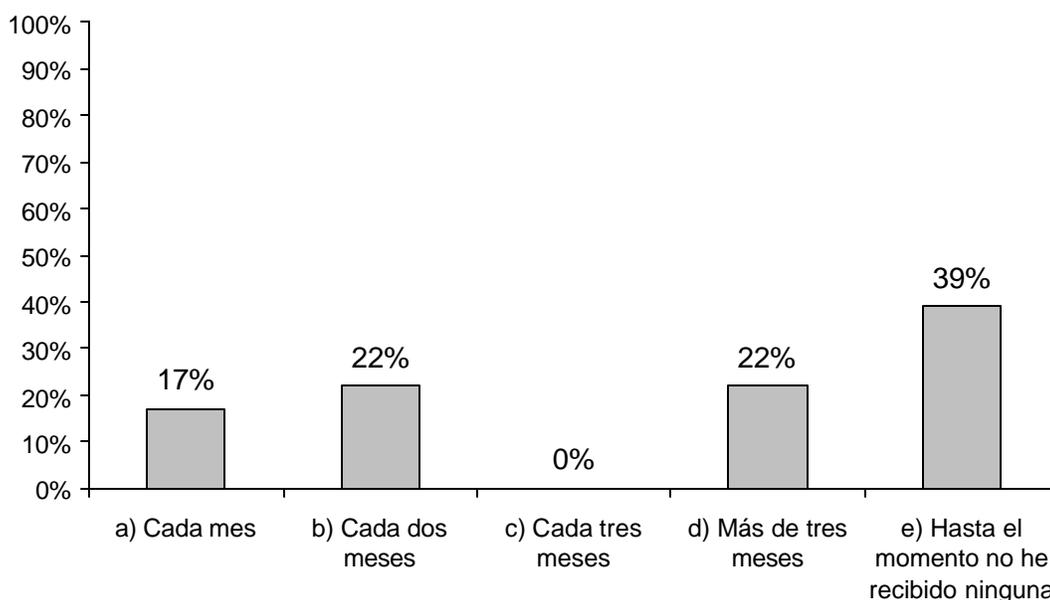


Fuente: Encuesta directa 2006.

La atención de la salud requiere de la intervención de un equipo multidisciplinario integrado por médicos, enfermeras y trabajadora social; así que se les pregunto a los pacientes acerca del personal que acudió cuando se le realizó la visita, contestando que ha sido la enfermera tratante y en unas visitas se ha visto la participación de la trabajadora social; lo cual no quiere decir que solo estas personas estén involucradas sino que son las que tienen mayor accesibilidad para participar en este servicio, aunque cabe mencionar que la participación de trabajo social es esporádica, pues en la clínica solo se cuenta con el apoyo de dos trabajadoras sociales, una por el turno de la mañana y otra por el turno vespertino; razón por la que su participación en vistas es limitada y se observa en casos que requieren de su intervención.

30.- ¿Cada cuando recibe visitas domiciliarias?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Cada mes	3	17%
b) Cada dos meses	4	22%
c) Cada tres meses	0	0%
d) Más de tres meses	4	22%
e) Hasta el momento no he recibido ninguna	7	39%
TOTAL	18	100%

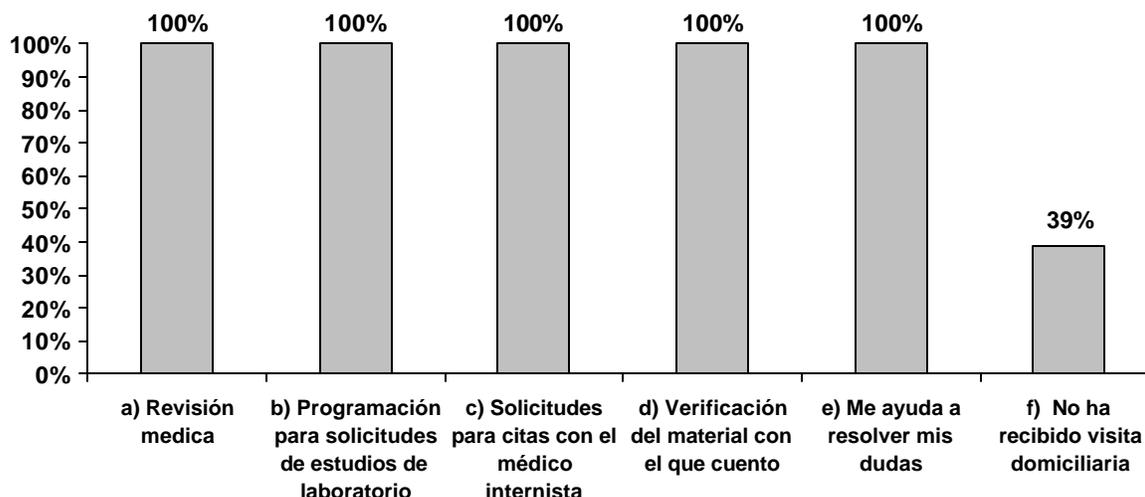


Fuente: Encuesta directa 2006.

Los tiempos que hay entre las visitas realizadas a los pacientes encontramos que estos oscilan entre los dos y tres meses, esto debido a que los pacientes acuden regularmente a la clínica, y se les visita si en necesario, por ejemplo; en la investigación de incidencia de complicaciones en su salud y tratamientos. Además este tiempo también depende de la disposición y accesibilidad que las enfermeras tengan para realizarlas.

31.- ¿Cuándo recibe la visita domiciliaria por parte de la enfermera, qué servicios recibe por parte de ella?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Revisión medica	11	100%
b) Programación para solicitudes de estudios de laboratorio	11	100%
c) Solicitudes para citas con el médico internista	11	100%
d) Verificación del material con el que cuento	11	100%
e) Me ayuda a resolver mis dudas	11	100%
f) No ha recibido visita domiciliaria	7	39%

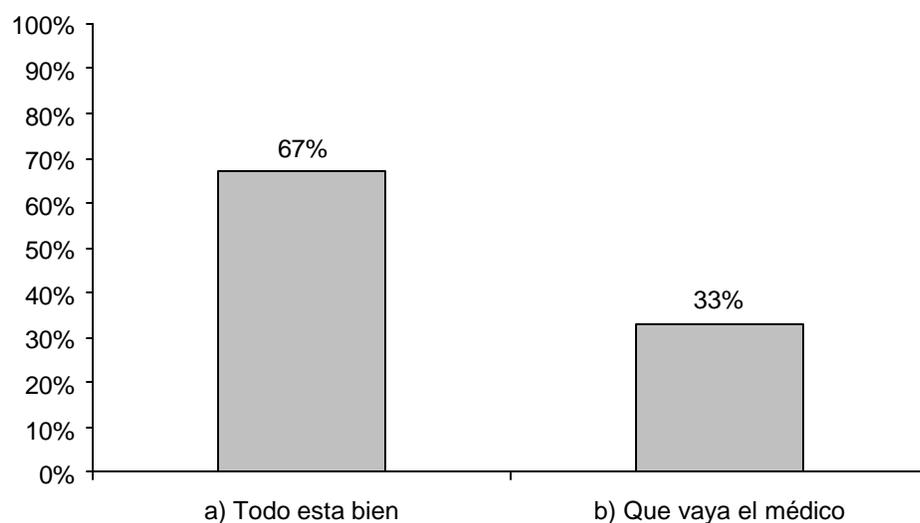


Fuente Encuesta directa 2006.

Como parte de los servicios propios de la visita domiciliaria los pacientes identifican claramente que la enfermera se encargará de hacerle una revisión física, le ayudará a resolver sus dudas y si es el caso le proporcionará solicitudes para la toma de estudios o citas para con su médico tratante. Lo cual hace que el paciente sienta que si es necesario recibir la visita domiciliaria pues le proporciona beneficios individuales en su tratamiento además de tener mejor relación y comunicación con su enfermera tratante.

32.- Favor de indicar que otros servicio aparte de los que anteriormente se le mencionaron recibe en las visitas domiciliarias.

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Todo esta bien	12	67%
b) Que vaya el médico	6	33%
TOTAL	18	100%

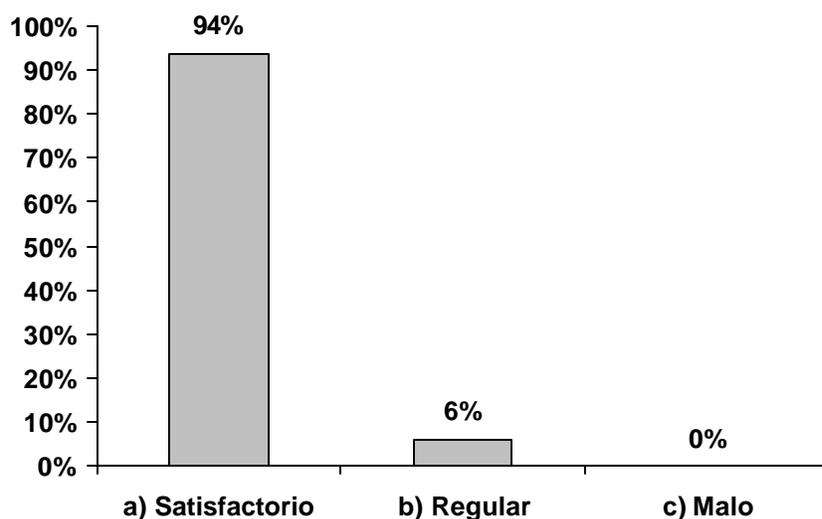


Fuente: Encuesta directa 2006.

Los pacientes opinan que en las visitas los servicios que se les ofrecen son correctos y de utilidad, por lo que la mayoría opina que todo esta bien y no creen necesario agregar algo más, sin embargo unos cuantos creen que es importante que dentro de estas visitas se cuente con la presencia del doctor, lo que también le traería el beneficio de recibir consulta medica en su domicilio, que en unos casos si pudiera ser aplicado, pues en muchas ocasiones el paciente ya no esta en condiciones optimas para deambular. Pero debido al nivel de atención que se ofrece en la clínica este es un aspecto poco viable de llevar a cabo.

33.- ¿Cómo considera que es la atención que recibe por parte del personal encargado de su tratamiento?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Satisfactorio	17	94%
b) Regular	1	6%
c) Malo	0	0%
TOTAL	18	100%

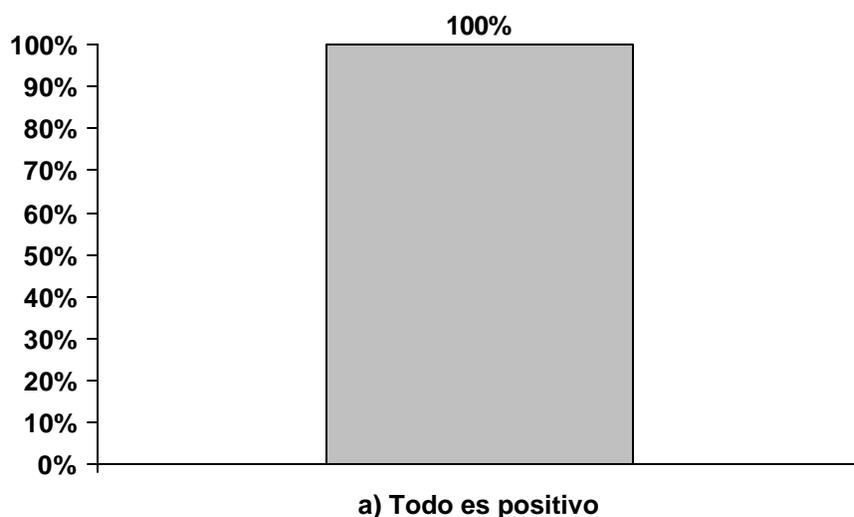


Fuente: Encuesta directa 2006.

Ya que los pacientes si logran identificar los servicios y al personal que lo atiende, tal y como se observa en la gráfica no. 4 y 14; se les pregunto su opinión acerca de cómo se les atiende, a lo que ellos contestaron que el trato ha sido satisfactorio, ya que logra responder a la demanda de sus necesidades; y solo unos pocos pacientes opinan que la atención ha sido regular, asegurando que esto no es por que su médico o enfermera los trate mal, sino todo lo contrario, están muy agradecidos con ellos, sin embargo cuando han requerido de otros servicios como laboratorio, urgencias, hospital o archivos en ocasiones han recibido mal trato, justificando con ello su respuesta .

34.- Usted como paciente, ¿qué aspectos de los que recibe del programa de diálisis considera como positivos para su salud?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Todo es positivo	18	100%
TOTAL	18	100%



Fuente: Encuesta directa 2006.

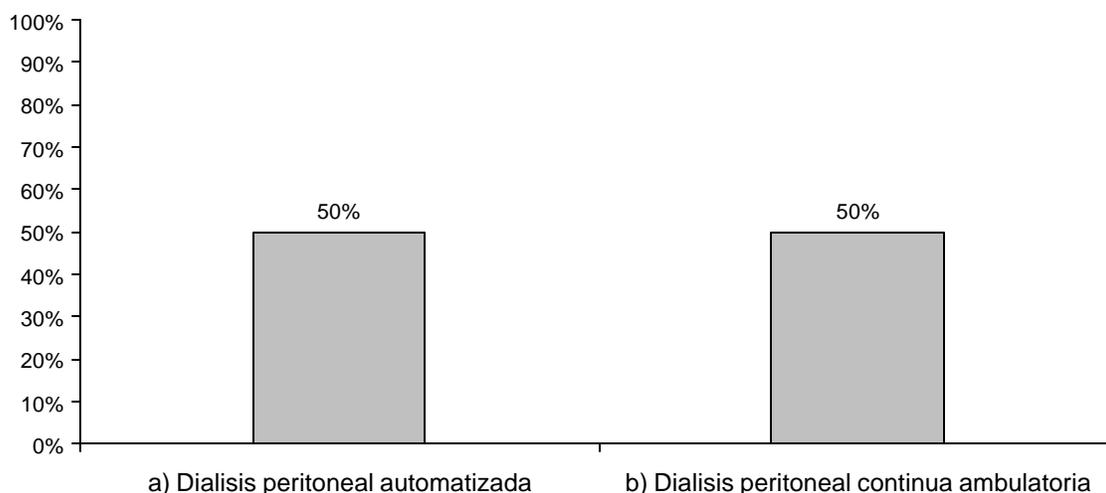
Para los pacientes todos los aspectos que conforman el programa de diálisis y que identifican como servicios, los consideran como positivos, pues gracias a ellos todavía están vivos superando las expectativas que en un inicio tenían, además están muy agradecidos por todos los servicios y la atención que han recibido. Reiterando que no cambiarían nada del programa o lo que se pudiera cambiar comprenden que es difícil por cuestiones institucionales, pero que lo que reciben es suficiente porque cubre sus necesidades.

**INSTRUMENTO
APLICADO AL
PERSONAL DE
ENFERMERÍA QUE
PARTICIPA EN EL
PROGRAMA.**

I.- SERVICIOS MÉDICOS:

1.- ¿Usted de que tratamiento se encarga?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Diálisis peritoneal automatizada	1	50%
b) Diálisis peritoneal continua ambulatoria	1	50%
TOTAL	2	100%

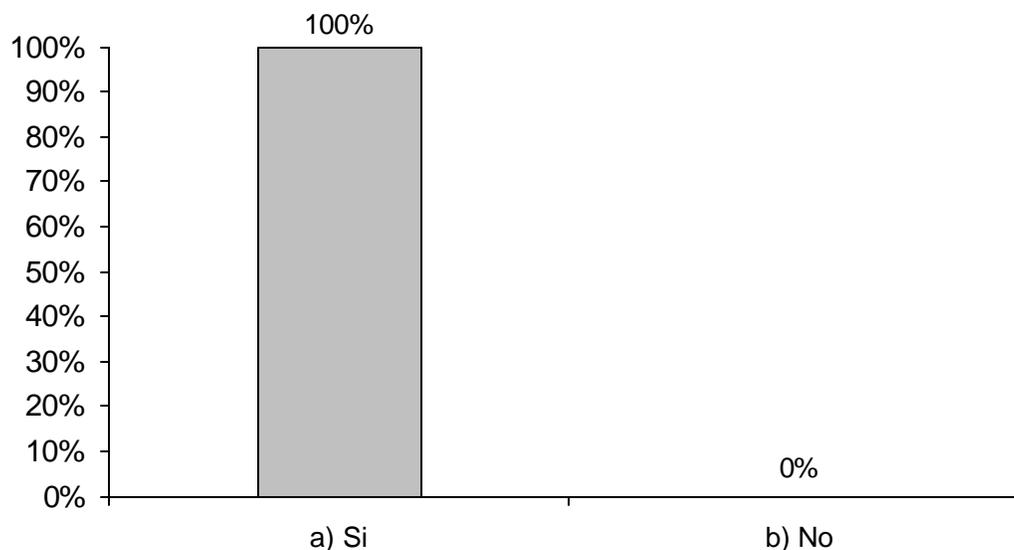


Fuente: Encuesta directa 2006.

Las dos modalidades que se proponen como alternativas, dentro de la diálisis, son manejadas por dos enfermeras, quienes se encargan directamente de los tratamientos de los pacientes captados por el programa; únicamente son dos enfermeras, pues ellas fueron quienes aceptaron hacerse cargo de los módulos de diálisis que se implementaron en la clínica, en atención a estos pacientes. Cada una conoce y domina su modalidad, trabajando con sus pacientes de manera individualizada; para lo cual fueron debidamente capacitadas en lo que se refiere a la insuficiencia renal crónica y su tratamiento y se ve reflejado en las cinco gráficas siguientes de acuerdo a las respuestas obtenidas por parte de las enfermeras.

2.- ¿Usted fue capacitada para poder dirigir dicho tratamiento?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Si	2	100%
b) No	0	0%
TOTAL	2	100%

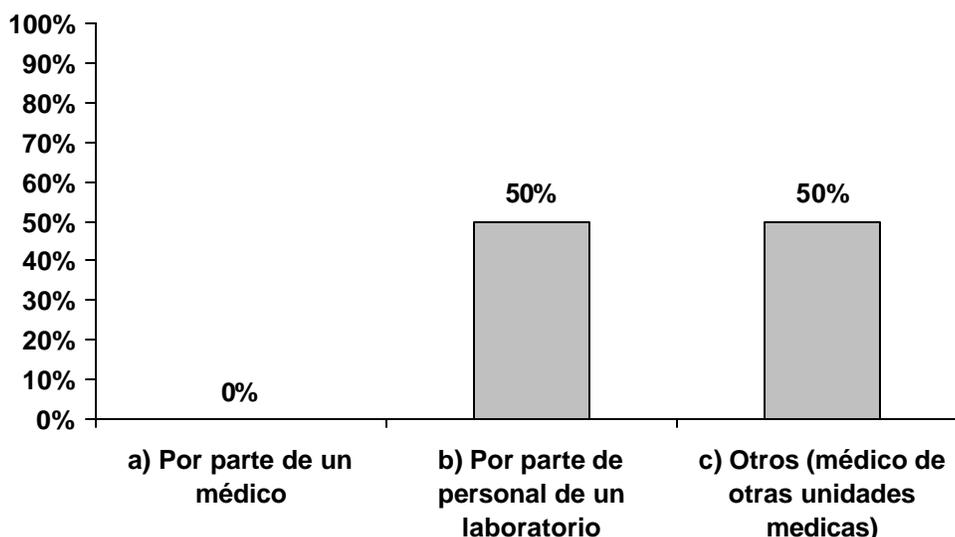


Fuente: Encuesta directa 2006.

Ellas aseguran que fueron capacitadas para llevar a cabo las técnicas propias de la modalidad que manejan, lo cual también se refleja con la opinión de sus pacientes, pues son consideradas como personas competentes en su ramo, asimismo de acuerdo a su capacitación son identificadas dentro de la clínica como personal encargado de los pacientes con Insuficiencia Renal, y a diferencia de las demás enfermeras no son removidas de sus servicios; es decir, ellas permanecen al frente de los módulos de D.P.A. (Diálisis peritoneal automatizada) y de D.P.C.A. (Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria) durante todo el año, lo que además hace que sea necesario continuar con capacitaciones, para seguir siendo competente en lo que hacen recibiendo más cursos tal y como se observa en la gráfica no. 6.

3.- ¿Por parte de quien recibió la capacitación?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Por parte de un médico	0	0%
b) Por parte de personal de un laboratorio	1	50%
c) Otros (médico de otras unidades medicas)	1	50%
TOTAL	2	100%

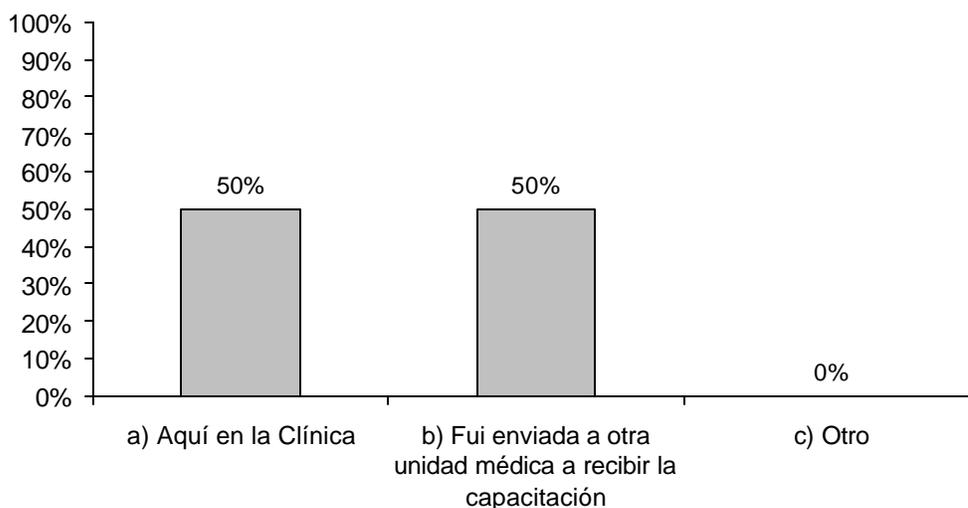


Fuente: Encuesta directa 2006.

La capacitación que han recibido las enfermeras ha sido por parte del personal del laboratorio BAXTER, pues con ellos el instituto tiene establecido un convenio, en el cual se oferta el material que consta de: bolsas de solución, líneas, catéteres, tapones, manuales para el paciente, rota folios y máquinas cicladoras de diálisis; además de brindar servicios de capacitación para el personal en cuanto al manejo de las técnicas de cada modalidad; es decir, el laboratorio además de ofrecer material, brinda servicios que aseguren el uso y manejo del material que ellos fabrican. Así mismo han recibido capacitaciones por parte de personal medico de otras unidades como el Hospital General Valentín Gómez Farías cuya especialidad es nefrología., lo cual se considera en el rubro de otros, ya que en esta unidad medica no se cuenta con el personal especializado como lo hay en la unidad de Guadalajara, ya que hay que recordad que esta unidad es de primer nivel.

4.- ¿En dónde recibió dicha capacitación?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Aquí en la Clínica	1	50%
b) Fui enviada a otra unidad médica a recibir la capacitación	1	50%
c) Otro	0	0%
TOTAL	2	100%

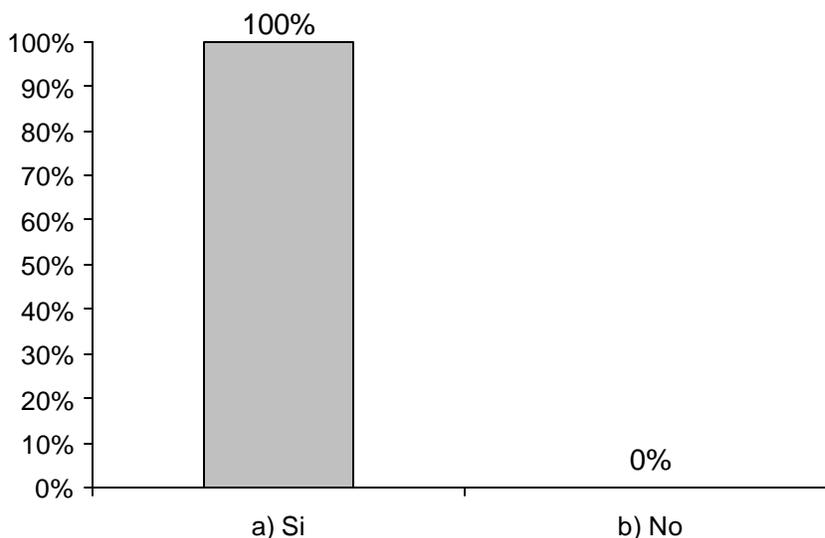


Fuente: Encuesta directa 2006.

Las capacitaciones además de ser impartidas por personal del laboratorio y por médicos especialistas de la unidad medica de Guadalajara, fueron impartidas en otro lugar, es decir, las enfermeras fueron enviadas al Hospital General Valentín Gómez Farías por parte de la clínica para aprender acerca de las modalidades que están a su cargo, ellas manifiestan que esto fue así porque en esta unidad médica no se había manejado este tipo de tratamiento y que además implicaba un costo mayor el traer al personal; esto a diferencia de los gastos que se generaron por enviar a dos personas a las capacitaciones, además en la unidad de Guadalajara se manejan estos tratamientos de manera más compleja, es decir, con mayor personal, equipo y material debido al carácter de esta; que es de tercer nivel; así como a la magnitud de la población derechohabiente. Y en otros casos, afirman también que se ha tenido la oportunidad de ser capacitadas en la clínica, pero esto cuando personal de BAXTER acude a la clínica, como ya se menciono anteriormente, esto es parte de los servicios que ofrece el laboratorio a la clínica.

5.- ¿Ha recibido más cursos de capacitación?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Si	2	100%
b) No	0	0%
TOTAL	2	100%

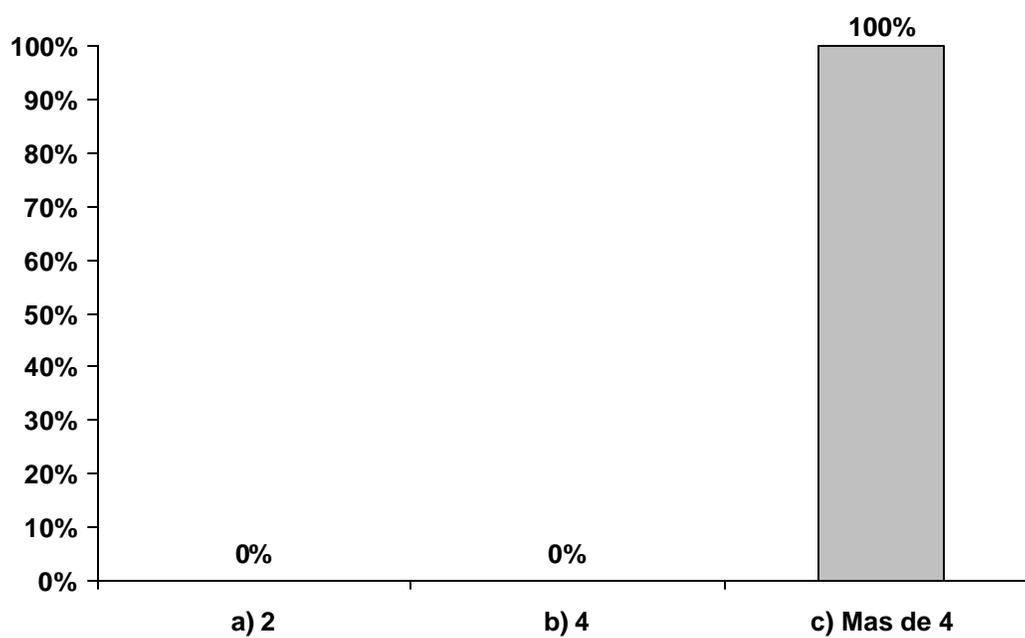


Fuente: Encuesta directa 2006.

También, las enfermeras aseguran que han recibido más capacitaciones, lo que refleja su interés por seguir preparándose para atender con mayor calidad a los pacientes, además de que reciben apoyo del instituto y del laboratorio de BAXTER. Asimismo estas capacitaciones se reflejan en la intervención que tienen con sus pacientes, sobre todo cuando estos llegan al servicio de hospital o urgencias, ya que su atención la realiza el médico y ellas estableciendo en conjunto los tratamientos a seguir, o bien si el médico tratante no ha llegado ellas de acuerdo a su capacitación estabilizan al paciente hasta que el médico interviene.

6.- ¿Cuántos?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) 2	0	0%
b) 4	0	0%
c) Mas de 4	2	100%
TOTAL	2	100%

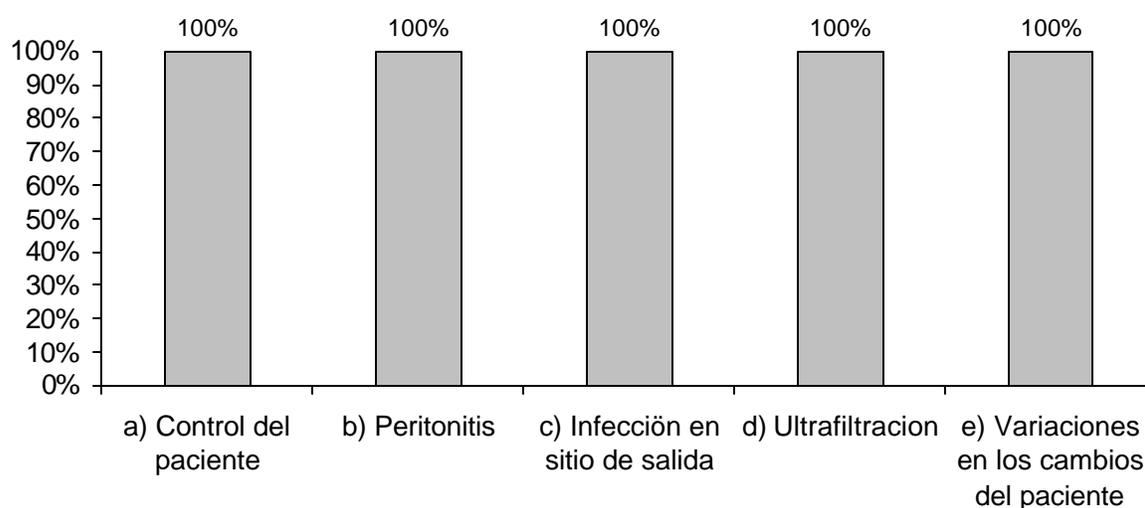


Fuente: Encuesta directa 2006.

Además de asegurar que reciben capacitaciones, afirman que estas son constantes, y que hasta el momento han recibido más de cuatro capacitaciones acerca de diferentes temas relacionados con sus modalidades los cuales son referidos en la gráfica no. 7, y les han servido para generar confianza con cada uno de sus pacientes así como respeto dentro del personal, pues no todas las enfermeras están capacitadas para atender a los pacientes, por lo que ellas son reconocidas fácilmente como las encargadas de estos tratamientos.

7.- ¿De qué tipo?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Control del paciente	2	100%
b) Peritonitis	2	100%
c) Infección en sitio de salida	2	100%
d) Ultra filtración	2	100%
e) Variaciones en los cambios del paciente	2	100%

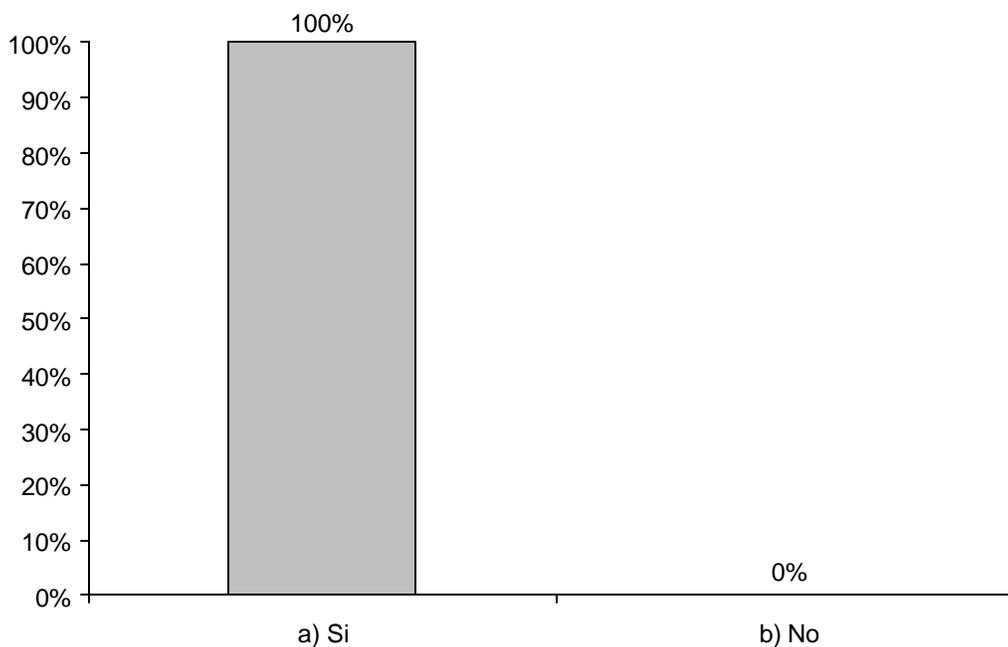


Fuente: Encuesta directa 2006.

Los temas que han recibido en las capacitaciones son acerca del control del paciente, retomando aspectos físicos y de medicación; variaciones que presenta el paciente desde que comienza su tratamiento, ultra filtración, infecciones en el sitio de salida y cuidados de peritonitis; estos temas han sido muy importantes, pues todos estos se ven reflejados en el manejo y atención que ofrecen en sus módulos, reflejándose en las respectivas capacitaciones que deben impartirles a cada uno de sus pacientes, pues en sus manos está el transmitir los conocimientos necesarios que al paciente y su familia le permita manejar su tratamiento y así controlar su padecimiento lo mejor que puedan.

8.- ¿Usted se encarga de capacitar al paciente para el desarrollo de su tratamiento?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Si	2	100%
b) No	0	0%
TOTAL	2	100%

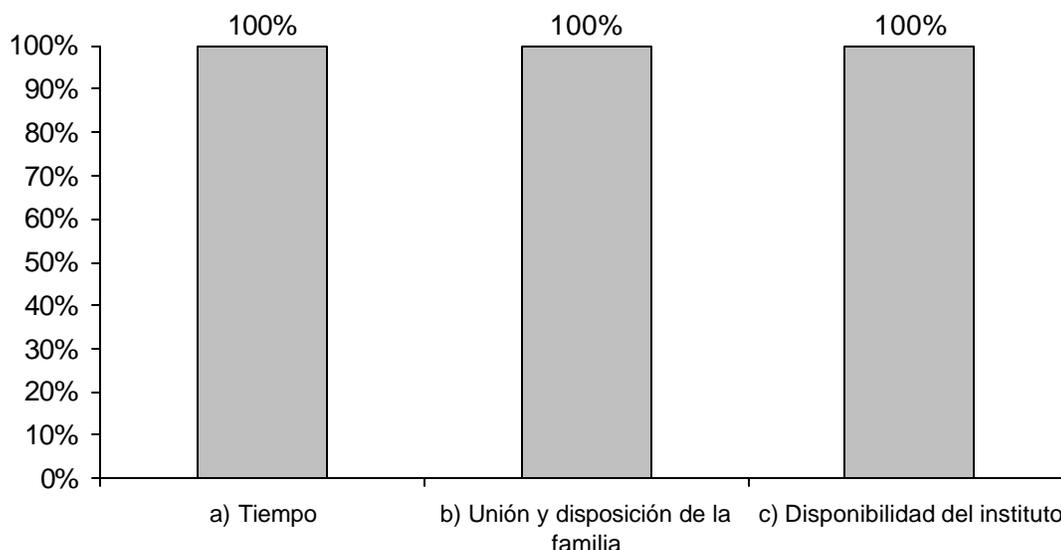


Fuente: Encuesta directa 2006.

Elas cuentan con los conocimientos necesarios para ser las encargadas de llevar a cabo la capacitación del paciente y su familia, consiguiendo con esto que el paciente realice los procedimientos de diálisis en su casa, y por ambas partes es percibido como un servicio que se proporciona y recibe. Cabe mencionar que estas capacitaciones son de manera individualizada, ya que a pesar de que se trata de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, no todos tienen el mismo grado de afectación y avance, disposición o apego a su tratamiento y si se habla de que son individualizadas en la gráfica siguiente se muestran los aspectos que las enfermeras consideran para dar la capacitación al paciente.

9.- ¿Qué aspectos toma en cuenta para llevar a acabo la capacitación del paciente?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Tiempo	2	100%
b) Unión y disposición de la familia	2	100%
c) Disponibilidad del instituto	2	100%

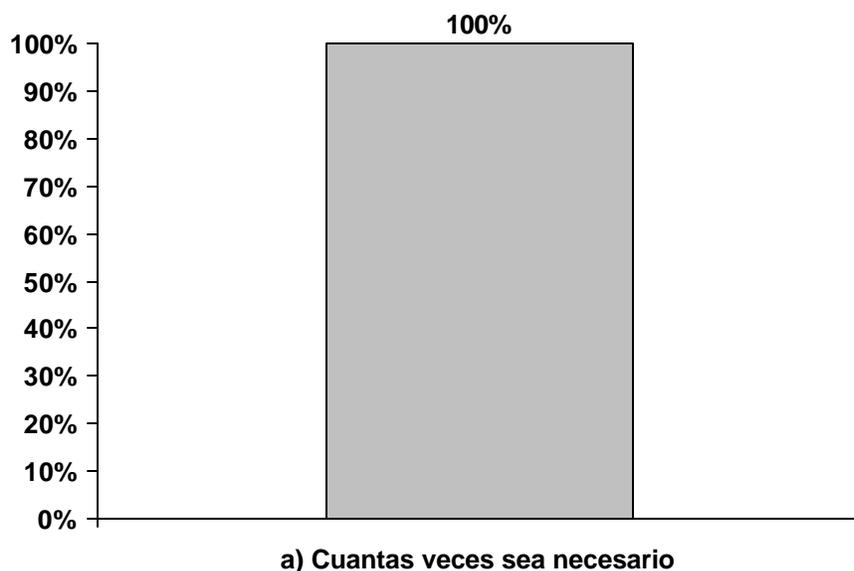


Fuente: Encuesta directa 2006.

Para que la capacitación sea individualizada, las enfermeras toman en cuenta los siguientes aspectos el tiempo, que se refiere a las horas que el paciente esta dispuesto a utilizar para su propia capacitación y que ellas contemplaran dentro de sus itinerarios, y así atender a sus otros pacientes (que ya llevan más tiempo con los tratamientos o bien a aquellos que son de nuevo ingreso), además consideran la unión y disposición de su familia, ya que esto es parte importante para que tanto la capacitación como los resultados de la misma sean satisfactorios; y por último consideran la disponibilidad del instituto, esto en cuanto a brindar el espacio para las capacitaciones, pues como se observa en la gráfica siguiente no se capacita al paciente una sola vez, sino que se le capacita cada vez que este lo requiera, con la finalidad de que no represente mayores gastos a la clínica en cuanto a servicios de hospitalización y medicamentos.

10.- ¿Cuántas veces capacita a cada paciente?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Cuantas veces sea necesario	2	100%
TOTAL	2	100%

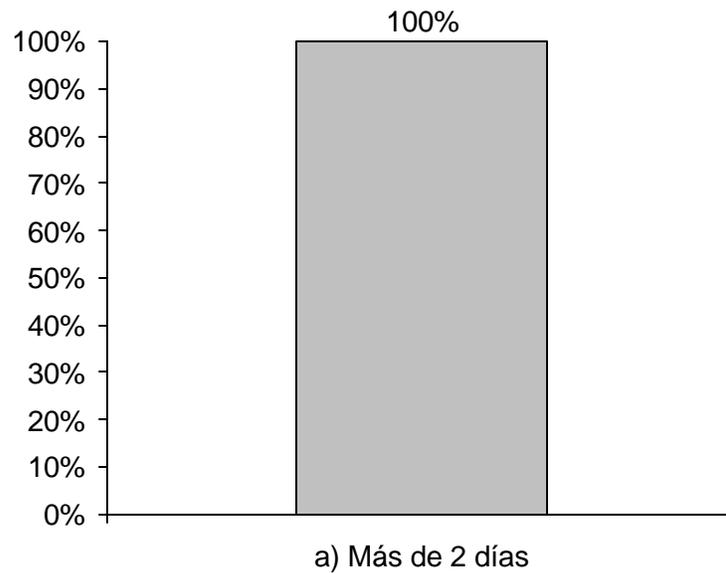


Fuente: encuesta directa 2006.

El número de capacitaciones que recibe el paciente para poder llevar a cabo su tratamiento, de acuerdo a las enfermeras dependerá de él mismo, pues ellas están dispuestas a ofrecer la capacitación cuantas veces sea necesario pues cada paciente es diferente así como lo es el grado de aceptación de su padecimiento y la participación y apoyo de su familia. Además se hace de esta manera para que el paciente domine por completo las técnicas sin la necesidad de acudir a hospital. Por lo que a su vez el tiempo que se destina a la capacitación es según el caso de cada paciente y esto se complementa con la gráfica siguiente.

11.- ¿Cuánto tiempo dura la capacitación que se le da al paciente?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Más de 2 días	2	100%
TOTAL	2	100%

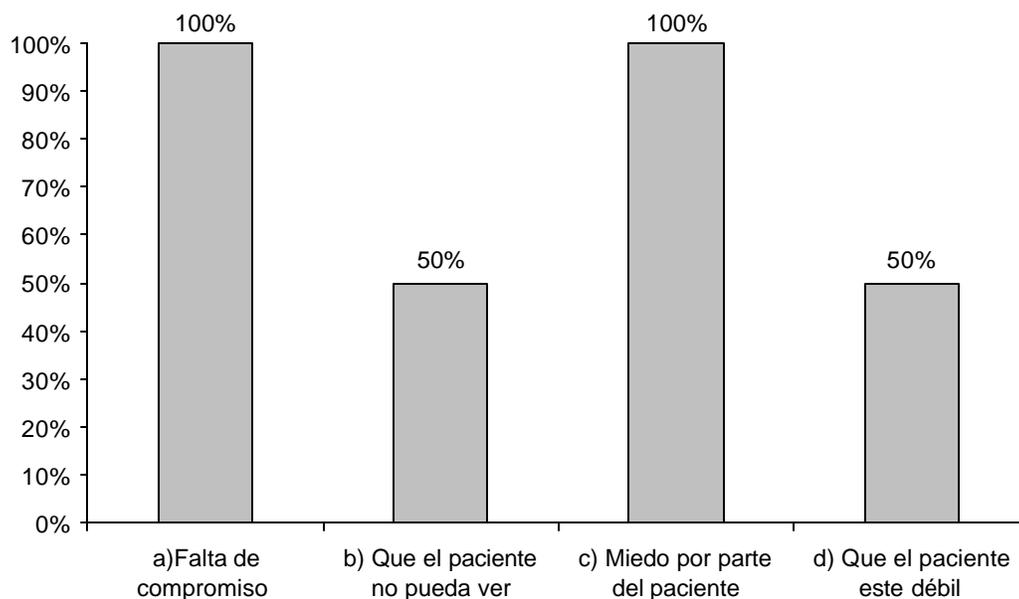


Fuente: encuesta directa 2006.

El tiempo que se estima para las capacitaciones es variable; pues como ya se ha mencionado se caracterizan por ser personalizadas; y oscila a más de dos días por cada paciente, y en cada día se le destina de una a dos horas, en donde se cubren los aspectos que en la gráfica no. 15 se identifican.

12.- ¿Qué complicaciones ha tenido para llevar a acabo la capacitación del paciente?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Falta de compromiso	2	100%
b) Que el paciente no pueda ver	1	50%
c) Miedo por parte del paciente	2	100%
d) Que el paciente este débil	1	50%

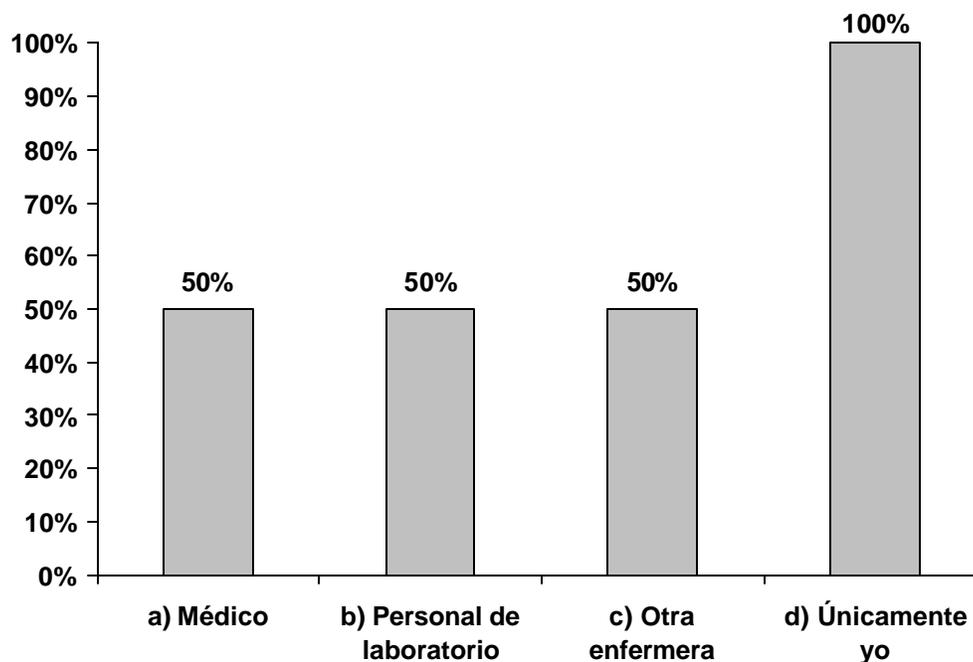


Fuente: Encuesta directa 2006.

Las complicaciones más usuales que se presentan en las capacitaciones son: la falta de compromiso por parte de la familia para participar, pues en un inicio no solo el paciente no acepta el padecimiento, sino que también la familia se niega a involucrarse por completo en la atención de su paciente, pues se dan cambios de roles que dificultan el ver quien se hará cargo de la capacitación ya implica encargarse de los tratamientos y del paciente, otro aspecto es el miedo, ya que hay muchos mitos alrededor de la diálisis que hace que los pacientes se muestren temerosos de hacerse estos procedimientos, o bien en unos casos se presenta que, de acuerdo a las condiciones del paciente se dificulte la capacitación, pues por su padecimiento en ocasiones los pacientes están débiles o presentan deficiencias visuales que hacen forzosa la participación de otro familiar.

13.- ¿Quién más, aparte de usted interviene en la capacitación del paciente?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Médico	1	50%
b) Personal de laboratorio	1	50%
c) Otra enfermera	1	50%
d) Únicamente yo	2	100%

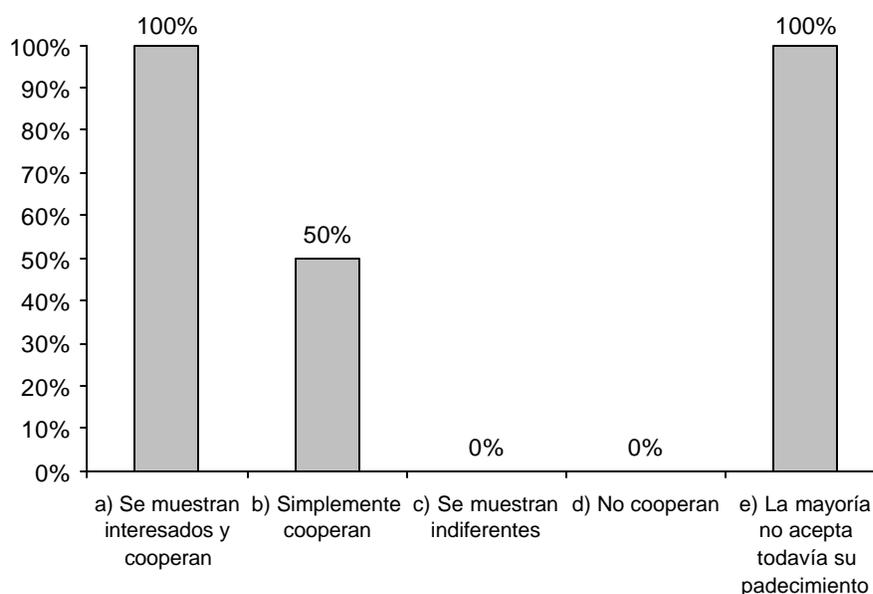


Fuente: Encuesta directa 2006.

Con respecto a la capacitación, las enfermeras reconocen que ellas son las encargadas de llevarlas a cabo, pero de igual manera mencionan que en ocasiones intervienen personas como médicos, personal del laboratorio de BAXTER u otra enfermera, pero cuando esto sucede es cuando los casos son más complejos o cuando el paciente muestra mayor resistencia por someterse al tratamiento o bien para seguirlo. Ahora bien las enfermeras refieren que la mayoría del personal interviene en la atención del paciente, pues hasta el momento no hay un solo departamento o área por la que los pacientes no hayan pasado a recibir algún servicio.

14.- ¿Cuál es la actitud del paciente y su familia ante el proceso de capacitación?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Se muestran interesados y cooperan	2	100%
b) Simplemente cooperan	1	50%
c) Se muestran indiferentes	0	0%
d) No cooperan	0	0%
e) La mayoría no acepta todavía su padecimiento	2	100%

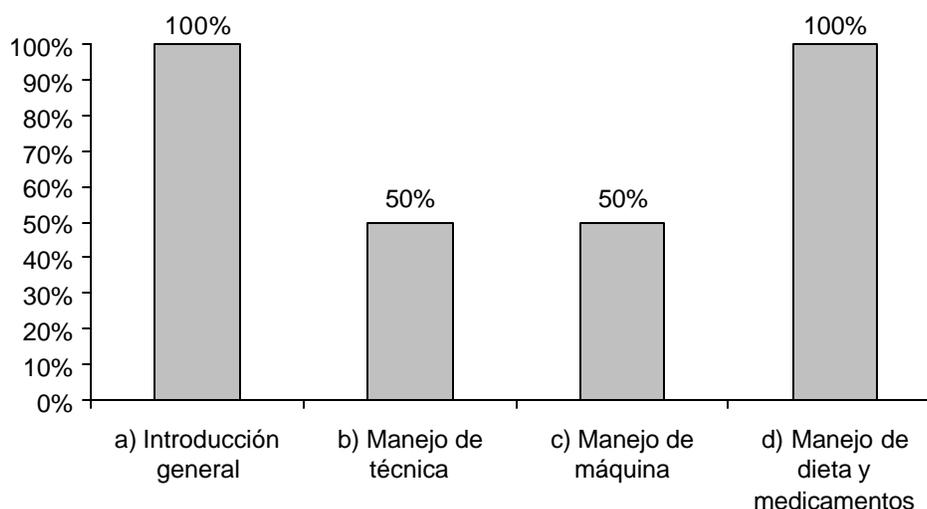


Fuente: Encuesta directa 2006.

Conforme a las observaciones de las enfermeras los pacientes toman las siguientes actitudes en su capacitación: en unos casos se muestran interesados y cooperan pero en otros no aceptan la enfermedad lo que hace que se dificulte este proceso, unos pocos solo se limitan a cooperar pero no se muestran interesados, y esto se refleja en que a estas personas se les da más capacitaciones o bien sus pacientes acuden con mayor frecuencia tanto a consultas con su médico como con su enfermera tratante.

15.- ¿Qué aspectos contempla en las capacitaciones del paciente?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Introducción general	2	100%
b) Manejo de técnica	1	50%
c) Manejo de máquina	1	50%
d) Manejo de dieta y medicamentos	2	100%

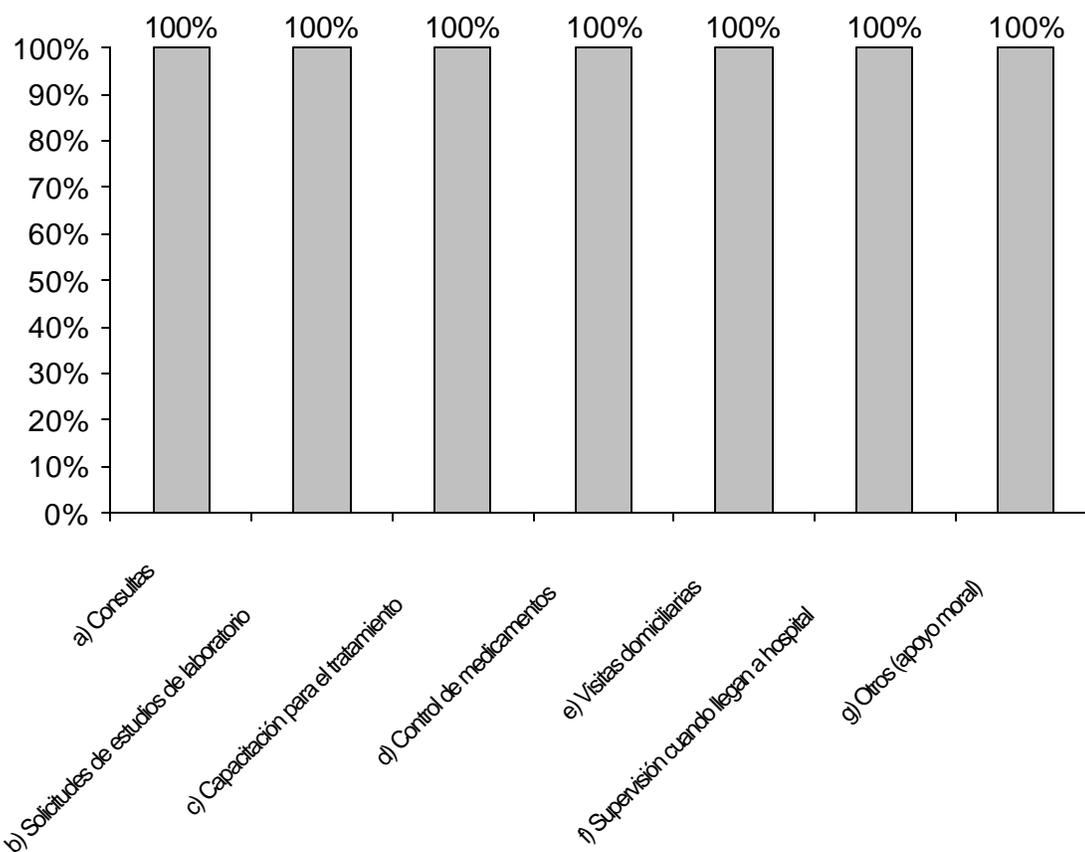


Fuente: Encuesta directa 2006.

Los aspectos que las enfermeras desarrollan en las capacitaciones de los pacientes son: de manera general una introducción, en la que les habla de su padecimiento, manejo de dietas y medicamentos; y en cada caso el manejo de las técnicas de la diálisis ambulatoria, o el manejo de la máquina cicladora; pero esto de acuerdo al tratamiento al que haya sido sometido. Recordando que estos son de manera general pues el proceso será adecuado a las necesidades de cada paciente, con la finalidad de proporcionarles los mayores beneficios brindándole así servicios que le ayuden a controlar su padecimiento permitiéndoles llevar una vida normal, como lo había hecho hasta antes de entrar a estos tratamientos.

16.- ¿Cuáles son los servicios que usted ofrece a los pacientes captados por el programa de diálisis?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Consultas	2	100%
b) Solicitudes de estudios de laboratorio	2	100%
c) Capacitación para el tratamiento	2	100%
d) Control de medicamentos	2	100%
e) Visitas domiciliarias	2	100%
f) Supervisión cuando llegan a hospital	2	100%
g) Otros (apoyo moral)	2	100%



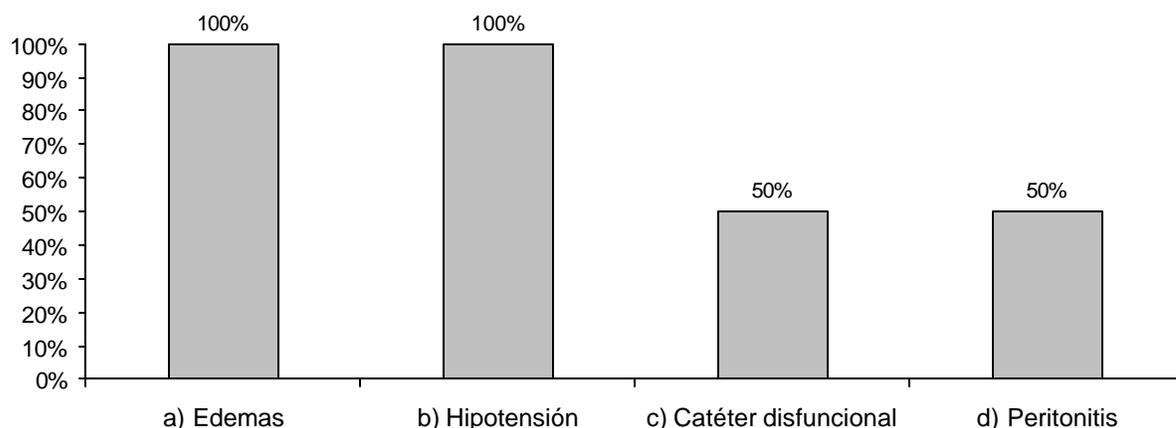
Fuente: Encuesta directa 2006.

Los servicios que las enfermeras les ofrecen son: consultas personalizadas, capacitaciones para el manejo de sus tratamientos, control de sus medicamentos,

visitas domiciliarias y servicios como el apoyo moral que brindan; animándolos para que se esfuercen en seguir, escuchándolos y aconsejándolos para elevar su estima reforzando aspectos que no son de carácter físico sino emocional que haga que el paciente se sienta comprendido y aceptado aún con su padecimiento Estos servicios están establecidos dentro del programa y son llevados conforme a la forma de trabajo de cada enfermera, pues cada una tiene a su cargo una modalidad.

17.- ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes por las que los pacientes llegan al servicio de hospital?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Edemas	2	100%
b) Hipotensión	2	100%
c) Catéter disfuncional	1	50%
d) Peritonitis	1	50%

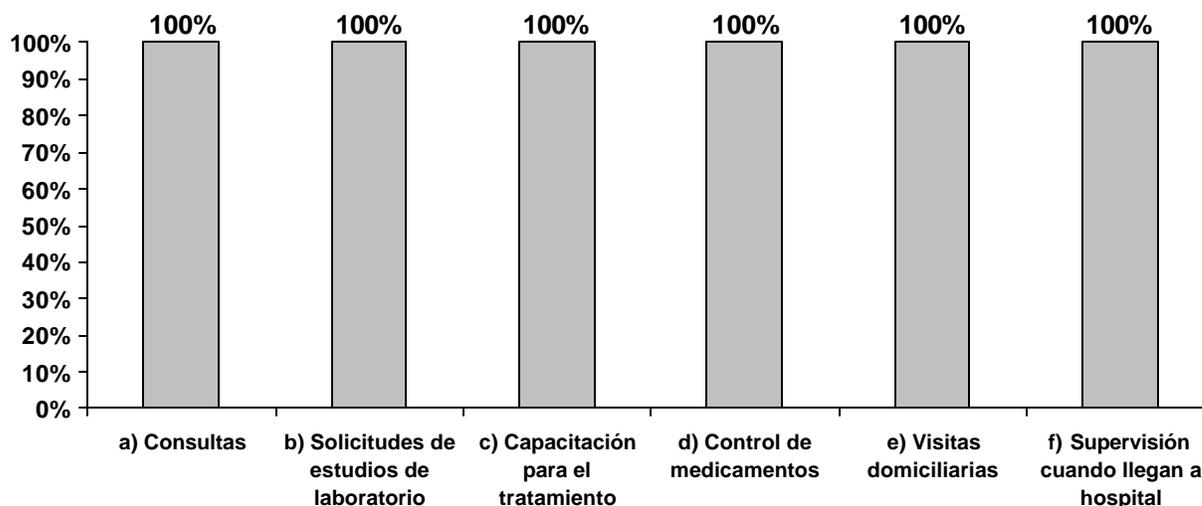


Fuente: Encuesta directa 2006.

De acuerdo al control que las enfermeras tienen de cada uno de sus pacientes identifican como las complicaciones más comunes padecimientos como la hipotensión y la presentación de edemas, la primera es la disminución anormal de la tensión de la sangre en las arterias y la segunda es la hinchazón que se presenta a causa de la acumulación de serosidad en el tejido celular; lo que se puede contrastar con los resultados obtenidos en la gráfica no. 18 del instrumento aplicado a los pacientes, pues reconocen que han acudido a hospital por este tipo de padecimientos; mientras que otros no tan comunes son la peritonitis y el catéter disfuncional; en donde la primera es la infección producida en el peritoneo (lugar en donde se realiza la diálisis) a consecuencia de mala higiene o un mal procedimiento de diálisis, y la segunda es cuando por el uso o la evolución del padecimiento el catéter pierde su efectividad y se requiere cambiarlo para continuar con su tratamiento; y que por lo tanto la única alternativa para controlarlos es la hospitalización.

18.- De los servicios que ofrece el programa de diálisis, ¿cuáles ha aprovechado el paciente?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Consultas	2	100%
b) Solicitudes de estudios de laboratorio	2	100%
c) Capacitación para el tratamiento	2	100%
d) Control de medicamentos	2	100%
e) Visitas domiciliarias	2	100%
f) Supervisión cuando llegan a hospital	2	100%

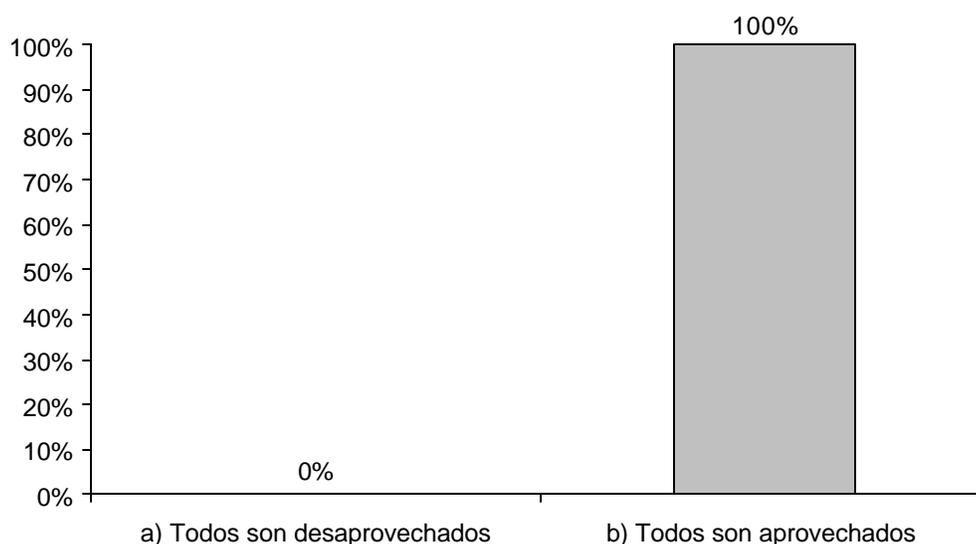


Fuente: Encuesta directa 2006.

De acuerdo a la percepción de las enfermeras, los pacientes aprovechan los servicios a los que tienen acceso por estar en el programa, esto de manera parcial, refiriéndose que no pueden decir que los desaprovechan, ya que de una u otra manera acuden ya sea ellos o sus familiares a recibir ayuda y atención para ellos. Por otra parte su respuesta fue generalizada, pues no se hizo referencia a ningún caso, sino más bien a las generalidades que los pacientes presentan, por eso aseguran que de una u otra manera si se aprovechan los servicios y prueba de ello es un número considerable de pacientes lleva tiempo con su tratamiento, lo que indica que se prologo su expectativa de vida a partir de diagnosticársele la enfermedad.

19.- Y ¿cuáles son los que no aprovecha?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Todos son desaprovechados	0	0%
b) Todos son aprovechados	2	100%
TOTAL	2	100%

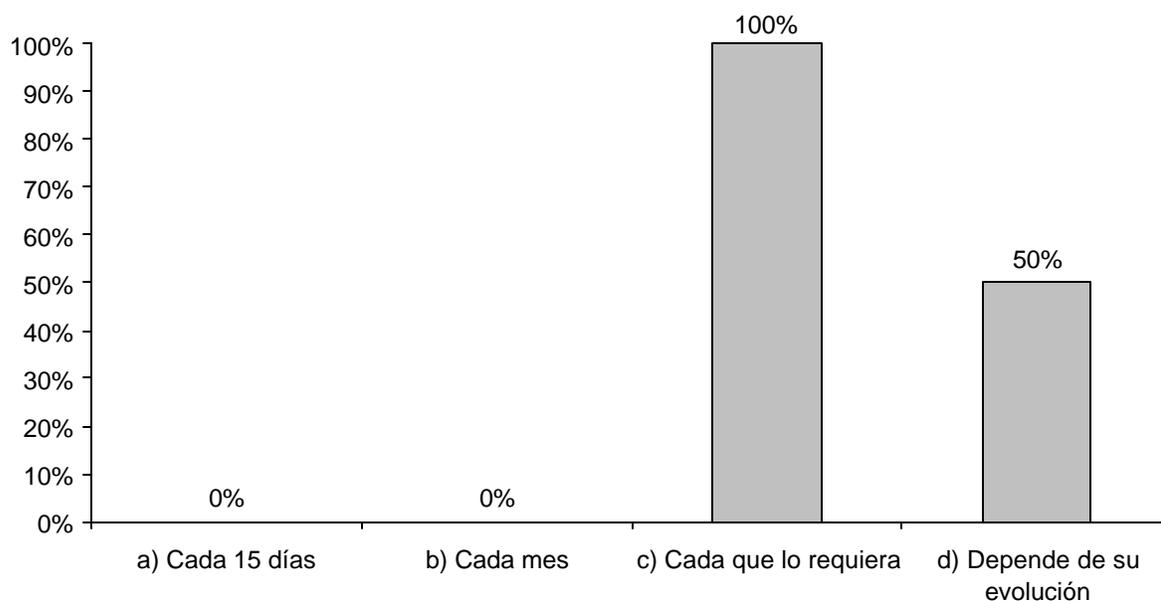


Fuente: Encuesta directa 2006.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la grafica anterior, las enfermeras no consideran que los pacientes desaprovechen los servicios que el programa les ofrece, pues sin duda alguna, por lo menos en una ocasión han acudido a alguno de estos, por eso no consideran que sean desaprovechados, para ellas el desaprovechar los servicios significa abandonarse por completo y hasta el momento no se ha presentado el caso, si no es por parte del paciente es por parte de su familiar, pero hacen lo posible para contrarrestar y controlar su padecimiento. Con esta respuesta se observa la subjetividad de las enfermeras, pues de alguna manera su respuesta fue considerando generalidades de sus pacientes, pues como ya se ha dicho a pesar de presentar el mismo padecimiento cada uno lo vive de manera distinta y utiliza sus propios recursos de acuerdo a sus necesidades.

20.- ¿Cada cuando vienen los pacientes a consulta con usted?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Cada 15 días	0	0%
b) Cada mes	0	0%
c) Cada que lo requiera	2	100%
d) Depende de su evolución	1	50%

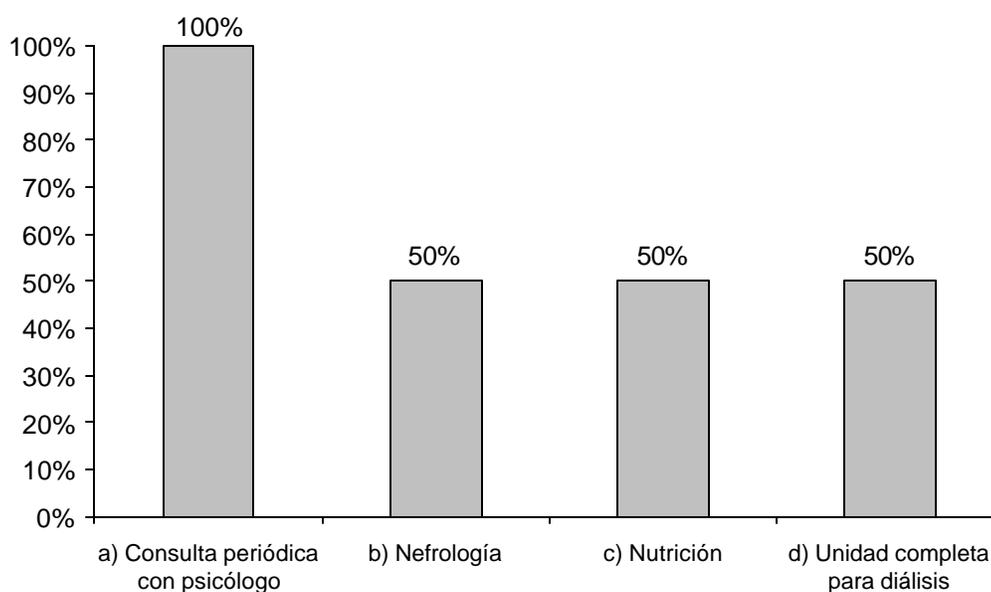


Fuente: Encuesta directa 2006.

En relación a la gráfica no. 17, para el aprovechamiento de los servicios, una manera de identificarlo es en la asistencia de los pacientes a sus consultas con su enfermera tratante, a lo que ellas reconocen que sus pacientes acuden cada que lo requieren, para aclarar dudas y cambios en los estados de salud, pero también identifican que hay pacientes que acuden dependiendo de su evolución, es decir, que son aquellos pacientes que se encuentran estables o controlados y que relativamente son en un bajo porcentaje.

21.- ¿Qué otro servicio considera que se puede ofrecer al paciente con diálisis y que no esta contemplado en el programa que se lleva a cabo en el ISSSTE?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Consulta periódica con psicólogo	2	100%
b) Nefrología	1	50%
c) Nutrición	1	50%
d) Unidad completa para diálisis	1	50%



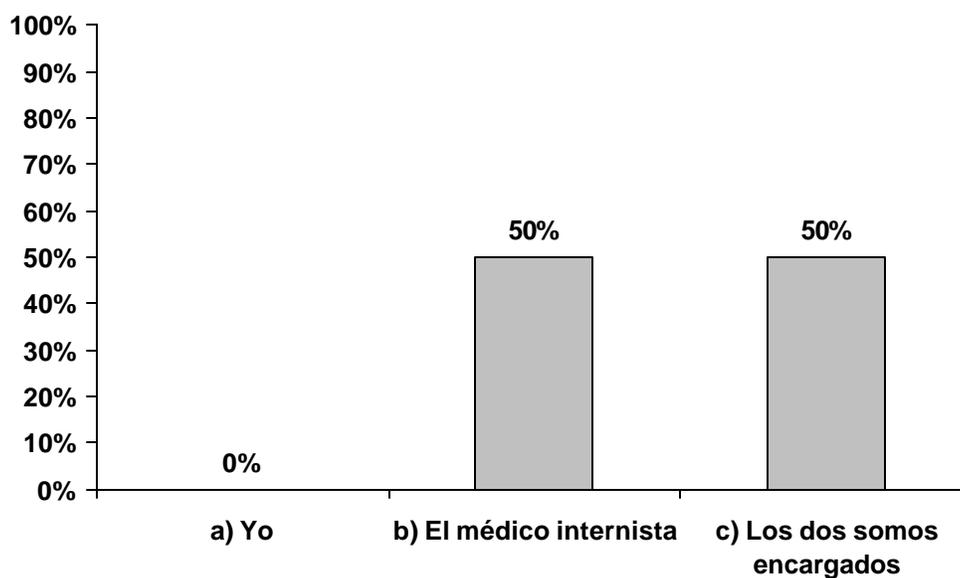
Fuente: Encuesta directa 2006.

Al igual que los pacientes, las enfermeras consideran que hacen falta servicios, los cuales son consultas con un psicólogo, un nefrólogo y un nutriólogo, para complementar su tratamiento, aunque le dan mayor importancia a la intervención de un psicólogo, pues consideran que es importante ya que el paciente pasa por diferentes estados de ánimo a partir de que se le diagnostica su padecimiento; y también consideran importante la creación de una unidad completa para diálisis que les permita dar mayor atención a sus pacientes.

II.- UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS:

22- ¿Quién es el encargado de prescribir medicamentos y el material que requiere el paciente?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Yo	0	0%
b) El médico internista	1	50%
c) Los dos somos encargados	1	50%

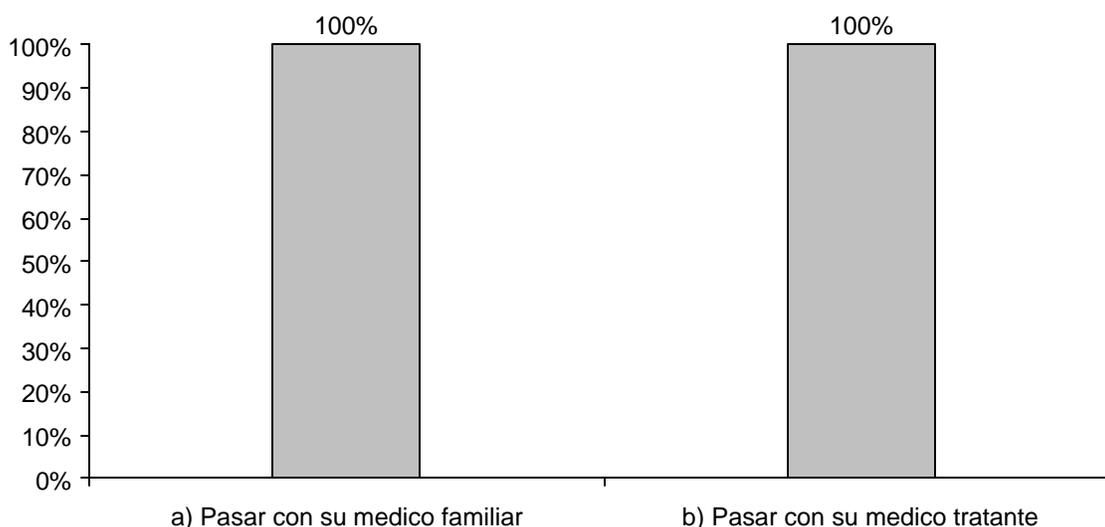


Fuente: Encuesta directa 2006.

Ellas reconocen que la prescripción de los medicamentos en primera instancia son por parte del médico tratante, pues es el quien detecta el padecimiento y le da tratamiento, pero también ellas forman parte de estas prescripciones, pues como se menciono anteriormente ellas intervienen de manera inmediata cuando los pacientes ingresan a urgencias u hospital hasta que llega su médico tratante; y ya cuando finalmente son atendidos por su médico se revisan estas prescripciones y entonces se modifican o reafirman en pro del mejoramiento del paciente.

23.- ¿Qué tienen que hacer los pacientes para poder conseguir el medicamento?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Pasar con su medico familiar	2	100%
b) Pasar con su medico tratante	2	100%

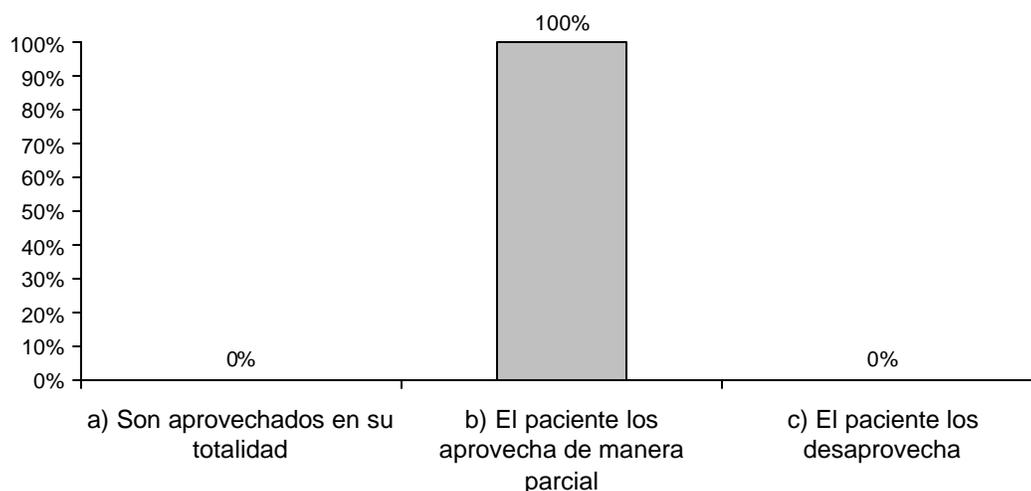


Fuente: Encuesta directa 2006.

Al igual que los pacientes, las enfermeras tienen presente que para poder conseguir el medicamento los pacientes tienen que acudir ya sea con su médico tratante o con su médico familiar. En el primer caso se da cuando ingresan a los tratamientos de la diálisis y es el médico tratante quien indica los medicamentos que requerirá de ahora en adelante; y en el segundo caso es cuando la dotación que reciben se les terminó y requieren de más medicamento para poder esperar hasta su siguiente consulta con su médico tratante. Y por lo tanto aseguran que no hay otra manera o alternativa que no sea cualquiera de estas dos para conseguir sus medicamentos, lo que a su vez está establecido como una política de la institución para todos los derechohabientes sin excepción alguna.

24.- ¿Cómo considera que sea el aprovechamiento de los medicamentos por parte de los pacientes?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Son aprovechados en su totalidad	0	0%
b) El paciente los aprovecha de manera parcial	2	100%
c) El paciente los desaprovecha	0	0%
TOTAL	2	100%



Fuente: Encuesta directa 2006.

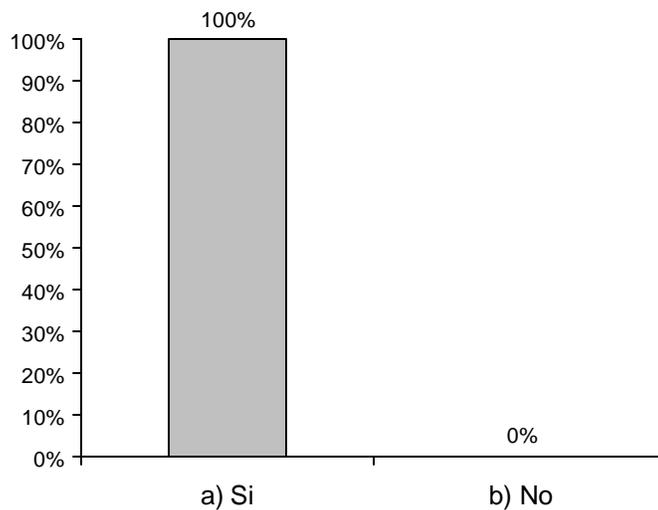
Otro aspecto en el que se refleja el aprovechamiento de los servicios, es la utilización de los medicamentos, a lo cual las enfermeras identifican que el paciente los aprovecha de manera parcial, pues reconocen que en ocasiones los pacientes pasan por etapas de depresión que los hace no seguir al pie de la letra sus tratamientos, y por lo tanto se toma la decisión de prescribir otros para obtener mejores resultados, o bien cuando los pacientes presentan complicaciones con su padecimiento como lo es la peritonitis, causa que ha llevado a un mínimo porcentaje de pacientes a acudir a hospital (tal y como se observo en la gráfica 18 y 19 del instrumento aplicado a los pacientes), y que al ingresar a hospital requiere de otro tipo de prescripción de medicamento y atención para salir delante de la crisis por la que pasa el paciente. Lo que implica a su vez dejar de consumir los medicamentos

que anteriormente ingerían o bien aumentar la cantidad de dosis o medicamentos, hablando entonces de un desaprovechamiento, pues cuando les toca cambiar de medicamentos, estos los dejan por completo.

III.- SERVICIO DE VISITAS DOMICILIARIAS:

25.- ¿Usted realiza visitas domiciliarias a los derechohabientes que se encuentran bajo el tratamiento que usted dirige?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Si	2	100%
b) No	0	0%
TOTAL	2	100%

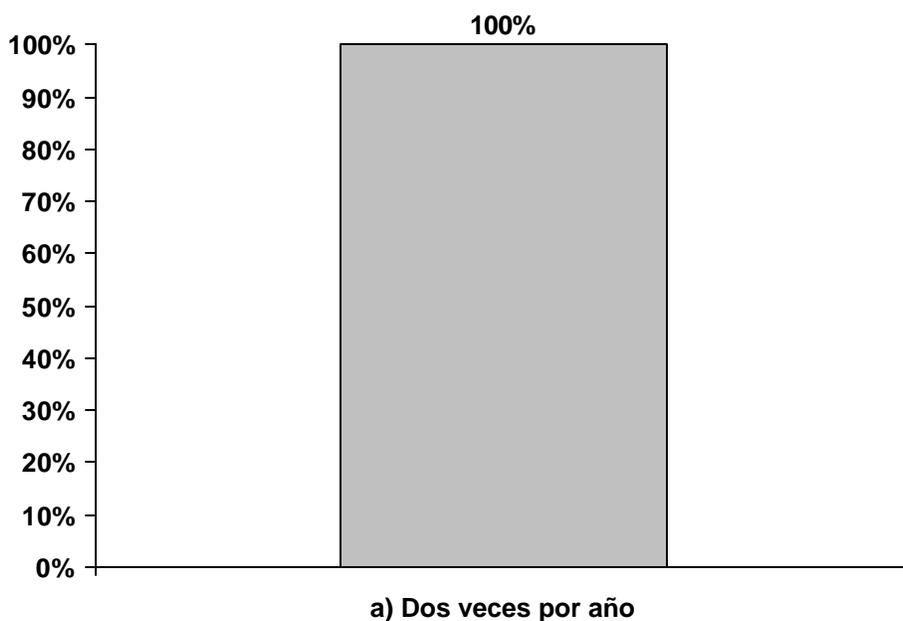


Fuente: Encuesta directa 2006.

Como parte del programa, se establecen las visitas domiciliarias, las cuales son realizadas por las enfermeras de cada modalidad con sus respectivos pacientes. Asegurando que si llevan a cabo esta actividad, lo cual se ve reflejado en la contestación de sus pacientes al preguntarles que si han recibido visitas domiciliarias. Ellas reconocen que este servicio solo es con pacientes que se encuentran dentro de Uruapan y sus cercanías como Paracho, Ziracuaretiro, Taretán, Caltzonzin; ya que el presupuesto no contempla este servicio para pacientes foráneos ya que esto lo consideran de la competencia del puesto periférico que se encuentra en su lugar de procedencia del paciente. Las visitas que se realizan son con cierta periodicidad como se observa en la gráfica siguiente.

26.- ¿Con qué frecuencia realiza las visitas domiciliarias?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Dos veces por año	2	100%
TOTAL	2	100%

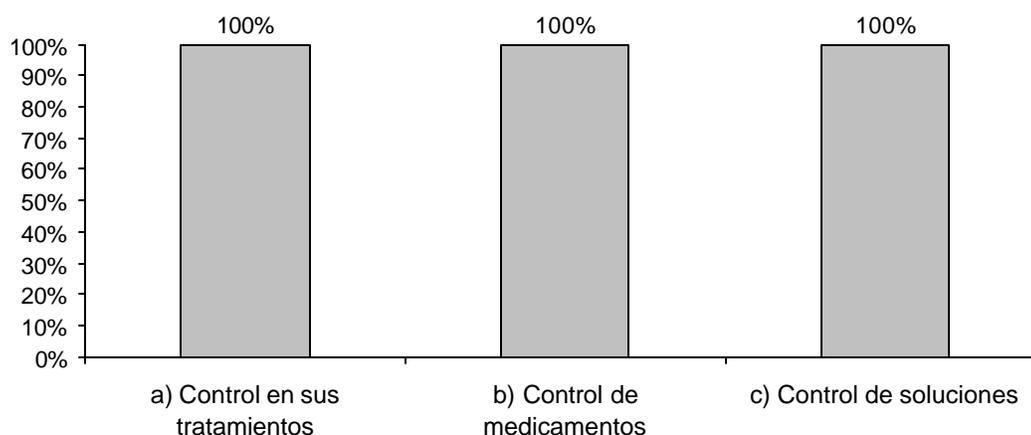


Fuente: Encuesta directa 2006.

Debido a que son únicamente dos enfermeras encargadas de las modalidades de la diálisis, se contemplan las visitas domiciliarias dos veces al año, esto de acuerdo a las disposiciones de la administración financiera, pues ellos son los que autorizan por último las salidas, ya que este departamento se encarga de solventar el costo que la visita implica, pues a la enfermera se le envía en ambulancia; es importante mencionar que lo que depende directamente de la enfermera es el decidir a quien se le realiza la visita, y en que días, pues en esos días abandonan su modulo para ir a la visita.

27.- ¿Cuál es el objetivo que usted persigue al realizar las visitas?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Control en sus tratamientos	2	100%
b) Control de medicamentos	2	100%
c) Control de soluciones	2	100%

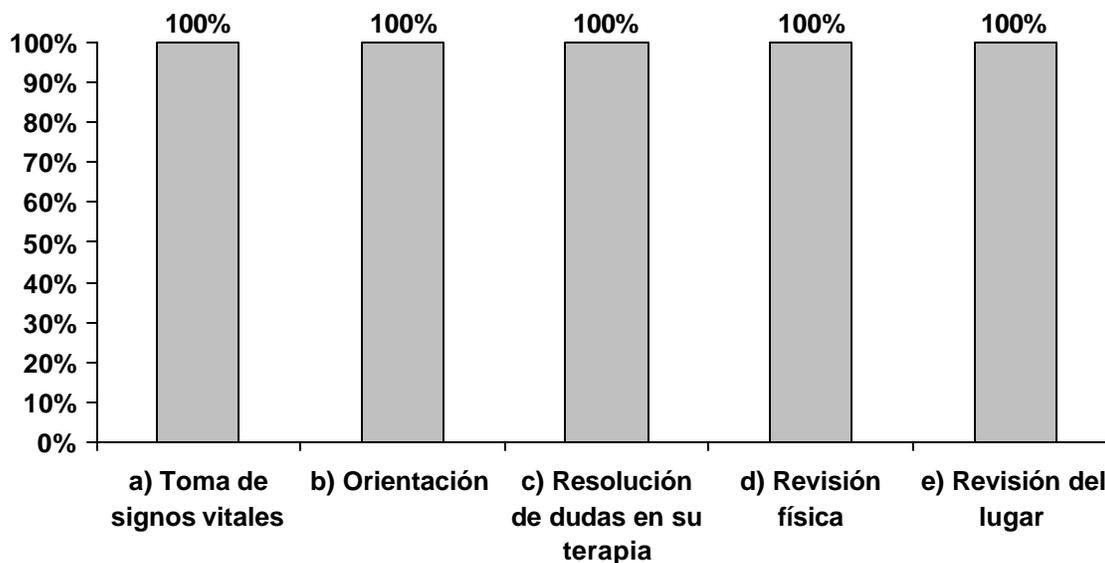


Fuente: Encuesta directa 2006.

El objetivo que tienen la enfermeras al realizar las visitas domiciliarias, es el control de sus tratamientos, medicamentos y soluciones dializantes que los pacientes reciben cuando llega su pedido, ya que esto se traducirá en la reducción de costos para la institución en cuanto a material; puesto que el instituto cubre el costo del mismo; además de generar la optimización de los recursos anteriormente mencionados, esto implica beneficios tanto para los pacientes como para el instituto; en el paciente, es un ahorro económico, pues para asistir a sus consultas gastan dinero para su traslado y al recibir la visita esto se suprime, y para el instituto también se traduce en un ahorro económico y de servicios pues si se da un buen control en los pacientes estos acudirán con menor frecuencia a hospital o a otros servicios.

28.- ¿Qué servicios ofrece cuando realiza la visita domiciliaria?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Toma de signos vitales	2	100%
b) Orientación	2	100%
c) Resolución de dudas en su terapia	2	100%
d) Revisión física	2	100%
e) Revisión del lugar	2	100%

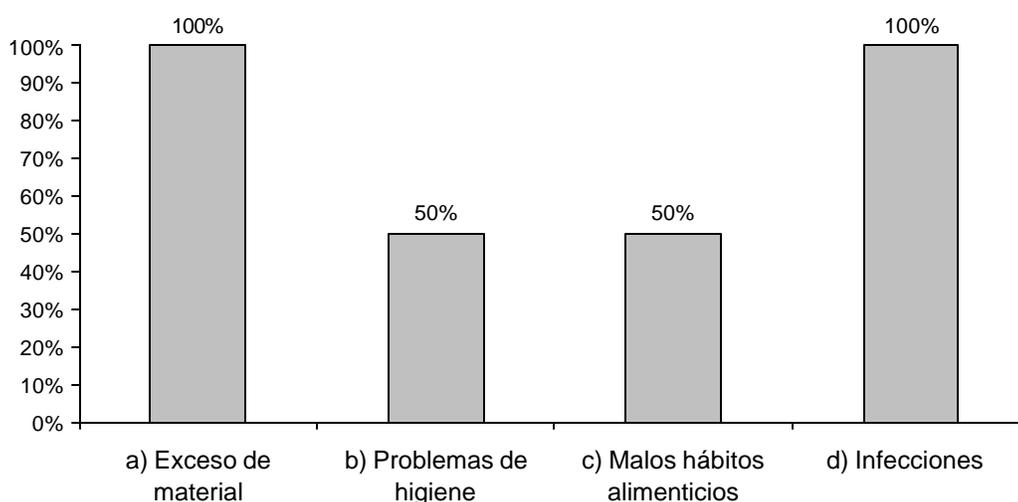


Fuente: Encuesta directa 2006.

Y para que se optimicen y aprovechen los recursos, las enfermeras en sus visitas domiciliarias ofrecen los siguientes servicios: toma de signos vitales, orientación, resolución de dudas, revisión física y del lugar donde realizan su tratamiento; que a su vez presenta doble intención, pues incrementan la confianza y acercamiento con sus pacientes y se establece un control más completo de los recursos que siga justificando la existencia de estos departamentos y por consiguiente de las modalidades de la diálisis dentro de la clínica.

29.- ¿Cuáles son las complicaciones que comúnmente se encuentra al realizar las visitas domiciliarias?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Exceso de material	2	100%
b) Problemas de higiene	1	50%
c) Malos hábitos alimenticios	1	50%
d) Infecciones	2	100%

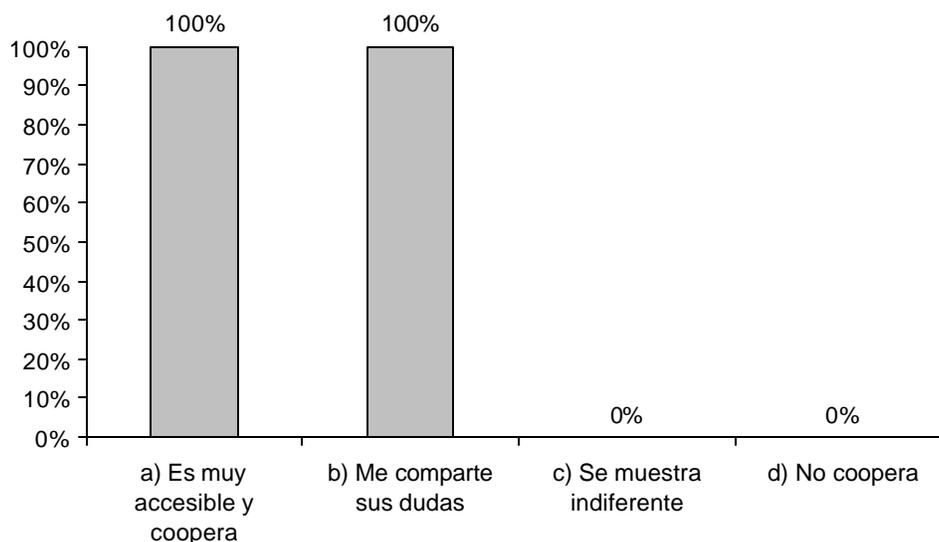


Fuente: Encuesta directa 2006.

Las complicaciones más comunes y frecuentes que encuentran las enfermeras al realizar las visitas domiciliarias son el exceso de material (cajas de diálisis) esto a razón del cambio de prescripciones, porque el paciente no se aplica todo el material o por que ha estado hospitalizado, o bien infecciones por malos hábitos o. por áreas con poca higiene que utilizan para dializarse, aclarando que ocasiones la visita ha sido tan oportuna que ha tocado casos en los que apenas comienzan complicaciones que ellas pueden prevenir y de dar atención secundaria (hospitalización) sólo dan atención primaria (impartida por ellas, en ocasiones sin la necesidad de acudir con el médico, pues hay que recordar que ellas están debidamente capacitadas para poder intervenir con sus pacientes)

30.- ¿Cuándo usted realiza las visitas domiciliarias que disponibilidad hay por parte del derechohabiente?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Es muy accesible y coopera	2	100%
b) Me comparte sus dudas	2	100%
c) Se muestra indiferente	0	0%
d) No coopera	0	0%



Fuente: Encuesta directa 2006.

Al realizar las visitas domiciliarias, las enfermeras han sido bien aceptadas pues el paciente y su familia muestran cooperación y son accesibles a que en estas visitas se les revise el área que destina para dializarse, mostrando interés por compartir y resolver sus dudas con la enfermera, agradeciendo las visitas y opinando que estas deberían de ser más frecuentes; así mismo tanto el paciente como su familia accede en que cuando sea el caso, se les retire material sobrante, o bien y les hace falta pasar por el a la clínica con la finalidad de no esperarse a que llegue su pedido, a sabiendas de que el material que se le proporcionara será para cubrir los día que le faltan para, que como se menciono anteriormente le llegue su pedido.

ANÁLISIS.

Para la atención de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica la Clínica Hospital I.S.S.S.T.E., Delegación Uruapan realiza acciones encaminadas al manejo y tratamiento que requiere dicho padecimiento, atendiendo tanto a mujeres como hombres que lo padecen, encontrando que en su mayoría son del sexo masculino y corresponden a las edades que van a más de 60 años de edad; y que a su vez proceden tanto de la ciudad como de otros municipios fuera de Uruapan. Siendo un total de 18 pacientes que llevan ya más de tres meses o incluso años con su tratamiento; observando también que se caracterizan en su mayoría por ser derechohabientes directos a excepción de 5 pacientes que reciben los servicios por ser beneficiarios de un trabajador activo (esposo, esposa, hijo o hija) o de un pensionista.

En cuanto al programa se refiere se distinguen tres indicadores primordiales que serán analizados, ya que estos describen tanto los servicios del programa así como la participación tanto del paciente, su familia y equipo de salud.

I.SERVICIOS MÉDICOS RECIBIDOS.

- Los servicios médicos que los pacientes reciben del programa son para todos, sin excepción alguna; y el tiempo de uso varia de acuerdo al paciente, ya que a cada uno le fue diagnosticado su enfermedad en diferente tiempo y de igual manera en diferente tiempo aceptaron someterse al tratamiento.

- Los tratamientos que el programa ofrece son las técnicas dialíticas y la hemodiálisis; siendo la D.P.A. y la D.P.C.A. las más utilizadas; encontrando que en la primera están captados 12 pacientes y en la segunda 6.

- El personal de salud que participa de manera directa en el programa esta conformado por 3 enfermeras y 2 médicos internistas, y están distribuidos de la siguiente manera: una enfermera en D.P.A., una enfermera en D.P.C.A. y una

enfermera en Hemodiálisis, un médico en el turno matutino y un médico en el turno vespertino; todos debidamente capacitados para atender a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, y por eso este personal es reconocido tanto por el demás personal de la clínica como por los pacientes y sus familiares.

- Uno de los servicios médicos consiste en la capacitación del paciente y/o su familia para el tratamiento que el médico le prescriba. Encargándose de la capacitación la enfermera correspondiente a la modalidad, quien previamente fue capacitada, en aspectos como: El control del paciente, atención en casos de peritonitis, intervención en casos de infección en sitio de salida, ultrafiltración, etc., demostrándose en la capacidad de la enfermera para hacerse cargo ella sola del adiestramiento del paciente y/o su familia.

- Para llevar a cabo las capacitaciones se requiere que tanto el paciente como la enfermera determinen el tiempo que destinarán para este fin, pues a pesar de tener fijado como un tiempo límite de una semana, las enfermeras están dispuestas a brindar más capacitaciones con la intención de que el paciente esté bien adiestrado en su técnica y no tenga ninguna otra complicación que lo haga llegar al servicio de hospital. Dichas capacitaciones involucran tanto al paciente como a su familia, aspecto que es reconocido por el paciente quien menciona recibir el apoyo moral, económico y físico principalmente de sus familiares directos como lo son esposa (o) e hijo (s), y esto también es reconocido por las enfermeras quienes han tratado con los familiares del paciente, siendo en un mínimo de casos difícil el trato, debido principalmente a la falta de aceptación por parte del paciente y su familia, observándose principalmente en los inicios del tratamiento.

- Dentro de las capacitaciones las enfermeras se encargan de desarrollar aspectos como: Una introducción acerca del padecimiento y su tratamiento (con la ayuda del Manual de Capacitación del Paciente en Diálisis Peritoneal de BAXTER), la técnica correspondiente a la modalidad que el médico le prescriba y el manejo de su dieta y medicamentos. Elementos que son reconocidos por los pacientes, ya que

hasta el momento aseguran que sus capacitaciones han sido completas destacando la disposición, conocimientos y atención de las enfermeras, asegurando que son personal de confianza a quienes les manifiestan un profundo agradecimiento.

- Otro punto que se ubica en el indicador de servicios médicos son las consultas que brinda tanto el médico como la enfermera, ya que no solo es diagnosticar la enfermedad, sino que también es importante darle un seguimiento y control. Y de acuerdo al paciente ambas consultas son benéficas ya que hay un control de su padecimiento. Observándose que son más frecuentes las consultas con las enfermeras que con los médicos, influyendo en esto la poca demanda de pacientes que tiene uno de otro, es decir, las enfermeras solo atienden a los pacientes captados por el programa y los médicos se encargan de atender a la población derechohabiente en general; demostrándose otra vez la disposición y acercamiento de la enfermera para con el paciente.

- Uno de los objetivos específicos del programa es que el paciente llegue lo menos posible al servicio de hospital, y en cierta medida a sido cumplido ya que en los últimos 6 meses 10 de los 18 pacientes No han requerido de ese servicio.

- Con respecto a la opinión del derechohabiente acerca de los servicios del programa se observa que esta en gran parte refleja el agradecimiento que se tiene por la atención que reciben, pero consideran necesario integrar los servicios de un especialista en psicología, pues creen que es de gran ayuda un apoyo que trate no solo su físico. De igual manera el personal considera importante agregar los servicios de este especialista así como los de un nutriólogo, ya que visualizan la atención de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica de una manera integral que abarque todos los aspectos que involucran el contexto del paciente para que su tratamiento tenga éxito.

- Uno de los servicios menos mencionados por los pacientes, pero que es de suma importancia, son las pláticas mensuales que se imparten; ya que estas están

planeadas con la finalidad de que el paciente este informado y conozca elementos complementarios que le permitan entender su padecimiento. Y no es tan mencionado, ya que en ocasiones el paciente no acude a estas, sino más bien el familiar que esta a su cuidado y como ya se menciono esta platicas son solo una vez al mes.

II. UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS.

- Los pacientes reconocen que la única figura capaz de prescribir su tratamiento es el médico y la encargada de capacitarlo en las prescripciones que el médico indica será la enfermera.

- Los medicamentos que se le prescriben al paciente son otorgados por el instituto y es bien sabido por ambas partes (personal de la clínica y derechohabientes) que la única manera de obtenerlos es la de asistir a consulta con su médico para que este le otorgue su receta y la canje por sus medicamentos en la farmacia de la clínica. De igual manera ambas partes reconocen que el medicamento que reciben es el que maneja el sector salud y el material que se utiliza para la diálisis (soluciones dializantes y máquinas cicladas) es distribuido por los laboratorios de Baxter, con quien la Clínica mantiene un convenio.

- El paciente asegura que utiliza su material y medicamentos, en cambio las enfermeras afirman que el paciente si lo utiliza pero que lo aprovecha de manera parcial, debido a que este tipo de pacientes suele pasar por etapas de depresión que los hace no seguir al pie de la letra sus tratamientos, aquí se observa una diferencia de opiniones, de las cuales es importante decir que el paciente cuando esta deprimido niega su estado y hace cosas de manera inconsciente, y las personas que no se encuentran en este estado pueden percibir otras cosas, que es el caso de las enfermeras y por lo tanto hacen referencia a este aspecto.

- Se observa que en la mayoría de los casos la aceptación de la enfermedad determina el uso de los servicios, y la aceptación depende mucho del estado anímico que el paciente tenga, por lo que si se quieren tener buenos resultados en el programa resulta importante atender este aspecto, incluyendo algún servicio que atienda la aceptación de la enfermedad tanto en el paciente como en su familia.

III. VISITAS DOMICILIARIAS.

- Es importante mencionar que este servicio tiene 2 años de haberse incluido en el programa, por lo tanto no todos los pacientes han recibido el beneficio de este servicio. Y se adiciona al programa con la finalidad de tener un mejor control del paciente así como del medicamento y material de diálisis que se le otorga, y este servicio es bien visto por los pacientes que lo han recibido pues en las visitas domiciliarias reciben atención, resolución de dudas, asesoramiento etc.,y aquellas que todavía no lo reciben lo consideran importante y útil, ya que si el paciente puede deambular poco el que la enfermera vaya a su domicilio le ahorrara el ir a consulta con ella hasta la clínica, asimismo tendrá asesoramiento de lo que aprendió en la clínica lo esta llevando bien en su hogar.
- Para llevar a acabo este servicio las enfermeras son las encargadas de realizar las visitas, siendo en ocasiones acompañadas por la trabajadora social de la clínica o bien por la coordinadora del programa.
- La periodicidad con la que se realizan estas visitas están marcadas en el programa 2 veces al año, es decir, como son las enfermeras las encargadas de ir a las visitas, solo se les permite salir 2 veces al año (y únicamente dentro de la ciudad o aquellas poblaciones que están dentro de la cobertura de la delegación Uruapan, factor que influye también en que no todos han recibido la visita, pues pudieron haber ingresado después de que la enfermera realizo sus visitas, o bien vivir fuera de la ciudad de Uruapan.

- Las complicaciones más comunes que se encuentra la enfermera al realizar las visitas domiciliarias son: el exceso de material, infecciones menores que ayudan a controlar para que no sea necesario que el paciente acuda al servicio de hospital, problemas de higiene en el área que destinan para la diálisis y malos hábitos alimenticios; y los pacientes reconocen estas complicaciones y creen que si sirve la visita domiciliaria.

- El único aspecto que a consideración de los pacientes sería bueno incluir en las visitas domiciliarias, sería la presencia del médico, pero esto no se puede, ya que por el carácter de la clínica (primer nivel) no se dispone con ese servicio, además hay que recordar que los médicos no solo atienden a los pacientes captados por el programa.

CONCLUSIONES.

De acuerdo al análisis de los resultados obtenidos y retomando la hipótesis planteada al inicio de la investigación “Los servicios ofrecidos por el programa de diálisis a sus derechohabientes”, se puede decir que se lograron describir los servicios que se ofrecen en el programa, obteniendo información de fuentes primarias y secundarias, contando a su vez con la participación de los pacientes y de las enfermeras que están dentro del programa, concluyendo que la hipótesis planteada se aprobó, pues como ya se mencionó se describieron los servicios que el programa ofrece a los derechohabientes y que son:

- Servicios médicos.
- Visitas domiciliarias.
- Capacitaciones para el paciente y su familia.
- Consultas con su médico y enfermera tratante.
- Pláticas informativas mensuales.
- Medicamentos y material de diálisis.

Es importante mencionar que los objetivos planteados para la investigación fueron cumplidos, pues no solo se logró describir los servicios, sino que también se estableció la opinión de los derechohabientes, se analizó la opinión del usuario acerca de los beneficios que hasta el momento ha recibido, además de determinar los recursos materiales y humanos de que dispone el programa, y por último el uso que el paciente le da a los beneficios que recibe del programa.

Además se concluye la investigación con los siguientes puntos:

∞ La Insuficiencia Renal Crónica, es un padecimiento crónico degenerativo; en el que los pacientes son caracterizados por presentar deficiencia en la función renal, requiriendo para sobrevivir un tratamiento sustitutivo como lo es la diálisis en cualquiera de sus dos modalidades o incluso la hemodiálisis.

∞ La participación del equipo de salud, en atención a estos pacientes ha sido mayormente enmarcada por las enfermeras y los médicos, siendo esporádica la participación de trabajo social, o no bien identificada y determinada en el programa como tal. Sin que esto implique que no se participa, pues la trabajadora social que esta en el departamento ofrece servicios a todos los derechohabientes, también sin distinción alguna.

∞ Los procedimientos de diálisis requieren de constancia en su aplicación, para así lograr obtener buenos resultados en pro de la salud y calidad de vida de los pacientes que las utilizan, pero para poder tener constancia se requiere del adiestramiento del paciente y/o su familia; siendo entonces, en determinados casos, necesaria la participación de la familia.

∞ No sólo basta con la participación de la familia, sino que también es de suma importancia que se disponga de personal debidamente capacitado para poder brindar atención a estos pacientes, ya que estos requieren de supervisión continua para el correcto control del padecimiento.

∞ Se deben planear acciones y actividades tendientes a proporcionar herramientas útiles que a los pacientes les permitan también conocer y controlar su padecimiento.

∞ Dentro del programa que se lleva a cabo en el I.S.S.S.T.E., se identifica un grupo de personas de considerable número, que a pesar de pertenecer a un grupo, son atendidos de manera individualizada, pues cada paciente representa un caso diferente que van desde normal, moderado y severo. Destacando con ello la atención que el instituto de la a estos pacientes, de acuerdo a los alcances que este tiene por ser de primer nivel; pues al ser revisados se puede decir que estos son los indicados.

∞ Y de igual manera no solo basta contar con el material, servicios y personal, así como con el apoyo de la familia para que el paciente en diálisis logre controlar su padecimiento, pues depende también de la propia aceptación de la enfermedad por parte del paciente, ya que esto determina la importancia y aprovechamiento que este le de a los beneficios que reciba por parte del programa, reflejándose esto en la calidad de vida de cada paciente.

De este último punto surge la importancia de elaborar una propuesta en donde se incluya la participación inicial y subsecuente de trabajo social ya que es importante que el paciente tenga un apoyo, ya que no es fácil asimilar que se tiene Insuficiencia Renal Crónica y a su vez aceptar que de ahora en adelante será necesario utilizar un tratamiento sustitutivo para su riñón, lo que se traduce en la dependencia del paciente a medicamentos y a la ayuda de otros. Si se logra la aceptación del paciente y su familia, del padecimiento se logrará el aprovechamiento y optimización de los recursos además de propiciar el involucramiento de familiares en el proceso de enfermedad.

PROPUESTA DE TRABAJO SOCIAL.

DENOMINACIÓN DEL PROYECTO:

PROYECTO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA DIRIGIDO A PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, PARA LA OPTIMIZACIÓN EN EL USO DE LOS SERVICIOS QUE OFRECE EL PROGRAMA DE DIÁLISIS.

Al concluir la investigación presentada anteriormente se logró describir el programa de diálisis del I.S.S.S.T.E., que atiende a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, identificando los servicios del programa y el aprovechamiento que el propio paciente le da a los mismos; encontrando que los servicios son los adecuados para el nivel de atención que en la clínica se ofrece, además de observar que el aprovechamiento de los servicios dependerá de la aceptación de la enfermedad. Por ende, resulta importante trabajar en este aspecto con cada paciente, pues el uso correcto de los servicios les proporcionara a ellos mejor calidad de vida y al instituto la optimización de recursos.

A partir de la identificación de esta situación, se decidió elaborar un proyecto de trabajo que permita en primera instancia ayudar al paciente en la aceptación de la enfermedad y por consiguiente optimizar el aprovechamiento de los servicios, proponiendo como principal herramienta el acompañamiento; y por último se pretende proporcionar un aporte para el equipo de salud que atiende a estos pacientes involucrando así a trabajo social.

a) Descripción del proyecto.

El presente proyecto esta dirigido a los pacientes que están integrados al programa de diálisis, para lo cual se propone incluir un servicio más, ofrecido por el departamento de trabajo social, el cual consiste en brindar a los pacientes atención

grupal e individual con la intención de lograr alcanzar la aceptación de la enfermedad, aspecto que se traducirá en el mejor aprovechamiento de servicios como: la capacitación del paciente y su familia, consultas, visitas domiciliarias y pláticas mensuales; reflejándose a su vez en la calidad de vida del paciente así como en la optimización de los recursos institucionales haciendo más funcional el programa de diálisis que se lleva a cabo en la clínica. Se habla de un acompañamiento ya que se plantean dos momentos de intervención los cuales son:

1. INICIAL.- Con aquellos pacientes que son de nuevo ingreso, con quienes se intervendrá desde el momento en que el doctor los identifique como un paciente potencial; siendo este aquel que padezca la enfermedad y por lo tanto sea candidato para algún tratamiento sustitutivo del riñón; ya que en estos casos se dará el apoyo de la Trabajadora social, con la finalidad de apoyar el diagnóstico de médico haciendo que el paciente conozca que él es una persona que padece esta enfermedad y que por lo tanto requiere de un tratamiento para que no tenga mayores complicaciones. Enseguida del diagnóstico que emita el médico, el cual será de utilidad para la trabajadora social, pues allí tendrá los parámetros de urgencia del caso, platicara con el paciente, con la finalidad de recabar sus datos y así identificar en un primer caso el contexto en el que se desarrolla. Ya que se reunieron los datos del paciente la trabajadora deberá citar al paciente a una nueva sesión acompañado de su familia; y para esta ocasión se intervendrá junto con una de las enfermeras encargadas del programa, a fin de instruir al paciente y a su familia acerca del tratamiento que puede requerir el paciente; a su vez en esta sesión se identificarán las “**redes de apoyo**” que puedan ser de utilidad para complementar el tratamiento del paciente.

Posteriormente se programaran sesiones en donde sólo intervendrá la trabajadora social, el paciente y su familia, en estas se trabajarán aspectos que constituyen el proceso de aceptación que se retoma en Tanatología, y que serán de utilidad para motivar al paciente en la aceptación de su enfermedad y su tratamiento y estos son:

- Auto conocimiento

- Enojo
- Negociación
- Depresión
- Culpa
- Interrelación de cuerpo, mente y emociones
- Aceptación
- Elección de vida

Y otros más que pueden complementarse con la finalidad de proponer más alternativas al paciente como:

Búsqueda de nuevas actividades recreativas o laborales.

Reajuste.

2. SUBSECUENTES.- En aquellos pacientes que ya cuentan con tiempo de estar bajo un tratamiento sustitutivo del riñón; para quienes se programaran sesiones individualizadas, con la intención también de que trabajo social se encargue de elaborar un apartado en su expediente que abarque aspectos sociales que complementen el diagnóstico clínico que es emitido por los médicos. Como ya son pacientes que tienen tiempo en el programa, se procederá de la siguiente manera: la trabajadora social deberá establecer el contacto con la enfermera para hacer una relación de aquellos pacientes que ya tienen tiempo en su tratamiento; y cuando ellas lo citen a su consulta, una vez que termine los canalizara con la trabajadora social quien para mediante una entrevista informal, platique con el paciente y su familia e identifique las “**redes de apoyo**” de las que se pueden disponer para reforzar su tratamiento. Y posteriormente se programaran sesiones que tendrán el mismo eje temático que en las anteriores

Considerando en los dos casos que se plantean sesiones individuales, es importante mencionar que estas se darán cada 15 días, que es el lapso de tiempo en el que cada paciente es citado para acudir con la enfermera, y se considera a su vez un tiempo adecuado, ya que a pesar de no ser un grupo tan numeroso de pacientes, es importante pensar que la trabajadora social no solo tiene que atender a estos pacientes sino que también tiene diferentes actividades y funciones que realizar

dentro de la clínica. Asimismo atendiendo estos aspectos, se proponen para complementar aún más y hacerlo integral el servicio que se ofrece, se plantea que además de hacer sesiones, la trabajadora social se integre a las visitas domiciliarias que como parte del programa se realizan, en compañía de la enfermera tratante de los pacientes; con la finalidad de proporcionar mayor información que ayude a complementar el historial clínico con aspectos sociales del paciente. Proponiendo también que estas visitas sean con mayor periodicidad, ya que de acuerdo a los resultados que se obtuvieron de la investigación estas se realizan dos veces al año, por lo que se sugiere que sean mínimo cuatro veces al año, con la intención de dar seguimiento a los pacientes.

b) Justificación.

A partir de la investigación realizada en la clínica se logró, mediante la participación y la observación identificar los servicios que ofrece el programa de diálisis visualizando a su vez una deficiencia en el mismo, que consiste en la falta de un apoyo para el paciente, ya que este se enfrenta a la pérdida de salud, después se presentan otras pérdidas que incluyen ámbitos como: el hogar, trabajo, amistades, religión, etcétera. Dichas afectaciones repercuten en el estado anímico del paciente y por lo tanto si este no se encuentra bien difícilmente tendrá constancia en el tratamiento traduciéndose en el poco éxito y aprovechamiento del mismo, esto en los casos en que los pacientes ya tienen tiempo con su tratamiento, y en aquellos pacientes de nuevo ingreso se refleja en la tardanza de realizarse el tratamiento de diálisis, provocando con ello que cuando decidan hacerlo su estado de salud ya sea muy deteriorado, pues como se observo en los resultados de la investigación los pacientes tardan incluso hasta un año en recibir el tratamiento.

Asimismo se observo que de nada sirve ofrecer al paciente servicios que el no aprovechará sí este se niega a aceptarlos o bien si se encuentra en un estado anímico bajo (depresión o ansiedad).

Se propone este tipo de apoyo al paciente ya que se considera importante brindar y complementar los servicios en atención a ellos. De igual manera se propone que sean llevados por la trabajadora social, ya que de acuerdo a su perfil puede brindar

datos sociales que complementen el diagnóstico y tratamiento de un paciente, pues hay que recordar que el hombre por si solo es un ser bio-psicosocial y es importante un abordaje, que quien mejor para realizarlo que trabajo social; además otro punto importante es que la trabajadora social de la clínica cuenta con los conocimientos propios de Tanatología, reforzando y complementando el servicio que se plantea ofrecer con la ejecución de este proyecto; traduciéndose también en la optimización del recurso humano. Teniendo en cuenta la participación interdisciplinaria del equipo de salud (trabajadora social, enfermera y médico).

c) Objetivos.

GENERAL.- Ofrecer un apoyo integral mediante la intervención de un equipo interdisciplinario, integrado por trabajadora social, enfermera y médico; con la finalidad de optimizar los recursos que se destinan para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

Específicos:

- ∞ Brindar atención al paciente de nuevo ingreso y subsecuentes en el proceso de aceptación de su enfermedad.
- ∞ Complementar el diagnóstico y tratamiento del paciente mediante la intervención de un equipo interdisciplinario de salud.
- ∞ Ofrecer la participación activa de la trabajadora social al programa de diálisis.

d) Metas.

- ℳ Proporcionar este servicio al 100% de los pacientes captados por el programa.
- ℳ Complementar un 90% los expedientes clínicos de los pacientes mediante el diagnóstico y tratamiento emitido por el equipo interdisciplinario.
- ℳ Incrementar la participación de trabajo social al programa en un 85%.

e) Funciones y actividades.

Las funciones y actividades propuestas para el presente proyecto se presentaran de la siguiente manera:

TRABAJADORA SOCIAL:	
FUNCIÓN	ACTIVIDADES:
INVESTIGACIÓN	<ul style="list-style-type: none">• Identificar factores económicos, sociales y culturales que intervienen en la frecuencia y distribución de la enfermedad.• Participar multidisciplinariamente en la formulación de un diagnóstico y tratamiento social en pro del propio paciente.• Reconocimiento en términos médicos, del estado actual del paciente a atender.• Proporcionar orientación médico-social, tanto al paciente como al familiar.• Realizar estudio y seguimientos de casos con cada paciente del programa.

TRABAJADORA SOCIAL:	
FUNCIÓN	ACTIVIDADES:
ASISTENCIA	<ul style="list-style-type: none">• Promover servicios de apoyo.• Brindar acompañamiento destinando sesiones individuales con los pacientes y su familia.• Determinación del reajuste del paciente a su medio y a las actividades que anteriormente realizaba.• Asistir al paciente en su auto conocimiento y reconocimiento para de allí elaborar y afrontar las etapas de su pérdida y su duelo, para por último elegir la forma de vivir y llevar a cabo su tratamiento.

	TRABAJADORA SOCIAL:
FUNCIÓN	ACTIVIDADES:
ORIENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a pacientes y familiares sobre los servicios que el programa les ofrece. • Orientar a pacientes y familiares sobre aspectos sociales de medicina legal en aquellos casos en los que los pacientes se encuentren en fase terminal.

MÉDICO	ENFERMERA
<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer el diagnóstico al paciente. • Canalizar al paciente con la enfermera y con trabajo social. • Prescribir el tratamiento que seguirá el paciente. • Atención subsecuente para el control y seguimiento del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar al paciente el procedimiento del tratamiento que utilizará (cuando es paciente de nuevo ingreso). • Mantener estrecha comunicación tanto con la trabajadora social, como con el médico tratante para tener un buen control de los pacientes. • Capacitar al paciente y su familia acerca del tratamiento a seguir. • Realizar las visitas domiciliarias, para establecer un mayor control del paciente.

f) Determinación del cronograma de actividades.

Como ya se menciono anteriormente se proponen sesiones individuales de dos tipos:

1. Para pacientes de nuevo ingresos.
2. Para pacientes subsecuentes.

Por lo que se elaborará un esquema inicial el cual tendrá la facilidad de ser flexible, puesto que cada paciente representa un caso y su atención será diferente, por lo tanto esta será a su vez de acuerdo a la participación o disposición del paciente.

Además se presentara un esquema que se puede utilizar en la programación de visitas domiciliarias.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES EN PACIENTES DE NUEVO INGRESO.

Nombre del paciente:			
Tratamiento medico:			
	Encargada (o):		

				FECHAS									
				compañía		Mes		Mes		Mes		Mes	
No.	Sesión	Si	No	Días		Días		Días		Días		Días	
1	Presentación del equipo de salud que atenderá al paciente. Elaboración de diagnóstico y prescripción del tratamiento.												
2	Auto conocimiento												
3	Enojo												
4	Negación												
5	Depresión												
6	Culpa												
7	Interrelación de cuerpo y emociones												
8	Aceptación												
9	Elección de vida												

OBSERVACIONES			

Nota.- en el caso de pacientes de nuevo ingreso la primera sesión será en compañía del médico, enfermera y trabajadora social, así como con el propio paciente y su familia para posteriormente programar las demás sesiones.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES EN PACIENTES SUBSECUENTES.

Nombre del paciente:			
Tratamiento medico:			
	Encargada (o):		

				FECHAS							
				Mes		Mes		Mes		Mes	
compañía				Días		Días		Días		Días	
No.	Sesión	Si	No	Días		Días		Días		Días	
1	Acercamiento con el paciente, mediante la canalización de su enfermera.										
2	Auto conocimiento										
3	Enojo										
4	Negación										
5	Depresión										
6	Culpa										
7	Interrelación de cuerpo y emociones										
8	Aceptación										
9	Elección de vida										

OBSERVACIONES	

NOTA.- En el caso de pacientes subsecuentes se llenara este formato mediante un acuerdo con el paciente y su familia, acordando la previa canalización del paciente ya sea por parte del médico o la enfermera.

CRONOGRAMA DE VISITAS DOMICILIARIAS.

Nombre del paciente:			
Tratamiento medico:			
	Encargada (o):		

				FECHAS							
				Mes Enero		Mes Abril		Mes Agosto		Mes Noviembre	
compañía											
No.	Sesión	Si	No	Día		Día		Día		Día	
1	Visita 1: Reconocimiento del espacio donde vive el paciente.										
2	Visita 2 Identificación de la dinámica familiar y social del paciente para contextualizar las "redes de apoyo".										
3	Visita 3 Verificación del seguimiento del tratamiento.										
4	Visita 4 Verificación del reajuste del paciente a su contexto.										

OBSERVACIONES			

g) Especificar los recursos necesarios.

Para la ejecución del presente proyecto se identifican los siguientes recursos:

RECURSOS.	
Humanos	Dentro de los recursos humanos se considera la participación de la trabajadora social, ya que por el tipo de profesión posee el perfil idóneo para efectuar un estudio de caso que pueda complementar el tratamiento médico que el paciente pueda recibir. Asimismo es importante no olvidar la participación del médico y de la enfermera quienes son los encargados de proporcionar atención médica al paciente.
Materiales	Para los recursos materiales se consideran las instalaciones con las que cuenta la clínica, ya que por ser un servicio que la clínica ofrecerá los pacientes, resulta necesario que esta sea dentro de la misma, para que esto no implique ningún costo, sino que implique la utilización de los mismos espacios; que en este caso se aprovechara un consultorio a parte de la oficina del departamento de trabajo social; y del mobiliario que allí existe. Además se contempla la utilización de material de oficina.
Técnicos	Dentro de los recursos técnicos que se consideran para la ejecución del proyecto son aquellos que proporcionen la recreación de un ambiente que inspire tranquilidad y confianza para que el paciente no se sienta intimidado y la intervención sea lo mejor posible.

h) Indicadores para la evaluación del proyecto.

Como parte de los indicadores que se retomaran para evaluar el presente proyecto se contemplarán los que a continuación se enumeran:

- * La incidencia de los pacientes en la utilización de los diferentes servicios que el programa les ofrece.
- * Asistencia a las sesiones programadas.
- * Participación tanto del propio paciente como de su familia.
- * Utilización y aprovechamiento del material y medicamentos.

- * La incidencia que el paciente tenga en llegar al servicio de urgencias y hospital.
- * Estado anímico del paciente.
- * Informes de las visitas domiciliarias.

Para los cuales se propone un informe individual que abarque estos aspectos, apoyándose a su vez de las observaciones y aportaciones del equipo multidisciplinario en cuanto a los cambios que cada paciente vaya teniendo.

i) Carta descriptiva.

Al igual que el cronograma de actividades propuesta en este caso se procederá a mostrar un esquema que se podrá utilizar como complemento e instrumento que permita tener tanto un registro de las actividades a realizar como el debido control y desarrollo del proyecto.

CARTA DESCRIPTIVA PARA PACIENTES DE NUEVO INGRESO

Carta descriptiva					
No.	Tema o actividad a realizar	Objetivo	Lugar	Material de apoyo	Participantes
	Presentación del equipo de salud que atenderá al paciente. Elaboración del diagnóstico y prescripción del tratamiento.	Conocer el diagnóstico y el tratamiento que utilizará el paciente.	Clínica hospital I.S.S.S.T.E., delegación Uruapan.	Expediente clínico del paciente Libreta de anotaciones Lapiceros Hojas blancas Pañuelos	Médico Enfermera Trabajadora social Paciente Familiares
	Auto-conocimiento del paciente.	Lograr que el paciente conceptualice por sí solo su situación actual.			
	Enojo	Lograr que el paciente exteriorice sus sentimientos y la aceptación o utilidad que estos tienen en su tratamiento.			
	Negación	Lograr que el paciente exteriorice sus sentimientos y la aceptación o utilidad que estos tienen en su tratamiento.			
	Depresión	Lograr que el paciente exteriorice sus sentimientos y la aceptación o utilidad que estos tienen en su tratamiento.			
	Culpa	Lograr que el paciente exteriorice sus sentimientos y la aceptación o utilidad que estos tienen en su tratamiento.			

Carta descriptiva					
No.	Tema o actividad a realizar	Objetivo	Lugar	Material de apoyo	Participantes
	Interrelación de cuerpo y emociones	Lograr que el paciente exteriorice sus sentimientos y la aceptación o utilidad que estos tienen en su tratamiento.	Clínica hospital I.S.S.T.E., delegación Uruapan.	Expediente clínico del paciente Libreta de anotaciones Lapiceros Hojas blancas Pañuelos	Médico Enfermera Trabajadora social Paciente Familiares
	Aceptación	Generar en el paciente la aceptación de su enfermedad y su tratamiento			
	Elección de vida	Ayudar al paciente a que por si solo elija las acciones que quiere emprender de ahora en adelante.			
	Búsqueda de actividades recreativas o laborales.	Brindar al paciente alternativas que le permitan volverse a sentir útil y productivo.			
	Reajuste y adaptación.	Dar seguimiento en el reajuste y adaptación del paciente que logre volverse a desarrollar como una persona activa y productiva.			

CARTA DESCRIPTIVA DE PACIENTES SUBSECUENTES.

Carta descriptiva					
No.	Tema o actividad a realizar	Objetivo	Lugar	Material de apoyo	Participantes
	Canalización y acercamiento al paciente mediante la enfermera tratante.	Conocer el diagnóstico y el tratamiento que utilizará el paciente, así como sus avances en el mismo.	Clínica hospital I.S.S.S.T.E., delegación Uruapan.	Expediente clínico del paciente Libreta de anotaciones Lapiceros Hojas blancas Pañuelos	Médico Enfermera Trabajadora social Paciente Familiares
	Auto-conocimiento del paciente.	Lograr que el paciente conceptualice por sí solo su situación actual.			
	Enojo	Lograr que el paciente exteriorice sus sentimientos y la aceptación o utilidad que estos tienen en su tratamiento.			
	Negación	Lograr que el paciente exteriorice sus sentimientos y la aceptación o utilidad que estos tienen en su tratamiento.			
	Depresión	Lograr que el paciente exteriorice sus sentimientos y la aceptación o utilidad que estos tienen en su tratamiento.			
	Culpa	Lograr que el paciente exteriorice sus sentimientos y la aceptación o utilidad que estos tienen en su tratamiento.			

Carta descriptiva					
No.	Tema o actividad a realizar	Objetivo	Lugar	Material de apoyo	Participantes
	Interrelación de cuerpo y emociones	Lograr que el paciente exteriorice sus sentimientos y la aceptación o utilidad que estos tienen en su tratamiento.	Clínica hospital I.S.S.S.T.E., delegación Uruapan.	Expediente clínico del paciente Libreta de anotaciones Lapiceros Hojas blancas Pañuelos	Médico Enfermera Trabajadora social Paciente Familiares
	Aceptación	Generar en el paciente la aceptación de su enfermedad y su tratamiento			
	Elección de vida	Ayudar al paciente a que por si solo elija las acciones que quiere emprender de ahora en adelante.			
	Búsqueda de actividades recreativas o laborales.	Brindar al paciente alternativas que le permitan volverse a sentir útil y productivo.			
	Reajuste y adaptación	Dar seguimiento en el reajuste y adaptación del paciente que logre volverse a desarrollar como una persona activa y productiva.			

BIBLIOGRAFÍA.

- 1 GUARDIA, Masso Jaime; GRAU, Veciana Joseph María; NET, Castel Alvar, "Medicina Interna Fundamental", Esrpinger-Verlag Ibérica, 1998, Barcelona.
- 2 FARRERAS, Valentí P.; P. Ciril Rozman, "Medicina Interna" Tomo II, MARÍN S.A.,1978, México, D.F.
- 3 WHITWORTH, J. A.; LAWRENCE, J. R., "Enfermedades Renales", Manual Moderno S.A. de C.V., 1987, México, D.F.
- 4 GARCÍA, Barreto David, "Hipertensión Arterial", La Ciencia 1179 para Todos, 2000, México, D.F.
- 5 ANDREU, Penz Lola; FORCE, Sanmartín Enriqueta,"500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal", MASSON, 2001, Barcelona.
- 6 URIBE, Misael, "Tratado de Medicina Interna", EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA, 1981, México, D.F.
- 7 STEIN, Jay H. "Medicina Interna" Tomo II, Salvat Editores, S.A., 1983, Barcelona.
- 8 CRUZ, Cósme; MONTENEGRO, Jesús; OLIVARES, Martín Jesús, "Diálisis Peritoneal", Trillas S.A. de C.V., 1994, México, D.F.
- 9 VELASCO, María Luisa; SINIBALD, Gómez Julián,"Manejo del enfermo crónico y su familia",El Manual Moderno, 2001, México, D.F.
- 10 ESPINOZA, Vergara Mario, "Programación", HVMANITAS, Buenos Aires.
- 11 KISNERMAN, Natalio, "Salud pública y Trabajo Social" 2da edición; HVMANITAS, Buenos Aires, 1983.
- 12 SÁNCHEZ, Rosado Manuel (1996), "Manual de Trabajo Social Tomo # 1 UNAM, Escuela de Trabajo Social", Méndez 1996.
- 13 Revista de Trabajo Social, No. 37,UNAM-ENTS 1989. Artículo: "Perfil profesional del trabajador social en el área de salud", TERAN; Trillo Margarita.
- 14 Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ISSSTE, última reforma aplicada México 2000.

- 15 Programa Institucional del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ISSSTE, Hacia la transformación y fortalecimiento del ISSSTE, México 2001-2006.
- 16 MANUAL DE CAPACITACIÓN DEL PACIENTE EN DIÁLISIS PERITONEAL; BAXTER, MÉXICO 2003.
- 17 MANUAL DE CAPACITACIÓN DEL PACIENTE EN DIÁLISIS PERITONEAL; PISA, MÉXICO 2003.
- 18 MANUAL DE CAPACITACIÓN POR INGRESO AL PROGRAMA DE DIALISIS PARA PACIENTES Y FAMILIARES DEL I.S.S.S.T.E., 2001
- 19 MANUAL DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL DE LA CLINICA HOSPITAL I.S.S.S.T.E. DELEGACIÓN URUAPAN, 1980.

PÁGINAS ELECTRONICAS:

- 20 www.zaragoza.unam.mx/educacion_n_linea/tema_10_insuf_renal/t10antecedentes.
Fecha de consulta: 15, 21-octubre-2006.
- 21 www.msd.com.mx/publicaciones/mmerck - hogar/ seccion 11-123 - html.
Fecha de consulta: 18-octubre-2006.
- 22 www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion9capitulo143.html.
Fecha de consulta: 21-octubre-2006.
- 23 www.donación.organos.ua.es/ info-sanitaria/ p- renal/capd.htm.
Fecha de consulta: 18, 19-octubre-2006.
- 24 www.latinoamericabaxter.com/mexico/terapias.
Fecha de consulta: 21,21-octubre-2006.
- 25 www.issste.gob.mx
Fecha de consulta: 16-octubre-2006.

ANEXOS

ANEXO No. 1

HIPÓTESIS:

La hipótesis que se plantea para la investigación a realizar se denomina como hipótesis descriptiva que involucra una sola variable. La cual es:

**“LOS SERVICIOS OFRECIDOS POR EL
PROGRAMA DE DIÁLISIS A SUS
DERECHOHABIENTES”**

OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPOTESIS

VARIABLE	INDICADORES	INDICES
<p>PROGRAMA (Diálisis peritoneal)</p> <p>Definición teórica:</p> <p>Instrumento destinado a facilitar el logro de ciertos objetivos y metas de carácter más específicos que serán alcanzados mediante la ejecución de un conjunto de acciones integradas para el tratamiento de pacientes con insuficiencia renal crónica.</p> <p>Definición operacional:</p> <p>Alternativa que ofrece un conjunto de servicios integrales a aquellos pacientes que padecen Insuficiencia Renal Crónica y que están afiliados a la Clínica Hospital I.S.S.S.T.E.</p>	<p>X2.- Utilización de medicamentos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega domiciliaria del producto requerido para el tratamiento del paciente. • Instrucción para el uso y administración de los medicamentos necesarios para su tratamiento.
<p>DERECHOHABIENTE:</p> <p>Definición teórica:</p> <p>Adjetivo que se aplica a la persona cuyo derecho procede de otra, y que en este caso es exclusivo para los trabajadores del Estado y su familia.</p> <p>Definición operacional:</p> <p>Usuario potencial que tiene derechos a servicios médicos en general que ofrece la Clínica Hospital I.S.S.S.T.E.</p>	<p>X3.- Servicios médicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización. • Consultas con el médico internista. • Consulta con enfermeras a domicilio y en la clínica cuando el paciente lo requiera. • Capacitación del paciente y sus familiares para el tratamiento que llevara a cabo de ahora en adelante. • Análisis de estudios de laboratorio, para el control de su padecimiento.

ANEXO No. 2

CEDULA DE ENTREVISTA DIRIGIDO AL PERSONAL MÉDICO ENCARGADO DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS QUE SE LLEVA A ACABO EN LA CLÍNICA HOSPITAL I.S.S.S.T.E., URUAPAN.

OBJETIVO.- Describir los servicios que integran el programa de “diálisis peritoneal” que se lleva a cabo en la Clínica Hospital I.S.S.S.T.E. Uruapan.

I.- SERVICIOS MÉDICOS:

1.- ¿Usted de que tratamiento se encarga?

- a) Diálisis peritoneal automatizada b) Diálisis peritoneal continua ambulatoria

2.- ¿Usted fue capacitada para poder dirigir dicho tratamiento?

- a) Si b) No

3.- ¿Por parte de quien recibió la capacitación?

- a) Por parte de un médico b) Por parte de un laboratorio

c) Otros _____

4.- ¿En donde recibió dicha capacitación?

a) Aquí en la Clínica

b) Fui enviada a otra unidad médica a recibir la capacitación

¿Cuál? _____

c) otro _____

5.- ¿Ha recibido más cursos de capacitación?

- a) Si b) No

6.- ¿Cuántos?

- a) 2 b)4 c) Más de 4

7.- ¿De qué tipo?

8.- ¿Usted se encarga de capacitar al paciente para el desarrollo de su tratamiento?

- a) Si b) No

9.- ¿Qué aspectos toma en cuenta para llevar a acabo la capacitación del paciente?

10.- ¿Cuántas veces capacita a cada paciente?

11.- ¿Cuánto tiempo dura la capacitación que se le da al paciente?

12.- ¿Qué complicaciones ha tenido para llevar a acabo la capacitación del paciente?

13.- ¿Quién más, aparte de usted interviene en la capacitación del paciente?

- a) Médico
- b) Personal del laboratorio
- c) Otra enfermera
- d) Únicamente yo

14.- ¿Cuál es la actitud del paciente y su familia ante el proceso de capacitación?

- a) Se muestran interesados y cooperan
- b) Simplemente cooperan
- c) Se muestran indiferentes
- d) No cooperan
- e) La mayoría todavía no acepta su padecimiento, y con ello se dificulta el proceso de su tratamiento.

15.- ¿Qué aspectos son los que se desarrolla en las capacitaciones del paciente?

16.- ¿Cuáles son los servicios que usted ofrece a los pacientes captados por el programa de diálisis?

- a) Consultas
- b) Solicitudes de estudios de laboratorio
- c) Capacitación para el desarrollo de su tratamiento
- d) Control de medicamentos

- e) Visitas domiciliarias
- f) Supervisión cuando los pacientes llegan al servicio de hospitalización
- g) Otros _____

17.- ¿Cuáles son las complicaciones mas frecuentes por las que los pacientes llegan al servicio de hospital?

18.- De los servicios que ofrece el programa de diálisis, ¿cuáles ha aprovechado el paciente?

- a) Consultas conmigo y con el médico
- b) Capacitación para el desarrollo de su tratamiento
- c) Control de medicamentos
- d) Visitas domiciliarias
- e) Supervisión cuando los pacientes llegan al servicio de hospitalización
- f) Otros _____

19.- Y ¿cuáles son los que no aprovecha?

- a) Todos son desaprovechados
- b) Todos son aprovechados

20.- ¿Cada cuando vienen los pacientes a consulta con usted?

- a) Cada 15 días
- b) Cada mes
- c) Cada que lo requiera y necesite el paciente
- d) Dependiendo de la evolución de su padecimiento y el desarrollo de su tratamiento

21.- ¿Qué otro servicio considera que se puede ofrecer al paciente con diálisis y que no esta contemplado en el programa que se lleva a cabo en el I.S.S.S.T.E.?

II.- UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS:

22.- ¿Quién es el encargado de prescribir medicamentos y el material que requiere el paciente?

- a) Yo
- b) El médico internista
- c) los dos somos encargados

23.- ¿Qué tienen que hacer los pacientes para poder conseguir el medicamento?

24.- ¿Cómo considera que sea el aprovechamiento de los medicamentos por parte de los pacientes? Y ¿Por qué?

- a) Son aprovechados en su totalidad
- b) El paciente los aprovecha de manera parcial
- c) El paciente los desaprovecha

Porque _____

III.- SERVICIO DE VISITAS DOMICILIARIAS:

25.- ¿Usted realiza visitas domiciliarias a los derechohabientes que se encuentran bajo el tratamiento que usted dirige?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

26.- ¿Con qué frecuencia realiza las visitas domiciliarias?

27.- ¿Cuál es el objetivo que usted persigue al realizar las visitas?

28.- ¿Qué servicios ofrece cuando realiza la visita domiciliaria?

29.- ¿Cuáles son las complicaciones que comúnmente se encuentra al realizar las visitas domiciliarias?

30.- ¿Cuándo usted realiza las visitas domiciliarias que disponibilidad hay por parte del derechohabiente?

- a) Es muy accesible y coopera con la información de datos
- b) Me comparte sus dudas
- c) Se muestra indiferente
- d) No coopera

ANEXO No. 3

CEDULA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS DERECHOHABIENTES QUE ESTAN INTEGRADOS AL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL QUE SE LLEVA A CABO EN LA CLÍNICA HOSPITAL I.S.S.S.T.E. URUAPAN.

OBJETIVO.-

Conocer la opinión de los derechohabientes sobre la forma en la que ha sido beneficiado con la prestación de los servicios (servicios médicos, visitas domiciliarias y la utilización de medicamentos) que ofrece el programa de diálisis que se lleva a cabo en la Clínica Hospital I.S.S.S.T.E. Uruapan.

I.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: _____ EDAD: _____

DOMICILIO: _____
CALLE Y NÚMERO COLONIA

II.-DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA Y ANTECEDENTES DE ATENCIÓN:

1.- ¿Qué tipo de tratamiento es el que usted lleva a cabo para controlar su padecimiento?

a) Diálisis peritoneal automatizada b) Diálisis peritoneal continua ambulatoria

2.- ¿Desde hace cuanto tiempo le diagnosticaron su enfermedad?

a) Hace 1 año b) Hace 2 años c) Hace 3 años d) Hace más de 3 años

3.- ¿Desde hace cuanto tiempo es atendido bajo el tratamiento de diálisis dentro de la clínica hospital I.S.S.S.T.E. Uruapan?

a) 3 meses b) 6 meses c) Más de 1 año d) Más de 2 años

4.- ¿Quién es su médico y enfermera tratante?

Médico _____ Enfermera _____

III.- INTEGRACIÓN Y ATENCIÓN FAMILIAR:

5.- ¿Cuál es la actitud de su familia ante su padecimiento?

- a) Me apoyan b) Solo mi pareja me apoya c) Se muestran indiferentes

6.- ¿Quién se encarga de llevar a cabo los procedimientos para su tratamiento?

- a) Yo mismo b) Mi esposa c) Un hijo d) Esposa e hijos e) Algún otro familiar

7.- ¿De qué manera se ha visto afectada su familia, a partir de que le fue diagnosticada su enfermedad?

8.- ¿Coopera usted para controlar su padecimiento?

- a) Si b) No

9.- ¿Qué es lo que usted hace para controlar su padecimiento?

- a) Sigo las recomendaciones del médico y de las enfermeras
b) Voy a consultas con mi médico tratante
c) Asisto a consultas con la enfermera tratante
d) Me administro los medicamentos que se me han indicado
e) Otros

IV.-SERVICIOS MÉDICOS RECIBIDOS:

10.- ¿Usted fue capacitado para llevar a cabo su tratamiento?

- a) Si b) No

11.- ¿Por parte de quien recibió la capacitación?

- a) Por parte de una enfermera b) Por parte del médico
c) No he recibido capacitación

12.- ¿Cómo considera que fue esta capacitación?

- a) Completa b) Regular c) Incompleta d) Falto que me explicaran más

13.- ¿Cuántas capacitaciones ha recibido?

- a) Inicial b) Aprendizaje c) Supervisión d) reafirmación e) Otras

14.- ¿Qué otros servicios ha recibido por parte del I.S.S.S.T.E.?

- a) Atención médica
- b) Medicamentos
- c) Atención por parte de las enfermeras
- d) Servicios de ambulancia
- e) Hospitalización
- f) Servicios de laboratorio
- g) Platicas (cada mes)
- h) Todas

15.- ¿Cada cuando acude con su médico tratante?

- a) Cada mes
- b) Cada dos meses
- c) Cada tres meses
- d) Más de meses

16.- ¿Cada cuando acude a consulta con la enfermera?

- a) Cada 15 días
- b) Cada mes
- c) Cada dos meses
- d) Más de dos meses

17.- ¿Cuántas veces en los últimos 6 meses ha requerido del servicio de hospital?

- a) 1 vez
- b) 2 veces
- c) 3 veces
- d) 4 veces
- e) Más de 4 veces
- f) Ninguna

18.- ¿Cuáles son las causas que lo han hecho ir a solicitar el servicio de hospital?

- a) Por complicaciones con mi padecimiento ¿Cuál? _____
- b) Por que no supe realizar el procedimiento
- c) Por que se me acabo el material que utilizo para dializarme
- d) Por complicaciones con otros padecimientos ¿Cuál? _____
- e) Ninguna

19.- ¿Qué otra actividad o servicio considera importante recibir para poder controlar su padecimiento?

V.- UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS:

20.- ¿Quién le indica el medicamento que usted requiere para su tratamiento?

- a) Médico
- b) Enfermera
- c) Los dos

21.- ¿De qué manera consigue el medicamento y material de diálisis que requiere para su tratamiento?

a) El médico me da recetas y surto el medicamento en la farmacia del I.S.S.S.T.E.

b) Hay medicamentos que adquiero por mi cuenta sin asistir al I.S.S.S.T.E.

c) Baxter me trae el material para la diálisis hasta mi casa cada 28 días

d) En ocasiones el material me lo lleva la ambulancia del I.S.S.S.T.E.

22.- ¿El medicamento que usted requiere lo surte en el I.S.S.S.T.E.? ¿O ha requerido adquirirlo en otra parte?

a) Si b) No

23.- ¿Cuáles son los trámites que usted sigue para poder conseguir el material y el medicamento que requiere para su tratamiento?

a) Ir a consulta con el médico para que el me recete el medicamento

b) Ir con la enfermera para que me ayude a sacar recetas

c) Notificar a Baxter que mi material esta por acabarse

24.- ¿Quién le entrega el material para su tratamiento?

a) La enfermera b) Farmacia c) Baxter

25.- ¿Cada cuando le entregan su medicamento y material para su tratamiento?

a) Cada 28 días b) Un mes c) Más del mes

26.- ¿Qué hace usted con el material que recibe?

a) Lo utilizo para mi tratamiento b) Lo guardo c) Lo regalo

VI.- VISITAS DOMICILIARIAS:

27.- ¿Considera importante recibir atención a domicilio?

a) Si b) No

28.- ¿Usted ha recibido alguna visita domiciliaria por parte del personal del I.S.S.S.T.E.?

a) Si b) No

29.- Del personal que labora en el I.S.S.S.T.E. ¿Quién ha acudido a las visitas domiciliarias?

a) Enfermera b) Trabajadora social c) Médico d) Otro _____

30.- ¿Cada cuando recibe visitas domiciliarias?

a) Cada mes b) Cada dos meses c) Cada tres meses

d) Más de tres meses e) Hasta el momento no he recibido ninguna visita

f) una en _____

31.- ¿Cuando recibe la visita domiciliaria por parte de la enfermera que servicios recibe por parte de ella?

a) Revisión física

- b) Programación para solicitudes de estudios de laboratorio
- c) Solicitudes para citas con el médico internista
- d) Verificación del material con el que cuento
- e) Me ayuda a resolver mis dudas
- f) No he recibido ninguna visita domiciliaria

32.- Favor de indicar que otros servicio a parte de los que anteriormente se le mencionaron recibe en las visitas domiciliarias.

33.- ¿Cómo considera que es la atención que recibe por parte del personal encargado de su tratamiento?

- a) Satisfactorio
- b) Regular
- c) Malo

34.- Usted como paciente que aspectos de los que recibe del programa de diálisis considera como positivos para su salud

35.- OBSERVACIONES:
