

2000

# Indagación sobre la calidad de atención de enfermería en el servicio de hemodiálisis del Hospital Privado de Comunidad

Kitlain, María Ana

---

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/387>

*Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository*

# TESIS

Calidad de atención de enfermería  
en Servicio de Hemodiálisis.

Lic. MARÍA ANA KITLAIN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

**INDAGACION SOBRE LA CALIDAD DE ATENCION DE  
ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE HEMODIALISIS  
DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD**

Lic. María Ana Kitlain

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

Mar del Plata, Argentina - Año 2000

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventariada	
2046	
Vol.	
Universidad N...	Mar del Plata

**TRABAJO DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE  
MAGISTER EN GESTION DE SERVICIOS DE SALUD**

**TESISTA: María Ana Kitlain**  
Licenciada en Enfermería

**DIRECTOR DE TESIS: Dr. Luis Cesar Abed**  
Doctor en Medicina  
Universidad Nacional de Córdoba

## **DEDICATORIAS**

A mi esposo:

Alberto, por su afecto, apoyo y paciencia.

A mis hijos:

Pablo y Sebastián, por el tiempo que me han dado.

Y a dos personas muy queridas, que aunque hoy no están conmigo, siempre me apoyaron y estimularon: Mi madre, Norma y mi gran amiga Gaby Aletti.

## AGRADECIMIENTOS

Tengo que agradecer a tantas personas, que temo olvidarme de alguna, en primer lugar agradezco a la Lic. Vicens por todo lo que me ha brindado. Agradezco a las autoridades del Hospital Privado de Comunidad por haberme brindado la posibilidad y el apoyo necesario para realizar este estudio y particularmente a la Jefa de Departamento, Lic. Rosa Branda, al Jefe del Servicio de Hemodiálisis, Dr. Alfredo Introzzi y todos los integrantes del mismo.

Quiero agradecer a ;as colegas que me apoyaron y estimularon para concretar este estudio. A la Dra. Elena Schaumeyer, que tan gentilmente me prestara su colaboración.

Y agradezco a todas la personas que hicieron posible que pudiera contar con este espacio de superación, que independientemente de los resultados, yo lo capitalizo como una experiencia positiva, que me brinda la posibilidad de crecimiento, no solo científico, sino también humano.



Ministerio de Cultura y Educación

RESOLUCION N°

820

36

BUENOS AIRES, 31 OCT 1995

VISTO el expediente N° 18.907/95 del registro de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA, por el cual la mencionada Universidad, solicita el otorgamiento de validez nacional para el grado académico de MAGISTER EN GESTION DE SERVICIOS DE SALUD, de acuerdo con la Ordenanza del H.C.Superior N°1492/95, y

CONSIDERANDO:

Que los Organismos Técnicos de este Ministerio han dictaminado favorablemente.

Que de acuerdo con lo establecido por los artículos 41 y 42 de la Ley N° 24521, y por los incisos 8, 10 y 11 del artículo 21 de la Ley de Ministerios -t.o.1992, es atribución del Ministerio de Cultura y Educación entender en la coordinación del sistema universitario y en el reconocimiento oficial de la validez nacional de estudios y títulos y en la habilitación de títulos profesionales con validez nacional.

Por ello, y atento a lo aconsejado por la SECRETARIA DE POLITICAS UNIVERSITARIAS,

EL MINISTRO DE CULTURA Y EDUCACION

RESUELVE:

ARTICULO 1º.- Reconocer oficialmente y otorgar validez nacional al grado académico de MAGISTER EN GESTION DE SERVICIOS DE SALUD, que expide la UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA, cuyo plan de estudios que consta como Anexo de la presente Resolución, prevé una duración de DOS (2)

*[Handwritten signature]*



RESOLUCION N° 820



Ministerio de Cultura y Educación

años, con una asignación horaria de MIL DOSCIENTAS NOVENTA Y DOS (1.292) horas.

ARTICULO 2º.- Regístrese, comuníquese y archívese.

*Handwritten initials*

*Handwritten initials*

*Handwritten initials*

*Handwritten signature*

*Handwritten initials*

*Handwritten signature*  
AUX JORGE ALBERTO RODRIGUEZ  
MINISTRO DE CULTURA Y EDUCACION



RESOLUCION N°

820



Ministerio de Cultura y Educación

25	Organización Gerencial	24
26	Aptitudes Gerenciales: La Decisión Efectiva	24
27	Metodología de la Investigación VI	24
28	Aptitudes Gerenciales: Controles, Control y Administración	24
29	La Dirección: Tareas	24
30	Metodología de la Investigación VII	24
31	Metodología de la Investigación VIII	24
32	Presentación y Defensa Oral del trabajo de Investigación	24

OTROS REQUISITOS:

- Trabajos de campo: Se prevén un total de quince, cuya asignación horaria demandará 50 horas.

- Tesis Final: 300 horas.

CARGA HORARIA TOTAL: 1.292 horas.

*[Handwritten signatures and initials]*

El Consejo Directivo -Plenario-, de fecha 11 de diciembre de 1995, toma conocimiento

DIRECCION: 11-12-95.-

*[Signature]*  
LIC. GRISELDA SUSANA VICENS  
DIRECTORA  
ESCUELA DE CIENCIAS Y LETRAS DEL CAUTIN



RESOLUCION RP 820,-



Ministerio de Cultura y Educación

## A N E X O

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA  
GRADO ACADÉMICO: MAGISTER EN GERENCIA Y ESTRATEGIAS EN SALUD

## PLAN DE ESTUDIOS

MODULO	ASIGNATURAS	CARGA HORARIA TOTAL
01	Teoría del Estado y Realidad Sanitaria Argentina	24
02	Economía y Salud	24
03	Previsión Social	24
04	Metodología de la Investigación I	24
05	El Gerenciamiento en Salud	24
06	Epidemiología y Salud	48
07	Administración y Gestión	24
08	Metodología de la Investigación II	24
09	La Gerencia, Sus Características	24
10	Estadística I	24
11	Estadística II	24
12	Estadística III	24
13	Metodología de la Investigación III	24
14	La Organización Administrativa	24
15	La Planificación como Herramienta Gerencial	24
16	Planificación y Programación	24
17	Metodología de la Investigación IV	24
18	La Organización de la Atención de Salud	24
19	La Organización de la Atención Médica	24
20	La Gerencia y el Factor Humano en la Organización	24
21	Administración de Personal y la Gerencia	24
22	Metodología de la Investigación V	24
23	La Comunicación Organizacional	24
24	Las Comunicaciones Gerenciales	24

57  
64  
87

190.100. MC



Ministerio de Cultura y Educación



ECYC

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

MAR DEL PLATA, 4 MAYO 1995

VISTO la nota obrante a fojas 1 del expediente nº 1000-2311/94, por la cual la señora Directora de la Escuela de Ciencias de la Salud y del Comportamiento eleva a consideración la carrera de Post-grado: "Maestría en Gerencia y Estrategias en Salud", a desarrollarse en el ámbito de esa Unidad Académica, y

CONSIDERANDO:

Que el tema fue tratado y aprobado en reunión de Consejo Directivo nº 3, de fecha 20 de diciembre de 1993.

Que se considera de suma importancia para aquellos profesionales de la Salud que se hallan adscriptos a carrera Médico - Hospitalaria y para la formación de post-grado de profesionales noveles en Estrategias en Salud.

Los antecedentes del cuerpo docente comprometido y el carácter multidisciplinario que hace a la propuesta de interés para un amplio abanico de cargos profesionales.

La intervención de las Secretarías Académica y de Investigación y Post-grado.

Las modificaciones introducidas al proyecto concordantes con las observaciones formuladas por la Dirección de Estudios.

Lo dictaminado por las Comisiones de Asuntos Académicos e Investigación y Post-grado, según constancias obrantes en el expediente citado.

Que resulta innecesaria la intervención de la Comisión de Organización de Recursos en razón de que el programa es autofinanciado.

Lo resuelto en sesión nº 50 de fecha 4 de mayo de 1995.

Las atribuciones conferidas por el artículo 91º del Estatuto.

Por ello:

EL CONSEJO SUPERIOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA ORDENA:

ARTICULO 1º.- Aprobar la creación de la carrera de Post-grado: MAESTRIA EN GERENCIA Y ESTRATEGIAS EN SALUD, a dictarse en el ámbito de la Escuela de Ciencias de la Salud y del Comportamiento, cuya fundamentación, marco teórico, responsables, destinatarios y requisitos de admisión, título a otorgar, duración y periodo de inscripción, diseño curricular, carga horaria y duración, cantidad de UVACs, perfil, plan de estudios, metodología y evaluación, plantel docente, presupuesto y arancel, obran en el anexo que, en doce (12) fojas forma parte integrante de la presente.

ARTICULO 2º.- Regístrese. Dése al Boletín Oficial de la Universidad. Comuníquese a quienes corresponda. Cumplido, archívese.

ORDENANZA DE CONSEJO SUPERIOR Nº

1419

Stamp: CONSEJO SUPERIOR Intervina

ING. JORGE DOMINGO P. RILLO PRESIDENTE DEL CONSEJO SUPERIOR

ING. JORGE ALBERTO U. CATRO SECRETARIO DEL CONSEJO SUPERIOR

Stamp: ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL COMPORTAMIENTO DIVISION DESPACHO ENTRADA SALIDA 15 MAY 1995

EMP. MARIA ANA KITLAIN

LIC. GRISELDA SUSANA VICENWALTER DANIEL CALZADAR DIRECTORA AID. CATA. RELATORIA Y DOCUMENTACION

COPIA QUE TENGO A LA VISTA.

SECRETARIA ADMINISTRATIVA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

Mar del Plata 4 de mayo de 1995

I - PROLOGO

Nuestra experiencia nos permite expresar que hoy estamos frente a un movimiento de búsqueda de soluciones nuevas a viejos problemas referidos a la "prestación de servicios de salud".

Hemos creído oportuno aprovechar esta experiencia y avanzar en ella, presentando una propuesta formal como lo es el PROYECTO DE MAESTRIA EN GERENCIA Y ESTRATEGIAS EN SALUD que, siguiendo la política educativa actual, preconiza la expansión y diversificación de la formación de post-gradado orientada hacia la investigación y el desarrollo de estrategias de innovación y cambio.

II - FUNDAMENTACION

Aun hoy en la República Argentina, existen sectores de la población que siguen sin tener acceso real a los servicios de salud. Este déficit de cobertura se produce en medio de una considerable restricción de recursos disponibles, presentándose como un gran desafío gerencial a ser resuelto creativamente por los niveles políticos y de conducción, conjuntamente con la comunidad demandante.

Para poder lograr "Salud para todos en el año 2000", se requiere que los trabajos del sector salud se inicien en un proceso de cambio en los procedimientos de entrega de servicios de salud a la población, racionalizando la formación y utilización de recursos humanos a las necesidades del medio, gerenciando la utilización de tecnologías apropiadas a cada nivel de atención (primaria, secundaria o terciaria), preconizando la participación comunitaria y el trabajo interdisciplinario.

Considerando este marco contextual, la "MAESTRIA EN GERENCIA Y ESTRATEGIAS EN SALUD", estará orientada a formar un profesional post-graduado capaz de analizar y resolver los problemas de dirección y conducción de las organizaciones prestadoras de servicios de salud tanto humana como ambiental.

III - MARCO TEORICO

No existe la menor duda que en los tiempos que corren, se están produciendo cambios cualitativos de importancia en el mundo, tanto, que el analista menos estructurado se ha impactado ante ello. Esta característica se visualiza a partir de la crisis de los modelos clásicos (y entre ellos el educativo) que hoy asiste a su etapa más aguda. Actualmente debemos intentar desarrollar nuevas alternativas que no contengan estos sesgos y respondan a la necesidad del momento.

Lo cierto es que, ante el modelo de desarrollo económico-social asumido, se comprende cuan lejano se estaba de la posibilidad de recorrer el proceso sin llegar a un punto de conflicto. Actualmente se hace preciso desandar el camino que el Estado se reservaba en la tarea de elaborar e implementar proyectos de desarrollo social, contraponiéndole la idea de trasladar esa responsabilidad a los sectores civiles, resguardando para sí solo la función de contralor y regulador.

Todos sabemos que los acontecimientos sociales continúan su curso sin esperar que sean o no interpretados, de ahí la sorpresa que originan cuando los esquemas conceptuales no logran alianar los moldes cognitivos capaces de valorar con acierto la realidad. Los requerimientos teóricos actuales se alinean con sentidos y contenidos diferentes a los que se poseían en años anteriores. Se demarcan así nuevos conceptos que pretenden dar respuesta a una nueva problemática.

Desde este ángulo observacional, que por cierto está tomando cada vez más carácter universal y axiológico, amenaza con dejar fuera de la maqueta de las soluciones viables a aquellos que no alcancen a interpretarlos.

*Handwritten signature/initials*

ES CORTA

CERTIFICO QUE LA PRESENTE FOTO-COPIA ES AUTENTICA Y FIEL CON SU ORIGINAL QUE TENGO A LA VISTA.

en la fecha de *marzo* de *2002*

*Handwritten signature*  
ROBERTO OMAR DE LUCA CAMERANO  
SECRETARIO ADMINISTRATIVO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Y SERVICIO SOCIAL

Nace así como una necesidad impostergable, la orientación de las acciones hacia la consecución de resultados que redunden en eficiencia en todos los órdenes del quehacer humano organizado, tanto para el sector privado como para el público.

No escapa a esta cuestión la variable universitaria, como también todas aquellas instituciones formadoras de recursos humanos que se hallan imposibilitadas de dar respuesta a las nuevas alternativas de acción.

Nuevas preguntas originadas en el conocimiento y/o nacidas de actividades concretas, deben ser el eje orientador del accionar futuro en pos de dar soluciones adecuadas.

Es así, que la formación de recursos humanos idóneos como para asumir estos menesteres, es una tarea de gran envergadura ya que debe responder a esa realidad que cambia y plantea continuas adaptaciones en la búsqueda de niveles de eficiencia, compatibles con los requerimientos actuales. Siguiendo estos criterios, hoy proponemos nuevos lineamientos que contemplan la formación de un Magister, que con espíritu creativo ofrezca las herramientas brindadas en el proceso de aprendizaje; que sea capaz de generar políticas adecuadas e instrumentar respuestas ágiles y creadoras, donde consustancie el cuerpo teórico (de alto nivel académico) con un accionar metodológico y técnico para el que se ha preparado.

Creemos que el proceso de transmisión y asimilación del conocimiento debe operar en ambos extremos del proceso enseñanza-aprendizaje, con nuevas experiencias motivadas en el desarrollo de los aspectos de la vida cotidiana, consolidada con un fuerte arsenal teórico, en el cual la capacidad de pensar sea una cualidad sobre las memorizaciones de orden enciclopédicas.

Los objetivos básicos perseguidos desde el punto de vista metodológico como, en lo pedagógico, enfatizarán la construcción del pensamiento crítico, la toma de decisiones previa determinación de prioridades.

Desde esta óptica, visualizamos la conveniencia de incorporar en la formación del Magister, el conocimiento y la experiencia necesaria para realizar evaluaciones constantes y sistémicas de las necesidades de salud y del funcionamiento de organizaciones y/o programas implementados para satisfacer necesidades y demandas de la población.

Todos sabemos lo que está aconteciendo hoy con la problemática de la Salud Pública. No es extraño a lo que sucede en otras esferas de la vida social, ya que se encuentra en relación de dependencia con respecto a sus variables como estilo de vida, y las condiciones de vida que la determinan. Esta oportuna consideración, que relata la dependencia de las políticas de salud con referencia a las políticas económicas y sociales, indica la necesidad de articular la política con las acciones de salud, en momentos en que se aplican cada vez con mayor rudeza las políticas de ajuste (que van estrechando los márgenes de manobra y la posibilidad de alcanzar una salud para todos). Por ello es que se observa una mayor exigencia y presión de los distintos sectores sociales, a dar soluciones técnicas (alejadas de la improvisación) que sirvan para dar un paso adelante en la solución de los problemas.

Encontramos oportuno transcribir palabras del Dr. José Roberto Ferreira, Coordinador del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, quien en 1989 dijo "... es imperioso que en la formación de recursos humanos se redefinan vocaciones, prácticas y saberes, se precisen objetivos y métodos, que los conviertan en generadores de cambios; que elaboren y apliquen los instrumentos adecuados para que el cambio pueda ser implementado en el sector de salud.

Una preocupación predominante que debe caracterizar a los formadores de recursos humanos es aplicar con mayor eficiencia los recursos teóricos y metodológicos, de manera que el perfil del egresado tenga el caudal de conocimientos necesarios como para hacer frente a las políticas económicas de la cual dependen las políticas de salud.

Materias como administración, gerencia, ecología y ambiente, epidemiología social, con el complemento de bioestadística, teorías que estudian la personalidad y las relaciones de los hombres entre sí, las políticas económicas, las relaciones entre salud y desarrollo, el papel del Estado contemporáneo en la determinación de políticas del sector público, toman el rol de

ES COPIA

CERTIFICADO QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA ES AUTÉNTICA Y FIEL CON SU ORIGINAL QUE TENGO A LA VISTA.

Mar del Plata 20 de noviembre de 2002

ROBERTO CHAL DE LUCA OLIVERO  
SECRETARIO ADMINISTRATIVO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Y SERVICIO SOCIAL

marginalidad, la producción y la generación de grupos de poder que coexisten en un gobierno democrático, son parte de los propósitos perseguidos en la formación del egresado. De esta manera, se lo habilitará progresivamente a comprender el proceso de toma de decisiones en el sector salud, el valor del acopio, análisis y difusión de los datos, la vigilancia del medio ambiente y la aplicación de técnicas investigativas para identificar y resolver los problemas sanitarios.

Creemos que dentro del complejo panorama que hoy nos desafía a encontrar soluciones posibles, debemos hacer cambios educativos acelerados para poder contribuir con el recurso humano adecuado a maximizar la equidad, la eficacia, la eficiencia y la participación social para el logro de la meta "Salud para todos en el año 2000". Nuestro país se encuentra adherido a esta estrategia, por lo tanto es necesario adquirir mayor dominio en temas como: atención primaria de la salud, descentralización, programación, administración local de servicios y participación social. Debemos acordar que la tarea del gerente es también en términos de eficiencia en salud (donde un mayor bienestar sea el corolario del mayor esfuerzo). No se debe olvidar que lo humanitario y lo eficiente deben complementarse en un accionar racional a través del cual se alivie al hombre de la pesada carga de enfrentar situaciones dañosas que serían previsibles y superables. Porque como lo acota el informe de Evans "...lo que se necesita no son más epidemiólogos y economistas sanitarios, sino un criterio epidemiológico y un interés costo-eficiencia por parte de los encargados de determinar los problemas de salud y de administrar los recursos..." "...el problema más apremiante en el vasto campo, tanto de los países industrializados como los de en vías de desarrollo, es la necesidad de una gestión más eficaz de los servicios de salud en todos los niveles." Y recalca lo caro que ha sido la formación de los recursos humanos en salud pública cuando estos no se han generado en la realidad social y solo son esquemas desarticulados porque no es probable sea eficaz si la persona que ha recibido la enseñanza no puede utilizarla en su trabajo y si no existe una estructura bien definida de carrera profesional que ofrezca perspectiva razonablemente prometedora para atraer y retener los servicios de los profesionales más competentes.

#### IV - RESPONSABLES:

- Director de la Maestría: Dr. Luis César ABED
- Coordinadores: - Lic. Griselda Susana VICENS
- Dra. Lidia FERNANDEZ

#### V - DESTINATARIOS Y REQUISITOS DE ADMISION:

Dirigido a profesionales egresados de universidades nacionales, provinciales, privadas y/o extranjeras reconocidas por autoridades competentes, acreditados con carreras de cinco años o más, que se estén desempeñando laboralmente en el área de salud (pública o privada); pudiendo ser médicos, licenciados en: Nutrición, Enfermería, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Fisioterapeutas, Psicología, Educación, Ciencias de la Comunicación, Estadística, Informática, Administración de Empresas, Ciencias Políticas; además de: Contadores, Bioquímicos, Abogados, Ingenieros; /con una experiencia de tres años, como mínimo, en su especialidad. etc.

La admisión del interesado no implicará, en ningún caso, la reválida o reconocimiento del título de grado.

Los interesados deberán presentar para su inscripción, la siguiente documentación:

- Fotocopia legalizada del título profesional universitario, o certificado o constancia de título universitario en trámite, emitido por la correspondiente universidad de las contempladas

ES COPIA

en el primer párrafo de este punto V-. Antes de los ciento ochenta (180) días deberá presentar el correspondiente título legalizado.

- Certificado analítico de estudios.
- Resumen de antecedentes profesionales que demuestren su desempeño en el área de salud, en institución pública o privada.
- Carta de superior inmediato que avale la aplicación de los conocimientos en la Maestría a su regreso en su cargo y función.

Además, se acreditarán cursos previos cuya temática esté relacionada a la de la presente carrera, previa evaluación por parte del Director y Coordinadores de la misma. Se acreditarán, en total, un máximo de cinco (5) Unidades Valorativas Académicas (UVACS) por dicho concepto.

#### VI- TITULO A OTORGAR:

Se otorgará el grado académico de "Magister Scientiae en Gerencia y Estrategias en Salud", de acuerdo al presente Plan de Estudios. El título de la Tesis Final figurará al dorso del documento expedido.

#### VII - DURACION Y PERIODO DE INSCRIPCION:

La presente Maestría se dictará durante dos cohortes, las que abarcarán los periodos 1995-1996 y 1996-1997, respectivamente, pudiendo extenderse por otro periodo similar si los Responsables de la misma lo evalúan necesario.

Los llamados a inscripción se realizarán durante el mes de marzo de cada año lectivo.

#### VIII - DISEÑO CURRICULAR, CARGA HORARIA Y DURACION:

Se propone un modelo didáctico, basado en una estructura modular que describe la organización de la Maestría.

El plan de estudios está constituido por treinta y dos (32) módulos, incluyendo la presentación y defensa oral del trabajo de investigación (Tesis Final), lo que suma una totalidad de cincuenta y un (51) UVACS.

La puesta en marcha de los módulos se hará a través de un sistema semi-presencial, con un encuentro de docentes y alumnos cada quince (15) días (los días viernes de 8 a 12:30 y de 14 a 18:30 y los días sábados de 8 a 13 y de 15 a 18 horas) a lo largo de ocho (8) meses del primer año y de igual modo en el segundo año, en el que se dará énfasis a las tutorías para la elaboración de una Tesis Final de graduación.

En cada encuentro se dictará un módulo. Cada módulo tiene una carga horaria aproximada de 24 horas teórico-prácticas, sumando un total de 700 horas presenciales. Asimismo se demandará investigación de campo y trabajo a distancia que sumarán aproximadamente, 800 horas prácticas.

IX - CANTIDAD DE UNIDADES VALORATIVAS ACADEMICAS QUE OTORGA: Cincuenta y uno (51)-

#### X - PERFIL DEL MAGISTER SCIENTIAE EN GERENCIA Y ESTRATEGIAS EN SALUD

Al concluir la Maestría, el egresado se encontrará en condiciones de:

- 1) Realizar investigaciones sobre el estado de salud de las poblaciones argentinas y de los sub-sectores que lo integran, analizando sus variables desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo.

*AP*  
*de*  
*Gu*

ES COPIA

CERTIFICO QUE LA PRESENTE FOTO-COPIA ES AUTENTICA Y FIEL CON EL ORIGINAL QUE TENGO A LA VISTA.

Mar del Plata *la de* *unión* *de* *2000*

*Roberto*  
ROBERTO CALVO DE LUJAN CALVO  
SECRETARIO ADMINISTRATIVO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Y SERVICIO SOCIAL

- 2) Evaluar la estructura, dinámica, desenvolvimiento y producto de las organizaciones prestadoras de salud a nivel estatal, para-estatal y privado.
- 3) Realizar estudios de marketing previos a la elaboración de programas específicos.
- 4) Tomar decisiones en base a estudios epidemiológicos, ecológicos y administrativos, determinando la imagen objetivo que se desee alcanzar.
- 5) Realizar cálculo de necesidades y recursos, según objetivos de las organizaciones prestadoras específicas.
- 6) Asignar responsabilidades y funciones al personal según niveles de la organización donde prestará servicios.
- 7) Monitorear el proceso de trabajo técnico-administrativo, identificando fallas y retroalimentando el proceso según necesidad.
- 8) Implementar un sistema de educación continua para el personal según necesidades detectadas.
- 9) Realizar estudios de impacto en el mercado y cuan eficiente y eficaz es el sistema de servicios brindado.
- 10) Organizar un sistema de reconocimientos y premios para estimular al personal a su cargo.

#### XI - PLAN DE ESTUDIOS

##### MODULO I: TEORIA DEL ESTADO Y REALIDAD SANITARIA ARGENTINA

- Antecedentes históricos de la conformación del Estado-Nación.
- El Estado en el sistema de producción Industrial.
- Teorías sobre la conformación del Estado-Nación.
- El papel del Estado en las políticas sociales.
- La situación de la salud en el marco de las economías regionales.
- Evaluación del sector salud en la República Argentina.
- Organización y funcionamiento de los mercados de salud.
- Análisis de los modelos prestadores de salud.

11/8 - 95

##### MODULO II: ECONOMIA Y SALUD

- La producción y circulación del capital.
- Las teorías keynesianas y post-keynesianas.
- Teorías monetaristas.
- Teorías neo-estructurales.
- Finanzas Públicas: funciones del Estado, bienes públicos; redistribución del ingreso y políticas con transicciones.
- El caso argentino.
- El sector salud: economía sanitaria, los mercados, subsidio de demanda.
- El gerenciamiento en salud.

23/8/95

##### MODULO III: PREVISION SOCIAL

- Análisis de la previsión social en la República Argentina.
- La previsión social dentro del estado benefactor.
- La previsión social en las políticas neo-liberales.
- Análisis y crítica de las nuevas administradoras de jubilaciones y pensiones: el papel del Estado.

8/9/95

##### MODULO IV: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION I

- Historia de la ciencia: ontológica metodológica, lógica conceptual y terminológica.

22/4/95

ES COPIA

CERTIFICO QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA ES AUTENTICA Y FIEL CON SU ORIGINAL QUE TENDRÉ A LA VISTA.

Dr. Norberto 2002

ROBERTO OLIVERA Y LUCIA CALZADILLO  
SECRETARIO ADMINISTRATIVO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Y SERVICIO SOCIAL

1419

- Epistemología. Términos teóricos y términos técnicos.
- Diferencia entre saberes intelectuales y pragmáticos.
- El valor e importancia de la investigación en el gerenciamiento en salud.

**MODULO V: EL GERENCIAMIENTO EN SALUD**

- El administrador y el gerente de la empresa de salud.
- Los nuevos desafíos del gerenciamiento.
- Innovación y creatividad en la gestión.
- Actividades prácticas experimentales de gerencia y gestión.

6/X/95

**MODULO VI: EPIDEMIOLOGIA Y SALUD**

- Análisis del campo de la salud.
- Nuevos usos y perspectivas de la epidemiología.
- La epidemiología al servicio de la administración de salud.

20/X/95

3/XI/95

**MODULO VII: ADMINISTRACION Y GESTION**

- Conceptos. Escuelas del pensamiento administrativo.
- Funciones administrativas.
- La aparición de la administración: cómo empezó, su difusión y su fin.
- La administración y sus fundamentos conceptuales.
- La necesidad de conocimientos nuevos en las áreas básicas de la administración y de la gestión.
- Administración: el órgano de las instituciones.
- Análisis de casos. Ejercitación.

17/XI/95

**MODULO VIII: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION II**

- Análisis de distintos modelos y paradigmas de investigación: el modelo etnográfico, histórico, filosófico, antropológico, fenomenológico e hipotético deductivo.

8/III/96

**MODULO IX: LA GERENCIA. SUS CARACTERISTICAS.**

- Las tareas y los cargos del gerente.
- Los elementos esenciales de la gerencia: la definición tradicional y actual.
- El gerente y los miembros de la organización: los administrativos, los técnicos, los profesionales, etc.
- Definición del gerente por la función más que por el poder.
- Análisis de casos. Ejercitación.

22/III/96

**MODULO X: ESTADISTICA**

- El papel de la Estadística en el proceso de investigación y en el análisis de datos.
- Tipos de análisis estadísticos (descriptivo-inferencial).
- Tipos de datos (información primaria y secundaria), variables, escalas de medición.
- Organización de los datos: en el proceso de recolección y en la presentación (tablas, gráficos, diagramas).

12/IV/96

**MODULO XI: ESTADISTICA II**

- Análisis de la información estadística:
  - \* Medidas de posición.
  - \* Percentiles.
  - \* Concepto e importancia de las medidas de variabilidad.
  - \* Las medidas de variabilidad más utilizadas.

26/IV/96

26

*[Handwritten signature]*

ES COPIA

CERTIFICO QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA ES AUTENTICA Y FIEL CON SU ORIGINAL QUE TENGO A LA VISTA.

ROBERTO DANIEL LUCIA COPIABANCO  
SECRETARÍA ADMINISTRATIVA  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Y SERVICIO SOCIAL

Mar del Plata 20 de noviembre de 2002

- \* Medidas de asimetría.
- \* Representaciones gráficas utilizadas en el análisis de datos y su vinculación con medidas de posición, variabilidad y asimetría; detección de valores atípicos.
- Índices, relaciones y tasas utilizadas en investigaciones en el área de salud.

**MODULO XII: ESTADISTICA III**

- Nociones de aleatoriedad, probabilidad, variables aleatorias y distribuciones. 10/5/96
- Poblaciones dicotómicas, distribución binomial, distribución de Poisson.
- Distribución normal; puntaje Z.
- Ideas básicas acerca de las distribuciones muestrales y su aplicación en la inferencia estadística (intervalos de confianza y pruebas de hipótesis; nivel de significación).
- Medidas de relación entre variables cuantitativas y cualitativas.

27 (

**MODULO XIII: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION III**

- Elección del tema y área de investigación.
- Determinación del enfoque investigativo a seguir.
- Elaboración de objetivos.
- Construcción del marco teórico.
- Explicitación de hipótesis Final.

24/5/96

27 (

**MODULO XIV: LA ORGANIZACION ADMINISTRATIVA**

- La estructura administrativa: conceptos, su evolución y tendencias actuales.
- Concepto de estructuras como organización social: la estructura formal, los grupos informales, relaciones y problemas. 7/6/96
- Instrumentos y herramientas para el ordenamiento de la estructura administrativa.
- Análisis de casos. Ejercitación.

**MODULO XV: LA PLANIFICACION COMO HERRAMIENTA GERENCIAL**

- El planeamiento: definición y conceptos; su evolución.
- Los distintos enfoques del planeamiento: planeamiento normativo y planeamiento estratégico. 21/6/96
- Alcances temporales del planeamiento.
- Decisión estratégica más que planeamiento a largo plazo.
- Que es el planeamiento estratégico.

**MODULO XVI: PLANIFICACION Y PROGRAMACION**

- Formulación de planes, proyectos y programas. 5/7/96
- Las categorías programáticas en los subsistemas administrativos.
- Metodología de la programación social y su aplicación a los casos de salud.

**MODULO XVII: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION IV**

- Diseño metodológico. 19/7/96
- Tipos de estudios.
- Universo y muestra.
- Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.

27 (

**MODULO XVIII: LA ORGANIZACION DE LA ATENCION DE SALUD**

- Estudio de necesidades y demandas en salud. 16/8/96

27 (

ES COPIA

CERTIFICO QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA ES AUTENTICA Y FIEL CON SU ORIGINAL QUE TENGO A LA VISTA.

en el Plata 30 de noviembre de 2012

ROBERTO DÍAZ DE VECIA CALDERÓN  
SECRETARIO ADMINISTRATIVO  
MINISTERIO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SERVICIO SOCIAL

1419

- Descentralización, centralización y desconcentración de los servicios.
- Planeamiento y organización de servicios de atención de salud por niveles de complejidad.
- La evolución de la prestación de salud como instrumento del gerente de salud.
- Importancia de la gestión participativa en salud.

**MODULO XIX: LA ORGANIZACION DE LA ATENCION MEDICA**

20/8/96

- En este Módulo se continuará con los temas del módulo anterior. Se desarrollarán ejercicios y análisis de casos.

**MODULO XX: LA GERENCIA Y EL FACTOR HUMANO EN LA ORGANIZACION**

13/9/96

- El trabajador y el acto de trabajar: teoría y realidad.
- La Teoría X y la Teoría Y de Mc Gregor. Evidencia favorable a la Teoría Y y sus efectos.
- La crítica de Maslow.
- La realidad de la gerencia frente al factor humano.
- Los éxitos y fracasos de las diferentes teorías.
- Trabajo de ejercitación y análisis de casos.

**MODULO XXI: ADMINISTRACION DE PERSONAL Y LA GERENCIA**

27/9/96

- Política de personal y la unidad de personal.
- El control de la política de personal.
- Rotación, reclutamiento y selección.
- Política de formación profesional.
- Política de promoción.
- Administración y sueldos y salarios.
- Seguridad e higiene en el trabajo.
- Los servicios de orientación social.

**MODULO XXII: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION V**

28/

11/8/96

- Plan de análisis de datos.
- Pre-prueba o prueba piloto.
- Elaboración de un proyecto de investigación.

**MODULO XXIII: LA COMUNICACION ORGANIZACIONAL.**

25/x/96

- La comunicación organizacional: su sentido e importancia.
- Clases de comunicación organizacional.
- La distorsión o falla de la información formal; sus efectos en el clima organizacional.
- Comunicación escrita y oral.
- La comunicación ascendente.
- La comunicación descendente.
- La comunicación horizontal.

**MODULO XXIV: LAS COMUNICACIONES GERENCIALES**

8/x/96

- Importancia de la habilidad comunicacional del gerente.
- Los elementos fundamentales de la comunicación.
- La comunicación es: percepción, expectativa, planteo de exigencias.
- Comunicación no es información, la información presupone comunicación.
- La comunicación descendente solamente no es eficaz.
- Las comunicaciones, el modo de organización.

ES COPIA

CERTIFICO QUE LA PRESENTE F.L.T.O.  
COPIA ES AUTENTICA Y FIEL COPIA DEL  
ORIGINAL QUE TENGO A LA VISTA.

Mar del Plata *do noviembre* de 2002

ROBERTO GARCIA DE LUCA CASABIANCO  
SECRETARIO ADMINISTRATIVO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Y SERVICIO SOCIAL

1419

**MODULO XXV: ORGANIZACION GERENCIAL**

- Necesidades y nuevos enfoques.
- Los elementos constitutivos de la organización.
- Lógica y especificaciones del diseño.
- El diseño organizacional basado en el trabajo y la tarea: estructura funcional y equipo.
- Diseño centrado en los resultados.
- Diseño centrado en las relaciones: la estructura de sistemas.

22/x1

**MODULO XXVI: APTITUDES GERENCIALES: LA DECISION EFECTIVA**

- Los elementos esenciales.
- La importancia de diferenciar los hechos de las opiniones en la toma de decisiones.
- La necesidad de disenso y alternativas.
- La trampa consistente en "tener razón".
- El gerente y el compromiso en la toma de decisión.

**MODULO XXVII: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION VI**

- El informe de investigación.
- Tutoría.

**MODULO XXVIII: APTITUDES GERENCIALES: CONTROLES, CONTROL Y ADMINISTRACION**

- Controles y control.
- Las características de los controles.
- Los controles determinan metas y valores.
- Controles necesarios en los hechos mensurables y en los no mensurables.
- La especificación de los controles.
- Los controles y las estrategias.
- Los controles y su operatividad.
- Ejercitación.

**MODULO XXIX: LA DIRECCION: TAREAS**

- Alta dirección: rango o función.
- Tareas de alta dirección.
- Equipo de alta dirección.
- Las dimensiones de la tarea de alta dirección.
- Necesidades específicas.
- Las reglas.
- Tareas de alta dirección y estilos del director general.
- El plan de trabajo de la alta dirección.

**MODULO XXX: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION VII**

- Tutoría para elaboración del informe de investigación.

**MODULO XXXI: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION VIII**

- Tutoría metodológica y estadística.

**MODULO XXXII: PRESENTACION Y DEFENSA ORAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACION.**

28

28

28

28

ES COPIA

ROBERTO OJEDA DE LUCIA CARDENAS  
SECRETARIO AGAMUS TRAJERO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Y SERVICIO SOCIAL

**XII - METODOLOGIA Y EVALUACION**

El ingresante deberá cumplir con dos fases del plan de estudios:

- El programa de módulos a cursar.
- La Tesis Final, la que deberá resultar una contribución original al conocimiento, relacionado con la temática de la presente carrera.

Las instancias presenciales serán organizadas a través de clases teórico-prácticas, seminarios-talleres y un sistema tutorial para la realización de trabajos prácticos y elaboración de la Tesis Final.

Las instancias a distancia serán organizadas a través de actividades propuestas en guías de trabajo.

Se realizará una evaluación de diagnóstico, la cual se concretará en el primer encuentro, oportunidad en la que a través de un cuestionario se explorarán los intereses y expectativas de los asistentes, así como el nivel de conocimientos que poseen en relación a los temas a desarrollarse en la Maestría.

Con respecto a la evaluación de los módulos, cada uno de ellos se deberá aprobar mediante una evaluación teórica, oral o escrita, y/o práctica, con una calificación no inferior a siete (7) puntos. Si se propone la realización de trabajos prácticos, éstos deberán ser aprobados en un 80 % como mínimo. El profesor a cargo de cada módulo deberá proponer previamente los criterios y técnicas de evaluación que se consideren apropiados al carácter de los mismos y la metodología implementada (clase tradicional, taller, etc.). La propuesta deberá contar con la aprobación de los Coordinadores de la Maestría.

En caso de desaprobado uno o más módulos, se brindará la posibilidad de una instancia recuperatoria para cada uno: en el mes de julio -para los módulos dictados en el primer cuatrimestre-, y en el mes de diciembre -para los módulos dictados en el segundo cuatrimestre-.

Con respecto a la Tesis Final, la misma deberá ser presentada en forma individual. Deberá ser inédita, original, rigurosa metodológicamente y contar con un adecuado marco de reflexión problemática.

La publicación parcial de la Tesis Final no invalidará su carácter inédito, siempre y cuando dicha publicación se realice con la autorización escrita del Director de la misma y considerando explícitamente en la edición, que se trata de parte de una Tesis Final de curso.

Los trabajos serán entregados en la Secretaría Académica de la Escuela de Ciencias de la Salud y del Comportamiento, en original y cuatro copias, mecanografiadas a doble espacio, tamaño carta y encuadradas.

Tres ejemplares serán remitidos a los miembros del Jurado, el original quedará archivado en la Coordinación de la maestría y el restante será destinado a la Biblioteca de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

El Plan de Tesis Final y el Director de la misma deberán ser definidos una vez aprobado el 75% del total de los UVACS requeridos por el Plan de Estudios y hasta los seis meses de haber aprobado, el alumno, la totalidad de los módulos.

El alumno dispone de dieciocho (18) meses a partir de la promoción del último módulo para la presentación de la Tesis Final. En caso de excepción, el Director de la carrera puede autorizar una prórroga adicional de doce (12) meses más.

Los trabajos de Tesis Final serán evaluados por el Jurado Designado por el Consejo Directivo de la Escuela de Ciencias de la Salud y del Comportamiento, a propuesta del Director de la Maestría.

Dicho Jurado estará integrado por cuatro (4) miembros: tres (3) Profesores o investigadores de prestigio vinculados con el área temática de la carrera, con voz y voto, y el Director de Tesis Final, con voz pero sin voto.

Los miembros del Jurado deberán expedirse en un plazo no mayor de los sesenta (60) días de haber recibido el ejemplar de la Tesis Final.

El dictamen podrá ser:

ES COPIA

CERTIFICO QUE LA PRESENTE FOTO.  
COPIA ES AUTENTICA Y FIEL CON SU  
ORIGINAL QUE TENGO A LA VISTA.

de Mar del Plata el día de octubre de 2002

ROBERTO MA...  
SECRETARIO...  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Y SERVICIO SOCIAL

- De aprobación de la Tesis Final, para su defensa sin modificaciones.
- De aceptación, sujeta a modificaciones, indicando cambios o ampliaciones, los que deberán ser realizados en un plazo no mayor a ciento veinte (120) días. Luego de ello, la Tesis Final sólo podrá ser aceptada o rechazada.
- De rechazo, con un dictamen fundamentado. En este último caso, el alumno podrá presentar, en un lapso no mayor de un (1) año desde el dictamen del Jurado, y por única vez, una reformulación de la Tesis Final previa u otra propuesta sobre un nuevo tema. Para ello deberá seguir los procedimientos precedentes, indicados para la primera vez. En este caso, el alumno no podrá solicitar prórrogas adicionales de excepción para la presentación de la nueva Tesis Final.

Si el trabajo fuera definitivamente desaprobado, el alumno tendrá derecho a recibir una certificación de los módulos de posgrado aprobados.

Una vez aprobada la Tesis Final, la defensa de la misma deberá realizarse en un plazo no mayor a los sesenta (60) días, salvo razones de fuerza mayor, las que se evaluarán oportunamente en el Consejo Directivo. En caso que la defensa oral no fuera aprobada, el Jurado brindará una siguiente oportunidad dentro de los diez (10) días de la fecha estipulada en principio.

La defensa de la Tesis Final se realizará ante el Jurado y en acto público. El alumno dispondrá de cuarenta y cinco (45) minutos para formular el planteo de su trabajo de Tesis Final y responder a eventuales objeciones, formuladas por los miembros del Jurado. Cumplida la defensa, el Jurado emitirá su fallo, que será inapelable.

El Jurado calificará la Tesis Final con nota de 0 a 10, y si lo creyera necesario, podrá recomendar la publicación de la misma. La evaluación final deberá contar con la aprobación de los dos tercios de los miembros del Jurado, con voto.

El Jurado asentará en un acta los fundamentos del dictamen, que serán elevados para su aprobación al Consejo Directivo y Consejo Superior, respectivamente.

### XIII - PLANTEL DOCENTE

Para la organización y dictado de los módulos, se cuenta con la participación de los siguientes profesores:

- . Dr. Luis César ABED (U.N.C.)
- . Dr. Eugenio Gimeno BALAGUER (U.N.C.)
- . Arq. Luis Eduardo CARREÑO (U.N.C.)
- . Lic. Ruben Armando CASTRO TOSCHI (U.N.C.)
- . Lic. Bonifacia COLMAN (U.N.C.)
- . Lic. Nidia Graciela FERNANDEZ (U.N.C.)
- . Dra. Hebe Susana GOLDENBIERSCH (U.N.C.)
- . Dr. Ernesto Aldo ISUANI (U.B.A.)
- . Méd. Julio Alberto MONSALVO
- . Dr. Roberto Oscar TAFANI (U.N. RIO CUARTO Y U.N.C.)

### XIV - PRESUPUESTO

- . Un (1) cargo de PROFESOR TITULAR dedicación EXCLUSIVA, con 25 años de antigüedad, planta temporaria, para pago de docentes.
- . Dos pasajes vía aérea (ida y vuelta) por mes, para el tramo Córdoba-MDP-Córdoba (A cargo de la Universidad Nacional de Mar del Plata).
- . Alojamiento.

ES COPIA

PRESENTE CON LA PRESENTE FOTO.  
AUTÉNTICA Y DEL CON SU  
FIRMA Y SELLO DE LA VISTA.

Roberto Oscar Tafani

ROBERTO OSCAR TAFANI  
SECRETARIO AUXILIAR  
FACULTAD DE CIENCIAS DEL COMERCIO  
Y SERVICIO SOCIAL

1419

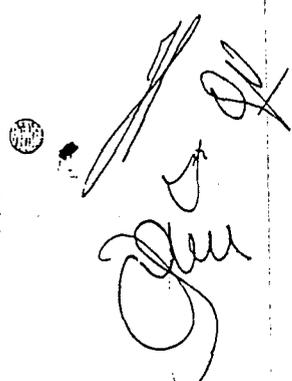
Gaslos varios (papel, fotocopias, envío de correspondencia, etc.)

XV - ARANCEL

- Para docentes de la Escuela de Ciencias de la Salud y del Comportamiento:  
\$ 800 (ochocientos pesos) o dieciséis cuotas mensuales de \$ 50 (cincuenta pesos) .-

- Profesionales relacionados con el área Salud:  
\$ 1.600 (un mil seiscientos pesos) o dieciséis cuotas mensuales de \$ 100 (cien pesos)

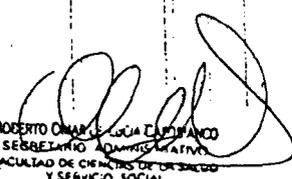
Lo recaudado en concepto de arancel será destinado al financiamiento de la maestría, llevándose a cabo la misma si se registra un mínimo de cuarenta (40) inscriptos (veinte docentes de esta Unidad Académica y veinte profesionales relacionados con el área Salud); el máximo no será superior a ochenta (80).



ES COPIA

CERTIFICO QUE LA PRESENTE FOTO-  
COPIA ES AUTENTICA Y FIEL CON SU  
ORIGINAL QUE TENGO A LA VISTA.

Mar del Plata *de noviembre* de *1990*

  
ROBERTO OMAR LEUCÁ CAPRIANO  
SECRETARIO ADMINISTRATIVO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Y SERVICIO SOCIAL

## **INDICE**

## **PAGINAS**

Resumen - Summary	1/3
Justificación	4/8
Introducción	9
Delimitación del Problema - Hipótesis	10
Objetivos	11
Marco Teórico	12/36
Diseño Metodológico	33/43
Resultados	44/83
Conclusiones y Recomendaciones	84/87
Citas Bibliográficas	88/90
Bibliografía	91/93
Anexo I "Planilla de recolección de datos de las actividades de enfermería"	
Anexo II "Planilla de análisis de datos de actividades de enfermería"	
Anexo III "Cuestionario de opinión del personal de enfermería"	
Anexo IV "Decreto Nacional N° 507/86"	
Anexo V "Normas Nacionales de garantía de la Calidad de Atención Médica"	

## RESUMEN

La presente investigación utiliza el método descriptivo y tiene por objeto analizar las actividades que realiza el personal de enfermería que se desempeña en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Privado de Comunidad, durante la atención de pacientes en tratamiento hemodialítico, en el marco de los conceptos de la gestión de calidad.

El universo en estudio está constituido por todo el personal que se desempeña en el mencionado servicio.

Para la observación de las actividades se elaboró un instrumento de recolección de datos, el que se realizó de acuerdo al Modelo Teórico de Enfermería de Roper, Logan y Tierney (1), describiendo todas las actividades que realiza enfermería en la atención de pacientes en hemodiálisis, y fundamentalmente las que se encuentran contempladas en las normas y reglamentaciones que regulan este tratamiento.

Mediante el método cualitativo se analizó la frecuencia de actividades realizadas y se las contrastó con las teóricas, observando un cumplimiento del 86.3 % de la totalidad de las actividades previstas, lo que está considerado como una *buena calidad de atención*, con posibilidad de ser más perfectible aún.

La recolección de datos de las actividades, se llevó a cabo durante el mes de mayo del año 2000, en los dos turnos de trabajo del servicio, durante los

distintos procesos de atención de los pacientes que se atienden en el mismo, adoptando para ello un sistema de observación directa del personal y registro de las actividades que realizaba.

También se aplicó una encuesta de opinión, al personal de enfermería, la que se efectuó durante el mes de junio del año 2000. La misma tuvo como fin valorar si el personal cuenta con los elementos necesarios para el cumplimiento de sus actividades, si conoce las normas regulatorias de la prestación que está brindando, y si las consulta, entre otros aspectos.

**PALABRAS CLAVES:** Gestión de Calidad - Actividades de Enfermería - Normas y Reglamentaciones. Protocolos de Procedimientos. Modelo Teórico de Enfermería Roper, Logan y Tierney.

## **SUMMARY**

The present investigation uses the descriptive method and he/she has for object to analyze the activities that the infirmary personnel that acts in the one carries out Service of Hemodiálisis of the Private Hospital of Community, during the attention of patient in treatment hemodialítico, in the mark of the concepts of the administration of quality.

The universe in study is constituted by the whole personnel that acts in the one mentioned service.

For the observation of the activities a gathering instrument was elaborated of data, the one that was carried out according to the Theoretical Pattern of firmary of Roper, Logan and Tierney (1), describing all the activities that he/she carries out infirmary in the attention of patient in hemodiálisis, and fundamentally those that are contemplated in the norms and regulations that regulate this treatment.

By means of the qualitative method the frequency of carried out activities was analyzed and it contrasted them to him with the theoretical one, observing an execution of 86.3% of the entirety of the foreseen activities, what is considered as a good one quality of attention, with possibility of being more perfectible still.

The gathering of data was carried out during the month of May of the year 2000, in the two shifts of work of the service, during the different processes of attention of the patients that are assisted in the same one.

He/she was also carried out an opinion survey to the infirmary personnel to effects of valuing if it has the necessary elements for the cumplimiento of their activities, among other aspects.

**KEY WORDS:** Administration of Quality - Activities of Infirmary - Norms and Regulations. Protocols of Procedures. Model Nurse, Roper, Logan and Tierney.

## JUSTIFICACION

En estos últimos años, los gerenciadore de la salud vienen demostrando una gran preocupación por la calidad de la atención que se brinda en los servicios de salud, enfermería no puede estar ausente a esto, dado que representa el grupo mayoritario de los profesionales de la salud, por lo que debe preocuparse y ocuparse de evaluar la calidad de los cuidados que brinda.

El concepto de calidad, según Juran "es la aptitud para el uso", lo que significa que un producto o servicio se puede considerar de calidad, cuando al obtenerlo cumple con el objetivo para el que se adquirió.(2)

Para determinar la calidad en la asistencia de la salud, se debe establecer previamente cuáles son los elementos a tener en cuenta para determinar un servicio de calidad, lo cual no resulta nada fácil, dado que existe innumerable cantidad de conceptos que no todos interpretan de la misma manera. Algunos de estos conceptos pueden ser la actuación técnica de los profesionales, la relación profesional/paciente, la administración, el control y la atención brindada a los familiares.

Teniendo en cuenta lo anterior es de destacar la necesidad de contar con estándares que indiquen el límite que separa la calidad de lo aceptable y lo no aceptable, lo que pueden ser ideales o empíricos, pero si deben estar basados en la experiencia y en estadísticas comprobadas. Estos estándares deben cumplir con dos condiciones: Suficiencia lo que nos indica que se ha hecho todo lo neces-

rio para una buena asistencia y Eficiencia: lo que nos cuestiona acerca de si todo lo que se ha hecho era necesario.

El presente estudio descriptivo ha pretendido valorar la atención de enfermería a través del cumplimiento de actividades, las que se han considerado importantes en el proceso de atención de atención de pacientes en tratamiento de hemo – diálisis, así como la observancia de normas, procedimientos protocolizados y reglamentaciones que regulan las prestaciones en los servicios de hemodiálisis, de esta manera se puede determinar si la calidad de los procesos, se corresponde con la calidad propuesta, o sea la relación entre objetivos/ resultados previstos y los alcanzados.

Para analizar las actividades de enfermería, en primer término, debemos definir o descomponer el proceso de atención que brinda enfermería, en sus diferentes partes o componentes y fijar un patrón de referencia para poder analizar el proceso a observar.

El Proceso de Atención de Enfermería se divide en cuatro etapas:

- 1) Valoración - Detección de problemas, reales o potenciales.
- 2) Diagnóstico de Enfermería - Elaboración de objetivos.
- 3) Ejecución - Actividades de Enfermería.
- 4) Evaluación - Nivel de logro de los objetivos propuestos.

Las cuatro etapas del proceso de atención de enfermería son consideradas en la atención del paciente en tratamiento de hemodiálisis y se toma como patrón de

referencia, en el desarrollo del proceso, las doce dimensiones desarrolladas en el Modelo Teórico de Roper y cols. las que se encuentran bajo el concepto de *Actividades Vitales*: Mantenimiento de un ambiente seguro; Comunicación; Respiración; Alimentación y bebida; Eliminación de excretas; Limpieza personal y vestido; Control de la temperatura corporal; Movilización; Trabajo y juego; Expresión de la sexualidad; Sueño y Muerte.

Esto se piensa desde la óptica de que hay que tener en cuenta un modelo de atención por procesos o análisis de procesos de trabajo, en nuestro caso, de enfermería, como una forma de desarrollar un modelo de atención orientado al paciente, que puede suponer cambios organizativos importantes en el servicio, en la medida que exige una gestión participativa y de compromiso orientada a la satisfacción y resolución efectiva de los problemas de salud de los pacientes.

Por otra parte se pretende desarrollar una visión orientada a la gestión de calidad, lo implica ante todo un modelo de gestión cuya base fundamental no sea el permanente cuidado de los recursos económicos con que cuenta el servicio, sino que resultados se obtienen con ellos, en términos de bienestar, calidad de vida, ausencia de complicaciones y satisfacción de los pacientes, y destacar las funciones que le son propias a enfermería, las que desempeña habitualmente, y si esta práctica coincide con lo que, idealmente, debería hacer para asegurar la calidad de la misma.

El proceso en su totalidad y fundamentalmente el resultado, entendido éste

como producto final ineludible del proceso, deben seguir criterios y estándares dentro de la normalidad. Estos estándares significan el valor de un criterio que separa la calidad aceptable de la no aceptable. Hay estándares de suficiencia, eficiencia y competencia.

El estándar de suficiencia significa que se ha hecho todo lo que se considera necesario para una buena atención, compara el cumplimiento de los objetivos planteados, y nos da información acerca de la calidad científico-técnica.

El estándar de eficiencia demuestra, fundamentalmente, si todo lo que se ha realizado era necesario. Relaciona los criterios establecidos y su cumplimiento a través de la observación y los registros. Los estándares de la competencia relacionan los dos criterios entre sí.

En el presente trabajo se toman como estándares o referencias, el Modelo Teórico de Enfermería de Roper, Logan y Tierney, aspectos normativo contemplados en la Ley Nacional de Diálisis N° 22.853/86 y su Decreto Reglamentario N° 468/89 <sup>(3)</sup>, las Normas Nacionales de Organización y Funcionamiento de las Unidades de Diálisis, Decreto Reglamentario N°734/97<sup>(4)</sup> y las Normas Nacionales de Bioseguridad <sup>(5)</sup>.

Las normas seleccionadas contemplan, entre otros aspectos, minimizar y/o Eliminar los riesgos para los pacientes, trabajadores de la salud, comunidad y medioambiente, por otra parte, su cumplimiento está garantizando un aspecto de la calidad en la atención de enfermería a pacientes en hemodiálisis.

Se espera que los resultados del mismo brinden un aporte para el mejoramiento de la calidad de los cuidados de enfermería en este servicio, mediante la revisión de normas, procesos de trabajo y de procedimientos, con la consecuente disminución de los costos que normalmente se suman a la no calidad en la prestación de servicios.

## INTRODUCCION

La evaluación de la calidad pretende mejorar el nivel de calidad de los cuidados como objetivo inmediato. Para ello comprueba los resultados de la práctica y los compara con las normas y estándares de calidad previamente establecidos, con la finalidad de conocer las desviaciones o el nivel de consecución de estos, y establecer las medidas correctoras adecuadas, si es necesario.

Atento a esto se considera necesario, efectuar un análisis de las actividades que a diario realiza enfermería en función de la atención de los pacientes en hemodiálisis para poder determinar si las mismas están cumpliendo con las normativas vigentes y satisfaciendo las necesidades de cuidados que requieren los pacientes.

Mediante el presente trabajo, se reunieron datos para determinar el nivel de calidad que se está brindando, y relacionarlo con los parámetros establecidos en la bibliografía que se tomó como referente, dando inicio a un plan de mejora continua que persiga como meta el logro de la calidad en los distintos procesos que hacen a la atención de los pacientes en hemodiálisis.

## **DELIMITACION DEL PROBLEMA**

Cuál es el porcentaje de actividades que realiza el personal de enfermería, en La atención de pacientes en tratamiento de hemodiálisis, en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Privado de Comunidad, para garantizar la calidad de los cuidados que realiza el de acuerdo al Modelo Teórico de Enfermería de Roper, Terney y Logan, y considerando el cumplimiento de las normas específicas que regula la práctica?

## **HIPOTESIS**

“El cumplimiento, por parte de enfermería, de las actividades previstas, normas, procedimientos y reglamentaciones relacionadas con la atención de pacientes en tratamiento de hemodiálisis , sustentan y favorecen la calidad de los cuidados que se brinden a los mismos”.

## ***OBJETIVOS***

### ***OBJETIVO GENERAL:***

- Observar las actividades que desarrolla enfermería en la atención de pacientes en Hemodiálisis y compararlo con los estándares seleccionados y determinar el nivel de calidad hallado.

### ***OBJETIVOS ESPECIFICOS***

- Observar y registrar las actividades que realiza enfermería en el proceso de atención a pacientes en hemodiálisis, siguiendo los estándares seleccionados.
- Relacionar la frecuencia de actividades observadas , con las previstas.
- Evaluar el conocimiento y la utilización de los estándares por parte del personal de enfermería.
- Evaluar la disponibilidad de las normas y protocolos de enfermería, para la consulta del personal involucrado.

## **CAPITULO I - MARCO TEORICO**

### *LA GESTION DE CALIDAD EN UN SERVICIO DE HEODIALISIS*

La inquietud por evaluar la calidad de la atención que se brinda en un servicio De salud, es una necesidad en términos de eficiencia y una obligación en términos éticos y morales.

Históricamente el control de la calidad se planteó de diferentes maneras, el Dr. Edwards Deming, en un seminario que brindó en Japón (1950), desarrolló su teoría de los “cuatro ciclos”: planear; hacer; verificar y actuar (PDCA), donde al finalizar cada ciclo, se deben institucionalizar las mejoras necesarias. En este proceso de mejoramiento continuo, los estándares que fueron establecidos con las mejoras del primer ciclo de Deming, deben considerarse como punto de partida para introducir nuevas mejoras. El progreso solo es admisible, si se tiene en cuenta que toda situación puede ser perfectible <sup>(6)</sup>.

La teoría de los ciclos de Deming, puede considerarse como un proceso mediante el cual se diseñan, en forma permanente, nuevos estándares de calidad, con la idea de que estos puedan ser revisados nuevamente y reemplazados por estándares mejores, si es necesario.

A las teorías de calidad existentes en ese momento, el Dr. Juran <sup>(7)</sup> agregó la dimensión humana para la amplia calidad, e incorporó un concepto innovador, al

sostener que debe involucrarse a la cúpula gerencial, junto al resto del personal jerárquico, en el proceso de control de calidad, al considerar esto, la calidad se transforma en un importante instrumento de gestión. Fueron muchos los aportes de Juran, para la implementación del concepto de calidad, uno de ellos fue el “espiral del progreso de la calidad”, donde se muestra una secuencia típica de actividades necesarias, para poner un producto en el mercado. Cabe destacar la “trilogía de Juran”, que consiste en: 1) *planeación de la calidad* : proceso en el que se planifican las metas a alcanzar; 2) *control de la calidad* : lo que permite comparar las metas de calidad con la realización de las actividades y 3) *mejoría de la calidad*: es lo que rompe con los niveles anteriores de rendimiento y desempeño.

Los procesos de calidad se logran con los recursos humanos y a través de ellos, de otra forma es imposible. Dado que este logro se puede considerar sólo de esta manera, se esperaría que el gerenciamiento de calidad de un servicio obtuviera como respuesta de sus trabajadores una actitud de flexibilidad para mantener e incrementar su capacidad de aprender, que sean autocríticas e insatisfechos con la calidad y eficacia de los servicios que están brindando, capaces de trabajar en equipo, interesados por la participación y liderazgo, para favorecer los cambios y facilitar los procesos de participación del resto de los miembros, que actúan directa e indirectamente en la prestación de los servicios que se brindan a los pacientes, teniendo en cuenta que estos servicios son brindados por personas para personas, por lo tanto es importante identificar la

relevancia que adquiere el papel de los recursos humanos en una organización.

Para poder implementar un sistema de calidad y luego tener la capacidad de mantenerlo en el tiempo, es imprescindible, que desde el comienzo intervengan todas las personas que se desempeñan en el servicio. Antes de su inicio es necesario contar con un diagnóstico de situación para poder identificar el grado de cumplimiento de las normas y a partir de este punto elaborar las estrategias necesarias para lograr la meta, que en este caso está relacionado con brindar un servicio que se encuentre sujeto a unas especificaciones y por lo tanto cumplan con los estándares de calidad que se fijaron previamente.

La calidad requiere ser medida en forma permanente, si esto no se lleva a cabo, resulta imposible mejorarla, Para desarrollar cada proceso de medición, es importante comunicar a todos los involucrados y recabar su opinión respecto a temas que se consideren relevantes, a la hora de repensar metodologías y procesos de trabajo.

Teniendo en cuenta que para garantizar la calidad de un servicio se deben determinar por escrito los requisitos concretos que deben cumplir los mismos, es que se tomaron, para ello las normas, leyes y reglamentaciones mencionadas anteriormente, que representan lo que se define en la Norma ISO 8402/86, cuando establece que el aseguramiento de la calidad es el: "Conjunto de acciones planificadas y sistemáticas que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada que un producto o servicio satisfará los requisitos dados sobre la calidad"<sup>(8)</sup>.

En cualquier sistema de salud con deficiencias económicas es difícil justificar el costo de un servicio de enfermería si no puede demostrarse que beneficia a los clientes en cierta forma.

Ante el anterior planteo se imponen dos cuestionamientos: a) *cómo ajustar la financiación de los servicios orientados al mejoramiento continuo de la calidad*; b) *cómo gestionar los recursos disponibles, teniendo en cuenta que no hay gestión sin que el valor de la eficiencia sea reconocido*.

Esta debe ser la visión empresarial que ahora se impone en la prestación de servicio de salud.

Por lo tanto este nuevo desafío nos lleva a no centrar nuestra atención en la gestión de los recursos que se disponen, sino en función de las actividades que con ellos obtenemos y a su vez correlacionando estas, a los resultados que es lo que realmente le da sentido y validez al sistema.

Si se tiene en cuenta que este nuevo modelo de gestión y organización orientado al paciente, debe inspirarse en sus necesidades, detectar con claridad los procesos asistenciales en relación a su prevalencia y requerimientos de atención, fomentar y promover, a partir de ello, un cambio hacia una organización de las actividades, no tanto en lo puramente técnico o en los diferentes ámbitos de conocimiento, sino más bien en unidades orientadas a procesos asistenciales que agrupen a un conjunto de profesionales, necesarios para poder dar respuesta a

todas las necesidades que presenta el enfermo-cliente y de esta manera obtener un mejor resultado.

Además este estilo se apoya en un modelo de organización por procesos, lo que supone una mayor efectividad y eficiencia del sistema. Más aún si entendemos en este análisis al producto como la respuesta a un problema de salud, se llega a una apreciación necesariamente integral, interdisciplinar, que requiere del uso de todas las estructuras que se tengan al alcance.

Desde este punto de vista todos los servicios de una institución asistencial, atienden fundamentalmente procesos asistenciales concretos que requieren de un organización de la "producción" distinta y particular, de acuerdo a cada proceso, siempre buscando la obtención, que es en este caso en especial, la salud del paciente, para lo que necesita mantener una determinada funcionalidad expresada en una continuidad de atención que haga de la resolución de cada proceso, no acto aislado, sino concatenado con los demás, tanto en el propio nivel asistencial, como con los demás niveles de atención.

El Dr. Donabedian<sup>(9)</sup> - pionero en la inclusión del concepto de calidad en la atención de la salud - considera la calidad como un atributo de la atención médica, que puede obtenerse en diversos grados.

También la define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Los beneficios mayores se definen a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo a los

recursos disponibles, para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes. Para él la calidad es un concepto que abarca dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes: una *técnica*, representada por la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución de los problemas del paciente, y otra *interpersonal*, representada por la relación que se establece entre el paciente y el profesional que lo asiste.

La definición desarrollada por Donabedian, difiere de la típica definición de calidad que se establece en el ámbito de la producción de bienes u otro tipo de servicios, donde se relaciona el grado de satisfacción del cliente o consumidor con el bien o servicio adquirido. En el caso particular de la atención de la salud la calidad no puede expresarse solamente como satisfacción, aún cuando ésta, si constituye un elemento indispensable para juzgarla, ya que aunque el paciente puede estar satisfecho con la atención recibida, no siempre puede juzgar la verdadera efectividad del tratamiento que ha recibido.

## ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD RENAL Y TRATAMIENTO HEMODIALITICO

La Insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) es el producto del fallo de la función renal, irreversible, con la pérdida de todas las funciones, y la alteración en la propiedad depuradora, reguladora, endocrina y metabólica del Riñón. Estas pérdidas generan retención de productos tóxicos, de desecho metabólico, sobrecarga de volumen, aumento de la concentración de solutos y desequilibrio

del estado acido-base, lo que genera un cuadro muy delicado en el enfermo, comprometiendo seriamente su vida, hasta llevarlo a la muerte, si no se le brinda un tratamiento substitutivo.

Algunos de los trastornos que comienza a presentar el enfermo son anorexia, nauseas, vómitos, diarrea, fatiga, problemas cardiovasculares y neurológicos. Esto determina un cuadro clínico característico conocido como "cuadro uremico", de no revertir el mismo con medidas terapéuticas apropiadas, el enfermo fallece.

Para sustituir estas funciones se disponen de varios tratamientos de depuración extrarrenal de la sangre, entre ellos están la Hemodiálisis, la Diálisis Peritoneal, la Hemofiltración y la Hemodiafiltración.

La palabra "diálisis", fue empleada por primera vez por un inglés de apellido Graham, catedrático de química ( 1805-1859 ), quien descubrió los fundamentos de la química de los coloides y pudo demostrar que un pergamino vegetal, podía ser usado como membrana semipermeable, describiendo el concepto de ósmosis<sup>(10)</sup>.

La diálisis es un proceso mediante el cual se intercambia, bidireccionalmente, agua y solutos, entre dos soluciones de diferente composición, que están separadas entre sí por una membrana semipermeable y selectiva. Esta membrana permite el paso del agua y pequeñas moléculas, pero no de proteínas ni de células.

Durante la diálisis se elimina de la sangre del paciente el exceso de agua y de sustancias tóxicas, hasta el líquido de diálisis, desde el que se aportan otros solutos hacia la sangre, como el calcio o el bicarbonato. La transferencia de agua y solutos se debe a dos mecanismos: la difusión y la convección, los que se realizan simultáneamente.

El primer riñón artificial fue desarrollado por Abel<sup>(12)</sup>, quien realizó la primera diálisis en 1913, siendo Haas <sup>(13)</sup> el primero en llevar a cabo una diálisis en el hombre, en 1926. Sin embargo el procedimiento no se universalizó por dificultades técnicas, siendo en los años cuarenta, con la aparición del riñón rotatorio, creado por Kolff <sup>(14)</sup> y el desarrollo de Murray<sup>(15)</sup>, cuando la hemodiálisis llega a ser un procedimiento aceptado para su aplicación clínica, consiguiendo Kolff <sup>(16)</sup> el primer sobreviviente en el año 1945 <sup>(17)</sup>.

A pesar del éxito de Kolff, la hemodiálisis no tuvo mayor difusión porque su realización presentaba numerosos problemas técnicos, ya que no se había obtenido un método de anticoagulación eficaz. También aparecían numerosas infecciones y fundamentalmente, no se disponía de un acceso vascular eficaz y estable, que permitiera aplicar el tratamiento en forma rutinaria.

Uno de los problemas más significativo que tuvieron que resolver los médicos, fue el de los accesos vasculares, para poder obtener la circulación extracorpórea que demanda el tratamiento, ya que cada vez que se practicaba el mismo se debía acceder en forma cruenta a los vasos sanguíneos del enfermo,

con la consecuente pérdida de los mismos al finalizar la diálisis. Por ello, la hemodiálisis en sus comienzos se consideró como un procedimiento experimental, laborioso, arriesgado y caro.

La aparición de la cánula (shunt) arteriovenosa externo de Scribner y cols.<sup>(18)</sup>, permitieron el acceso repetido a la circulación de los mismos y el nacimiento, en 1961, del primer Programa de Hemodiálisis Periódico, para pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. El mismo fue creado en la ciudad de Seattle, en 1962 y fue la primera unidad de hemodiálisis de la historia.

En 1966, los médicos italianos Brescia, Cimino y cols.<sup>(19)</sup>, aportaron un nuevo avance para solucionar, hasta el día de hoy, y de un modo más efectivo, los inconvenientes que aún se venían teniendo con los accesos vasculares, y fue la confección de una fístula arteriovenosa creada quirúrgicamente. Este nuevo acceso vascular evitaría buena parte de las complicaciones infecciosas y trombóticas, que se venían presentando con el shunt de teflón.

Los pioneros de la Hemodiálisis, han tenido que ir salvando innumerables obstáculos, como el descreimiento de sus colegas, los problemas técnicos, la falta de cobertura presupuestaria, falta de personal de enfermería capacitado para la atención de estos “nuevos” enfermos que aparecían en el ámbito hospitalario.

Actualmente la hemodiálisis es una técnica que sustenta la vida de más de un millón de personas a lo largo del mundo, es el producto de la interacción entre los

conceptos científicos y el empeño de unos pocos individuos que con rigor y tenacidad se enfrentaron y pudieron vencer los inconvenientes iniciales.

Entre las décadas del 70 al 90, se ha venido dando un cambio extraordinario, en el tratamiento de Hemodiálisis, atribuido al avance científico y tecnológico ( en lo que hace a equipamiento y materiales).

La aparición de una amplia variedad de membranas de diálisis, las que poseen una mejor biocompatibilidad, con una gran capacidad de ultrafiltración y depuración. La posibilidad de dosificar la diálisis que necesita cada paciente, mediante los datos de laboratorio del mismo y la utilización de un programa de computación. Otro avance importante en la calidad del tratamiento, es la utilización de agua de alta pureza y libre de bacterias, para la elaboración del baño de diálisis y la disponibilidad de soluciones de bicarbonato para dicho baño.

Los equipos de diálisis con módulos de ultrafiltración controlada, mantienen el equilibrio hemodinámico del enfermo y brindan un mayor bienestar durante el tratamiento, también hicieron posible la disminución de las complicaciones durante el tratamiento, lo supone una mejor calidad de vida para el mismo.

Los elementos principales para el tratamiento de hemodiálisis son: el dializador (filtro de diálisis), el circuito extracorpórea de sangre y el circuito de líquido de diálisis. Estos elementos están controlados por una máquina donde se disponen los sistemas de bombeo (equipo de diálisis), calentamiento, monitorización, alarmas y otras que permiten controlar con estrictas medidas de seguridad el tipo

de diálisis y la ultrafiltración pautada a cada paciente.

El filtro de diálisis es el elemento principal de la hemodiálisis y está compuesto por un recipiente que contiene sistemas de conducción a través de capilares, por donde circula la sangre y en el exterior de los mismos circula el líquido de diálisis, separados entre sí por la membrana semipermeable, de la que están compuestos los mencionados capilares. El filtro de diálisis está fabricado para el logro de una área de membrana adecuada a la necesidad de cada paciente en el mínimo espacio posible, manteniendo un flujo constante y homogéneo de la sangre y la solución de diálisis.

## ANTECEDENTES DEL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD

El presente estudio se realizó en el Servicio de Hemodiálisis el Hospital Privado de Comunidad (HPC), siendo este un hospital de alta complejidad que se caracteriza, además, por la atención de una población mayoritariamente, geronte.

Este hospital fue creado en el año 1971, contando en su inicio con los servicios básicos de atención médica, pero rápidamente fue creciendo en planta física y complejidad.

En el año 1978, la autora del presente es convocada para la creación del

Servicio de Hemodiálisis, en ese momento existía un sólo servicio de esa especialidad en la ciudad, lugar donde había adquirido la experiencia necesaria para la atención de pacientes en hemodiálisis. Dado que esta institución contaba con recursos económicos y voluntad de brindar atención de calidad a los pacientes desde el comienzo se contó con todos los elementos y equipamiento actualizado que existía en el mercado nacional.

Desde su creación se trabajó en la elaboración de normas y protocolos de los Diferentes procedimientos, esto desde luego apoyado en los conocimientos teóricos del momento, los que fueron actualizados permanentemente, adecuándose a los avances tecnológicos y científicos sobre la problemática y tratamiento de la insuficiencia renal crónica.

Actualmente está dotado con quince equipos de Hemodiálisis, de avanzada tecnología, sala de tratamiento de agua y equipamiento necesario para atender urgencias cardiorrespiratorias lo que permite brindar al paciente un tratamiento adecuado. En cuanto a recursos humanos, en el mismo se desempeñan diez personas con funciones de Enfermera/ro, (tres Licenciados en enfermería, cuatro Enfermeros y tres Auxiliares de Enfermería), tres personas con funciones de mucamas, una secretaria, una jefa de Unidad de enfermería, tres médico de staff y dos residentes.

En este servicio se atienden, actualmente, sesenta pacientes en tratamiento de Hemodiálisis crónica, los que reciben tratamiento mediante tres sesiones

semanales de cuatro a cuatro horas y medias de duración, cada una.

## PROBLEMATICA DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO HEMODIALITICO Y

### EL ROL DE ENFERMERIA

La persona sometida a hemodiálisis se enfrenta varias veces por semana a cierto grado de dolor e incapacidad debido a su patología, que pueden producir irritabilidad, actitud negativa y falta de colaboración.

“La diálisis cambia la vida que salva y crea problemas a medida que pro longa la supervivencia. Los pacientes llegan a temer a la muerte y a la vida, convirtiéndose en marginados. Por lo tanto se hallan entre el mundo de la enfermedad y el de la salud, perteneciendo en parte a uno y otro, parecen sano pero se sienten enfermos, expectantes y deseosos de alcanzar la normalidad, que es justo lo que no pueden conseguir”<sup>(19)</sup> enfermo sometido a diálisis, es una persona que se encuentra en continuo estado de adaptación al tratamiento, a la enfermedad, a la situación socioeconómica que le genera la misma, etc.

Para reducir el estrés que padecen los pacientes, es importante que las Enfermeras sepan comprender lo que le está ocurriendo en toda su dimensión, además de conocer los principios básicos de la hemodiálisis, poseer los conocimientos técnicos necesarios y de las complicaciones que pueden surgir lo suficientemente bien como para anticiparse a los problemas y aplicar las medidas correctoras

antes que se produzcan los mismos.

El personal de enfermería, asignado a la atención de estos pacientes, debe adoptar una actitud vigilante, receptiva, abierta y cómoda. La confianza y la competencia de la enfermera serán bien recibidas por el paciente y contribuirá mucho a su mejor aceptación del tratamiento.

El paciente sometido a diálisis es a menudo considerado por el personal Sanitario y por su familia, como una persona que puede llevar una vida normal, sin dejar de reconocer, al mismo tiempo, que el tratamiento puede mejorar los síntomas, pero no puede curar la enfermedad de fondo.

La magnitud de los problemas vitales del enfermo renal puede ser sobrecargadora para el mismo y sus familiares, lo que generalmente se manifiesta en problemas psicosociales, miedo a la muerte, falta de comprensión del carácter de su enfermedad y por lo tanto incumplimiento de instrucciones, transgresiones dietéticas y farmacológicas, ruptura familiar por dificultades con el desempeño de su rol, pérdida del empleo, etc.

A lo anterior se le suma la dependencia, forzada, del personal que lo asiste y del equipamiento con el que se le realiza el tratamiento, lo que lo lleva a adquirir una personalidad regresiva, con actitudes, en algunos casos, casi infantiles.

Teniendo en cuenta el desafío que significa la atención de los pacientes en Hemodiálisis, es redundante destacar la especial capacitación que deben tener

los profesionales que de ello se ocupen, pero en sus comienzos esto no fue tenido en cuenta, ya que de esta tarea se ocupaban personas con escasa preparación, generalmente de índole técnica, las que generalmente se capacitaban en los servicios de Hemodiálisis. Esto llevó a elaborar en los servicios de hemodiálisis protocolos de actividades pensados únicamente en las tareas técnicas del tratamiento.

En el servicio de hemodiálisis, donde se desarrolló el presente trabajo, se enfatizó desde el inicio del mismo, en que el personal que se desempeñara en él, debía ser profesional de enfermería, capaz de realizar acciones que prioricen los aspectos fundamentales del proceso de atención de enfermería, destacando aquellas tendientes a la prevención. Por otra parte, corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma de ayuda al enfermo para que pueda independizarse lo más pronto posible.

Para ello la educación sanitaria en los enfermos renales crónicos es una de las actividades de enfermería más importante, y difícil de llevar a cabo, generalmente por las múltiples actividades que se deben realizar en función de la asistencia técnica del paciente.

Si se interpreta a la educación del paciente como una forma de disminuir complicaciones en el curso del tratamiento, como producto del desconocimiento, habría que establecer nuevos modelos de atención de enfermería que apunten a la atención integral de las necesidades que el mismo presenta.

Toda actividad realizada por enfermería debe seguir un proceso, aunque a veces ello no se haga consciente. Sin embargo, existe una importante diferencia en el resultado cuando las actividades de enfermería se estructuran en forma organizada y obedecen a un modelo. Entonces los cuidados aumentan de calidad, ya que se planifican de acuerdo a la identificación de los problemas de salud reales y/o potenciales, de acuerdo a objetivos concretos para cada situación, y se evalúan en función de los resultados conseguidos comparándolos con los esperados. Todo ello fomenta la coordinación del equipo y evita omisión o duplicación de tareas garantizando que el paciente reciba aquello que necesita.

La enfermería no es una serie de actividades aisladas, sino que se desarrollan en igualdad con otras disciplinas sanitarias, completándose y prestando servicios conjuntamente, el servicio de enfermería, es un sistema diferenciado con entidad propia dentro del sistema de salud.

El hecho de que la enfermera/o esté en continuo contacto con el enfermo, le confiere responsabilidades adicionales, la enfermera/o que suministra cuidados, tendrá que evaluar continuamente la atención prestada, con el fin de mejorarla.

Cuidar es un proceso continuo que requiere una valoración global de las personas necesitadas de cuidado. Cuidar es el núcleo de la disciplina enfermera.

Si estas dos premisas son ciertas, hace falta que las enfermeras especialistas en cuidar personas con enfermedades crónicas, enfoquen sus cuidados de

enfermería con una perspectiva integral, de forma tal que siempre se encuentren atentas a la respuesta emocionales y/o psíquicas, conductuales, etc. del paciente y lo relacionen con las dolencias físicas que presenten.

Uno de los principales requerimientos, para orientar la organización de un servicio a los procesos asistenciales, es el que todos sus integrantes asuman una gestión participativa y de compromiso, ya que los objetivos de mayor calidad y eficiencia asistencial que se persiguen y que pretenden una atención personalizada, ya sea hacia el paciente como hacía la familia, necesitan que el equipo de profesionales involucrados estén dispuestos a trabajar interdisciplinariamente.

También para ello se hace necesario la delimitación precisa de lo relativo a la planificación y evaluación, estableciendo parámetros y estándares de calidad y en consecuencia, definir correctamente los objetivos de la calidad a los que se pretende llegar, para lo que se deberán tener en cuenta los siguientes pasos desde el punto de vista del aporte de enfermería a la demanda de cuidados que necesita el enfermo; a) *Identificar y describir el alcance y la práctica de la enfermería*, b) *establecer los fundamentos específicos, para brindar cuidados al enfermo, basados en la valoración de enfermería*, c) *orientar los cuidados a la respuesta del enfermo-usuario y a los problemas de salud*, d) *planificar actividades específicas para cada situación*, e) *brindar cuidados individualizados e integrados*, f) *Evaluar los cuidados brindados*<sup>(20)</sup>.

Además se debe fomentar la colaboración con otros profesionales y el abordaje

de los problemas de salud del enfermo-usuario desde diversas perspectivas, lo que necesariamente repercutirá en una mejor calidad de los cuidados y un mayor aprovechamiento de los recursos. La calidad además de preverse y diseñarse, debe gestionarse, evaluarse y mejorarse continuamente.

## CARACTERISTICAS DEL MODELO DE VIDAD DE ROPER, LOGAN Y TIERNEY.

Es necesario partir del soporte de un modelo conceptual y teórico de enfermería, para poder establecer claramente, el campo de acción propio de la enfermera, determinando, a través del mismo, las incumbencias de su práctica.

Por otra parte brinda el sustento y contenido del proceso de atención de enfermería, a su vez identifica y da claridad al aporte específico que enfermería brinda a las personas y a la comunidad.

Los modelos teóricos proporcionan y fortalecen la autonomía profesional, facilitando e incentivando la actividad interdisciplinaria, modificando el quehacer de una enfermería basada en un conjunto de tareas, responsabilidades, creencias y valores individuales hacia una comprensión compartida de enfermería definido por un modelo conceptual explícito.

También puede decirse que un modelo es un instrumento con el que se efectúa el análisis de los conceptos que contribuyen a la comprensión de la base de los

conocimientos, necesarios para la práctica de enfermería, en este contexto se utiliza el modelo de Roper, Logan y Tierney (21), el que se basa en el Modelo de Vida, lo que ayuda a la enfermera a reconocer la amplitud de su campo de acción teniendo en cuenta los ámbitos de desempeño como pueden ser la enseñanza, la promoción, mantenimiento y rehabilitación de la salud y prevención de la enfermedad o de las complicaciones.

El profesional de enfermería es responsable de proporcionar cuidados al individuo y a la comunidad de forma directa, integral y coordinada dentro del equipo de salud, entendiendo por cuidados de enfermería aquellas acciones realizadas de forma continuada con y para el individuo, encaminadas a fomentar su salud, ayudar en la curación y en la rehabilitación. Estas acciones serán elegidas y ajustadas con un criterio profesional a la particularidades de cada individuo y de cada situación.

El profesional de enfermería debe ser capaz de asumir y desarrollar, en referencia a los cuidados, las funciones de asistencia, docencia, administración, gestión e investigación.

En el momento de definir las funciones de enfermería, no hay inconvenientes, pero los mismos parece que se plantean cuando se trata de llevarlos a la práctica, para lo que parece ser necesario que los profesionales de enfermería, tuvieran clara conciencia de cuáles son sus funciones y estuvieran convencidos de su necesidad y aplicabilidad.

La finalidad de las intervenciones de enfermería, que tiene una base racional científica en las ciencias de enfermería, se originan alrededor de los conceptos de salud, persona, objetivo de los cuidados, y el entorno, conceptos todos ellos que de acuerdo con el modelo de enfermería seleccionado, constituyen el marco de referencia, que permite delimitar el ámbito de participación, competencia y responsabilidad del enfermero/ra.

Las actividades que podemos observar en la práctica, pueden realizarse como una rutina establecida, por orden del médico o como consecuencia de la planificación de las actividades para el logro de los objetivos previstos, desde una perspectiva profesional al servicio de la persona cuidada, y desde una visión integral de lo que le ocurre a la misma (22).

Las autoras de este modelo, sostienen que no es suficiente concentrarse sólo en los factores fisiopatológicos de la enfermedad, sino que se debe considerar también los factores sociales que contribuyen al desarrollo de problemas de salud: factores culturales que determinan estilos de vida individuales, por ejemplo, preferencias alimentarias y el significado simbólico de sucesos esenciales como el nacimiento, la enfermedad y la muerte; factores ambientales, como la contaminación del aire y el agua, saneamiento deficiente y riesgos industriales; factores psicológicos, como la manifestación de experiencias anteriores en el comportamiento actual.

Estos problemas se consideran tan importantes como la incapacidad física

porque originan circunstancias que predisponen a la enfermedad.

El conocimiento de estas múltiples variables también influye en el cuidado del individuo y afecta el nivel de salud enfermedad.

Existen en enfermería actividades, intervenciones o procedimientos necesarios para regresar a la persona al estado de salud. No es lo que hacen las enfermeras, sino como lo hacen lo que resulta crucial para el enfermo.

Para quienes padecen una enfermedad crónica es sumamente valioso poder contar con la contribución de una enfermera calificada y con suficiente experiencia como para comprenderlo y ayudarlo en la dura tarea de sobrellevar la enfermedad y el tratamiento. Al enfrentarse a estas circunstancias, la enfermeras necesitan la habilidad mental de la empatía descrita por Roper ( 1989) como : “ la identificación con otra persona sus acciones; ponerse uno mismo en los zapatos de la otra persona” (23).

La contribución de la enfermera en tales circunstancias es observar, escuchar y discutir con estos pacientes acerca de qué ayuda de enfermería necesitan, para llevar a cabo sus actividades diarias, de tal forma que se eleve su calidad de vida.

A pesar del reconocimiento que existe hoy día sobre la importancia de la mezcla de las habilidades intelectuales y prácticas, la enfermería aún conserva la orientación hacia la parte práctica. Como consecuencia, gran parte de las actividades

que se pueden observar, se limitan a un nivel puramente técnico, más que al desarrollo de un nivel teórico en el que fundamente su intervención diaria con los pacientes.

Este modelo de enfermería se basa en un modelo de vida, con lo que orienta a las enfermeras para reconocer el enorme campo de acción que tienen para enseñar, promover y mantener la salud, prevenir enfermedades, promover la rehabilitación, así como ocuparse de las actividades tradicionales de su profesión, que se relacionan con la enfermedad.

Este modelo presenta cinco partes principales ETAPAS DE LA VIDA, dentro de su concepción y son las siguientes:

- Actividades vitales.
- Etapas de la vida.
- Grado de dependencia/independencia.
- Factores que influyen en las A.V.
- Individualidad al vivir

En este trabajo se analizaron, mediante la observación, la existencia de actividades de enfermería tendientes a considerar aspectos, relacionados con las *Actividades Vitales*:

- Mantenimiento de un ambiente seguro.
- Comunicación.
- Respiración.

- Alimentación y bebida.
- Eliminación de excretas.
- Limpieza personal y vestido.
- Control de la temperatura corporal.
- Movilización.
- Trabajo y juego
- Expresión de la sexualidad.
- Sueño.
- Muerte.

Por lo tanto enfermería desarrolla acciones, desde la aplicación del proceso Científico de atención , tales como la valoración , planificación, ejecución y evaluación , de los cuidados, tendientes a contemplar cada uno de estos factores, en la atención de enfermos en hemodiálisis, para revertir la situación negativa que presente el paciente cada día.

## CAPITULO II - DISEÑO METOLOGICO

El presente estudio se llevó a cabo en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Privado de Comunidad, durante los meses de mayo, junio y julio del año 2000, se observaron las actividades que realiza enfermería en la atención de pacientes hemodializados. Para ello se contó con la aprobación y apoyo, de las correspondientes autoridades de la Institución.

Considerando la clasificación de las ciencias, el presente estudio corresponde a lo que se denomina "ciencia fáctica" ya que se ocupa de la realidad empírica, observar *los hechos* que ocurren.

De acuerdo a su naturaleza, el presente estudio corresponde a la *investigación empírica*, ya que su característica es la observación y/o experimentación de los hechos reales, dando preferencia a los procesos de medición.

Considerando el campo al que corresponde la presente investigación, se corresponde con el de *desarrollo*, dado que intenta completar, incrementar o perfeccionar los conocimientos existentes sobre un tema en particular.

Para el abordaje de la problemática del presente estudio se utilizó el método descriptivo-evaluativo, por ser el más adecuado para la medición del cumplimiento o logro de estándares u objetivos, ya que es la estrategia para efectuar este tipo de investigación la cual consiste en cuatro grandes etapas, a saber :

- 1) Precisar los objetivos o estándares que se toman como referencia.

- 2) Desarrollar un método para medir la realización o cumplimiento de los mismos.
- 3) Computar los datos.
- 4) Confrontar los datos con los indicadores previstos.

Los conceptos que se tienen en cuenta en el presente estudio son:

- Modelos Teóricos de Enfermería.
- Sistemas de Calidad en Servicios de Salud.
- Administración y Gestión de Enfermería.
- Paciente en Hemodiálisis.

Se elaboró un instrumento para la observación de las actividades de enfermería el que se basó en el Modelo teórico de Nancy Roper y cols. considerando las siguientes **Variables**:

**Actividades de Enfermería**: de acuerdo al Modelo de Enfermería de Roper, Logan y Tierney, se clasificaron en acciones tendientes a brindar cuidados enfermeros que contemplen los siguientes aspectos:

- **M. Mantenimiento de un ambiente seguro: M.1** Preparación de equipo. **M2.** Preparación de los filtros de diálisis. **M3.** Conexión del paciente al sistema de diálisis. **M4.** Inicio y cuidados durante el tratamiento de diálisis. **M5.** Desconexión del paciente del sistema de diálisis. **M6.** Control de elementos de urgencia. Entiéndase por brindar al paciente cuidados preventivos, para evitar

complicaciones como a) infecciosas; b) accidentes; c) objetivo de tratamiento no satisfactorio ( no haber perdido el paciente, el exceso de líquido programado); d) desconexión accidental del sistema dialítico; etc.

■ **C. Comunicación.** **C1.** Registros en el libro foliado. **C2.** Comunicación con los pacientes. **C3.** Comunicación con los familiares. **C4.** comunicación con el equipo. Entiéndase por el proceso de comunicación propio y necesario en toda relación interpersonal, En este caso adquiere especial importancia en la relación enfermera-paciente, por la labor educativa que la misma debe brindar al enfermo y para realizar una buena contención del enfermo, así como de sus familiares.

■ **R. Respiración.** Se relaciona con el proceso fisiológico y espontáneo que realiza la persona a efectos de ingresar oxígeno a todas las células de su organismo. Aquí se destacan actividades de enfermería tendientes a observar e intervenir, si es necesario, en este proceso.

■ **AB. Alimentación y bebida.** Se trata del proceso de ingestión de alimentos necesarios para la subsistencia humana. En este caso enfermería debe evaluar la cantidad y calidad de alimentos que ingiere el paciente con insuficiencia renal crónica.

■ **E. Eliminación de excretas:** El proceso de eliminación forma parte de las necesidades fisiológicas del ser humano. En este caso la enfermera deberá

vigilar que no existan alteraciones en el proceso de eliminación.

- **LV. Limpieza personal y vestido:** La higiene personal y el vestido, forman parte de la responsabilidad social de las personas
  
- **CT. Control de la temperatura corporal.** El hombre es capaz de mantener su temperatura corporal, por medios fisiológicos, independientemente de la temperatura ambiente. Aunque la temperatura corporal es autoregurable, en esencia las personas deben tomar ciertas medidas para evitar los riesgos e incomodidades del calor o del frío. Enfermería deberá estar atentas a estas necesidades que presenten los pacientes.
  
- **MO. Movilización.** Se relaciona con la capacidad de movimiento que posee el hombre, siendo una de las actividades más preciadas por él. Teniendo en cuenta la independencia en la movilidad que logre el paciente, va a favorecer la reinserción del mismo en el rol que representaba antes de su enfermedad. La enfermera debe lograr que el paciente llegue a la mayor individualidad posible y protegerlo cuando no lo logre.
  
- **TJ. Trabajo y juego.** Cuando el hombre no duerme, por lo general trabaja o juega. El trabajo proporciona el desarrollo económico de la persona y su familia, permitiéndole el sustento necesario para vivir y el juego le permite liberar las tensiones de la vida diaria, ambos son muy necesarios, pero en su justa medida. La enfermera deberá, junto a otros profesionales (Asistentes Sociales, Terapeutas Ocupacionales, Psicólogos, etc.) trabajar los problemas

que impidan al paciente lograr estas actividades.

- **ES. Expresión de la sexualidad.** Esta es una actividad de la vida adulta, de las personas. En caso de enfermedad, suele estar alterada, lo que afecta al individuo en su rol de pareja. La enfermera permitirá, creando un clima adecuado, que el paciente exprese sus problemas y lo derivará a quien corresponda.
  
- **S. Sueño.** Todos los organismos vivos tiene períodos de actividad que alteran con períodos de sueño, los seres humanos tienen un ritmo de actividad y sueño de 24 horas. Teniendo en cuenta la importancia del sueño para la recuperación del organismo, la enfermera deberá prestar atención y valorar el descanso que logre el paciente, mediante el sueño.
  
- **MU. Muerte.** La muerte forma parte de la vida, ya que marca el final de la misma. La congoja es la actividad que se une sin remedio a la muerte, a través de ella la persona se resigna y encuentra valor para continuar viviendo. En los servicio de diálisis la muerte está siempre presente, cada ves que la enfermera conecta al paciente al tratamiento de diálisis, le está restando posibilidad de actuar a la muerta. La enfermera debe hablar con el paciente sobre los temores que le genere la muerte.

## **OTRAS VARIABLES CONSIDERADAS**

**Título** : corresponde al título que posee el personal que se desempeñaba en Servicio donde se realizó el estudio, cuyos códigos fueron:

- LIC: Licenciada/do en Enfermería
- EN: Enfermera/ro.
- AUX: Auxiliar de Enfermería.

**Turno**: corresponde al turno de trabajo en se desempeña cada persona, pudiendo ser los los mismos :

- TM: el correspondiente de 6 a 14 horas.
- TT: el correspondiente de 14 a 22 horas.

## RECOLECCION DE DATOS

En los meses de marzo y abril del año 2000, respectivamente, se llevó a cabo la prueba piloto del instrumento de recolección de datos, el que fuera elaborado para la observación de las actividades y el cuestionario de opinión, en el 50% de la población, de donde surgió la necesidad de realizar modificaciones en ambos, hasta lograr un resultado positivo. La escala que se aplicó para la elaboración del instrumento de recolección de datos, para la observación de las actividades, fue de tipo dicotómica con dos opciones señaladas como Si o NO, ante el cumplimiento o no cumplimiento de la actividad contemplada en el instrumento.

La recolección de los datos de la observación de las actividades, se realizó durante los meses de mayo y junio del año 2000, dado que hubo alguna interrupción relacionadas con períodos de descanso del personal y/o de los observadores.

El universo en estudio estuvo constituido por la totalidad del personal de enfermería, que se desempeñaba en el Servicio de Hemodiálisis, de la institución seleccionada, al momento de la recolección de los datos.

Para recabar la opinión del personal de enfermería, se utilizó una encuesta autoadministrada, la que se aplicó en forma anónima, destacándose en la misma el título del personal y el turno de trabajo, la misma realizó durante el mes de julio habiéndose logrado la respuesta de la totalidad del personal, lo que fue muy positivo por tratarse de un universo pequeño.

A los efectos de contar con la colaboración y buena predisposición del

personal durante la recolección de los datos, se brindó una explicación detallada sobre los objetivos del estudio a realizar.

La observación directa, se utilizó como técnica para la recolección de los datos, utilizando para ello el instrumento mencionado. La encuesta fue entregada a todo el personal, previo asesoramiento al respecto. Se obtuvo la respuesta de la totalidad de la población.

El relevamiento de los datos lo efectuaron la autora, con la colaboración de otras Jefas de Unidad de otros servicios del Hospital. Para ello se estableció el siguiente cronograma de recolección de datos, teniendo en cuenta el horario de trabajo del personal:

- Lunes, miércoles y viernes, turno mañana: 15 observaciones ( 3 x Enf.) de 8 hs. cada una = 120 horas
  
- Martes, jueves y sábados, turno tarde: 15 observaciones ( 3 x Enf.) de 8 hs. cada una = 120 horas

En virtud de haberse realizado tres observaciones por operador "personal de Enfermería", y son diez los operadores observados, se arribó a una frecuencia de 30 actividades por cada indicador, en algunos casos puntuales se consideró una frecuencia de diez actividades ("Mantenimiento de un ambiente seguro, M1.1: Preparación del equipo: Se lava las manos"), lo que se considera como óptimo.

El criterio que se adoptó para determinar la calidad, de acuerdo a la frecuencia de cumplimiento de las actividades fue el siguiente:

Buena calidad Mala calidad  
100% \_\_\_\_\_ 80% \_\_\_\_\_ -50%

El procesamiento de los datos se realizó mediante la utilización del programa de computación Excell 97.

## **RESULTADOS**

### **ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EN LA ATENCION DE PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS.**

Si hay algo que ha dado significado a lo largo del tiempo a la profesión de enfermera esto ha sido cuidar. Lo que significa conservar la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la misma.

La función que ha ejercido la enfermera a lo largo de su historia, ha sido cuidar a personas enfermas, esto es realizar una serie de acciones encaminadas a satisfacer las necesidades para preservar la vida de un enfermo, que por su condición de tal no podía o puede realizar por sí mismo.

En el presente estudio la atención de enfermería se ha fijado en estándares de cuidados, en un modelo conceptual de enfermería, en las relaciones interpersonales y la responsabilidad profesional, implicando criterios de medida, de evaluación de los cuidados, dentro del objetivo de excelencia del cuidado al usuario, con la adaptación de las actividades a las que se deben realizar en una unidad de atención de pacientes en hemodiálisis.

Del análisis de las actividades de enfermería para la atención de pacientes en hemodiálisis realizado en la institución seleccionada, se pudo observar el porcentaje de cumplimiento de los estándares de calidad que se establecieron previamente. En las siguientes tablas se muestra el porcentaje de cumplimiento de los mismos.

**TABLA I:** Porcentaje de frecuencia de cumplimiento de las actividades de enfermería observadas, en el Servicio de Hemodiálisis, del Hospital Privado de Comunidad. Mayo/Junio. Año 2000.

	ACTIVIDAD	FREC. OPTIMA	FREC. Hallada	PORCEN.
M	Mantenimiento de un ambiente seguro	2232	1947	87%
AB	Alimentación y bebida	210	178	85%
E	Eliminación de excretas	120	84	70%
C	Comunicación	840	717	89%
R	Respiración	180	171	95%
MO	Movilización	360	336	93%
TJ	Trabajo y juego	130	82	63%
LV	Limpieza personal y vestido	150	123	82%
CT	Control de la temperatura corporal	150	147	98%
ES	Expresión de la sexualidad	90	72	80%
S	Sueño	150	128	85%
MU	Muerte	130	93	72%
	<b>Total</b>	<b>4202</b>	<b>3627</b>	<b>86,30%</b>

En la dimensión **“MANTENIMIENTO DE UN AMBIENTE SEGURO”**, se representa el porcentaje de cumplimiento de las actividades que debe realizar enfermería de acuerdo al marco teórico seleccionado.

De acuerdo a los datos que muestra la presente tabla, se puede observar que se cumple con un 87% de las actividades de enfermería que garantizarían un ambiente seguro en el proceso de tratamiento del paciente, al desagregar las mismas por actividades se observó que actividades como *“M1.7 - Coloca un recipiente con solución antiséptica sobre el equipo”*, se cumplía en un 50%; *“M1.8 - Coloca cinta de papel y cinta hipoalergénica sobre el equipo”* en un 47%; *“M2.8 -*

*Mide el volumen residual*” en un 33%; y no se realizan las actividades “*M6.5 - Verifica el vencimiento de los Matafuegos*” y “*M6.6 -Efectúa revisión de roles de incendio*”, lo que de alguna manera incide en el bajo porcentaje general. ( Ver Anexo II)

Para un análisis más detallado, se procede a desglosar, a continuación los distintos indicadores de la dimensión “**M. Mantenimiento de un Ambiente Seguro**”, que presentaron datos significativos, en los distintos procesos de trabajos.

En el indicador **M1. “Preparación del equipo”**, se representan las tareas de preparación de los equipos de diálisis, donde se puede observar el 87% de cumplimiento de las actividades, destacándose que el menor porcentaje está dado en las siguientes actividades : *M1.1 “Se lava las manos”*, con un 60% de cumplimiento, en “*M1.7 -Coloca un recipiente con solución antiséptica sobre el equipo*”, se cumplía en un 50%; “*M1.8 -Coloca cinta de papel y cinta hipoalérgica sobre el equipo*”, en un 47%. Estos requisitos se tuvieron en cuenta para evitar infecciones cruzadas por compartir cintas adhesivas o frascos con antisépticos en la atención de los distintos pacientes. ( Ver Anexo II)

En el indicador **M2.”Preparación de los filtros de diálisis”**, lo que corresponde al proceso de lavado y preparación de los filtros de diálisis, previo al tratamiento.

En el indicador mencionado, se observa un cumplimiento del 83% de la frecuencia de actividades, destacándose el menor porcentaje de las mismas en los ítem

*M2.1 “Se lava las manos”; “M2.2 “Se coloca guantes descartables”; M2.5 y M2.15“Se quita los guantes”, todos con un 60% y con igual porcentaje estos*

En el indicador **“M3. Conexión del paciente a diálisis”**, se representa el proceso de conexión del paciente al tratamiento hemodialítico.

En el mencionado indicador se puede ver que se cumple con un 88% de la frecuencia de las actividades, correspondiendo los porcentajes menores a las actividades *“M3.2 -Se coloca bata limpia”* con un 63%, igual porcentaje se da en *M3.10 “Se cambia la bata entre cada conexión”* y en *M3.1“Se lava las manos”*, presente un cumplimiento del 40%.( Ver Anexo II)

En la misma dimensión **M “Mantenimiento de un ambiente seguro”**, se observa en el indicador *M4. “Inicio y cuidados durante el tratamiento de diálisis”*. donde se consideran todos los cuidados que se deben brindar durante el tratamiento. En el presente indicador se muestra un 93% de cumplimiento de la frecuencia de actividades, destacándose que los porcentajes menores corresponden a las actividades *“M4.8 “Verifica la perfusion de la heparina”* con un 70% de cumplimiento; en el ítem *“M4.22. Limpia el material utilizado”* con un 80%

En el indicador **M5 - “Desconexión del paciente de la diálisis”**, representa el proceso de finalización y desconexión del paciente al sistema de circulación extracorpórea. En el presente indicador se comprueba un alto cumplimiento de la frecuencia de actividades, correspondiendo los porcentajes menores a las actividades *“M5.4 -Se coloca protector ocular”* con un 60%.

En el indicador **M6. "Control de los elementos de urgencia"** se observa un porcentaje de cumplimiento del 50% en los ítem "M6.4 -Controla el funcionamiento del visoscopio y cardiovertor y por otra parte no se cumple con el "M6.5 -Verifica vencimiento de matafuegos" y "M6.6 -Efectúa revisión de roles de incendio"

En la dimensión "**AB. ALIMENTACION Y BEBIDA**". Se detallan las acciones de enfermería tendientes a controlar la nutrición del paciente, en ella se puede comprobar un cumplimiento del 85% de las tareas previstas, encontrándose los porcentajes mas bajos en "*AB3. Evalúa el estado nutricional del paciente*", con un 70% y *AB 4 Registra el líquido que bebe el paciente*", con un 30% y "*AB6. Observa la alimentación del paciente durante el tratamiento*", con un 40% de cumplimiento. Estos puntos son muy importantes para tener en cuenta ya que la insuficiencia renal crónica es un estado caracterizado, entre otros fenómenos, por alteraciones nutritivas metabólicas que no sólo se manifiestan a través de distintos signos y síntomas de uremia, sino que en muchos casos conducen a desnutrición proteicoenergética. (Ver Anexo II)

Por otra parte, la diálisis por si misma puede ocasionar cambios adicionales en el paciente, que influyen negativamente en su estado nutricional, así como también las prescripciones dietéticas inadecuadas y falta de suplementos de vitaminas y minerales, que influyen negativamente en la nutrición del paciente. Esto aumenta el riesgo de infecciones, la anemia, la pérdida de masa muscular, entre otros, lo que desmejora la calidad de vida del paciente.

En el indicador "**E. ELIMINACION DE ESCRETAS**", Se refiere al control del patrón de eliminación del paciente. En un 70% se cumple con las actividades previstas en este ítem, encontrándose los valores más bajos en "*E1. Indaga al paciente sobre diuresis residual*", 33%. En este punto se aclara que gran parte de los paciente en hemodiálisis se encuentran en estado de anuria, por lo que enfermería se guía por el peso de ingreso a diálisis para regular el balance hidroelectrolítico del paciente. ( Ver Anexo II)

El otro valor bajo, está dado en "*E3. Indaga al paciente sobre frecuencia y características de las deposiciones*" que tiene un 47% de cumplimiento. Ante esto se observa que por tratarse de paciente ambulatorios no hay una rutina de control, sólo se tiene en cuenta cuando el paciente manifiesta trastornos en el funcionamiento intestinal.

En el indicador "**C. COMUNICACION**", este ítem se plantea en diferentes relaciones comunicacionales. En el ítem "*C1. Registro en el libro foliado*" comprende las actividades de registros que indica la Ley Nacional de Diálisis.

En este gráfico se comprueba un cumplimiento del 80% de las actividades, hallándose los valores más bajos en "*C1.1 Registra volúmen residual de los filtros*" 33% y "*C1.6 Registra número de reuso de filtros*" 57%, por ser estas dos actividades que se encuentran contempladas en la Ley Nacional de Diálisis, se deberá trabajar respecto al cumplimiento en un 100% de las mismas.

" En el "*C2. Con los pacientes*" en el ítem se ha encontrado un 94% de

cumplimiento de las actividades, donde el 100% de cumplimiento se dá en tareas más significativas para la atención del paciente, y el valor más bajo está en “C2.6 *Instruye al paciente sobre la importancia de la toma de medicación indicada*” con un 77%. Esta tarea se considera, también, relevante dado para evitar efectos no deseados de la medicación, por desconocimiento, por parte del paciente de todo lo concierne a la misma.

En el ítem “C3. *Con los familiares*”, e bajo porcentaje de concreción de actividades que se muestra en el presente gráfico, 63% está demostrando que existe poco contacto entre enfermería del servicio y los familiares de los pacientes y por otra parte, cabe destacar que la familia, generalmente, no se acerca al servicio en busca de apoyo o por consultas puntuales, por lo tanto se considera importante que se trabaje sobre este punto a los efectos de integrar a la familia en el proceso de atención integral del enfermo. Más aún teniendo en cuenta el desgaste que padece la familia con un enfermo crónico que se torna, en algunos casos, difícil, agresivo y poco colaborador. En el ítem “C4. *Comunicación con el equipo*”, por los datos demostrados en el presente, se puede decir que se cumple en un 89% con la comunicación con el equipo de salud. Donde se debería mejorar es en el ítem “C4.7 *Efectúa el pase de guardia por paciente*” que presente un 87% de cumplimiento y en el ítem “C4.8 *Comunica a la jefa de unidad los inconvenientes*”, presenta un 70% de cumplimiento.

El indicador “**RESPIRACION**”. se relaciona al control del patrón respiratorio del paciente. En el mismo se puede ver un alto porcentaje de cumplimiento

(95%), en las actividades más significativas y vitales para el paciente, siendo la actividad “R3. *Mantiene en condiciones los elementos de oxígeno y nebulizaciones*”, que presenta el porcentaje más bajo, 70%. Cabe destacar que en el ítem “R2. *Indaga con cuantas almohadas duerme*”, ( 100%) tiene como objetivo reunir información para conocer los hábitos del paciente en cuanto a la actividad vital de la respiración, también para conocer si hay algún obstáculo para la independencia en ello: ya que los problemas cardiovasculares pueden impedir la respiración normal y es necesario mecanismos de defensa previos en caso de dificultades y si hay algún problema actual o incipiente con la respiración, ya sea por alguna patología aguda, crónica o simplemente por sobrecarga de volumen que se manifiesta con edema pulmonar.

A través del indicador “**MO. MOVILIZACION**”, contempla las actividades físicas que realiza el paciente, con el apoyo de enfermería. En lo observado se puede comprobar un 93% de cumplimiento de las actividades previstas, por lo que es importante destacar que la población de pacientes que se atienden en este servicio requiere de colaboración o apoyo de enfermería para moverse, esto se da por la edad de los mismos (el promedio es de 65 años), para los adultos, el trabajo y actividades recreativas incluyen movimiento manifiesto; pero la preciada independencia del anciano es imposible sin cierto grado de movilidad. Para la mayoría de la gente cuando envejece llega el momento en que pierden peso, disminuye su energía y talla, lo que no solo afecta de manera directa las actividades vitales de moverse, sino que también altera los aspectos móviles

de limpieza personal y vestido, eliminación e ingesta de alimentos y bebidas y esto es lo que ocurre con el paciente renal añoso.

El indicador **“TJ. TRABAJO Y JUEGO”**, contempla actividades que hacen a la recreación del paciente. Aquí se puede ver un porcentaje bajo de cumplimiento de las acciones de enfermería, 63%, si se tiene en cuenta que el trabajo y juego son complementarios y ambos son aspectos fundamentales de la vida, se deberá prestar más atención a las actividades que se contemplaron en este punto para lograr un mayor cumplimiento de las mismas. Respetar los horarios de actividad laboral de los pacientes, es un aporte importante para que los mismos no tengan que dejar sus trabajos por el tratamiento hemodiálitico.

El ítem **“LV. LIMPIEZA PERSONAL Y VESTIDO”**, representa la observación por parte de enfermería del estado de higiene y vestimenta del paciente. Es necesario un conocimiento detallado sobre los hábitos individuales de los pacientes en relación con las actividades de aseo y arreglo personal, si es que se considera un elemento vital para disminuir la infección y brindar bienestar al paciente, por otra parte es importante este aspecto de la vida cotidiana dentro de la enfermería individualizada. El paciente renal habitualmente presenta prurito, lo que le causa un gran malestar e irritación que le impiden dormir a causa de la incomodidad.

Con el paso de los años a la gente se le hace difícil dominar algunas actividades físicas en relación con el aseo y arreglo personal, por lo que resulta importante el aporte de enfermería en este aspecto, teniendo en cuenta esto se considera

importante que se actúe en función del cumplimiento de la totalidad de las acciones planteadas en este ítem, ya que se obtuvo un 84% de cumplimiento.

Cabe destacar que el ítem **“CT. Control de la temperatura corporal”**, contempla acciones de enfermería tendientes a controlar los factores que afecten la temperatura del paciente. En el mismo se observa un alto grado de cumplimiento de estas actividades, ya que el porcentaje hallado es de 98%, y esto es muy significativo teniendo en cuenta que para el hombre es indispensable mantener la temperatura corporal constante, ya que la mayor parte de los numerosos procesos bioquímicos que ocurren en el organismo sólo son posibles a una temperatura constante y dentro de los límites normales. La prevención de la pérdida innecesaria de calor, es una medida importante para conservar la temperatura corporal del paciente, y esto se logra proporcionando e abrigo necesario y controlando la temperatura del baño de diálisis que genera el equipo.

La medición de la temperatura corporal es parte importante de la evaluación y es esencial asegurar su exactitud para detectar la presencia de fiebre.

El ítem **“ES. EXPRESION DE LA SEXUALIDAD”**, representa el control y educación de enfermería sobre los aspectos sexuales del paciente. Se puede observar en el presente un 80% de cumplimiento de las actividades, destacándose el menor porcentaje en el ítem *“ES.1 Brinda un clima propicio para la expresión de problemas sexuales del paciente”* que es de 50%. Para hablar con los pacientes sobre problemas sexuales se requiere tacto, sensibilidad, tolerancia y conocimiento. El paciente renal, generalmente, presenta trastornos sexuales, por

lo que es de importancia destacar las acciones que enfermería pueda llevar a cabo en pos de la solución de los problemas del paciente.

En el ítem “**S. SUEÑO**”, se destacan las actividades relacionadas con el reposo y sueño del paciente. En el presente se observa un cumplimiento del 82% de las actividades previstas, siendo el porcentaje menor el que corresponde al ítem “*S5. Informa al médico cuando el paciente presenta alteraciones en el sueño*”, que presenta un 73% de cumplimiento.

Dormir es una actividad compleja y muy sensible ante disturbios, por lo que es de esperarse que cuando una persona se enferma, se presenten algunos problemas con esta actividad vital, aunque sean transitorios. Sin embargo, ya que un sueño reparador se considera terapéutico, es importante que la enfermera conozca los hábitos de la persona respecto al sueño para usar ese conocimiento y desarrollar un plan de enfermería que favorezca en lo posible un sueño normal.

El ítem “**MU. MUERTE**”, contempla las actividades relacionadas con la muerte. En este ítem se observa un 72% de cumplimiento de las actividades relacionadas con el tema, encontrándose los porcentajes más bajos en los ítem “*MU.1 Dialoga con el paciente sobre las inquietudes que tenga en relación a la muerte*”, 60%, y en el “*MU3. Brinda apoyo a los familiares con temores de muerte*”, 47% de cumplimiento de las actividades previstas. ( Ver Anexo II).

En los Servicios de Diálisis la muerte se transforma en un tabú, nadie quiere hablar de ella. Las personas que saben que van a morir en cualquier momento,

por la patología que presentan, y su familia enfrentan numerosos problemas y exigencias emocionales muy complejas, por lo que si se pretende llevar a cabo un sistema de enfermería individualizado, se deben conocer y responder a los problemas del paciente y su familia frente a la muerte.

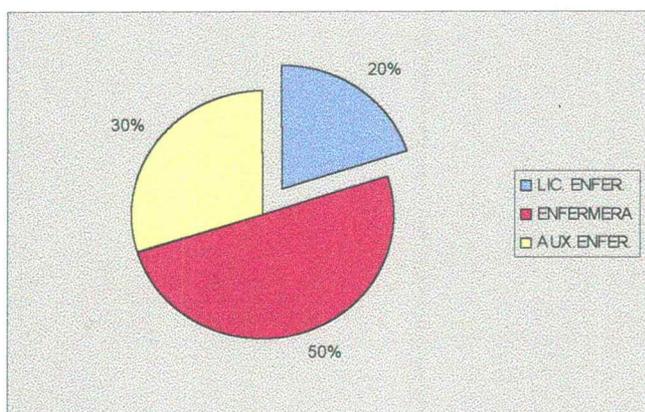
## ANALISIS DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA SEGUN TITULO Y TURNO DE TRABAJO.

A continuación se hace referencia a los distintos niveles de formación del personal que se desempeñaba en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Privado de Comunidad, al momento de la recolección de los datos. (Mayo 2000)

**TABLA III.** Niveles de formación del personal que se desempeña en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Privado de comunidad. Mayo 2000.

TITULOS							
LICENCIADA/O	%	ENFERMERA/O	%	AUX. ENFERMERIA	%	TOTAL	%
3	30%	4	40%	3	30%	10	100%
3	30%	4	40%	3	30%	10	100%

**GRAFICO N°23:** Niveles de formación del personal de enfermería del Servicio de Hemodiálisis.

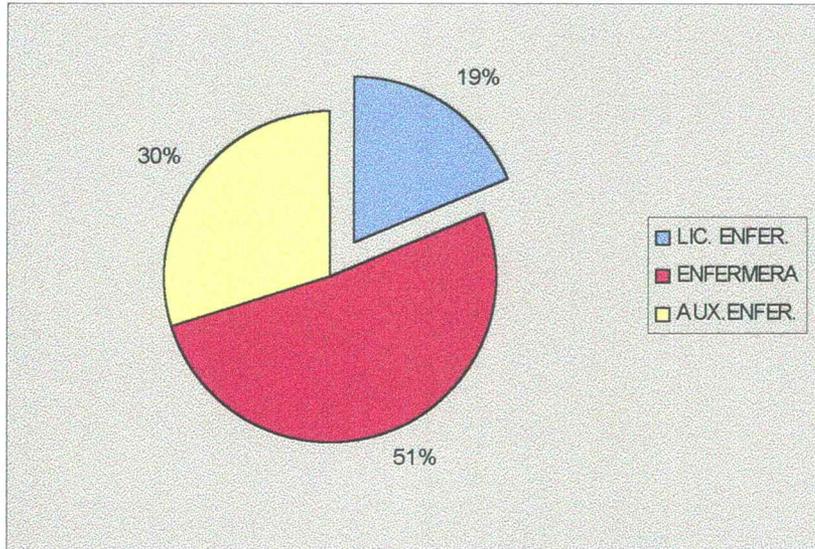


El presente gráfico está demostrando que de las diez personas que se desempeñan en el servicio, realizando tareas de enfermería, hay dos que poseen título de Licenciados en Enfermería, cinco que poseen título de Enfermeros y tres que poseen título de Auxiliar de Enfermería. Cabe destacar que de las tres personas que poseen título de Auxiliares de Enfermería, dos de ellas se encuentran realizando la Carrera de Enfermería, de los que poseen título de Enfermero, hay uno que se encuentra cursando la Licenciatura en Enfermería.

**TABLA N° IV.** Distribución de la frecuencia de actividades según título.

	ACTIVIDAD	FREC.	LIC.ENFER.	%	ENFERM.	%	AUX.ENF.	%
		OPTIMA	FREC. HALLA.		FREC. HALLA.		FREC.HALL A	
M	Mantenimiento de un ambiente seguro	1947	397	20%	903	46%	647	33%
AB	Alimentación y bebida	178	32	2%	110	60%	72	38%
E	Eliminación de excretas	84	25	29%	44	52%	15	19%
C	Comunicación	717	143	20%	365	51%	209	29%
R	Respiración	171	30	18%	93	54%	48	28%
MO	Movilización	336	60	18%	210	63%	96	19%
TJ	Trabajo y juego	82	6	7%	61	74%	15	19%
LV	Limpieza personal y vestido	123	12	9%	69	56%	42	35%
CT	Control de la temperatura corporal	147	30	21%	75	51%	42	28%
ES	Expresión de la sexualidad	72	10	14%	45	63%	17	23%
S	Sueño	128	18	14%	77	60%	33	26%
MU	Muerte	93	24	26%	60	65%	9	9%
	<b>TOTAL</b>	<b>4078</b>	<b>787</b>	<b>19%</b>	<b>2112</b>	<b>51,00%</b>	<b>1245</b>	<b>30%</b>

**GRAFICO N° 24:** Representación de la distribución de actividades por título.



La diferencias, porcentuales en el cumplimiento de las actividades representan las diferencias en número de los distintos niveles de formación del personal de enfermería que se desempeña en el servicio.

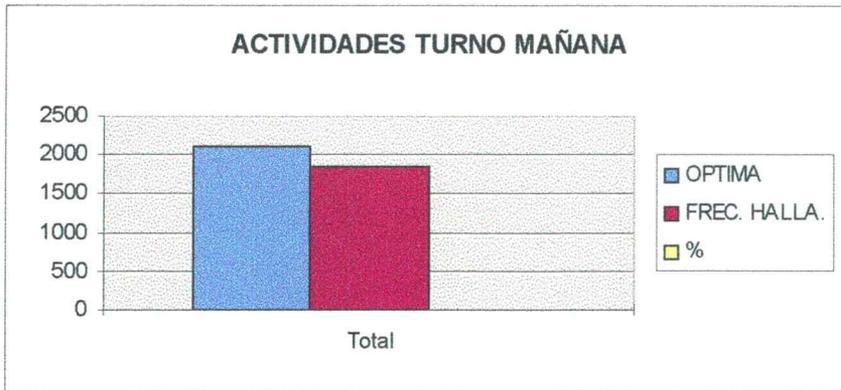
Es digno destacar el alto porcentaje de profesionales de enfermería que se desempeñan en el servicio, lo que favorece al trabajo de mejoramiento continuo de la calidad en los cuidados que se brindan, en virtud de los saberes y capacidades previas que los mismos poseen.

**TABLA V:** Porcentajes de relación de la frecuencia de actividades realizadas por el personal de enfermería del Turno Mañana. Servicio de Hemodiálisis. Hospital Privado de Comunidad. Mayo 2000.

	ACTIVIDAD - TURNO MAÑANA	FREC. OPTIMA	FREC. HALLA.	%
M	Mantenimiento de un ambiente seguro	1116	997	89%
AB	Alimentación y bebida	105	95	90%
E	Eliminación de excretas	60	43	72%
C	Comunicación	150	150	100%
R	Respiración	180	81	47%
MO	Movilización	90	66	73%
TJ	Trabajo y juego	65	34	52%
LV	Limpieza personal y vestido	75	63	84%
CT	Control de la temperatura corporal	75	74	99%
ES	Expresión de la sexualidad	45	35	78%
S	Sueño	75	64	85%
MU	Muerte	65	48	74%
	<b>Total</b>	<b>2101</b>	<b>1850</b>	<b>88%</b>

En esta tabla se demuestra la frecuencia de la concreción de las distintas actividades en el turno de la mañana, observándose los porcentajes más bajos de cumplimiento de actividades en los indicadores **“Respiración”** con un 47% y **“Trabajo y juego”** con un 52%. De estos dos indicadores el más importante para el bienestar del paciente, es el que se relaciona con la respiración.

**GRAFICO N°25** “Cumplimiento de las actividades en el Turno Mañana.

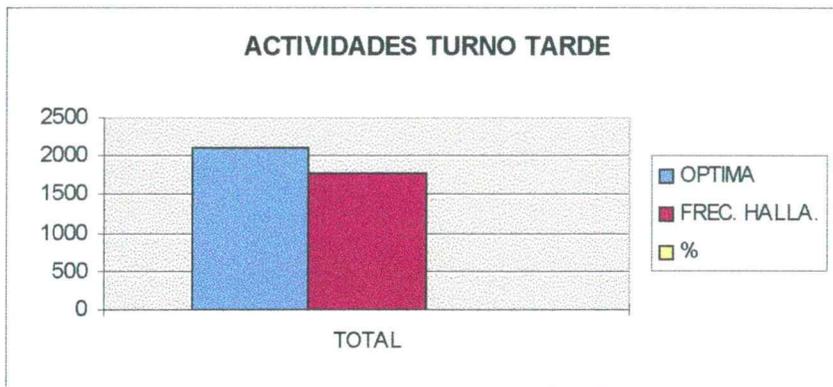


**TABLA VI:** Porcentajes de relación de la frecuencia de actividades realizadas por el personal de enfermería del Turno Tarde. Servicio de Hemodiálisis. Hospital Privado de Comunidad. Mayo 2000.

	ACTIVIDAD -TURNO TARDE	FREC. OPTIMA	T. TARDE FREC. HALLA.	%
M	Mantenimiento de un ambiente seguro	1116	950	85%
AB	Alimentación y bebida	105	83	79%
E	Eliminación de excretas	60	41	68%
C	Comunicación	150	116	77%
R	Respiración	90	90	100%
MO	Movilización	180	170	94%
TJ	Trabajo y juego	65	48	74%
LV	Limpieza personal y vestido	75	60	80%
CT	Control de la temperatura corporal	75	73	97%
ES	Expresión de la sexualidad	45	37	82%
S	Sueño	75	64	85%
MU	Muerte	65	45	69%
	<b>Total</b>	<b>2101</b>	<b>1777</b>	<b>85,00%</b>

En la siguiente tabla, se observa los porcentaje menores en los indicadores “Eliminación de excretas” con un 68% y “Muerte” con un 69% de cumplimiento.

**GRAFICO N°26:** “Cumplimiento de las actividades en el Turno Mañana.



El porcentaje total de las actividades realizadas es de 85 % y dentro de las mismas, como se puede apreciar en la tabla que antecede, los mayores porcentajes se dan en las actividades relacionadas con **Respiración, Control de la Temperatura Corporal y mantenimiento de un Ambiente Seguro**, encontrándose dentro de ellas, las acciones más importantes para el cuidado de paciente.

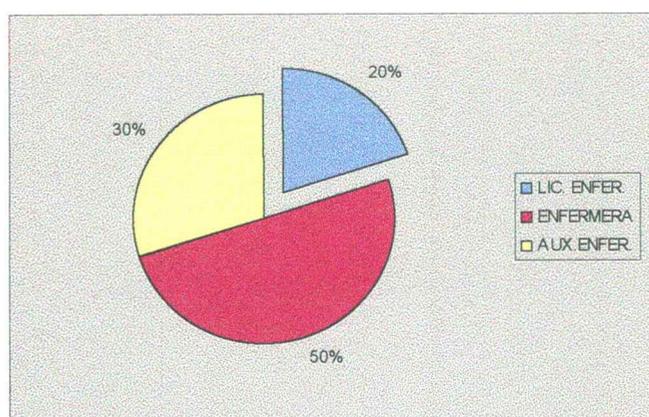
## ANALISIS DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA SEGUN TITULO Y TURNO DE TRABAJO.

A continuación se hace referencia a los distintos niveles de formación del personal que se desempeñaba en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Privado de Comunidad, al momento de la recolección de los datos. (Mayo 2000)

**TABLA III.** Niveles de formación del personal que se desempeña en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Privado de comunidad. Mayo 2000.

TITULOS					%	TOTAL	%
LICENCIADA/O	%	ENFERMERA/O	%	AUX. ENFERMERIA			
3	30%	4	40%	3	30%	10	100%
3	30%	4	40%	3	30%	10	100%

**GRAFICO N°23:** Niveles de formación del personal de enfermería del Servicio de Hemodiálisis.

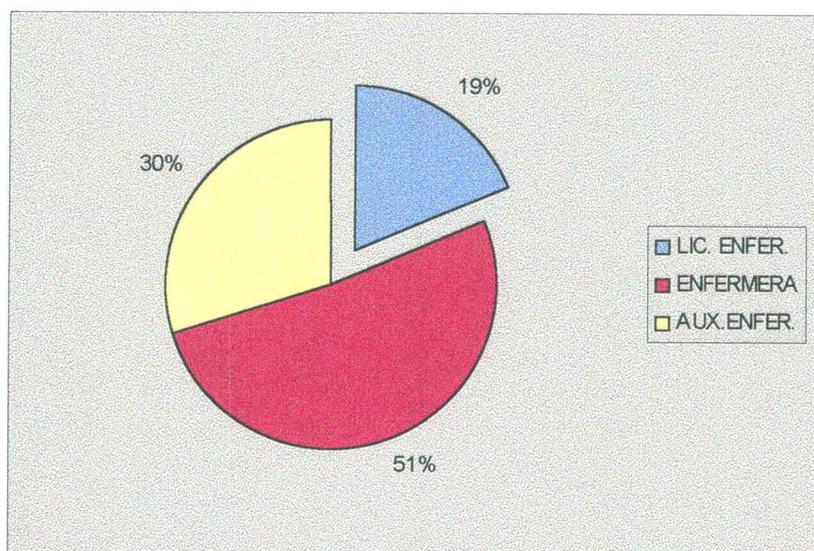


El presente gráfico está demostrando que de las diez personas que se desempeñan en el servicio, realizando tareas de enfermería, hay dos que poseen título de Licenciados en Enfermería, cinco que poseen título de Enfermeros y tres que poseen título de Auxiliar de Enfermería. Cabe destacar que de las tres personas que poseen título de Auxiliares de Enfermería, dos de ellas se encuentran realizando la Carrera de Enfermería, de los que poseen título de Enfermero, hay uno que se encuentra cursando la Licenciatura en Enfermería.

**TABLA N° IV.** Distribución de la frecuencia de actividades según título.

	ACTIVIDAD	FREC. OPTIMA	LIC.ENFER. FREC. HALLA.	%	ENFERM. FREC. HALLA.	%	AUX.ENF. FREC.HALL A	%
M	Mantenimiento de un ambiente seguro	1947	397	20%	903	46%	647	33%
AB	Alimentación y bebida	178	32	2%	110	60%	72	38%
E	Eliminación de excretas	84	25	29%	44	52%	15	19%
C	Comunicación	717	143	20%	365	51%	209	29%
R	Respiración	171	30	18%	93	54%	48	28%
MO	Movilización	336	60	18%	210	63%	96	19%
TJ	Trabajo y juego	82	6	7%	61	74%	15	19%
LV	Limpieza personal y vestido	123	12	9%	69	56%	42	35%
CT	Control de la temperatura corporal	147	30	21%	75	51%	42	28%
ES	Expresión de la sexualidad	72	10	14%	45	63%	17	23%
S	Sueño	128	18	14%	77	60%	33	26%
MU	Muerte	93	24	26%	60	65%	9	9%
	<b>TOTAL</b>	<b>4078</b>	<b>787</b>	<b>19%</b>	<b>2112</b>	<b>51,00%</b>	<b>1245</b>	<b>30%</b>

**GRAFICO N° 24:** Representación de la distribución de actividades por título.



Las diferencias porcentuales en el cumplimiento de las actividades representan las diferencias en número de los distintos niveles de formación del personal de enfermería que se desempeña en el servicio.

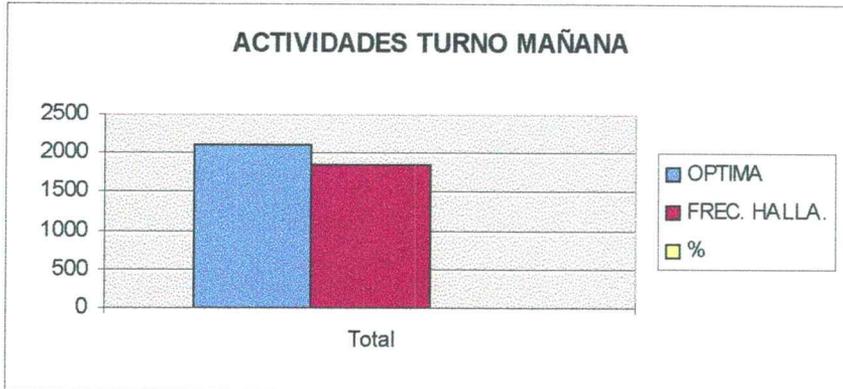
Es digno destacar el alto porcentaje de profesionales de enfermería que se desempeñan en el servicio, lo que favorece al trabajo de mejoramiento continuo de la calidad en los cuidados que se brindan, en virtud de los saberes y capacidades previas que los mismos poseen.

**TABLA V:** Porcentajes de relación de la frecuencia de actividades realizadas por el personal de enfermería del Turno Mañana. Servicio de Hemodiálisis. Hospital Privado de Comunidad. Mayo 2000.

	ACTIVIDAD - TURNO MAÑANA	FREC.		%
		OPTIMA	FREC. HALLA.	
M	Mantenimiento de un ambiente seguro	1116	997	89%
AB	Alimentación y bebida	105	95	90%
E	Eliminación de excretas	60	43	72%
C	Comunicación	150	150	100%
R	Respiración	180	81	47%
MO	Movilización	90	66	73%
TJ	Trabajo y juego	65	34	52%
LV	Limpieza personal y vestido	75	63	84%
CT	Control de la temperatura corporal	75	74	99%
ES	Expresión de la sexualidad	45	35	78%
S	Sueño	75	64	85%
MU	Muerte	65	48	74%
	<b>Total</b>	<b>2101</b>	<b>1850</b>	<b>88%</b>

En esta tabla se demuestra la frecuencia de la concreción de las distintas actividades en el turno de la mañana, observándose los porcentajes más bajos de cumplimiento de actividades en los indicadores **“Respiración”** con un 47% y **“Trabajo y juego”** con un 52%. De estos dos indicadores el más importante para el bienestar del paciente, es el que se relaciona con la respiración.

**GRAFICO N°25** "Cumplimiento de las actividades en el Turno Mañana.

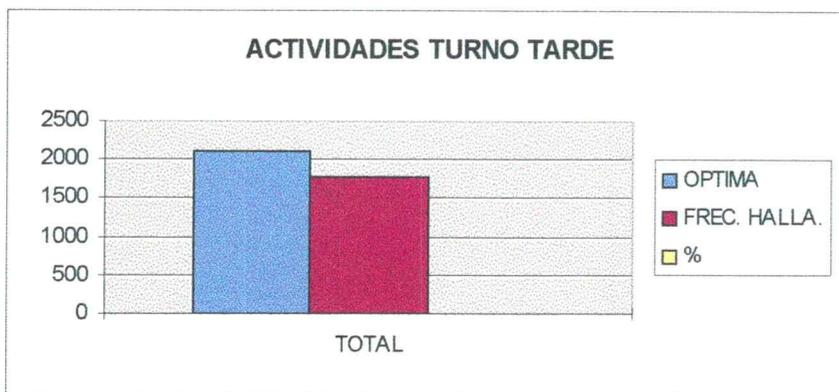


**TABLA VI:** Porcentajes de relación de la frecuencia de actividades realizadas por el personal de enfermería del Turno Tarde. Servicio de Hemodiálisis. Hospital Privado de Comunidad. Mayo 2000.

	ACTIVIDAD -TURNO TARDE	FREC. OPTIMA	T. TARDE FREC. HALLA.	%
M	Mantenimiento de un ambiente seguro	1116	950	85%
AB	Alimentación y bebida	105	83	79%
E	Eliminación de excretas	60	41	68%
C	Comunicación	150	116	77%
R	Respiración	90	90	100%
MO	Movilización	180	170	94%
TJ	Trabajo y juego	65	48	74%
LV	Limpieza personal y vestido	75	60	80%
CT	Control de la temperatura corporal	75	73	97%
ES	Expresión de la sexualidad	45	37	82%
S	Sueño	75	64	85%
MU	Muerte	65	45	69%
	<b>Total</b>	<b>2101</b>	<b>1777</b>	<b>85,00%</b>

En la siguiente tabla, se observa los porcentajes menores en los indicadores “Eliminación de excretas” con un 68% y “Muerte” con un 69% de cumplimiento.

**GRAFICO N°26:** “Cumplimiento de las actividades en el Turno Mañana.



El porcentaje total de las actividades realizadas es de 85 % y dentro de las mismas, como se puede apreciar en la tabla que antecede, los mayores porcentajes se dan en las actividades relacionadas con **Respiración, Control de la Temperatura Corporal y mantenimiento de un Ambiente Seguro**, encontrándose dentro de ellas, las acciones más importantes para el cuidado de paciente.

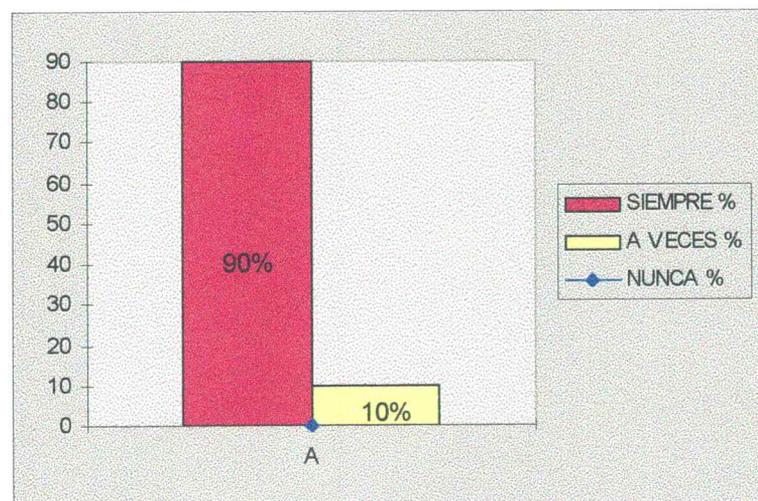
## ANALISIS DE LA ENCUESTAS DE OPINION REALIZADAS AL PERSONAL DE ENFERMERIA.

Se consideró importante como complemento del presente estudio, conocer la opinión del personal, en relación a la temática aquí planteada, motivo por el cual se diseñó una encuesta y se entregó la misma a todo el personal de enfermería, obteniendo las respuesta que ha continuación se analizan.

**TABLA VII. PREGUNTA “A”** Tiene conocimiento de la existencia de estándares que reglamentan la actividad asistencial en los Servicios de Hemodiálisis?

N	SIEMPRE	%	A VECES	%	NUNCA	%
“A”	9	90%	1	10%	0	0%
	<b>9</b>	<b>90%</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**GRAFICO N°27. PREGUNTA “A”** Tiene conocimiento de la existencia de estándares que reglamentan la actividad asistencial en los Servicios de Hemodiálisis.

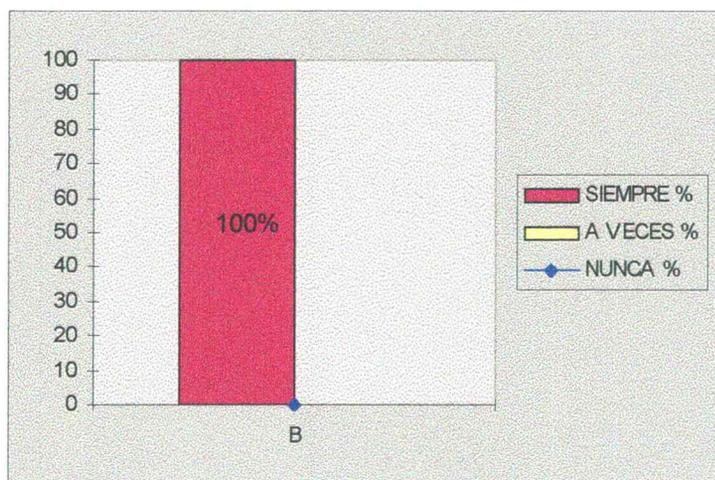


De acuerdo a los datos obtenidos, se puede observar que todos conocen las normas, pocos son los que se enfrentan “a veces” al desconocimiento de las mismas.

**TABLA VIII. PREGUNTA “B”** Tiene a su disposición la Normas Nacionales de Bioseguridad y la Ley Nacional de Diálisis?

N	SIEMPRE	%	A VECES	%	NUNCA	%
“B”	10	100%	0	0%	0	0%
	10	100%	0	0%	0	0%

**GRAFICO N° 28. PREGUNTA B.** Tiene a su disposición la Normas Nacionales de Bioseguridad y la Ley Nacional de Diálisis?



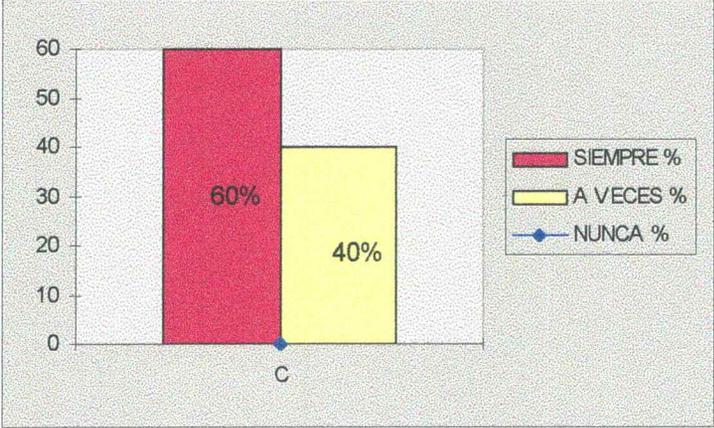
Estas repuestas coinciden con la realidad, ya que en la Sala de Diálisis, en un mueble detrás del puesto de Enfermería, se encuentran los Manuales de

Normas, de Manejo de Equipamiento de Diálisis, de Procedimientos, y por otra parte todo lo relaciona a Normas y además se encuentra en el sistema de Red Informática del Hospital, se encuentra a disposición de todo el personal las normas de las Institución, y en particular las de este Servicio. Por ello es que todo el personal de enfermería (100%) reconoce que sí las tiene a su alcance, como puede apreciarse en el gráfico.

**TABLA IX. PREGUNTA “C”** Consulta las Normas Nacionales de Organización y Funcionamiento de las Unidades de Diálisis o la Ley Nacional de Diálisis, cuando tiene dudas?

N	SIEMPRE	%	A VECES	%	NUNCA	%
“C”	6	60%	4	40%	0	0%
	6	60%	4	40%	0	0%

**GRAFICO 29. PREGUNTA “C”.** Consulta las Normas Nacionales de Organización y Funcionamiento de las Unidades de Diálisis o la Ley Nacional de Diálisis, cuando tiene dudas?

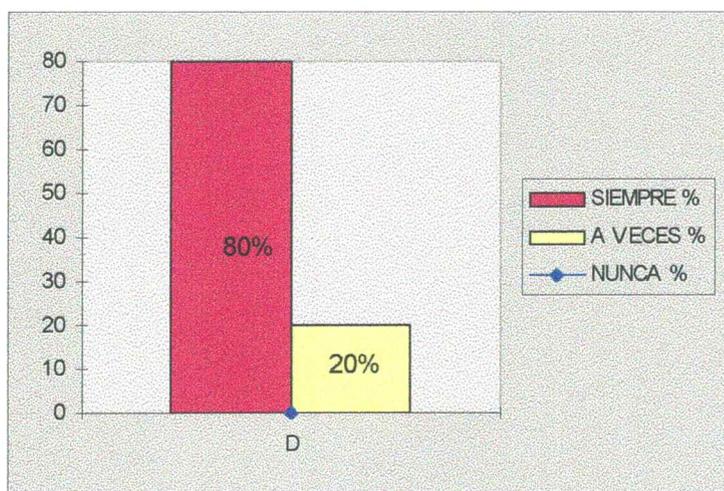


Como muestra el gráfico, todos consultan las normas cuando tiene dudas. Un 60% de la población las consultan siempre. El 40% restante lo hace a veces. Los presentes datos están demostrando el interés del personal por trabajar de acuerdo a las normas, o sea brindar una atención de calidad, teniendo en cuenta que a ello apuntan las mismas, además de garantizar la protección del paciente, comunidad y de ellos mismos.

**TABLA IX .PREGUNTA “D”.** Considera que cuenta con los conocimientos y capacitación necesaria para desempeñarse en el servicio?

N	SIEMPRE	%	A VECES	%	NUNCA	%
“D”	8	80%	2	20%	0	0%
	8	80%	2	20%	0	0

**GRAFICO 30. PREGUNTA “D”** Considera que cuenta con los conocimientos y capacitación necesaria para desempeñarse en el servicio?

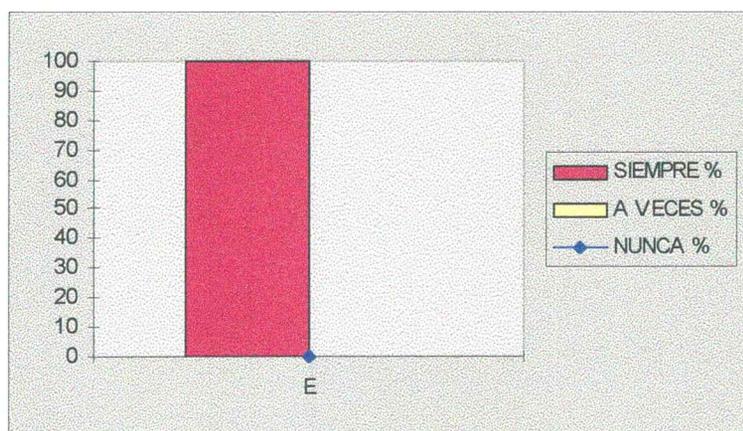


El 80% de los entrevistados considera que cuenta con los conocimientos necesarios para desempeñarse en servicio. Sólo el 20% de los mismos responde que “a veces” no cuenta con los mismos, cabría indagar por que les ocurre esto, que factores inciden en el momento de realizar su tarea, que hacen que se anulen sus conocimientos, ya que los mismos se los posee o no, salvo que se relacionen con procedimientos complejos que no se realizan frecuentemente en el servicio, no es el caso de lo que se consultó a través de la encuesta, ya que la misma se orientaba a conocimientos generales y básicos (explicación que se brindó antes de entregar el instrumento).

**TABLA X. PREGUNTA " E" Tiene a su disposición, para la consulta, el Manual de Normas y Procedimientos del Servicio?**

N	SIEMPRE	%	A VECES	%	NUNCA	%
"E"	10	100%	0	0%	0	0%
	10	100%	0	0%	0	0%

**GRAFICO 31. PREGUNTA "E". Tiene a su disposición, para la consulta, el Manual de Normas y Procedimientos del Servicio?**

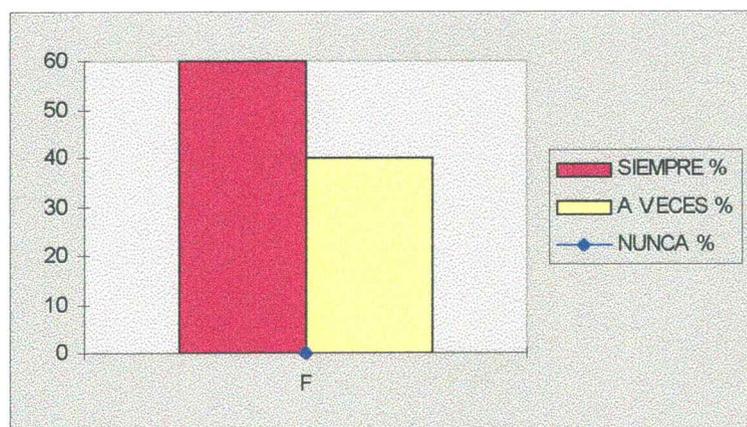


Tal como se aclaró en relación a la pregunta "B", el Manual de Normas y de Procedimientos del Servicio se encuentra al alcance de los interesados en consultar, en forma de manual y en red, que es de muy fácil acceso por ello es que la respuesta afirmativa es del 100%. Se consideró apropiado diferenciar lo que son normas o leyes nacionales, de lo que es específico del servicio, por eso es que se incluyó esta pregunta.

**TABLA XI. PREGUNTA "F".** Según su opinión, los procedimientos que se realizan, son acordes a los descriptos en el Manual de Normas y Procedimientos del Servicio ?

N	SIEMPRE	%	A VECES	%	NUNCA	%
"F"	6	60%	4	40%	0	0%
	<b>6</b>	<b>60%</b>	<b>4</b>	<b>40%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>

**GRAFICO 32 . PREGUNTA "F".** Según su opinión, los procedimientos que se realizan, son acordes a los descriptos en el Manual de Normas y Procedimientos del Servicio ?

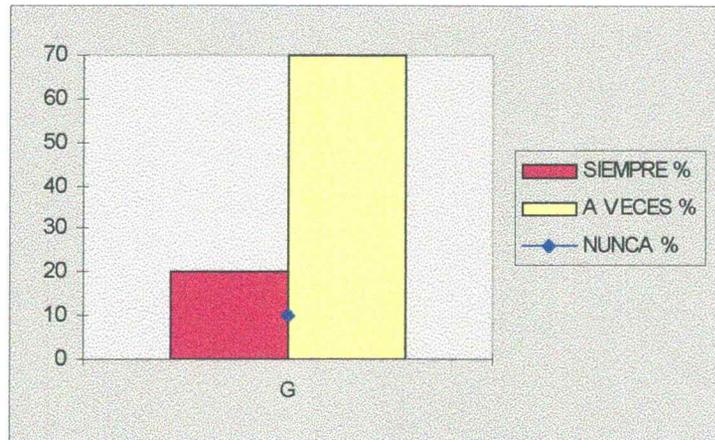


Por lo que muestra el presente gráfico se puede apreciar que el 60% del personal opina que siempre se realizan las tareas de acuerdo a las normas, pero es importante destacar el 40% restante que opina que "a veces". Aquí se plantean varios interrogantes : falta de tiempo?, falta de personal?, tarea abrumadora?. los que serían dignos de futuros estudios.

**TABLA XII. PREGUNTA “G”** Se realizan reuniones de servicio para la discusión sobre la vigencia de las normas y procedimientos que se realizan?

N	SIEMPRE	%	A VECES	%	NUNCA	%
“G”	2	20%	7	70%	1	10%
	2	20%	7	70%	1	10%

**GRAFICO 33. PREGUNTA “G”**

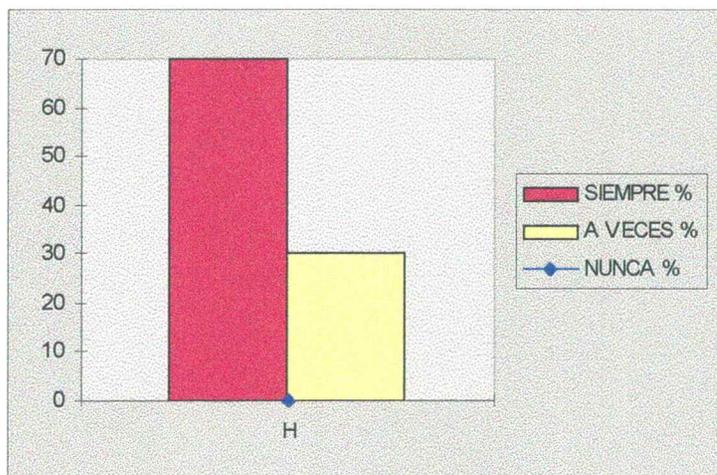


Como se puede observar en el gráfico un 10% de los consultados afirma que no se realizan reuniones, el 70% dice que “a veces”, mientras que el 20% manifiesta que siempre. Las reuniones siempre se plantean dentro del horario de trabajo, pudiera ser que las actividades del servicio impidan la realización de las mismas, para lo cual se deberían plantear estrategias a fin de cumplir con as mismas, teniendo en cuenta la actividad participativa como un aspecto de gran importancia en los grupos de trabajo.

**TABLA XIII. PREGUNTA “H”.** Cuenta con el espacio necesario para expresar sus ideas en relación a la modalidad de trabajo del servicio?

N	SIEMPRE	%	A VECES	%	NUNCA	%
"H"	7	70%	3	30%	0	0%
	7	70%	3	30%	0	0%

**GRAFICO 34. PREGUNTA “H”** Cuenta con el espacio necesario para expresar sus ideas en relación a la modalidad de trabajo del servicio?

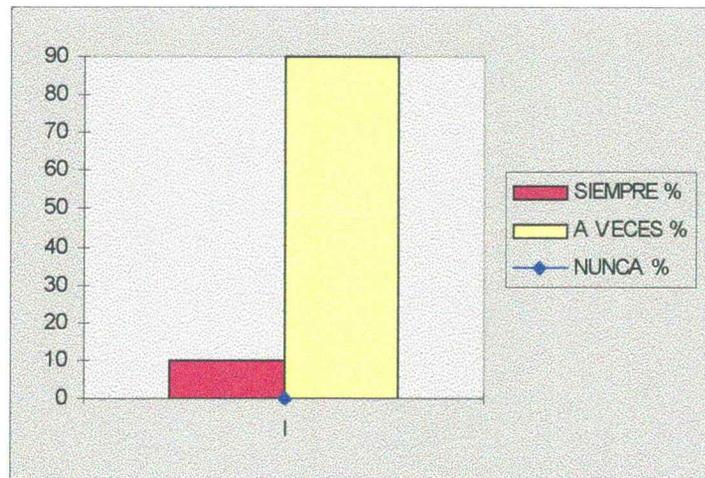


De acuerdo a los resultados demostrados en el presente gráfico se puede observar que el 70% del personal considera que cuenta con el espacio necesario para brindar sus aportes, lo que estaría indicando la apertura que existe en la conducción del servicio hacia las sugerencias que pueda aportar enfermería para mejorar la atención en el mismo.

**TABLA XIV. PREGUNTA “I”.** Usted participa con su aporte, para mejorar la atención del servicio?

N	SIEMPRE	%	A VECES	%	NUNCA	%
I"	1	10%	9	90%	0	0%
	1	10%	9	90%	0	0%

**GRAFICO 35. PREGUNTA “I”** Usted participa con su aporte, para mejorar la atención del servicio?

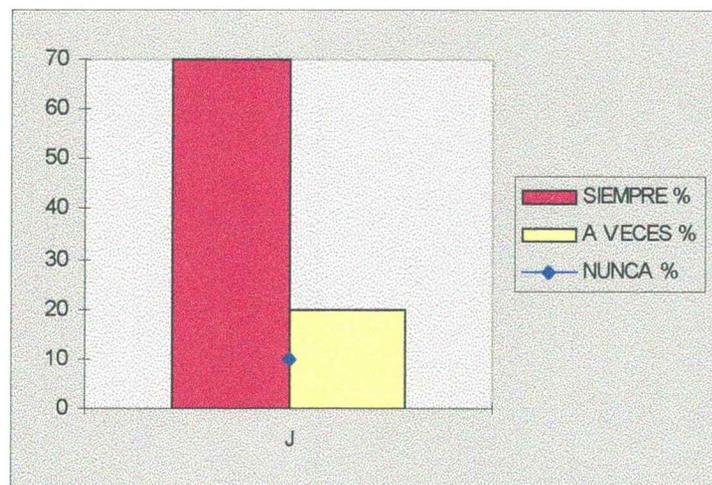


El 90% del personal participa con su aporte para mejorar la atención en el servicio “a veces”, teniendo en cuenta lo observado en la pregunta “H”, donde el 70% respondió que cuenta con el espacio necesario, sólo el 10% lo aprovecha.

**TABLA XV. PREGUNTA “J”.** Considera que los aportes que brinda, son tenidos en cuenta?

N	SIEMPRE	%	A VECES	%	NUNCA	%
"J"	7	70%	2	20%	1	10%
	7	70%	2	20%	1	10%

**GRAFICO 36. PREGUNTA “J”** Considera que los aportes que brinda, son tenidos en cuenta?

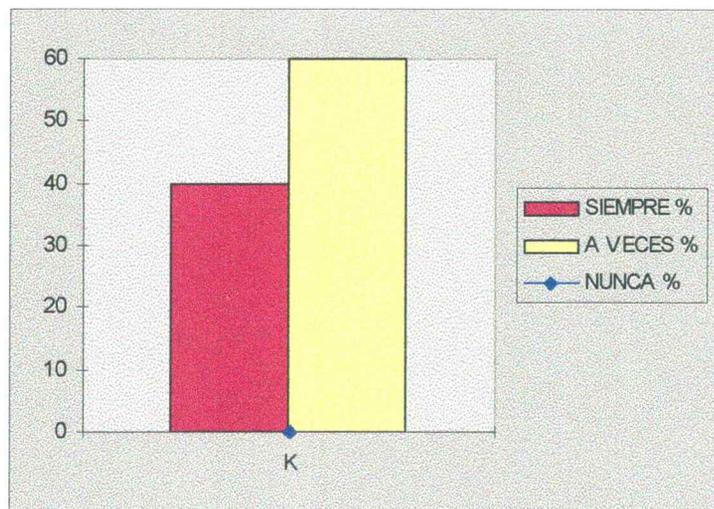


Tal lo que se puede comprobar en el presente gráfico, el 10% considera que sus aportes no son tenidos en cuenta. El 70%, en cambio manifiesta que los aportes que realiza para mejorar la atención en el servicio se tienen en cuenta “siempre”.

**TABLA XVI. PREGUNTA “K”.** Usted considera que todas las normas se cumplen?

N	SIEMPRE	%	A VECES	%	NUNCA	%
"K "	6	60%	4	40%	0	0%
	6	60%	4	40%	0	0%

**GRAFICO 37. PREGUNTA “K”** Usted considera que todas las normas se cumplen?

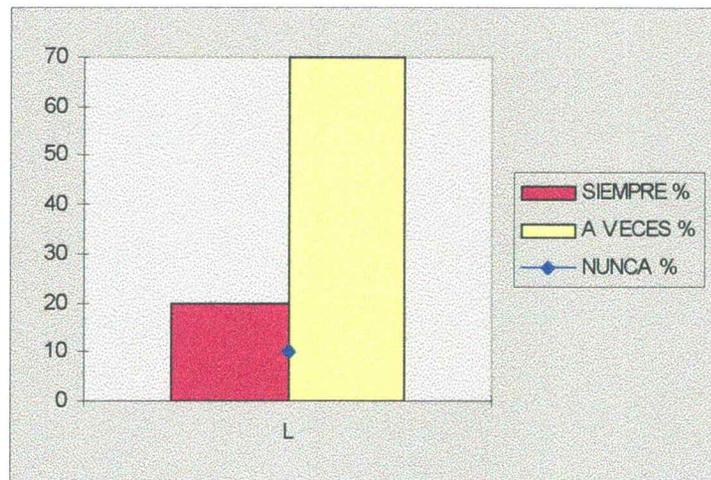


Se puede comprobar mediante el presente gráfico que los entrevistados opinan en 40% que las normas se cumplen "siempre", en cambio el 60% considera que se cumplen "a veces". Ante estas apreciaciones sería importante investigar los factores que influyen en estos resultados, y reiterando los interrogantes mencionados anteriormente: el tiempo?, falta de personal?, tarea abrumadora?.

**TABLA XVII. PREGUNTA “L”.** Las condiciones edilicias son las adecuadas para cumplir con las normas?

N	SIEMPRE	%	A VECES	%	NUNCA	%
"L"	2	20%	8	80%	0	0%
	2	20%	8	80%	0	0%

**GRAFICO 38. PREGUNTA “L”** Las condiciones edilicias son las adecuadas para cumplir con las normas?



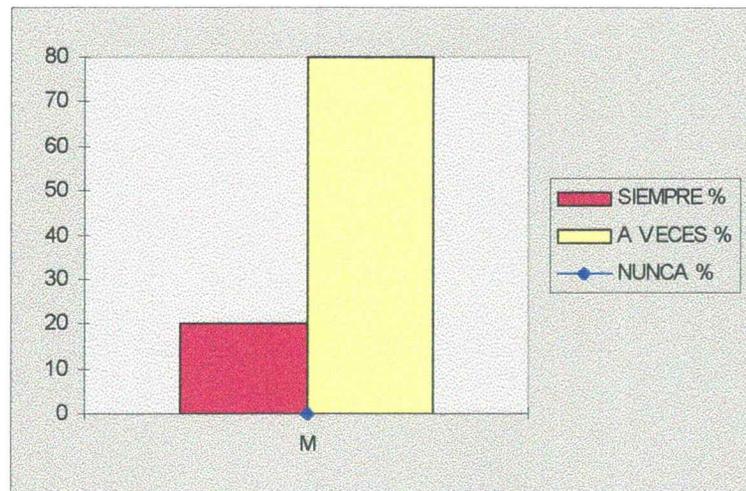
Las condiciones edilicias de las instituciones de salud son muy importantes para el desarrollo de las tareas del personal y fundamentalmente por el cumplimiento de las normas, ya que si se está exigiendo que los pacientes en diálisis deben estar separados 60 cm. entre sí y la superficie de la sala no lo permite, es imposible que el personal pueda cumplir con esta exigencia, por otra parte si se pretende integrar a la familia al tratamiento del paciente y no se cuenta con un espacio físico

para recibirla, es también imposible de realizar. Por ello es que según lo que se puede observar, el 70% de los entrevistados respondió que “a veces” las condiciones edilicias son adecuadas y el 10% opina que “nunca”, encontrando sólo un 20% que considera que “siempre”.

**TABLA XVIII. PREGUNTA “M”.** Cuenta con el tiempo necesario para la realización de las actividades de enfermería, de acuerdo a las normas.?

N	SIEMPRE	%	A VECES	%	NUNCA	%
"M"	2	20%	8	80%	0	0%
	2	20%	8	80%	0	0%

**GRAFICO 39. PREGUNTA “M”** Cuenta con el tiempo necesario para la realización de las actividades de enfermería, de acuerdo a las normas.?

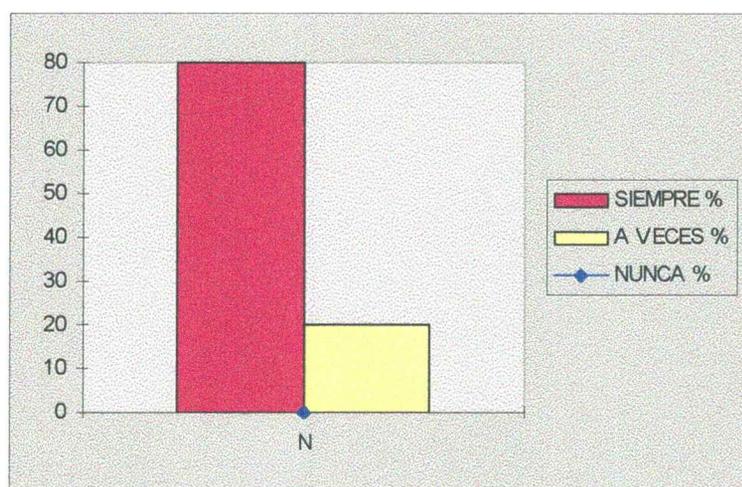


Como se puede observar el factor tiempo juega un importante papel en relación al cumplimiento de las normas ya que de acuerdo a lo que se puede comprobar en el gráfico presente, el 80% del personal manifiesta que sólo “a veces”, cuenta con el tiempo necesario y un 20% expresa que siempre, quizás este grupo se encuentre dentro de los horarios o días de menor afluencia de pacientes.

**TABLA XIX. PREGUNTA “N”.** Cuenta con los materiales asistenciales, necesarios para el cumplimiento de los estándares?

N	SIEMPRE	%	A VECES	%	NUNCA	%
"N"	8	80%	2	20%	0	0%
	8	80%	2	20%	0	0%

**GRAFICO 40. PREGUNTA “N”** Cuenta con los materiales asistenciales, necesarios para el cumplimiento de los estándares?

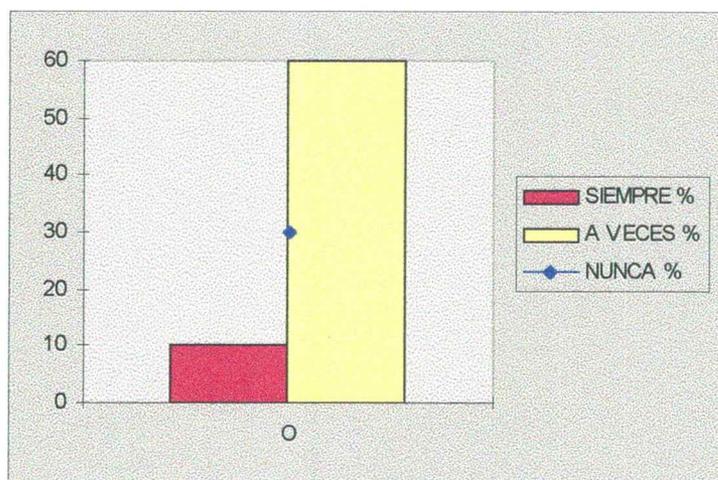


Una característica del Hospital es brindar a sus profesionales todo el material necesario para las distintas prestaciones que se realizan en la atención de los pacientes. Esto queda corroborado en el resultado del análisis de frecuencia, que revela que el 80% de los encuestados cuenta “siempre” con los materiales necesarios.

**TABLA XX.PREGUNTA “O”.** Le produce agobio el cumplimiento de las normas?

N	SIEMPRE	%	A VECES	%	NUNCA	%
"O"	1	10%	6	60%	3	30%
	1	10%	6	60%	3	30%

**GRAFICO 41. PREGUNTA “O”** Le produce agobio el cumplimiento de las normas?



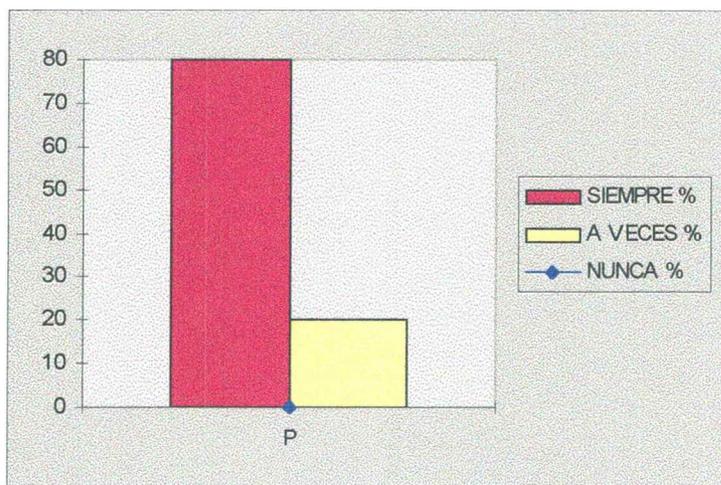
El 30% se siente protegido por las normas. Sólo el 10% se siente agobiado por el

cumplimiento de las mismas y un 60% considera que “a veces” le produce agobio las normas, sería interesante determinar el porqué de estas apreciaciones, ya que las normas se plantean como un mecanismo de protección hacia las personas en sus tareas.

**TABLA. PREGUNTA “P”.** Le brinda seguridad el hecho de superditarse a las normas, para la realización de las actividades de enfermería?

N	SIEMPRE	%	A VECES	%	NUNCA	%
"P"	8	80%	2	20%	0	0%
	8	80%	2	20%	0	0%

**GRAFICO 42. PREGUNTA “P”** Le brinda seguridad el hecho de superditarse a las normas, para la realización de las actividades de enfermería?

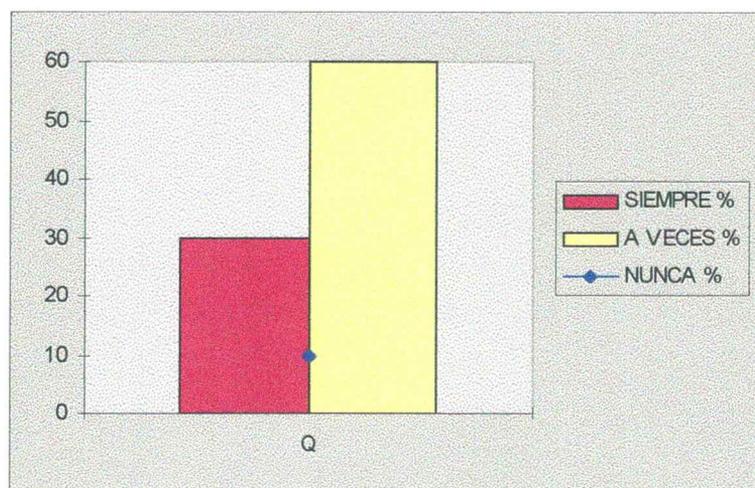


En el presente gráfico se puede comprobar que al 80% de las personas le brinda seguridad el cumplimiento de las normas, "siempre", lo que es bueno, pero no se explica como al 60% "a veces" le produce agobio el cumplimiento de las mismas y el mismo porcentaje dice que "a veces" no se respetan. Esto requeriría otro tipo de análisis.

**TABLA XXII. PREGUNTA "Q".** Usted se siente estimulado en el servicio por el reconocimiento que se le brinda por su desempeño?

N	SIEMPRE	%	A VECES	%	NUNCA	%
"Q"	3	30%	6	60%	1	10%
	<b>3</b>	<b>30%</b>	<b>6</b>	<b>60%</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>

**GRAFICO 43. PREGUNTA "Q"** Usted se siente estimulado en el servicio por el reconocimiento que se le brinda por su desempeño?

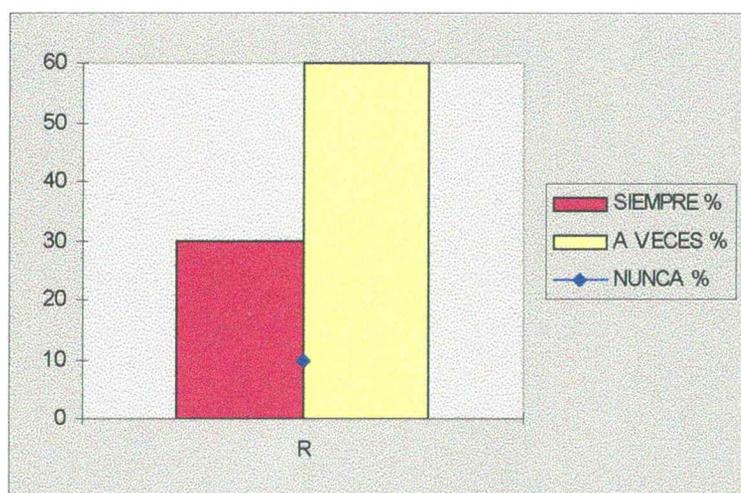


Los resultados del presente gráfico nos están mostrando que un 60% de las personas encuestadas, se siente estimulado por el reconocimiento que recibe, “a veces”, si bien 30% reconoce que “siempre” es estimulado, preocupa el 10% que manifiesta que “nunca” encuentra estímulo por su desempeño, habría que estudiar puntualmente este aspecto, para determinar cuales son los factores que inciden en el sentir de las personas que se desempeñen en el servicio.

**TABLA XXIII. PREGUNTA “R”.** Usted considera que sus objetivos personales coinciden con los objetivos del sector.?

N	SIEMPRE	%	A VECES	%	NUNCA	%
"R"	5	50%	4	40%	1	10%
	5	50%	4	40%	1	10%

**GRAFICO 44: PREGUNTA “R”** Usted considera que sus objetivos personales coinciden con los objetivos del sector.?

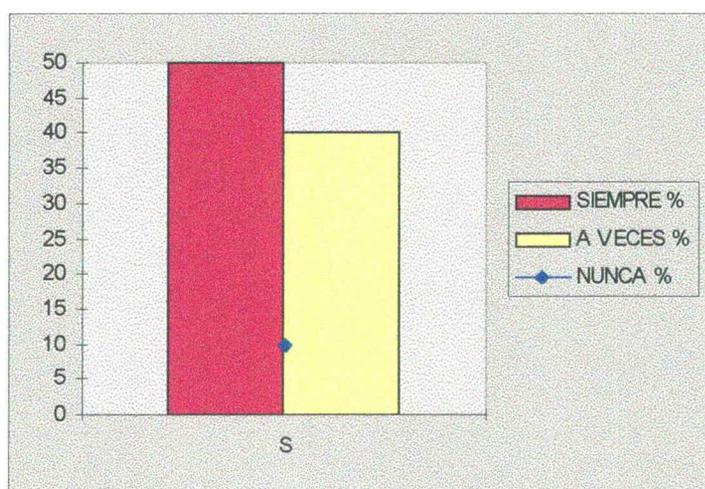


Llama la atención las respuestas obtenidas en esta pregunta, tal como lo muestra el gráfico, porque hay un 10% de personas cuyos objetivos no coinciden con los del servicio, "nunca", pero estas respuestas provienen de mismas personas que no se sienten estimuladas, de igual manera coincide con las que respondieron "a veces" a la pregunta anterior (40%), lo empíricamente se puede decir hay relación entre estímulo y compartir objetivos.

**TABLA XXIV. PREGUNTA "S".** Según su opinión, existe coherencia entre los objetivos del servicio y los de la Institución?

N	SIEMPRE	%	A VECES	%	NUNCA	%
"S"	6	60%	4	40%	0	0%
	6	60%	4	40%	0	0%

**GRAFICO 45. PREGUNTA "S".** Según su opinión, existe coherencia entre los objetivos del servicio y los de la Institución?

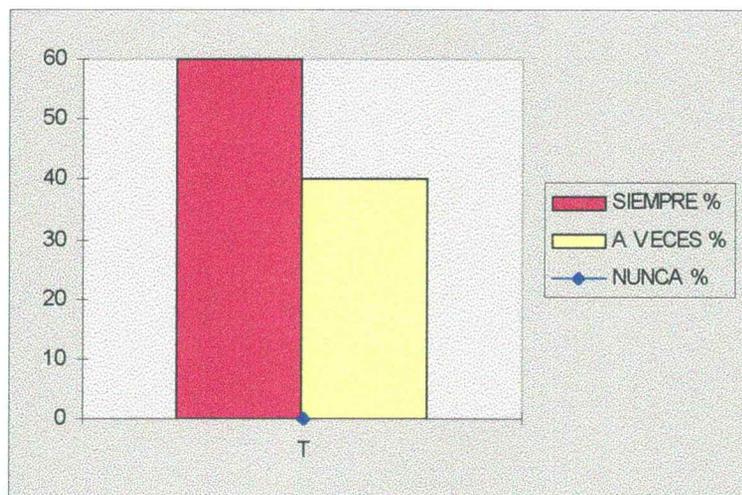


Aquí podemos observar que un elevado porcentaje de las personas (90%) considera que los objetivos del servicio coinciden con los de las Institución, si bien sólo el 50% opina que “siempre”, el dato se considera valioso igual, ya que esto posibilita una buena relación interinstitucional.

**TABLA XXV. PREGUNTA “T”. Está satisfecho con los resultados de su trabajo?**

N	SIEMPRE	%	A VECES	%	NUNCA	%
"T"	8	80%	2	20%	0	0%
	8	80%	2	20%	0	0%

**GRAFICO 46. PREGUNTA “T”. Está satisfecho con los resultados de su trabajo?**



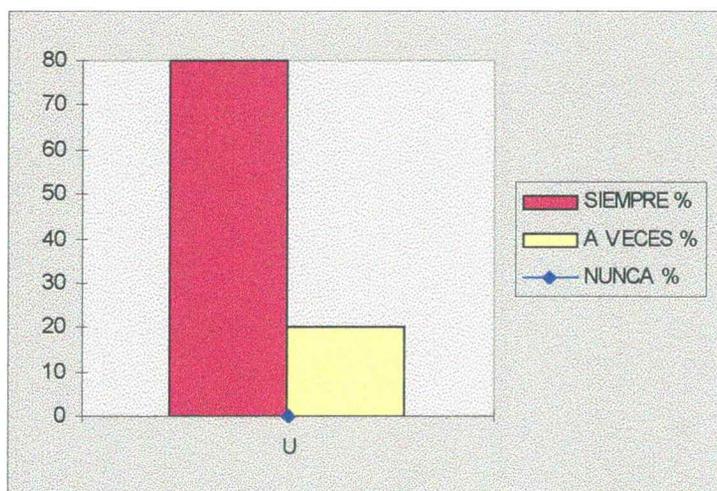
Ante esta pregunta, como se puede apreciar, un 60% del personal de enfermería del servicio, se encuentra “siempre” satisfecho con su trabajo y el 40%

restante sólo “a veces”, cabe también en esta situación verificar que factores inciden en este aspecto.

**TABLA XXVI. PREGUNTA “U”.** Está satisfecho con los resultados de la atención que se brinda en el servicio?

N	SIEMPRE	%	A VECES	%	NUNCA	%
"U"	6	60%	4	40%	0	0%
	6	60%	4	40%	0	0%

**GRAFICO N°47:PREGUNTA“U”.** Está satisfecho con los resultados de la atención que se brinda en el servicio?

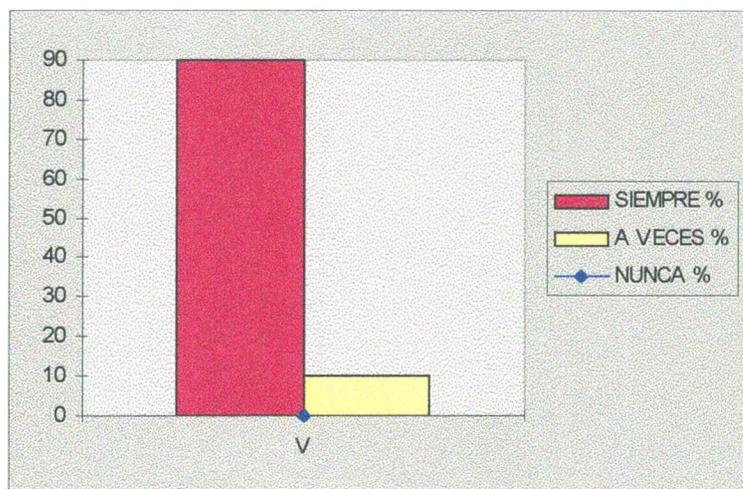


En el presente gráfico se puede comprobar que la totalidad de la personas está satisfecha con los resultados de la atención del servicio, de ellos sólo el 20% manifiesta que “a veces”.

**TABLA XXVII. PREGUNTA “V”.** La supervisión que se realiza sobre su tarea, y el apoyo de su superior inmediato, le permite trabajar con mayor seguridad?

N	SIEMPRE	%	A VECES	%	NUNCA	%
"V"	9	90%	1	10%	0	0%
	9	90%	1	10%	0	0

**GRAFICO 48: PREGUNTA “V”** La supervisión que se realiza sobre su tarea, y el apoyo de su superior inmediato, le permite trabajar con mayor seguridad?



Dado que el tratamiento hemodialítico es un procedimiento delicado, que se realiza por medio la circulación extracorpórea de la sangre del paciente, genera mucha tensión en el personal de enfermería, aunque la misma no sea percibida en forma consciente, es por ello que el 90% de los encuestados respondieron que “siempre” trabajan con mayor seguridad, cuando son supervisados o reciben colaboración de sus superiores.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El objetivo más importante de una institución de salud debería ser asegurar la calidad de atención a los enfermos que en ella se asisten. Para atender este objetivo debería establecer métodos de vigilancia, continua y sistemática, para determinar la calidad de los cuidados prestados a los mismos, convirtiendo las actividades de evaluación y control en una preocupación constante de las actividades habituales de todos los profesionales, así como la capacitación permanente de los mismos, para ampliar sus conocimientos y adaptarlos a los nuevos desafíos.

La OMS establece que cada individuo tiene derecho al máximo nivel de salud alcanzable, lo que significa que todos tenemos derecho a recibir la mejor atención sanitaria posible. Esto implica la responsabilidad ética que se debe tener para mejorar los servicios y para lograr esto se deberán establecer los principios básicos para poder medirla. O sea que el primer paso debe ser establecer la metodología adecuada para medirla, la que deberá adaptarse a los distintos servicios o áreas de la institución, teniendo en cuenta los procesos de trabajo que componen cada prestación que se brinda al paciente.

La atención de calidad es aquella que tiende a aproximarse a un modelo ideal teórico, teniendo en cuenta el objeto de los cuidados, los recursos disponibles, que

satisface al paciente y si presta complicaciones, errores, demoras o mala utilización de los recursos disponibles.

Existen diferentes enfoques metodológicos para evaluar la calidad de los cuidados que se brindan, los mismos pueden ser: a) orientados hacia los problemas; b) orientados hacia las normas u c) orientados hacia los objetivos.

El presente estudio estuvo orientado hacia la realización de una descripción valorativa de las actividades de enfermería en la atención de pacientes en hemodiálisis, teniendo como premisa comprobar el grado de cumplimiento de normas legales y del servicio, en el contexto de un Modelo Teórico de Enfermería.

De la información obtenida y documentada en el presente trabajo se arriba a las conclusiones que a continuación se detallan:

- Se cumple con un 86.3% de las actividades evaluadas, teniendo en cuenta que en el instrumento utilizado se contemplaron actividades que hacen al cumplimiento de las normas y otras que se contemplan en el Modelo Teórico de Enfermería, seleccionado, se puede inferir que se está brindando una buena calidad de atención y por otra parte hay un alto grado de cumplimiento de normas. De acuerdo a lo manifestado por el mismo personal el cumplimiento sería del 100%, donde sólo en 40% dice cumplirlas "a veces" y el resto siempre.

- El personal de enfermería que se desempeña en el servicio, cuenta con la capacitación y conocimientos necesarios para desempeñarse en el mismo, el 100% de los involucrados opinan que es así y dentro de ellos sólo el 20% considera que “a veces” cuenta con ellos.
- Enfermería realiza numerosas actividades en la atención de pacientes en diálisis muchas de ellas no fueron contempladas en el instrumento utilizado, ya que el objetivo del estudio estaba principalmente orientado a las relacionadas con la atención directa del paciente, a las actividades técnicas relacionadas al tratamiento y al cumplimiento de las normas.

Las múltiples tareas se relacionan entre otras cosas con el número de pacientes que se atienden en el servicio (60), también la edad de los pacientes ( promedio 65 años) juega un papel importante, por la nivel dependencia que presentan la personas mayores.

- De acuerdo a lo manifestado por el personal, se puede estimar que el factor tiempo estaría jugando un papel negativo, importante, para el cumplimiento de las normas.

Los 60 pacientes están distribuidos en tres turnos de atención los días lunes miércoles y viernes y dos turnos los días martes, jueves y sábado.

Entre cada turno de los días lunes, miércoles y viernes, enfermería sólo cuenta

con una hora para desconectar los tres pacientes que cada uno tiene a su cargo, realizar todas las prestaciones que se comprenden en el proceso de desconexión, preparar los elementos necesarios para el próximo paciente y conectarlo. Para realizar este proceso se requeriría de una hora y media a dos horas, por lo tanto es obvio que algunas tareas no se realicen.

- La planta física, por otra parte afecta también, de alguna manera, ya que el 10% respondió a la encuesta que “siempre” lo afecta y el 40% dice que “a veces”.
- El personal cuenta con el espacio necesario para opinar en relación a la atención que se brinda en el servicio, pero sólo el 10% aprovecha esta posibilidad que se brinda, por otra parte es el mismo porcentaje que manifiesta que no se siente reconocido por su desempeño en el servicio, esto amerita otro tipo de estudio.
- En un futuro estudio sería importante incluir a los pacientes y profesionales que se desempeñan en el servicio, a efectos de conocer cual es su opinión respecto a la atención de enfermería.
- Sería importante terminar de concretar un diagnóstico del nivel de calidad de prestación del servicio en general, y comprometer a la alta Dirección en este tema.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- 1.- ROPER, Nancy y cols. - Modelo de Enfermería - Edit. Interamericana**  
México D.F. - 1993.
- 2.- RICO, R. - “Calidad Estratégica Total”: Total Quality Management -**  
Ediciones Macchi - 1994 - Buenos Aires - Argentina.
- 3.- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Ley Nacional de**  
Diálisis N° 22.853/86. Decreto Reglamentario N° 468/89.
- 4.- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Normas Nacionales**  
de Organización y Funcionamiento de las Unidades de Diálisis.  
Decreto Reglamentario N° 734/97.
- 5.- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Normas Nacionales**  
de Bioseguridad.
- 6.- DEMING, W. E. - “Calidad Productividad. La salida de la Crisis.” - Edit.**  
Diaz de Santos - Madrid - España - 1990.
- 7.- JURAN, J. - “El Liderazgo para la Calidad” - Edit. Diaz de Santos -**  
Madrid - España - 1990.

- 8.- RICO, R.** - "Calidad Estratégica Total": Total Quality Management - Ediciones Macchi - 1994 - Buenos Aires - Argentina
- 9.- DONABEDIAN, A.** - Revista "Calidad de atención en Salud" Art. "Continuidad y Cambio en la Búsqueda de la Calidad"- Vol. 2 - Nº 3 - 1995.
- 10.- AVENDAÑO, L.** - "Nefrología Clínica" - Edit. Panamericana - Madrid - España - 1997.
- 11.- ABEL, J.J.; ROWNTREE,L.G.; TURNER, G.B.** - "On the Removal of Diffusible Substances from the Circulating Blood of Living Animals by Dialysis" - J. Pharmacol - Exp. Ther: 5:275 - 1913.
- 12.- HAAS, G.** - Veber Versuche mit Blutwaschung em Levendere mit Hilf der Dialyse, Naumyn Schmiedeberg Arch Pharmacol. - 120:341 - 1927.
- 13.- KOLFF, W.J. ; BERK, H.F. ; TER WELLW, M. ; VAN DERLEY, A.J. ; VAN DIJK, E.C. ; VAN NOORDWIJK, J.** - The artificial kidney, a dialyser with a great area - Acta Med Scand - 117:121 - 1944.
- 14.- MURRAY, G. ; DELORME, E. ; THOMAS, N.** - Development of an artificial kidney - Ach. Surg. - 55:505 - 1947.
- 15.- KOLFF, W.J.** - First clinical experience with the artificial kidney - Ann Intern Med. - 62:608 - 1965.

- 16.- QUINTON, W. ; DILLARD, D. ; SCRIBNER, B.H.** - Canmilation of blood  
Vessels for Prolongned Hemodialysis - Trans. Am. Soc. Art. if Intern.  
Organs. - 6:104 - 1960.
- 17.- ANDERSON, J. - LEVINE, J.** - Manual de Cuidados del Paciente Renal  
Edit. Interamericana - Madrid - España - 1985.
- 18.- AVENDAÑO, L.** - "Nefrología Clínica" - Edit. Panamericana - Madrid -  
España - 1997.
- 19.- ANDERSON, J. - LEVINE, J.** - Manual de Cuidados del Paciente Renal  
Edit. Interamericana - Madrid - España - 1985.
- 20.- TOMAS VIDAL, M.A.** - "Planes de Cuidados de Enfermería. Modelo de  
Referencia. Métodos e Instrumentos". - Edit. Olalla - Madrid - España -  
1996.
- 21.- ROPER, Nancy y cols.** - Modelo de Enfermería - Edit. Interamericana -  
México D.F. - 1993.
- 22.- HALLOWAY, N.** - "Planes de Cuidados de Enfermería Médico- Quirúrgica"  
Ediciones Doyma - Barcelona - España - 1990.
- 23.- ROPER, Nancy y cols.** - Modelo de Enfermería - Edit. Interamericana -  
México D.F. - 1993.

## BIBLIOGRAFIA

- **ROPER, Nancy y cols.** - "Modelo de Enfermería" - Edit. Interamericana - México D.F. - 1993.
- **RICO, R.** - "Calidad Estratégica Total": Total Quality Management - Ediciones Macchi - 1994 - Buenos Aires - Argentina.
- **DEMING, W. E.** - "Calidad Productividad. La salida de la Crisis." - Edit. Diaz de Santos - Madrid - España - 1990.
- **JURAN, J.** - "El Liderazgo para la Calidad" - Edit. Diaz de Santos - Madrid - España - 1990
- **SENILLE, A; VILLAR, J.** - ISSO 9000 en Empresas de Servicios - Edit. Gestión 2000 S.A. - Barcelona - España - 1996.
- **BENILLON, A. ; CERRUTTI, O.** - "Implantar y Gestionar la Calidad Total"- Edit. Gestión 2000 - Barcelona - España - 1989.
- **ALVES DE OLIVERA, S.** Reingeniería de Procesos - Edit. Métodos S.A. Buenos Aires - Argentina - 1994.
- **CUESTA, A.** - "La Calidad de la Asistencia Hospitalaria" - Edit, Doyma - Barcelona España - 1986.

- **VUORI, H.** - "El Control de Calidad en los Servicio Sanitarios" - Edit. Masson S. A. y S.G. - Barcelona - España - 1991.
- **DONABEDIAN, A.** - "La Calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación" - Edit. La Prensa Médica Mexicana S.A. - México - 1984.
- **JAIME, Varo** - "Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios", "Un Modelo de Gestión Hospitalaria" - Edit. Diaz Santos, S.A. - Madrid - España - 1994
- **MASON, E. J.** - "Normas de Calidad de Enfermería" - Edit. Doyma - Barcelona - España - 1992
- **ANDRES, J; FORTUNATY, C.** - Cuidados de Enfermería en la Insuficiencia Renal - Edit. Libro del Año - Madrid - España - 1994.
- **AVENDAÑO, L. H.** - "Nefrología" - Edit. Panamericana - Madrid - España -1997.
- **GOMEZ CAMPDERA, F.** - Nefrología Geriátrica - Revista de Nefrología - Vol. XVII - Suplemento 3 - Madrid - España - 1997
- **VILAGROSA, P.** - "Los Modelos Teóricos de Enfermería y la Investigación" - Revista de Enfermería Clínica - 2 (4): 127/128 - Edit. Doyma - Barcelona - España - 1991.

- **MARRINER, A. ; TOMEY, A** - "Modelos y Teorías de Enfermería"- Edit. Mosby-Doyma - Madrid - España - 1994.
- **NEWTON, C.** - "Modelo de Roper, Logan y Tierney" - Edit. Masson-Salvat - Barcelona - España - 1993.
- **CARPENITO, L. J.** - "Planes de Cuidado y Documentación" - Edit. Interamericana-Mac Graw-Hill - Madrid - España - 1994.
- **MONRAS, P. y cols.** - "Desarrollo Profesional en las Organizaciones Sanitarias Participativas" - Revista Rol - Año XVIII - Nº 200 - Barcelona - España - Abril 1995.
- **ROVERE, Mario R.** - Planificación Estratégica de Recursos Humanos - O.P.S. - Washintong, D.C. - E.U.A. - 1993

## ANEXOS I

**MAESTRIA EN GESTION DE SERVICIOS DE SALUD**

**INSTRUMENTO DE OBSERVACION DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA  
SERVICIO DE HEMODIALISIS - HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD**

TITULO : \_\_\_\_\_  
 TURNO :- \_\_\_\_\_

<b>M</b>	<b>MANTENIMIENTO DE UN AMBIENTE SEGURO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>M1</b>	<b>PREPARACION DEL EQUIPO</b>			

<b>M1.1</b>	Se lava las manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M1.2</b>	Controla la conexión de la instalación eléctrica e hidráulica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M1.3</b>	Controla que las mangueras de los equipos se encuentren en sus correspondientes drenajes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M1.4</b>	Enciende los equipos y los coloca en desinfección y drenaje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M1.5.</b>	Coloca la Solución de Diálisis correspondiente en cada equipo, verificando a través de la etiqueta si es la indicada para el paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M1.6.</b>	Ubica los equipos a 60 cm. de espacio entre cada uno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M1.7</b>	Coloca un recipiente con solución antiséptica sobre cada equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M1.8</b>	Coloca cinta de papel y cinta hipoalérgica, sobre cada equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>TOTAL</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>M2</b>	<b>PREPARACION DE LOS FILTROS DE DIALISIS</b>			
-----------	---	--	--	--

<b>M2.1</b>	Se lava las manos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-------------	--------------------	--------------------------	--------------------------	--

		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
--	--	-----------	-----------	----------------------

<b>M2.2</b>	Se coloca guantes descartables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M2.3</b>	Toma las cajas de los filtros y verifica que los mismos correspondan a los pacientes del turno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>M2.4</b>	Quita los tapones de los filtros y los coloca en el lavavo, para eliminar el formol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2.5</b>	Se quita los guantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2.6</b>	Se lava las manos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2.7</b>	Verifica el nombre del paciente en el filtro antes de colocarlo en el equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2.8</b>	Mide el volumen residual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2.9</b>	Coloca el filtro en el equipo y lo lava de acuerdo a las normas establecidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2.10</b>	Controla calidad de lavado con detector de esterilizante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2.11</b>	Rotula el filtro nuevo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2.12</b>	Descarta los residuos en doble bolsa roja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2.13</b>	Descarta los elementos punzo-cortantes en recipiente especial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2.14</b>	Se quita los guantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2.15</b>	Se lava las manos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M2.16</b>	Prepara los elementos para la conexión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>M3</b>	<b>CONECCION DEL PACIENTE A DIALISIS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>M3.1</b>	Se lava las manos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M3.2</b>	Se coloca protector ocular.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M3.3</b>	Se coloca una bata limpia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M3.4</b>	Se lava las manos durante tres minutos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M3.5</b>	Coloca una gasa estéril, embebida en iodopovidona, sobre la fístula del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- M3.6 Abre el paquete de guantes estériles.
- M3.7 Abre el paquete de las agujas.
- M3.8 Se coloca los guantes estériles con técnica adecuada.
- M3.9 Toma las agujas, cuidando no contaminar los guantes.
- M3.10 Asegura las agujas con cinta adhesiva.
- M3.11 Conecta de acuerdo a las normas establecidas, rotando los sitios de punción.
- M3.12 Se quita los guantes.
- M3.13 Enciende la bomba y programa la diálisis.
- M3.14 Asegura las agujas y tubuladuras, para evitar desconexiones.
- M3.15 Acomoda el brazo del paciente para evitar infiltración de las punciones.
- M3.16 Corrobora si se encuentran activadas las alarmas del equipo.
- M3.17 Ordena el área del paciente .
- M3.18 Descarta el material contaminado en bolsa roja.

	SI	NO	OBSERVACIONES
--	----	----	---------------

- M3.17 Se quita la bata y la coloca en una bolsa roja sobre el equipo.
  - M3.18 Se lava las manos.
- TOTAL

**M4 INICIO Y CUIDADOS DURANTE EL TRATAMIENTO DE DIALISIS**

- M4.1 Controla la tensión arterial al paciente.
- M4.2 Registra la tensión arterial del paciente en la hoja de diálisis.
- M4.3 Controla la temperatura axilar al paciente.

<b>M4.4</b>	Registra la temperatura axilar del paciente en la hoja de diálisis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M4.5</b>	Programa el tratamiento de diálisis de acuerdo a las indicaciones médicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M4.6</b>	Planifica los cuidados de enfermería que requiera el paciente durante el tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M4.7</b>	Registra en la planilla de diálisis los datos correspondientes al inicio del tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M4.8</b>	Registra la planificación de la ultrafiltración en la hoja de diálisis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M4.9</b>	Verifica la perfusión de heparina durante el tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M4.10</b>	Administra la medicación indicada, durante la diálisis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M4.11</b>	Perfunde soluciones indicadas, durante el tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<b>TOTAL</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
			<b>OBSERVACIONES</b>	
<b>M4.12</b>	Controla la perfusión de las soluciones parenterales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M4.13</b>	Realiza extracción de sangre, con técnica adecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M4.14</b>	Envía muestras a laboratorio, rotulada en doble envoltura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M4.15</b>	Evalúa los signos vitales del paciente durante el tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M4.16</b>	Registra los valores de los signos vitales controlados durante la diálisis en la hoja indicada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M4.17</b>	Mantiene el orden y la limpieza en el área del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M4.18</b>	Lava y ordena el material utilizado. (máscaras, bandejas, paquetes de curaciones, etc.)con técnicas adecuadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<b>TOTAL</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**M5** **DESCONECCION DEL PACIENTE AL TRATAMIENTO**

M5.1 Prepara los elementos necesarios para la desconexión.

M5.2 Se lava las manos.

M5.3 Se coloca protector ocular.

M5.4 Se coloca una bata limpia.

M5.5 Se lava las manos.

M5.6 Se coloca guantes descartables.

M5.7 Administra la medicación indicada al paciente.

	SI	NO	OBSERVACIONES
--	----	----	---------------

M5.8 Realiza la desconexión con técnica adecuada.

M5.9 Retira la agujas y efectúa compresión manual, para evitar el sangrado, verificando que este haya cesado antes que el paciente se retire.

M5.9 Descarta las agujas de fístula en descartador adecuado y todo material punzocortante.

M5.10 Descarta el material contaminado en recipiente con doble bolsa roja.

M5.11 Lava el filtro de acuerdo a las normas.

M5.12 Guarda el filtro en la caja correspondiente, cerrando la misma correctamente.

M5.13 Activa la desinfección interna del equipo.

M5.14 Limpia y decontamina el exterior del equipo.

M5.15 Coloca sobre el equipo los elementos necesarios para el siguiente tratamiento.

TOTAL

**M6** **CONTROL DE ELEMENTOS DE URGENCIAS**

M6.1 Controla los equipos de oxígeno.

- M6.2 Controla el carro de paro.
- M6.3 Controla los fármacos de urgencias.
- M6.4 Controla el funcionamiento del visoscopio y cardiovertor.
- M6.5 Verifica vencimiento de mata fuegos.

	SI	NO	OBSERVACIONES
--	----	----	---------------

- M6.6 Efectúa revisión de roles de incendio.
- TOTAL

**AB ALIMENTACION Y BEBIDA**

- AB1.1 Pesa al paciente ante de la conexión
- AB1.2 Realiza balance hídrico al paciente para la programación de la diálisis.
- AB1.3 Evalua el estado nutricional del paciente.
- AB1.4 Ayuda a comer al paciente que lo necesita.
- AB1.5 Registrar el líquido que el paciente ingiere durante el tratamiento.
- AB1.6 Observa la alimentación del paciente durante la diálisis.
- AB1.7 Pesa al paciente al finalizar la diálisis.
- TOTAL

**E ELIMINACION DE EXCRETAS**

- E1.1 Indaga al paciente sobre diuresis residual.
- E1.2 Envía a laboratorio muestras de orina o materia fecal.
- E1.3 Indaga al paciente sobre frecuencia y características de las deposiciones.

E1.4 Acompaña al paciente que necesita ir al baño

	SI	NO	OBSERVACIONES
--	----	----	---------------

**C COMUNICACION**

**C1 REGISTROS EN LIBRO FOLIADO**

C1.1 Registra volumen residual de los filtros.

C1.2 Registra temperatura axilar del paciente, pre y pos diálisis.

C1.3 Registra la tensión arterial del paciente pre y pos diálisis.

C1.4 Registra datos de la diálisis, (número de diálisis del servicio, número de diálisis del paciente, datos del paciente, etc.)

C1.5 Registra tipo y número de filtro.

C1.6 Registra número de reusos de filtro.

C1.7 Registra material descartable utilizado.

TOTAL

**C2.1 CON LOS PACIENTES**

C2.1 Llama a los pacientes cuando llega su turno de tratamiento.

C2.2 Indica al paciente donde guardar sus abrigos.

C2.3 Acompaña al paciente hasta la balanza y lo pesa.

C2.4 Indica al paciente que debe lavarse el brazo de la fístula.

C2.5 Comunica al paciente sobre la importancia del correcto lavado de la fístula.

	SI	NO	OBSERVACIONES
--	----	----	---------------

C2.6 Instruye al paciente sobre la importancia de la toma de la medicación indicada.

**C2.7** Brinda educación al paciente en relación a los cuidados que debe tener durante la diálisis, para evitar accidentes con su acceso vascular.

**C2.8** Registra en el libro foliado la evolución correspondiente a los pacientes atendidos.

**TOTAL**

**C3** **CON LOS FAMILIARES**

**C3.1** Comunica al familiar sobre los cuidados que deben continuar en el hogar, en relación al acceso vascular, dieta, control de líquidos, etc.

**C3.2** Comunica al familiar cuando el paciente se demora por distintos inconvenientes.

**C3.3** Informa al familiar sobre los cuidados a tener en cuenta por la anticoagulación.

**TOTAL**

**C4** **CON EL EQUIPO**

**C4.1** Comunica al médico los problemas que presentan los pacientes.

**C4.2** Registra las novedades del servicio en el Repord.

**C4.3** Llama al camillero, para el traslado de los pacientes.

**C4.4** Informa a la enfermera de Internación sobre los cuidados especiales de los pacientes internados.

**C4.5** Comunica a la Asistente Social los problemas sociales que presentan los pacientes.

**C4.6** Comunica al Psicólogo los problemas psicológicos que presentan los pacientes.

	SI	NO	OBSERVACIONES
--	----	----	---------------

**C4.7** Efectúa ael pase de guardia por pacientes.

**C4.8** Comunica a la Jefa de Unidad los inconvenientes del Servicio.

**C4.9** Comunica a la Nutricionista sobre las necesidades

nutricionales de los pacientes.

--	--

**C4.10** Se comunica con otros servicios o profesionales por temas relacionados con los pacientes.

TOTAL


**R** **RESPIRACION**

**R1** Observa si el paciente presenta dificultad respiratoria

--	--

**R2** Indaga al paciente con cuantas almohadas duerme.

--	--

**R3** Administra oxígeno al paciente de acuerdo a la indicación médica.

--	--

**R4** Administra nebulización, al paciente, de acuerdo a la indicación médica.

--	--

**R5** Colabora en la reanimación cardiorespiratoria.

--	--

**R6** Mantiene codiciones los elementos de oxígeno y nebulizaciones.

TOTAL


**MO** **MOVILIZACION**

**MO1** Ayuda al paciente a quitarse el abrigo.

--	--

**MO2** Ayuda al paciente a pesarse antes y después de la diálisis.

--	--

**MO3** Colabora con el paciente en el lavado de fístula, en caso de incapacidad del mismo.

--	--

<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
-----------	-----------	----------------------

**MO4** Acompaña al paciente hasta el sillón.

--	--

**MO5** Ayuda al paciente a sentarse en el sillón.

--	--

**MO6** Eleva los pies del paciente, en el sillón, si este lo solicita.

--	--

**MO7** Reclina el sillón, para que el paciente pueda dormir.

--	--

**MO8** Ayuda al paciente a incorporarse del sillón.

--	--

**MO9** Ayuda al paciente a sentarse en la silla de ruedas.

--	--

MO10 Colabora con el paciente para pasar de silla de ruedas a sillón.

MO11 Colabora con el paciente para pasar de sillón a silla de ruedas.

MO12 Estimula al paciente sobre la realización de actividad física en el hogar.

TOTAL

**TJ TRABAJO Y JUEGO**

TJ1 Enciende el televisor para los pacientes.

TJ2 Les coloca los binauriculares a los pacientes que desean oír el televisor.

TJ3 Estimula al paciente a la actividad laboral.

TJ4 Estimula al paciente a realizar actividad recreativa.

TJ5 Estimula al paciente a la lectura.

TOTAL

**LV LIMPIEZA PERSONAL Y VESTIDO**  SI  NO  OBSERVACIONES

LV1 Observa el estado de higiene del paciente.

LV2 Observa el estado de higiene de la fístula arteriovenosa, antes que inicie el lavado de la misma.

LV3 Refuerza los hábitos de higiene de los pacientes.

LV4 Solicita la colaboración de la Asistente Social en temas relacionados a higiene y vestimenta de los pacientes.

LV5 Cubre al paciente en los procedimientos especiales preservando su pudor.

TOTAL

**CT CONTROL DE LA TEMPERATURA CORPORAL**

CT1 Abriga a los pacientes que sienten frío.

<b>CT2</b>	Quita el abrigo al paciente que siente calor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CT3</b>	Verifica la temperatura del equipo del diálisis, antes de iniciar el tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CT4</b>	Mantiene calefaccionada el área del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CT5</b>	Mantiene la temperatura ideal en el área del paciente, en días de calor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>TOTAL</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ES** **EXPRESION DE LA SEXUALIDAD**

<b>ES1</b>	Brinda un clima propicio para la expresión de problemas sexuales del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ES2</b>	Educa al paciente en relación a las precauciones en la relación sexual, ante enfermedades infectocontagiosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>OBSERVACIONES</b>			

<b>ES3</b>	Educa a las pacientes mujeres, sobre la importancia del control ginecológico periódico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>TOTAL</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**S** **SUENO**

<b>S1</b>	Brinda un ambiente propicio, para que el paciente pueda dormir, durante el tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>S2</b>	Observa al paciente mientras duerme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>S3</b>	Indaga al paciente si puede dormir bien por la noche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>S4</b>	Pregunta al paciente con cuantas almohadas duerme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>S5</b>	Informa al médico cuando el paciente presenta alteración en el sueño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>TOTAL</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**MU** **MUERTE**

<b>MU1</b>	Dialoga con el paciente sobre las inquietudes que tenga en relación a la muerte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	--	--------------------------	--------------------------

<b>MU2</b>	Brinda apoyo al paciente que presenta temores de muerte.		
<b>MU3</b>	Brinda apoyo a los familiares con temores de muerte.		
<b>MU4</b>	Brinda apoyo al familiar de un paciente fallecido.		
<b>MU5</b>	Prepara el cadáver.		
<b>MU6</b>	Realiza los registros correspondientes, sobre el fallecimiento del paciente.		
<b>MU7</b>	Realiza los trámites administrativos correspondientes al fallecimiento.		
	<b>TOTAL</b>		

## ANEXOS II

**MAESTRIA EN GESTION DE SERVICIOS DE SALUD**  
**PLANILLA DE ANALISIS DE DATOS DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA**

<b>M - MANTENIMIENTO DE UN AMBIENTE SEGURO</b>		<b>FREC.</b>	<b>FREC</b>	<b>%</b>
<b>M1 - PREPARACION DEL EQUIPAMIENTO.</b>		<b>OPTIMA</b>	<b>HALLAD</b>	
M1.1	Se lava las manos.	10	6	60%
M1.2	Controla el funcionamiento de la instalación eléctrica e hidráulica.	30	30	100%
M1.3	Observa que las mangueras de los equipos se encuentren en sus correspondientes drenajes.	30	30	100%
M1.4	Enciende los equipos y los coloca en desinfección y drenaje.	30	30	100%
M1.5	Coloca la solución de diálisis, verificando a través de la etiqueta si es la que tiene indicada el paciente.	30	27	90%
M1.6	Ubica los equipos a 60 cm de espacio entre cada uno.	30	24	80%
M1.7	Coloca un recipiente con solución antiséptica sobre cada equipo.	30	15	50%
M1.8	Coloca cinta de papel y cinta hipoalergénica sobre cada equipo.	30	14	47%
<b>TOTAL</b>		<b>220</b>	<b>176</b>	<b>80%</b>

<b>M2 PREPARACION DE LOS FILTROS</b>		<b>FREC.</b>	<b>FREC</b>	<b>%</b>
		<b>OPTIMA</b>	<b>HALLAD</b>	
M2.1	Se lava las manos.	30	18	60%
M2.2	Se coloca guantes descartables.	30	18	60%
M2.3	Toma las cajas de filtros de los pacientes del turno y verifica que los filtros sean los que corresponden.	30	30	100%
M2.4	Quita los tapones de los filtros y los coloca en el lavavo para eliminar el formol.	30	30	100%
M2.5	Se quita los guantes.	30	18	60%
M2.6	Se lava las manos	30	22	73%
M2.7	Se coloca guantes descartables.	30	25	83%
M2.8	Trae los filtros del lavavo, en sus cajas, los instala en el equipo correspondiente, luego de verificar el			

	nombre del paciente a quien corresponde el filtro.	30	30	100%
M2.9	Mide el volúmen residual del filtro.	30	10	33%
M2.10	Lava el filtro de acuerdo a las normas establecidas.	30	30	100%
M2.11	Controla la calidad del lavado del filtro con detector de esterilizante.	30	17	57%
M2.12	Rotula los filtros de diálisis nuevos.	30	30	100%
M2.13	Descarta los residuos en bolsa roja.	30	30	100%
M2.14	Descarta los elementos punzo-cortante en recipiente especial.	30	30	100%
M2.15	Se quita los guantes.	30	18	60%
M2.16	Se lava las manos.	30	22	73%
	<b>TOTAL</b>	<b>480</b>	<b>398</b>	<b>83%</b>

<b>M3 CONECCION DEL PACIENTE AL SISTEMA DE DIALISIS</b>		<b>FREC.</b>	<b>FREC</b>	<b>%</b>
		<i>OPTIMA</i>	<i>HALLAD</i>	
M3.1	Se lava las manos.	30	12	40%
M3.2	Se coloca una bata limpia	30	19	63%
M3.3	Se coloca protector ocular.	10	6	60%
M3.4	Coloca una gasa estéril, embebida en iodopovidona, sobre la fístula del paciente.	30	30	100%
M3.5	Dispone todos los elementos necesarios para la conexión ( abre el paquete de guantes y agujas con técnica aséptica, corta cintas, etc.)	30	27	90%
M3.6	Se lava las manos con solución antiséptica.	30	30	100%
M3.7	Se coloca los guantes estériles.	30	30	100%
M3.8	Conecta al paciente con la técnica correspondiente.	30	30	100%
M3.9	Se lava las manos entre cada conexión.	30	20	67%
M3.10	Se cambia la bata entre cada conexión.	30	19	63%
M3.11	Asegura las agujas y tubuladuras, para evitar desconec. ciones accidentales.	30	30	100%

M3.12	Se quita los guantes y los descarta en el recipiente con bolsa roja.	30	30	100%
M3.13	Corroborar si se encuentran activadas todas las alarmas y si las conexiones estan aseguradas.	30	30	100%
M3.14	Enciende la bomba de sangre y da inicio a la diálisis.	30	30	100%
M3.15	Acomoda el brazo de paciente para evitar infiltraciones en las punciones.	30	30	100%
M3.16	Ordena el área del paciente.	30	24	80%
<b>TOTAL</b>		<b>480</b>	<b>419</b>	<b>87%</b>

<b>M4 INICIO Y CUIDADO DURANTE EL TRATAMIENTO DE DIALISIS</b>		<b>FREC.</b>	<b>FREC</b>	<b>%</b>
		<b>OPTIMA</b>	<b>HALLAD</b>	
M4.1	Controla la tensión arterial del paciente	30	30	100%
M4.2	Registra los valores de tensión arterial en hoja de diálisis.	30	30	100%
M4.3	Controla temperatura axilar.	30	28	90%
M4.4	Registra temperatura axilar en hoja de diálisis	30	28	90%
M4.5	Programa la diálisis de cada paciente de acuerdo a las indicaciones médicas y la valoración de enfermería.	30	30	100%
M4.6	Planifica los cuidados de enfermería que requiere cada paciente durante la diálisis.	30	30	100%
M4.7	Registra en la planilla de diálisis todos los datos correspondientes al inicio del tratamiento.	30	30	100%
M4.8	Verifica la perfusión de heparina durante la diálisis.	30	21	70%
M4.9	Evalúa los signos vitales del paciente, durante el tratamiento.	30	15	50%
M4.10	Registra los valores de los signos controlados.	30	15	50%
M4.11	Asiste al paciente con hipertensión.	30	30	100%
M4.12	Asiste al paciente con calambres.	30	30	100%
M4.13	Asiste al paciente con problemas en las punciones.	30	30	100%
M4.14	Asiste al paciente con dolor.	30	30	100%
M4.15	Asiste al paciente con reacciones alérgicas.	30	30	100%

M4.16	Administra medicación.	30	30	100%
M4.17	Perfunde solución fisiológica u otras, durante el tratamiento o luego del mismo.	30	30	100%
M4.18	Realiza extracción de sangre para análisis.	30	30	100%
M4.19	Envía muestra de sangre al laboratorio, rotulada en doble envoltura.	30	30	100%
M4.20	Realiza extracción de sangre para enviar a CUCAI.	30	30	100%
M4.21	Envía sangre al CUCAI, de acuerdo a las normas establecidas.	30	30	100%
M4.22	Limpia el material utilizado (máscaras de oxígeno, bandejas, paquetes de curaciones, etc.)	10	8	80%
<b>TOTAL</b>		<b>640</b>	<b>595</b>	<b>93%</b>

<b>M5 DESCONECCION DEL PACIENTE DE LA DIALISIS</b>		<b>FREC.</b>	<b>FREC</b>	<b>%</b>
		<b>OPTIMA</b>	<b>HALLAD</b>	
M5.1	Prepara todos los elementos necesarios para la desconexión.	30	30%	100%
M5.2	Se lava las manos.	30	25	83%
M5.3	Se coloca guantes descartables.	30	30	100%
M5.4	Se coloca protector ocular.	10	6	60%
M5.5	Administra la medicación indicada.	30	30	100%
M5.6	Realiza desconexión del paciente con técnica adecuada.	30	30	100%
M5.7	Efectúa hemostasia en las punciones de la fístula del paciente, presionando durante unos minutos verificando que cese el sangrado.	30	30	100%
M5.9	Dispone todo lo necesario para lavar el filtro.	30	30	100%
M5.10	Lava y esteriliza el filtro de acuerdo a las normas.	30	30	100%
M5.11	Activa la desinfección interna del equipo.	30	30	100%
M5.12	Limpia y desinfecta el equipo de diálisis, por fuera con la solución antiséptica indicada.	30	30	100%
M5.13	Coloca, sobre el equipo, los elementos necesarios para la siguiente diálisis.	30	30	100%

M5.14	Descarta material punzo-cortante en recipiente adecuado	30	30	100%
	<b>TOTAL</b>	<b>400</b>	<b>391</b>	<b>98%</b>

<i>M6</i>	<i>CONTROL DE ELEMENTOS DE URGENCIA</i>	FREC.	FREC	%
		<i>OPTIMA</i>	<i>HALLAD</i>	
M6.1	Controla elementos de oxígeno.	30	15	50%
M6.2	Controla el carro de paro.	30	15	50%
M6.3	Controla los fármacos de uso en urgencias.	30	15	50%
M6.4	Controla el funcionamiento del visoscopio-cardiovertor.	30	15	50%
M6.5	Controla el vencimiento de matafuegos.	30	0	0%
M6.6	Efectúa revisiones de los roles de incendio.	30	0	0%
	<b>TOTAL</b>	<b>180</b>	<b>60</b>	<b>33%</b>

<i>AB. ALIMENTACION Y BEBIDA</i>		FREC.	FREC	%
		<i>OPTIMA</i>	<i>HALLAD</i>	
AB1.1	Pesa al paciente antes y después de la diálisis y lo registra.	30	30	100%
AB1.2	Realiza el balance hídrico, necesario para la programación de la diálisis y registra.	30	30	100%
AB1.3	Comunica a la Nutricionista sobre alteraciones en el estado nutricional de los pacientes.	30	24	80%
AB1.4	Registra el líquido que bebe el paciente en la diálisis.	30	18	60%
AB1.5	Provee al paciente de dietas impresas.	30	22	73%
AB1.6	Observa al paciente si presenta intolerancia a algún alimento.	30	24	80%
AB1.7	Solicita a la nutricionista, brinde información al paciente sobre dietas especiales.	30	30	100%
	<b>TOTAL</b>	<b>210</b>	<b>178</b>	<b>85%</b>

<i>E. ELIMINACION DE EXCRETAS</i>		FREC.	FREC	%
		<i>OPTIMA</i>	<i>HALLAD</i>	
E1.1	Indaga al paciente sobre el volumen de su diuresis residual.	30	12	33%
E1.2	Desconecta al paciente que tenga necesidad de ir al baño.	30	12	40%
E1.3	Acompaña al paciente al baño.	30	30	50%

C3. CON LOS FAMILIARES		FREC.	FREC	%
C3.1	Comunica al familiar sobre los cuidados que deben continuar en el hogar, en relación al acceso vascular.	OPTIMA	HALLAD	
		30	21	70%
C3.2	Comunica al familiar cuando el paciente se demora por distintos inconvenientes.	30	28	93%
C3.3	Informa a la familia sobre la importancia de la dieta y la ingesta de líquidos.	30	21	70%
C3.4	Informa a la familia sobre cuidados de anticoagulación.	30	18	60%
	<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>88</b>	<b>73%</b>

C4 CON EL EQUIPO.		FREC.	FREC	%
		OPTIMA	HALLAD	
C4.1	Comunica al médico problemas que presente el paciente.	30	30	100%
C4.2	Registra las novedades en el cuaderno.	10	10	100%
C4.3	Llama al camillero.	30	30	100%
C4.4	Informa a la enfermera de internación sobre los cuidados especiales de los pacientes internados.	30	28	93%
C4.5	Comunica a la Asistente social los problemas que presente el paciente.	30	25	83%
C4.6	Comunica al Psicólogo los inconvenientes que presenten los pacientes.	30	27	90%
C4.7	Efectúa el pase de guardia, por pacientes.	30	26	87%
C4.8	Comunica a la Jefa de Unidad los inconvenientes	30	21	70%
C4.9	Informa a la jefa sobre material faltante.	30	15	50%
C4.10	Comunica a la nutricionista sobre dietas de pacientes.	30	30	100%
		<b>280</b>	<b>242</b>	<b>84%</b>

R. RESPIRACION		FREC.	FREC	%
R1	Observa si hay signos de dificultad respiratoria por sobrecarga de volumen.	OPTIMA	HALLAD	
		30	30	100%
R2	Administra oxígeno de acuerdo a indicación	30	30	100%
R3	Administra nebulizaciones de acuerdo a indicación.	30	21	70%
R4	Consulta al paciente con cuantas almohadas duerme.	30	30	30%

R5	Informa al médico si el paciente presenta problemas.	30	30	100%
R6	Valora la frecuencia respiratoria del paciente.	30	30	100%
<b>TOTAL</b>		<b>180</b>	<b>171</b>	<b>95%</b>

<b>MO. MOVILIZACION</b>		<b>FREC.</b>	<b>FREC</b>	<b>%</b>
		<b>OPTIMA</b>	<b>HALLAD</b>	
MO.1	Ayuda al paciente a quitarse el abrigo.	30	28	93%
MO.2	Ayuda al paciente a pesarse, antes y después de la diálisis.	30	30	100%
MO.3	Colabora con el paciente en el lavado de la fístula.	30	28	93%
MO.4	Acompaña al paciente hasta el sillón.	30	30	100%
MO.6	Eleva los pies del paciente, si este lo solicita.	30	30	100%
MO.7	Reclina el sillón para que el paciente pueda dormir.	30	30	100%
MO.8	Ayuda al paciente a incorporarse del sillón.	30	30	100%
MO.9	Ayuda al paciente a sentarse en la silla de ruedas.	30	30	100%
MO.10	Colabora con el paciente para pasar de la silla de ruedas al sillón.	30	26	87%
MO.11	Colabora con el paciente para pasar del sillón a la silla de ruedas.	30	30	100%
MO.12	Estimula al paciente sobre la realización de actividad física en el hogar.	30	30	100%
<b>TOTAL</b>		<b>360</b>	<b>336</b>	<b>93%</b>

<b>TB. TRABAJO Y JUEGO</b>		<b>FREC.</b>	<b>FREC</b>	<b>%</b>
		<b>OPTIMA</b>	<b>HALLAD</b>	
TJ.1	Enciende el televisor.	10	10	100%
TJ.2	Le coloca los biauriculares a los pacientes que lo deseen.	30	20	67%
TJ.3	Estimula al paciente en la actividad laboral.	30	14	47%
TJ.4	Estimula al paciente, en la actividad recreativa.	30	18	60%
TJ.5	Provee al paciente de diarios y revistas.	30	20	67%
<b>TOTAL</b>		<b>130</b>	<b>82</b>	<b>63%</b>

<b>LV. LIMPIEZA PERSONAL Y VESTIDO</b>		<b>FREC.</b>	<b>FREC</b>	<b>%</b>
		<b>OPTIMA</b>	<b>HALLAD</b>	
LV.1	Observa que el paciente se lave la fistula durante tres minutos con solución de iodopovidona.	30	26	100%
LV.2	Desinfecta la piel de la fistula del paciente con gasa embebida en iodopovidona, durante tres minutos.	30	30	100%
LV.3	Controla el estado de higiene general del paciente.	30	22	73%
LV.4	Refuerza los hábitos de higiene de los pacientes.	30	18	60%
LV.5	Cubre al paciente durante los procedimientos	30	30	100%
	<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>123</b>	<b>82%</b>

<b>T CONTROL DE LA TEMPERATURA CORPORAL</b>		<b>FREC.</b>	<b>FREC</b>	<b>%</b>
		<b>OPTIMA</b>	<b>HALLAD</b>	
T.1	Abriga a los pacientes que sienten frío.	30	30	100%
T.2	Quita el abrigo al paciente que tiene calor.	30	30	100%
T.3	Controla la temperatura axilar antes de la diálisis.	30	30	100%
T.4	Controla la temperatura axilar al finalizar la diálisis	30	30	100%
T.5	Verifica la temperatura del equipo de diálisis.	30	27	90%
	<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>147</b>	<b>98%</b>

<b>EX. EXPRESION DE LA SEXUALIDAD</b>		<b>FREC.</b>	<b>FREC</b>	<b>%</b>
		<b>OPTIMA</b>	<b>HALLAD</b>	
EX.1	Propicia el clima para la expresión de los problemas sexuales que presente el paciente.	30	12	40%
EX.2	Educa al paciente en relación a los cuidados en el acto ante enfermedades infectocontagiosas.	30	30	100%
EX.3	Comunica a que corresponda por problemas del paciente	30	30	100%
	<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>72</b>	<b>80%</b>

<b>S. SUENO</b>		<b>FREC.</b>	<b>FREC</b>	<b>%</b>
		<b>OPTIMA</b>	<b>HALLAD</b>	
S.1	Brinda un ambiente propicio para que el paciente que lo desee pueda dormir.	30		
S.3	Pregunta al paciente si puede dormir bien durante la noche.	30		

S.4	Consulta al paciente con cuantas almohadas duerme.	30		
S.5	Informa al médico sobre la alteración en el sueño que, presente el paciente.	30		
	<b>TOTAL</b>	<b>150</b>		

<b>MU. MUERTE</b>		<b>FREC.</b>	<b>FREC</b>	<b>%</b>
		<b>OPTIMA</b>	<b>HALLAD</b>	
MU.1	Dialoga con el paciente sobre las inquietudes que que tenga con relación a la muerte.	30		
MU.2	Brinda apoyo al paciente que presente temores de muerte.	30		
MU.3	Prepara el cadáver.	30		
MU.4	Realiza los trámites correspondientes a fallecimiento.	30		
	<b>TOTAL</b>	<b>120</b>		

## ANEXOS III

**MAESTRIA EN GESTION DE SERVICIOS DE SALUD  
CUESTIONARIO DE OPINION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA**

**SERVICIO DE HEMODIALISIS  
HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD**

TITULO: \_\_\_\_\_

TURNO: \_\_\_\_\_

A). Tiene conocimiento de la existencia de estándares que reglamentan la actividad asistencial en los Servicios de Hemodiálisis?

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>
NUNCA	<input type="checkbox"/>

B). Tiene a su disposición las Normas Nacionales de Organización y Funcionamiento de las Unidades de Diálisis y la Ley Nacional de Diálisis?

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>
NUNCA	<input type="checkbox"/>

C). Consulta la Normas Nacionales de Organización y Funcionamiento de las Unidades de Diálisis o la Ley Nacional de Diálisis cuanto tiene dudas?

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>
NUNCA	<input type="checkbox"/>

D). Considera que cuenta con los conocimientos y capacitación necesaria para desempeñarme en el servicio?

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>
NUNCA	<input type="checkbox"/>

E). Tiene a su disposición, para la consulta, el Manual de Normas y Procedimientos del Servicio?

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>
NUNCA	<input type="checkbox"/>

F).Según su opinión los procedimientos que se realizan, son acordes a los des-  
critos en Manual de Normas y Procedimientos del servicio?

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>
NUNCA	<input type="checkbox"/>

G).Se realizan reuniones de servicio para la discusión sobre la vigencia de las  
normas y de los procedimientos que se realizan?

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>
NUNCA	<input type="checkbox"/>

H).Cuenta con el espacio necesario para expresar sus ideas en relación a la  
modalidad de trabajo del Servicio?

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>
NUNCA	<input type="checkbox"/>

I).Usted participa con su aporte para mejorar la atención del servicio?

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>
NUNCA	<input type="checkbox"/>

J).Considera que los aportes que brinda, son tenidos en cuenta?

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>
NUNCA	<input type="checkbox"/>

K).Usted considera que todas las normas se cumplen?

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>
NUNCA	<input type="checkbox"/>

L).Las codiciones edilicias son adecuadas para cumplir con las Normas?

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>
NUNCA	<input type="checkbox"/>

M). Cuenta con el tiempo necesario para la realización de las actividades de enfermería, de las Normas?

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>
NUNCA	<input type="checkbox"/>

N). Cuenta con los materiales asistenciales necesarios para el cumplimiento de las Normas?

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>
NUNCA	<input type="checkbox"/>

O). Le produce agobio el cumplimiento de las normas?

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>
NUNCA	<input type="checkbox"/>

P). Le brinda seguridad el hecho de superditarse a las normas para la realización de las actividades de enfermería?

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>
NUNCA	<input type="checkbox"/>

Q). Usted se siente estimulado en el Servicio por el reconocimiento que se le brinda por su desempeño?

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>
NUNCA	<input type="checkbox"/>

R). Usted considera que sus objetivos personales coinciden con los objetivos del sector?

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>
NUNCA	<input type="checkbox"/>

R).Según su opinión existe coherencia entre los objetivos del servicio y los de la institución.

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>
NUNCA	<input type="checkbox"/>

S).Está satisfecho con los resultados de su trabajo?

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>
NUNCA	<input type="checkbox"/>

T).Está satisfecho con los resultados de la atención que brinda el servicio?

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>
NUNCA	<input type="checkbox"/>

U) La supervisión que se realiza sobre su tarea y el apoyo de su superior inmediato, le permite trabajar con mayor seguridad?

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>
NUNCA	<input type="checkbox"/>

## ANEXOS IV



## Decreto Nacional 507/86

### DECRETO REGLAMENTARIO LEY 22.853 SOBRE HABILITACION DE UNIDADES DE DIALISIS.

BUENOS AIRES, 8 de Abril de 1986

BOLETIN OFICIAL , 22 de Abril de 1986

#### Ley Reglamentada

Ley 22.853

#### EFECTO PASIVO

Decreto Nacional 468/89

Decreto Nacional 468/89

#### NOTICIAS ACCESORIAS:

OBSERVACION EN VIRTUD DEL DECRETO 468/89 SUSTITUYESE INTEGRAMENTE EL ANEXO I. B.O. 89-04-13 .

OBSERVACION SE AUTORIZA A LA SECRETARIA DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL A DICTAR LAS RESOLUCIONES COMPLEMENTARIAS QUE SEAN NECESARIAS PARA LA REGLAMENTACION MODIFICADA POR ART. 1 POR ART. 2 DEL DEC. 468/89. B.O. 13-04 89

#### TEMA

DECRETO REGLAMENTARIO-ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES-UNIDADES DE DIALISIS-ENFERMEDADES-INSUFICIENCIA RENAL

#### VISTO

la Ley N. 22.853, que establece requisitos básicos para la habilitación y funcionamiento de las unidades de atención médica destinadas a aplicar diálisis en el tratamiento de la insuficiencia renal; y,

#### CONSIDERANDO

Que el MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL - SUBSECRETARIA DE RECURSOS DE SALUD - ha proyectado la correspondiente reglamentación.

#### • artículo 1:

ARTICULO 1.- Apruébase el cuerpo de disposiciones adjunto que constituye la reglamentación de la Ley N. 22.853, que como Anexo I forma parte integrante del presente decreto.

☉ artículo 2:

ARTICULO 2.- Facúltase al MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL para dictar las normas complementarias, aclaratorias o interpretativas que requiera la aplicación del cuerpo de normas reglamentarias que se aprueba.

☉ artículo 3:

ARTICULO 3.- Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

## FIRMANTES

ALFONSIN - TROCCOLI - ALCONADA ARAMBURU - NERI

## ANEXO A: ANEXO I

☉ artículo 1:

ARTICULO 1.- \* Sin reglamentar.

☉ artículo 2:

ARTICULO 2.- \* Sin reglamentar.

☉ artículo 3:

\*ARTICULO 3.- Como condiciones mínimas, para su habilitación y funcionamiento ulterior, las unidades de diálisis extracorpórea e intracorpórea deberán disponer de los elementos que aseguren el cumplimiento permanente de los requisitos que se establecen a continuación.

UNIDAD DE DIALISIS EXTRACORPOREA

I - DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA

a) Local o locales de aplicación de diálisis con superficie de no menos de SEIS (6) METROS CUADRADOS para cada uno de los pacientes dializados simultáneamente, y con espacio entre cada puesto de diálisis (sillón-cama) no menor de SESENTA CENTIMETROS (60 cm.). Esta superficie se refiere a la ocupada por el paciente y el equipo de diálisis, excluyendo los espacios destinados a maquinarias para el tratamiento del agua, depósitos de materiales, vestuarios, baños, etc.

b) Las paredes en su totalidad y los pisos de los locales indicados en el inciso a) deberán estar revestidos o pintados con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección.

c) Local aislado, con baño propio, para diálisis de pacientes con enfermedades infectocontagiosas. Este local deberá contar con una superficie de SEIS (6) METROS CUADRADOS por paciente y con espacio entre cada puesto de diálisis (sillón-cama) no menor de SESENTA CENTIMETROS (60 cm.), y con paredes y pisos revestidos o pintados

en su totalidad con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección.

## II - DE LOS APARATOS Y EQUIPOS DE USO MEDICO

a) Máquinas y/o aparatos para la aplicación de diálisis, provistos de indicadores para el control de la presión sanguínea eferente de la membrana de diálisis, temperatura, conductividad flujo de baño y detectores de burbuja, deberán poseer sistemas de alarma y monitor de presión negativa.

b) Osciloscopio, desfibrilador, laringoscopio y equipos de reanimación respiratoria en la unidad de diálisis.

c) Equipos de tratamiento de agua que permitan la obtención de agua de la siguiente calidad: Bacteriología de agua.

Los recuentos microbianos viables totales no deberán exceder las DOSCIENTAS (200) colonias por mililitros a la salida del tratamiento de agua, y menor de DOS MIL (2.000) colonias por mililitro a la entrada del último puesto.

Niveles máximos de contaminantes químicos permitidos:

CALCIO	2mg/l (0,1 MEq/l)
MAGNESIO	4mg/l (0,3 MEq/l)
SODIO	70mg/l (3,0 MEq/l)
POTASIO	8mg/l (0,2 MEq/l)
FLUORURO	0,2mg/l
CLORO	0,5mg/l
ALUMINIO	0,01mg/l
ARSENICO, PLOMO, PLATA	0,0005mg/l cada uno
CLORAMINAS	0,1mg/l
NITRATOS	2,mg/l
SULFATOS	100mg/l
COBRE, BARIO, ZINC	0,1mg/l cada uno
CADMIO	0,001mg/l
CROMO	0,014mg/l
SELENIO	0,09mg/l
MERCURIO	0,002mg/l

d) Ante un desperfecto en el sistema de purificación de agua, u otro evento que ponga en riesgo la calidad de prestación, la unidad de diálisis deberá notificar personalmente o a través de telegrama dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas el desperfecto acaecido, a la autoridad sanitaria correspondiente. La autoridad sanitaria procederá a una inmediata inspección, valorando los medios supletorios de tratamiento con que se cuente. En el caso que los mismos permitan la utilización de agua con las condiciones bacteriológicas previamente descritas, se mantendrá la habilitación del establecimiento.

Respecto a las características analíticas de contaminantes químicos permitidos según la lista anterior, se dará un plazo de TREINTA (30) días para que el problema se solucione, salvo que la presencia de contaminantes químicos de alto riesgo para el enfermo indiquen la clausura preventiva del establecimiento.

Si por razones diversas, cumplido el plazo, no se ha producido la reparación correspondiente, los enfermos deberán ser transferidos transitoriamente a otros centros por esta emergencia, debiendo reintegrarse al centro de origen inmediatamente al aviso de la normalización del mismo.

## III - DEL MATERIAL DESCARTABLE Y/O REUTILIZABLE

a) Los materiales descartables y/o reutilizables: agujas, guías venosas y arteriales, guías de heparinización y jeringas y las membranas dializantes, deberán reunir las características de calidad exigidas por la reglamentación vigente.

b) Material descartable no reutilizable: agujas, guías venosas y arteriales, guías de heparinización y jeringas.

Su reutilización queda prohibida.

c) Material descartable reutilizable: las membranas dializantes, cada una de las cuales podrá reutilizarse cuando se cuente con una tecnología aprobada por los organismos que controlan el cumplimiento de esta ley, que permita un correcto lavado, esterilización, medición de su volumen residual y almacenamiento

en que se podrá aumentar el número de reusos; a tales efectos deberá cumplimentarse con los siguientes requisitos:

1 - REQUISITOS GENERALES

- a) Disponibilidad de agua purificada para la limpieza y lavado del dializador y preparación de todas las soluciones.
- b) Procedimiento técnico que asegure una correcta limpieza y el lavado del dializador previo a su reesterilización.
- c) Agentes esterilizantes, podrán ser utilizados sólo aquellos que se encuentren autorizados por el MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL, de las que exista un método cuantitativo de dosaje de uso clínico, que permita asegurar su remoción total luego de ser utilizado sobre el filtro.
- d) Control de esterilidad mediante cultivo en UNO POR CIENTO (1%) de todos los dializadores reusados por mes y siguiente registro.
- e) Individualización del hemodializador a reutilizar, para ello deberá estar marcado en forma indeleble y clara, con el nombre del paciente y la fecha de colocación inicial. En ningún caso un filtro podrá ser usado en más de un paciente, sólo podrá ser acusado en el paciente que se utilizó por primera vez.
- f) Deberá contarse con un sector de almacenamiento exclusivo para las unidades de reuso, perfectamente identificadas para cada paciente, entre DIEZ Y VEINTICINCO GRADOS CENTIGRADOS (10 y 25 grados C.), de temperatura.
- g) Deberá registrarse y medirse la temperatura corporal pre y post diálisis y en presencia de escalofríos o síntomas de fiebre en cada tratamiento, para establecer la presencia de reacciones pirógenas.
- h) Los concentrados para hemodiálisis deberán ser preparados con agua que reúna las características establecidas en II, inciso c).
- i) Las empresas proveedoras de concentrados de hemodiálisis deberán solicitar a la SECRETARIA DE SALUD del MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL, la autorización para la producción y/o venta de este producto; en un plazo de CIENTO OCHENTA (180) días caducarán todas las autorizaciones hasta ahora acordadas.
- j) El servicio deberá llevar un libro foliado donde se registre el número de dializadores utilizados mensualmente, donde constará numeración individual, nombre del paciente en el cual se utilizó, cantidad de veces que se utilizó y del material no

reutilizable

usado mensualmente, discriminando aquellos casos especiales, como Insuficiencia Renal Aguda, Hepatitis, Pericarditis y otras:

2 - REQUISITOS PARTICULARES PARA CADA TIPO DE HEMODIALIZADOR

a) DIALIZADOR DE FIBRAS HUECAS.

1 - Deberá conservarse la documentación que acredite el volumen residual de los sucesivos reusos.

2 - La unidad dializante podrá utilizarse en tanto un volumen residual equivalga al OCHENTA POR CIENTO (80%) de su volumen inicial y únicamente en el paciente que se utilizó por primera vez.

b) DIALIZADORES PLANOS O DE BOBINAS

1 - Deberá llevarse un registro donde figure la capacidad de depuración residual de urea o creatinina en los sucesivos reusos de la unidad utilizada.

2 - Se considera apta para reuso aquella unidad dializante que además de las características generales mencionadas permita, según controles periódicamente obtenidos (uno semanal como mínimo), obtener una urea post diálisis menor o igual a CIEN MILIGRAMOS POR CIENTO (100 mg.%) y además el margen de ultrafiltración registrado en el enfermo sea mayor del OCHENTA POR CIENTO (80%) del obtenido con un primer uso.

IV - DEL PERSONAL

1 - MEDICO

a) Un médico responsable de la Unidad: especialista en nefrología con una experiencia no inferior a DOS (2) años en tratamiento

dialítico.

b) Otros médicos, nefrólogos o con experiencia no menor de SEIS (6) meses en tratamiento dialítico. La dotación del personal de cada unidad debe ser suficiente para asegurar la atención médica permanente durante su horario de funcionamiento y/o mientras se encuentren en ella pacientes en proceso de diálisis y/o bajo cuidado circunstancial por intercurencias eventuales. De existir médicos residentes en nefrología incorporados a la unidad, éstos deberán, poseer una experiencia mínima de TRES (3) meses en tratamientos dialíticos para ser considerados personal de la unidad.

c) Deberá investigarse serológicamente, para detección de marcadores de virus de la hepatitis B, a todo el personal médico de la unidad, el personal negativo deberá ser estudiado cada TRES (3) meses. Asimismo, este personal deberá ser protegido mediante inmunización activa con vacuna antihepatitis B.

d) Deberá investigarse la reacción de Mitsuda a todo el personal médico con una periodicidad anual, el personal Mitsuda (-) negativo no podrá dializar pacientes con enfermedad de Hansen; este inciso tan solo será exigible para las áreas endémicas de dicha enfermedad.

## 2 - DE ENFERMERIA

a) Enfermeras o enfermeros que acrediten ese carácter mediante certificado de estudios reconocido por el MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL y que además hayan aprobado un curso complementario de especialización en diálisis reconocido por autoridad sanitaria, y/o universidades, colegios médicos, sociedades científicas y/o organizaciones gremiales médicas afines con la temática, que sean reconocidos por la DIRECCION NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS del MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL.

b) Auxiliar de enfermería que acredite ese carácter mediante certificado de estudios reconocido por autoridad sanitaria y que además haya aprobado un curso complementario de especialización en diálisis reconocido por autoridad sanitaria.

c) El personal técnico de diálisis que al tiempo de aplicación de esta Ley se desempeñare en unidades habilitadas con anterioridad a la fecha de su promulgación sin satisfacer los requisitos establecidos en los puntos a) ó b) podrá continuar en servicio siempre que acredite a juicio y bajo la responsabilidad del Jefe de la Unidad, idoneidad suficiente para el cumplimiento de su cometido: caso contrario, deberá ser aplicado a otras tareas.

En todo caso será exigible la disponibilidad de UN (1) enfermera o UNA (1) auxiliar de enfermería o UN (1) técnico en hemodiálisis por cada TRES (3) pacientes en proceso simultáneo de diálisis, de cualquier manera será obligatoria la presencia de UNA (1) enfermera o una auxiliar de enfermería en cada turno de hemodiálisis; por cada NUEVE (9) pacientes en diálisis simultánea.

d) Deberá investigarse serológicamente para la detección de marcadores del virus de la hepatitis B, a todo el personal de enfermería, técnico y personal de limpieza.

El personal negativo deberá ser estudiado cada TRES (3) meses. Asimismo este personal deberá ser protegido mediante inmunización activa con vacuna antihepatitis B.

e) Exigible sólo para áreas endémicas: deberá investigarse la reacción de Mitsuda a todo el personal de enfermería, técnico y personal de limpieza, el personal Mitsuda (-) negativo no podrá dializar pacientes con enfermedad de Hansen, reiterándose la investigación con una periodicidad anual.

## V - DE LA DIALIZACION DE LOS PACIENTES

a) Los pacientes renales crónicos ambulatorios deben ser dializados en locales separados de aquellos dedicados a pacientes renales con enfermedades sépticas o infectocontagiosas, sean ambulatorios o internados. En el caso que el paciente lo requiera por razones médicas y/o psicológicas, podrá optar por efectuar la diálisis intra o extracorpórea en su domicilio siempre que la unidad de diálisis tratante certifique que es apto para llevar a

cabo el procedimiento seleccionado y se asegure la responsabilidad del control médico seriado y en urgencia.

b) Deberán recabarse antecedentes clínicos de hepatitis B a los pacientes de diálisis. Deberán ser también investigados serológicamente para detección de marcadores del virus de la hepatitis B. Los pacientes negativos deberán ser estudiados trimestralmente y podrán ser protegidos mediante inmunización activa con vacuna antihepatitis B.

Los pacientes positivos a cualquier marcador antigénico o con hepatitis B o con antecedentes clínicos de hepatitis, deberán ser dializados en local aparte.

c) En todo paciente que reciba una transfusión, antes de hacerse efectiva la misma, será obligatorio determinar aparte de las reacciones serológicas habituales, la correspondiente al V.I.H. y HBs. Ag.

d) Al paciente que se traslade de una localidad a otra o de una unidad a otra, para poder dializarlo éste deberá presentar la serología referente a V.I.H. y HBs. Ag. e Historia Clínica actualizada.

e) Todo paciente que ingrese a una unidad de hemodiálisis es obligatorio que previamente cuente con V.I.H. y HBs. Ag.

f) Con respecto a: d) y e) en caso de urgencia al paciente se lo dializará en un sector aparte, si no reúne los requisitos exigidos en estos incisos.

#### UNIDAD DE DIALISIS INTRACORPOREA (PERITONEAL)

Como condiciones mínimas para su habilitación y funcionamiento, las unidades de diálisis intracorpóreas deberán disponer de los elementos que aseguren el cumplimiento permanente de los requisitos que se establecen a continuación:

##### I - DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA

a) Dos locales de NUEVE (9) metros cuadrados cada uno con un baño como mínimo; de ser este externo a los locales debe contar con un lavado en la habitación; dedicados exclusivamente al procedimiento de diálisis peritoneal.

Uno de estos locales está dedicado a la enseñanza del procedimiento o a la aplicación de la diálisis peritoneal y el otro al control amb la aplicación de la diálisis peritoneal y el otro al control

b)

En el caso de los locales destinados al tratamiento simultáneo de más de DOS (2) pacientes, la superficie destinada a cada uno no deberá ser inferior a SIETE (7) metros cuadrados.

c) Local aislado, con baño propio, para diálisis de pacientes infecto-contagiosos y en especial con hepatitis B. Este local deberá contar con una superficie de SIETE (7) metros cuadrados y con paredes y pisos revestidos o pintados en su totalidad con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección.

##### II - DE LOS APARATOS

a) El procedimiento de diálisis peritoneal puede ser realizado en forma manual o mecánica por lo cual no es indispensable disponer de aparatos especiales.

b) Osciloscopio, desfibrilador, laringoscopio y equipo de reanimación respiratoria. Cuando estos aparatos estén disponibles en la unidad de diálisis extracorpórea, en terapia intensiva o en la unidad coronaria en las vecindades de la unidad de diálisis peritoneal, no será necesario contar con ellos dentro de los locales de este último. En caso contrario deberá disponerse de estos aparatos en el ámbito de la unidad de diálisis peritoneal.

##### III - DEL PERSONAL

###### 1 - MEDICO

a) Un médico responsable de la unidad con título de especialista en nefrología otorgado por autoridad competente y experiencia en tratamiento dialítico de DOS (2) años.

b) Otros médicos nefrólogos o con experiencia no menor de SEIS (6)

meses en diálisis. La dotación de personal profesional de cada unidad debe ser suficiente para asegurar la atención médica permanente durante su horario de funcionamiento y/o mientras se encuentren en ella pacientes en proceso de diálisis y/o bajo cuidado circunstancial por interurrencias eventuales. Los médicos residentes en nefrología incorporados a la unidad, deberán poseer una experiencia mínima de TRES (3) meses en tratamiento por diálisis para ser considerados personal de la unidad.

c) Deberá investigarse serológicamente, para detección de marcadores del virus de la hepatitis B, a todo el personal médico de la unidad. El personal negativo deberá ser estudiado cada TRES (3) meses. Asimismo este personal, deberá ser protegido mediante inmunización activa con vacuna anti-hepatitis B.

d) exigible sólo para áreas endémicas: deberá investigarse la reacción anual; el personal Mitsuda (-) negativo no podrá estar en contacto con pacientes que padezcan la enfermedad de Hansen.

## 2 - DE ENFERMERIA

a) Enfermeras y/o enfermeros que acrediten ese carácter mediante certificado de estudios aprobado por autoridad competente y que además hayan aprobado un curso complementario de especialización en una unidad diálisis, reconocido por autoridad competente. Este último requisito puede ser obviado si se acredita el desempeño continuado de TRES (3) meses como mínimo en una unidad de diálisis peritoneal.

b) Auxiliares de enfermería que acrediten ese carácter mediante certificado de estudios aprobado por autoridad competente y que además hayan aprobado un curso complementario de especialización en una unidad de diálisis, reconocido por autoridad competente. Este requisito puede ser obviado si se acredita un desempeño continuado de TRES (3) meses como mínimo en una unidad de diálisis peritoneal. El personal de auxiliares de enfermería deberá desempeñarse como ayudante de las enfermeras y/o enfermeros bajo supervisión de los mismos.

c) El personal técnico en diálisis que al tiempo de aplicación de esta ley se desempeñare en unidades habilitadas con anterioridad a la fecha de su promulgación sin satisfacer los requisitos establecidos en los puntos a) o b), podrá continuar en servicio siempre que acredite, a juicio y bajo responsabilidad del Jefe de la Unidad, idoneidad suficiente para el cumplimiento de su cometido; en caso contrario deberá ser aplicado a otras tareas.

De realizarse diálisis peritoneal intermitente será exigible la disponibilidad de una enfermera o una auxiliar de enfermería o un técnico por cada CINCO (5) pacientes en proceso simultáneo de diálisis. De cualquier manera será obligatoria la presencia de una enfermera o auxiliar de enfermería en cada turno de diálisis peritoneal intermitente.

d) Deberá investigarse serológicamente para la detección de marcadores del virus de hepatitis B, a todo el personal de enfermería, técnico y personal de limpieza. El personal negativo deberá ser estudiado cada TRES (3) meses.

Asimismo este personal podrá ser protegido mediante inmunización activa con vacuna antihepatitis B.

e) Exigible sólo para áreas endémicas: deberá investigarse la reacción de Mitsuda a todo el personal de enfermería, técnico y de limpieza; el personal Mitsuda (-) negativo no podrá estar en contacto con pacientes que padezcan la enfermedad de Hansen.

## IV - DE LA INSTRUCCION DE PACIENTES

a) Los pacientes en tratamientos ambulatorio con diálisis peritoneal continua ambulatoria, serán entrenados en la unidad de diálisis por un médico nefrólogo de la unidad o personal de enfermería perteneciente a la misma, capacitado especialmente para esta función.

b) Deberán recabarse antecedentes clínicos de hepatitis B, a los pacientes de diálisis. Deberán ser también investigados serológicamente para detección de marcadores del virus de la hepatitis B. Los pacientes negativos deberán ser estudiados

trimestralmente y podrán ser protegidos mediante inmunización activa con vacuna antihepatitis B.

Los pacientes positivos a cualquier marcador antigénico o con hepatitis B o con antecedentes clínicos de hepatitis deberán ser dializados en loca aparte para su aislamiento.

c) Igual condición de V.I.H. que la estipulada para pacientes en hemodiálisis.

**DE LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA**

Los pacientes con insuficiencia renal aguda que requieran simultáneamente cuidados intensivos y tratamiento dialítico deben ser dializados en un área distinta a la destinada al tratamiento de los pacientes en diálisis crónica.

Aquellos pacientes que requieran sólo diálisis peritoneal podrán eventualmente ser dializados fuera del ámbito de cuidados intensivos, si el médico tratante así lo aconseja.

**DE LA HABILITACION, CONTRALOR PROFESIONAL, EVALUACION TECNICA ASISTENCIAL Y PROGRAMACION.**

La autoridad sanitaria nacional, establecerá los mecanismos operativos responsables del cumplimiento de las normas precedentes y además de la evaluación técnica-asistencial de los centros habilitados y de las estadísticas nacionales que permitan las previsiones económico-asistenciales necesarias para los años subsiguientes, y autorícese a la SECRETARIA DE SALUD a emitir las resoluciones complementarias y aclaratorias cuando lo considere necesario.

**CONSEJO ASESOR**

El organismo responsable de la evaluación técnico-asistencial y de la estadística contará con un Consejo Asesor integrado por miembros representativos de las Sociedades Científicas debidamente reconocidas, con la mayor experiencia en la temática, designados por el SECRETARIO DE SALUD. Dicho Consejo Asesor será presidido por un Jefe de Servicio de Nefrología perteneciente a un Hospital Nacional. El mismo será designado por el SECRETARIO DE SALUD y permanecerá por DOS (2) años en dicha función.

**artículo 4:**

ARTICULO 4.- \* Sin reglamentar.

**artículo 5:**

\*ARTICULO 5.- La autoridad sanitaria nacional dispondrá que el organismo responsable de la evaluación técnico-asistencial y estadística lleve y mantenga un registro actualizado en el que se consigne:

- a) Número de pacientes en diálisis.
- b) Índice de eficiencia dialítica.
- c) Mortalidad.
- d) Causas y número de internaciones y promedio de días de estadía.
- e) Notificación de casos de Hepatitis B de acuerdo a la Ley N. 15 465 y su Decreto Reglamentario N. 2.771/79.
- f) Índice de rehabilitación:
  - 1) Capacitado para trabajar y trabaja jornada completa.
  - 2) Capacitado para trabajar pero no trabaja jornada completa.
  - 3) Capacitado para trabajar, pero desempleado.
  - 4) Capacitado para trabajar, pero jubilado.
  - 5) Incapacitado para trabajar, pero se basta a sí mismo.
  - 6) Incapacitado para trabajar. No se basta a sí mismo.
- g) Costos por paciente.
- h) Costos totales.

A tales fines, las unidades de diálisis habilitadas deberán remitir, directamente o por vía de los establecimientos de quienes dependan, la información que dicha autoridad les solicite en los

meses en diálisis. La dotación de personal profesional de cada unidad debe ser suficiente para asegurar la atención médica permanente durante su horario de funcionamiento y/o mientras se encuentren en ella pacientes en proceso de diálisis y/o bajo cuidado circunstancial por interurrencias eventuales. Los médicos residentes en nefrología incorporados a la unidad, deberán poseer una experiencia mínima de TRES (3) meses en tratamiento por diálisis para ser considerados personal de la unidad.

c) Deberá investigarse serológicamente, para detección de marcadores del virus de la hepatitis B, a todo el personal médico de la unidad. El personal negativo deberá ser estudiado cada TRES (3) meses. Asimismo este personal, deberá ser protegido mediante inmunización activa con vacuna anti-hepatitis B.

d) exigible sólo para áreas endémicas: deberá investigarse la reacción anual; el personal Mitsuda (-) negativo no podrá estar en contacto con pacientes que padezcan la enfermedad de Hansen.

#### 2 - DE ENFERMERIA

a) Enfermeras y/o enfermeros que acrediten ese carácter mediante certificado de estudios aprobado por autoridad competente y que además hayan aprobado un curso complementario de especialización en una unidad diálisis, reconocido por autoridad competente. Este último requisito puede ser obviado si se acredita el desempeño continuado de TRES (3) meses como mínimo en una unidad de diálisis peritoneal.

b) Auxiliares de enfermería que acrediten ese carácter mediante certificado de estudios aprobado por autoridad competente y que además hayan aprobado un curso complementario de especialización en una unidad de diálisis, reconocido por autoridad competente. Este requisito puede ser obviado si se acredita un desempeño continuado de TRES (3) meses como mínimo en una unidad de diálisis peritoneal. El personal de auxiliares de enfermería deberá desempeñarse como ayudante de las enfermeras y/o enfermeros bajo supervisión de los mismos.

c) El personal técnico en diálisis que al tiempo de aplicación de esta ley se desempeñare en unidades habilitadas con anterioridad a la fecha de su promulgación sin satisfacer los requisitos establecidos en los puntos a) o b), podrá continuar en servicio siempre que acredite, a juicio y bajo responsabilidad del Jefe de la Unidad, idoneidad suficiente para el cumplimiento de su cometido; en caso contrario deberá ser aplicado a otras tareas.

De realizarse diálisis peritoneal intermitente será exigible la disponibilidad de una enfermera o una auxiliar de enfermería o un técnico por cada CINCO (5) pacientes en proceso simultáneo de diálisis. De cualquier manera será obligatoria la presencia de una enfermera o auxiliar de enfermería en cada turno de diálisis peritoneal intermitente.

d) Deberá investigarse serológicamente para la detección de marcadores del virus de hepatitis B, a todo el personal de enfermería, técnico y personal de limpieza. El personal negativo deberá ser estudiado cada TRES (3) meses.

Asimismo este personal podrá ser protegido mediante inmunización activa con vacuna antihepatitis B.

e) Exigible sólo para áreas endémicas: deberá investigarse la reacción de Mitsuda a todo el personal de enfermería, técnico y de limpieza; el personal Mitsuda (-) negativo no podrá estar en contacto con pacientes que padezcan la enfermedad de Hansen.

#### IV - DE LA INSTRUCCION DE PACIENTES

a) Los pacientes en tratamientos ambulatorio con diálisis peritoneal continua ambulatoria, serán entrenados en la unidad de diálisis por un médico nefrólogo de la unidad o personal de enfermería perteneciente a la misma, capacitado especialmente para esta función.

b) Deberán recabarse antecedentes clínicos de hapatitis B, a los pacientes de diálisis. Deberán ser también investigados serológicamente para detección de marcadores del virus de la hepatitis B. Los pacientes negativos deberán ser estudiados

plazos por la misma estipulados.

**Ref. Normativas:** Decreto Nacional 2.771/79  
Ley 15.465

● **artículo 6:**

ARTICULO 6.- \* Sin reglamentar.

● **artículo 7:**

ARTICULO 7.- \* Sin reglamentar.

● **artículo 8:**

ARTICULO 8.- \* Sin reglamentar.

● **artículo 9:**

ARTICULO 9.- \* Sin reglamentar.

● **artículo 10:**

ARTICULO 10.- \* Sin reglamentar.

● **artículo 11:**

ARTICULO 11.- \* Sin reglamentar

● **artículo 12:**

ARTICULO 12.- \* Sin reglamentar.

● **artículo 13:**

ARTICULO 13.- \* Sin reglamentar.

● **artículo 14:**

ARTICULO 14.- \* Sin reglamentar.

● **artículo 15:**

ARTICULO 15.- \* Sin reglamentar.

● **artículo 16:**

ARTICULO 16.- \* Sin reglamentar.

• artículo 17:

ARTICULO 17.- \* Sin reglamentar.

• artículo 18:

ARTICULO 18.- \* Sin reglamentar.

• artículo 19:

ARTICULO 19.- \* Sin reglamentar.

• artículo 20:

ARTICULO 20.- \* Sin reglamentar.

---

 © 1999 - SAJ en WWW v 1.8

Nos gustaría que envíe comentarios o sugerencias sobre este servicio: [saj@jus.gov.ar](mailto:saj@jus.gov.ar).

## ANEXOS V

**REPUBLICA ARGENTINA**

**MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL**

**PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA**

**NORMAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO**

**DE LAS UNIDADES DE DIÁLISIS**

**RES. MINISTERIAL 739/97**

Buenos Aires, 7 OCT 1997

VISTO el Expediente N° 1-2002-5492/97-3 del Registro del Ministerio de Salud y Acción Social y el Decreto n° 1269 del 20 de julio de 1992 por el que se aprueban las Políticas Sustantivas e Instrumentales de Salud, y

**CONSIDERANDO :**

QUE dichas políticas tienen por objeto lograr la plena vigencia del DERECHO A LA SALUD para la población, tendiente a alcanzar la meta SALUD PARA TODOS en el menor tiempo posible, mediante la implementación y desarrollo de un sistema basado en

criterios de EQUIDAD, SOLIDARIDAD, EFICACIA, EFICIENCIA y CALIDAD.

QUE en el marco de dichas políticas el MINISTRO DE SALUD Y

ACCIÓN SOCIAL creó el PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA, en el cual se agrupan un conjunto de actividades que intervienen en el proceso global destinado a asegurar dicho nivel de calidad, y que hacen a la habilitación y categorización de los Establecimientos Asistenciales ; al control del ejercicio profesional del personal que integra el equipo de salud ; a la fiscalización y control sanitario ; la evaluación de la calidad de la atención médica y la acreditación de los servicios de salud.

QUE para ello resulta necesario contar con normas de organización y funcionamiento, manuales de procedimientos y normas de atención médica, cuya elaboración se encuentra también contenida en el citado Programa Nacional, y en la que participan Entidades Académicas, Universitarias y Científicas de profesionales y prestadores de servicios asegurando de esa forma una participación pluralista con experiencia y rigor científico.

QUE la DIRECCIÓN NACIONAL DE NORMATIZACIÓN DE SERVICIOS,

la SOCIEDAD ARGENTINA DE NEFROLOGÍA, la FUNDACIÓN FAVALORO y la SOCIEDAD ARGENTINA DE INFECTOLOGÍA (S.A.D.I.) han evaluado y compatibilizado el documento referido a NORMAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES DE DIÁLISIS.

QUE el mismo ha sido aprobado por la SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN MÉDICA y la SECRETARÍA DE PROGRAMAS DE SALUD.

QUE el COORDINADOR GENERAL DEL PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA, en base a los informes producidos, aconseja la aprobación del citado cuerpo normativo.

QUE la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Por ello:

**EL MINISTRO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL**

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.- Apruébanse la NORMAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES DE DIALÍISIS, que como Anexo forman parte integrante de la presente Resolución.**

**ARTÍCULO 2°.- Incorpóranse las NORMAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES DE DIALÍISIS al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA.**

**ARTÍCULO 3°.- Publíquese a través de la Secretaría de Programas de Salud las citadas NORMAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES DE DIALÍISIS, a fin de asegurar la máxima difusión y aplicación de las mismas en el marco de dicho Programa Nacional,**

**ARTÍCULO 4°.- Las normas que se aprueban por la presente Resolución podrán ser objeto de observación por las Autoridades Sanitarias Jurisdiccionales, las Entidades Académicas, Universitarias, Científicas de Profesionales y Prestadores de Servicios dentro del plazo de 30 (treinta) días a partir de la fecha de su publicación y entrarán en vigencia a los 60 (sesenta) días de dicha publicación. ARTÍCULO 5°.- Agradecer a la SOCIEDAD ARGENTINA DE NEFROLOGÍA, la FUNDACIÓN FAVALORO y la SOCIEDAD ARGENTINA DE INFECTOLOGÍA (S.A.D.I.) por la importante colaboración brindada a este MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL DE LA NACIÓN.**

**ARTÍCULO 6°.- Regístrese, comuníquese y archívese.-**

**RESOLUCIÓN N° 739/97**

## **NORMAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES DE DIÁLISIS**

### **INTRODUCCION:**

Las presentes normas han sido redactadas por la Comisión Asesora creada por la Resolución Ministerial N° 215 del 16 de abril de 1996, la cual continuará funcionando como Comisión Permanente de Revisión de las mismas, estando facultada para invitar a formar parte de la misma a todos los expertos que considere necesarios para el logro de los fines prefijados.

Este documento normativo se halla enmarcado en las Políticas Sustantivas e Instrumentales de Salud enunciadas en el Decreto N° 1.269/92 y se inscriben dentro del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, creado por Resolución Secretarial N° 432/92.

El procedimiento de diálisis podrá aplicarse únicamente en instituciones que hayan sido formalmente habilitadas a tal efecto por la autoridad competente. Se recomienda designar, para efectuar dicha habilitación, médicos especialmente entrenados en el tema diálisis.

Como condiciones mínimas para su funcionamiento las unidades de diálisis extracorpórea e intracorpórea deberán disponer de los elementos que aseguren el cumplimiento permanente de los requisitos que se establecen a continuación :

### **DIALISIS EXTRACORPÓREA**

La diálisis extracorpórea ( hemodiálisis ) podrá realizarse en centros de diálisis, servicios de diálisis o unidades de diálisis.

1) Centro de diálisis : Es el establecimiento asistencial destinado a la terapéutica sustitutiva dialítica únicamente en pacientes con insuficiencia renal crónica, donde puede desarrollarse :

- a) Consulta especializada.
- b) Tratamiento dialítico en pacientes con insuficiencia renal crónica,

Contará con un establecimiento de derivación con internación y terapia intensiva, que posea servicio de hemodiálisis y ubicado a no más de 10 Km. del centro. Deberá tener una unidad de reanimación traslado asegurado del paciente al establecimiento **de derivación**.

Su planta física deberá poseer como mínimo, además de la sala de diálisis, un ambiente para consultorio; una sala de recuperación; sala de espera y baño para público; baño exclusivo para el personal; ambiente destinado a la administración, archivo de historias clínicas y demás documentación. Asimismo, deberá contar con los servicios de un laboratorio de análisis clínicos de guardia.

La sala de diálisis deberá poseer como mínimo tres puestos.

2) Servicio de diálisis : Es aquel que funciona dentro de un establecimiento de salud, destinado a la terapéutica sustitutiva dialítica en pacientes con insuficiencia renal aguda o crónica u otra patología que requiera tratamiento dialítico. Sólo podrán funcionar en establecimientos de 3er. nivel de riesgo ( Resolución Ministerial 282/94 ).

La sala de diálisis deberá estar ubicada en un área semirestringida. Debe contar con un equipo de diálisis portátil para dializar emergencias en otras áreas de la institución.

3) Unidad Renal : Es aquella donde se brinda tratamiento dialítico a pacientes con insuficiencia renal aguda o insuficiencia renal crónica descompensada transitoriamente cuyo estado así lo requiera. Solo podrá funcionar en establecimientos de 3er. nivel de riesgo ( Resolución Ministerial 282/94 ). Deberá contar con un puesto de diálisis portátil.

## **1 - PLANTA FÍSICA**

### **INFRAESTRUCTURA**

a) Local o locales de aplicación de diálisis con superficie de no menos de seis (6) metros cuadrados para cada uno de los pacientes dializados simultáneamente, y con espacio entre cada puesto de diálisis ( sillón/cama ) no menor de 60 cm. Esta superficie se refiere a la ocupada por el paciente y el equipo de diálisis excluyendo los espacios destinados a maquinarias para el tratamiento del agua, depósitos de materiales, vestuarios, baños, etc.

b) Las paredes en su totalidad y los pisos de los locales indicados en el inciso a) deberán estar revestidos o pintados con material ignífugo que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección.

c) Los pacientes infectocontagiosos deberán dializarse en un sector perfectamente individualizado y con máquina dedicada para dichos pacientes. Debe extremarse el cumplimiento de las normas de bioseguridad universalmente reconocidas, que deberán ser fehacientemente notificadas al personal y estar expuestas en el Centro o Servicio para conocimiento público.

d) La institución deberá contar con acceso adecuado para discapacitados.

## **II EQUIPAMIENTO**

### **II.a. APARATOS Y EQUIPOS DE USO MÉDICO**

a) Máquinas y/o aparatos para la aplicación de diálisis, provistos de indicadores para el control de la presión sanguínea eferente de la membrana de diálisis, temperatura del dializado con circuito de protección, conductividad, flujo de baño y detectores de burbuja. Deberán poseer sistemas de alarma y monitor de presión negativa. Balanzas y equipo para la atención de urgencias médicas.

b) Equipamiento para reanimación cardiorrespiratoria en la unidad de diálisis.

c) Equipos de tratamiento de agua que permitan la obtención de la misma de la siguiente calidad bacteriológica : los recuentos microbianos viables totales no deberán exceder las doscientas ( 200) colonias por mililitro a la salida del tratamiento de agua, y deberán ser menos de dos mil (2.000) colonias por mililitro a la salida del filtro al terminar la diálisis en el último puesto de la línea de dializado. En el caso de máquinas de paso único, dicho control deberá realizarse por puesto. El control bacteriológico deberá realizarse no menos de una vez por mes.

Niveles máximos de contaminantes químicos permitidos :

CALCIO 2mg./litro (0,1 Meq/l)

MAGNESIO 4mg./litro (0,3 Meq/l)

SODIO 70mg./litro (3,0 Meq/l)

POTASIO 8mg./litro (0,2 Meq/l)

FLUORURO 0,2mg./litro

COLORO 0,5mg./litro

ALUMINIO 0,01mg./litro

ARSÉNICO, PLOMO, PLATA 0,005mg./litro C/U

CLORAMINAS 0,1mg./litro

NITRATOS 2mg./litro

SULFATOS 100mg./litro

COBRE 0,1mg./litro

BARIO 0,1mg./litro

ZINC 0,1mg./litro

CADMIO 0,001mg./litro

CROMO 0,014mg./litro

SELENIO 0,09mg./litro

MERCURIO 0,0002mg./litro

El último control realizado para valorar la calidad bacteriológica y fisicoquímica del agua deberá estar disponible en el servicio a los fines de una eventual auditoría.

En caso que se produzca un desperfecto en el sistema de purificación de agua tratada, cada servicio deberá tener implementado como va a dializar manteniendo la calidad del agua en lo que respecta a los controles bacteriológicos y sin contaminantes químicos que pongan en alto riesgo al paciente. En caso de no poderse asegurar estas condiciones, el centro o servicio de diálisis tiene obligación de comunicarlo a la autoridad sanitaria correspondiente ante quien solicitará el inmediato y provisorio traslado de los pacientes.

Una vez solucionado el desperfecto, los pacientes podrán reintegrarse.

## II b. MATERIAL DESCARTABLE Y/O REUTILIZABLE

a) Los materiales descartables y/o reutilizables: **agujas**, guías venosas y arteriales, guías de heparinización y jeringas y la membranas dializantes, deberán reunir las características de calidad exigibles por la reglamentación vigente.

b) Material descartable no reutilizable: agujas, guías venosas y arteriales, guías de heparinización y jeringas. Su reutilización queda prohibida.

c) Material descartable reutilizable: Las membranas dializantes, cada una de las cuales podrá reutilizarse cuando se cuente con una tecnología científicamente probada, que permita un correcto

lavado, esterilización evaluación de rendimiento, y almacenamiento que permita aumentar el número de reusos; a tales efectos deberá cumplimentarse con los siguientes requisitos :

#### II.c. REQUISITOS GENERALES:

a) Disponibilidad de agua purificada para la limpieza y lavado del dializador y preparación de todas la soluciones.

b) Procedimiento técnico que asegure una correcta limpieza y el lavado del dializador previo a su reesterilización.

c) Agentes esterilizantes : Podrán ser utilizados sólo aquellos que se encuentren autorizados por el Ministerio de Salud y Acción Social de los que exista un método cuantitativo y cualitativo del dosaje de uso clínico, que, permita asegurar su remoción total luego de ser utilizado sobre el filtro. Los **esterilizantes a utilizar deben ser bactericidas y esporicidas.**

d) Individualización del hemodializador a reutilizar : para ello deberá estar marcado en forma indeleble y clara, con el nombre del paciente y la fecha de colocación inicial En ningún caso un filtro podrá ser usado en más de un paciente. Deberá contarse con un sector de almacenamiento exclusivo para las unidades de reuso, perfectamente identificadas para cada paciente.

e) Los concentrados para hemodiálisis deberán ser preparadas con agua que reúna las características establecidas en II.a. inciso c), y deberán utilizar sales como mínimo calidad farmacéutica.

f) Las empresas proveedoras de concentrado de hemodiálisis deberán solicitar a la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social la autorización para la producción y/o venta de este producto.

g) El servicio deberá llevar un libro foliado donde se registre el número de dializadores utilizados mensualmente, donde constará tipo de filtro, nombre, del paciente en el cual se utilizó, cantidad de veces que se utilizó, medición del rendimiento y descarte del filtro.

h) Todos los servicios y centros deben cumplir con el Registro Nacional Obligatorio de Pacientes en Diálisis establecido por el Decreto Reglamentario N° 512/95 de la Ley 24.193.

### **III - RECURSOS HUMANOS**

#### III.a. MEDICO

a) Un médico responsable del Centro o Servicio de Diálisis especialista en nefrología con una experiencia no inferior a dos (2) años en tratamiento dialítico.

b) Otros médicos, neurólogos o con experiencia no menor de seis ( 6 ) meses en tratamiento dialítico. La dotación del personal de cada unidad debe ser suficiente para asegurar la atención médica permanente durante su horario de funcionamiento y/o mientras se encuentren en ella pacientes en proceso de diálisis y/o bajo cuidado circunstancial por intercurencias eventuales. Debe haber guardia permanente médica, como mínimo pasiva.

c) Deberá investigarse serológicamente, para detección de marcadores de virus de la hepatitis B y C , a todo el personal médico de los Centros, Servicios o Unidades de Diálisis, no menos de una vez por año. Asimismo, este personal deberá ser protegido mediante, inmunización activa con vacuna antihepatitis B.

### III.b ENFERMERÍA

a) Enfermeros que acrediten ese carácter mediante certificados de estudios reconocido por el Ministerio de Salud y Acción Social y que además hayan aprobado un curso complementario de especialización en diálisis reconocido por autoridad sanitaria y/o universidades, colegios médicos, sociedades científicas y/o organizaciones gremiales médicas afines con la temática, que sean reconocidos por el Área de Recursos Humanos competente del Ministerio de Salud y Acción Social.

b) Auxiliar de enfermería que acredite ese carácter mediante certificado de estudio reconocido por autoridad sanitaria y que además haya aprobado un curso complementario de especialización de diálisis reconocido por autoridad sanitaria.

c) El personal técnico de diálisis que al tiempo de aplicación de esta norma se desempeñare en unidades habilitadas con anterioridad a la fecha de su aprobación sin satisfacer los requisitos establecido en los puntos a) o b) podrá continuar en servicio siempre que acredite a juicio y bajo la responsabilidad del jefe de la unidad, idoneidad suficiente para el cumplimiento de su cometido, hasta tanto existan cursos oficiales y normas de homologación; caso contrario, deberá ser aplicado a otras tareas.

d) La dotación de personal disponible no debe ser menor a un técnico cada seis (6 ) puestos, y será responsabilidad del director médico **determinar** cuanto personal necesita **de** acuerdo a las condiciones técnicas de su servicio y al tipo de pacientes que se dializan en el mismo. En caso de que un servicio incorpore tecnología que posibilite funcionar con menor número de técnicos de diálisis, o se abran programas donde los pacientes contribuyen a su diálisis cumpliendo funciones normalmente asumidas por los técnicos, el servicio deberá someter el nuevo programa implementado a este Ministerio, que a su vez lo enviará para su evaluación técnica y aprobación a la Comisión Permanente de Revisión de Normas.

e) Deberá investigarse serológicamente, para detección de marcadores de los virus de las hepatitis B y C , a todo el personal de los Centros, Servicios o Unidades de Diálisis, no menos de una vez por año. Todo el personal deberá ser protegido mediante inmunización activa con vacuna anti hepatitis B.

## IV - MARCO NORMATIVO DE FUNCIONAMIENTO

### IV.a. DIALIZACIÓN DE LOS PACIENTES

a ) Los pacientes renales crónicos ambulatorios deben ser dializados en locales separados de aquellos dedicados a pacientes renales con enfermedades sépticas o infectocontagiosas, sean ambulatorios o internados. En el caso que el paciente lo requiera por razones médicas y/o psicológicas, podrá optar por efectuar la diálisis intra o extracorpórea en su domicilio, siempre que el centro o servicio de diálisis certifique que es apto para llevar a cabo el procedimiento seleccionado y se asegure la responsabilidad del control médico seriado y en urgencia, así como el equipamiento mencionado en el punto H de esta norma.

b) Deberán tomarse los recaudos médicos a fin de realizar un adecuado control serológico de los pacientes en lo que respecta a la detección de marcadores de los virus de las Hepatitis B y C no menos de una vez por año. Asimismo, deberá implementarse el seguimiento que corresponda en cada caso. Los pacientes negativos para marcadores del virus de la hepatitis B deberán ser protegidos mediante inmunización activa cm vacuna antihepatitis B y controlados no menos de, una vez por año. Los pacientes con antigenemia positiva a virus de la hepatitis B deberán ser dializados en local separado o sector funcionalmente separado, con máquina dedicada a pacientes con marcadores positivos para hepatitis B.

Para los pacientes HIV positivos se sugieren similares precauciones, siempre con máquina dedicada exclusiva y se considera aconsejable el descarte de todo el material utilizado.

d) Al paciente que se traslade de una localidad a otra o de una unidad a otra, para poder dializarse deberá presentar la serología referente a HIV, HBsAg y HCV actualizadas, además de una historia clínica actualizada.

e) En todo paciente que ingrese a una unidad de hemodiálisis es obligatorio que previamente cuente con HIV, HBsAg y HCV.

f) En caso de urgencia al paciente se lo dializará en un sector aparte, sino reúne los requisitos exigidos en estos incisos, considerándose como un eventual infectante.

#### **IV. b. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA**

Los pacientes con insuficiencia renal aguda que, requieran simultáneamente cuidados intensivos y tratamiento dialítico deben ser dializados en un área distinta a la destinada al tratamiento de los pacientes en diálisis crónica.

Estos pacientes sólo podrán ser dializados por servicios de diálisis o unidades de diálisis. En ninguna circunstancia podrán ser dializados en centros de diálisis que por definición, son extrahospitalarios. Deberá utilizarse agua de iguales características que las requeridas para la hemodialisis crónica.

#### **IV.c. CONTROL DE CALIDAD DE LA PRÁCTICA DIALITICA**

Existiendo al momento actual un Registro Nacional de Pacientes en Diálisis, obligatorio, a cargo del INCUCAI estarían implementados los mecanismos básicos para realizar un control de calidad adecuado, en base a los resultados obtenidos.

La existencia de este Registro posibilita establecer, ya al momento actual estándares nacionales de calidad utilizando parámetros aceptados universalmente, como son mortalidad y morbilidad, así como **definir** los problemas actuales en la administración de diálisis.

Dichos estándares de calidad deberían ser establecidos por comisiones constituidas por esta Comisión Asesora, el INCUCAI y las Sociedades Científicas que tienen que ver con la práctica, año a año ;sería función de esta comisión/es, también, establecer mecanismos adecuados de detección y análisis de aquellos servicios que presenten resultados que se alejen de los estándares establecidos, a fin de corregir las causas que provoquen dichos resultados.

Por otro lado, es función también de esta comisión/es analizar los posibles problemas globales existentes ( epidemiológicos, de calidad prestacional, etc. ). El análisis de las realidades médicas que surjan de estos registros, permitirá planificar políticas sanitarias, educacionales, etc., que contribuyan a mejorar la práctica dialítica en particular y el conocimiento médico nefrológico en general.

#### **DIALISIS INTRACORPÓREA (PERITONEAL)**

Se entiende por diálisis peritoneal crónica los sistemas que permiten la diálisis peritoneal domiciliaria, ya sea diálisis continua ambulatorio o sistemas de diálisis intermitente o continua con cicladoras.

Las características propias de este tipo de diálisis hacen que no se requiera que estas unidades funcionen en instituciones que cuenten con internación o servicios de alta complejidad.

De todos modos, deben contar con un centro de derivación de tercer nivel de riesgo, que tenga, además, servicio de hemodiálisis a fin de manejar las complicaciones que no puedan resolverse en forma ambulatoria.

Como condiciones mínimas para su funcionamiento, las unidades de diálisis intracorpórea deberán disponer de los elementos que aseguren el cumplimiento permanente de los requisitos que se detallan a continuación :

#### **I - PLANTA FÍSICA** **INFRAESTRUCTURA**

a) Si la unidad de diálisis peritoneal forma parte de un servicio de diálisis que cuenta también con hemodiálisis, se necesita un espacio físico de 18 metros cuadrados, con un baño como mínimo. De ser este externo a los locales debe contar con un lavabo en la habitación.

Se aconseja que el espacio físico destinado a diálisis peritoneal cuente con dos locales, a fin de dedicar a uno de ellos a la enseñanza o a la aplicación de la diálisis peritoneal y el otro al control ambulatorio de los enfermos en tratamiento.

Las paredes en su totalidad y los pisos del local destinado al entrenamiento y/o realización de la diálisis peritoneal deberán estar revestidos o pintados con material ignífugo que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección.

Si la unidad no forma parte de un servicio de diálisis, se requiere además que cuente con los servicios de un laboratorio mínimo de determinaciones bioquímicas de guardia, sala de espera, ambiente para administración y archivo de historias clínicas y baño público.

b) Las características propias de la diálisis peritoneal crónica ambulatorio no hacen necesaria la existencia de local aislado para enfermos infectocontagiosos, siendo suficiente con el cumplimiento de las normas de bioseguridad habituales en los servicios de diálisis.

Hay evidencia publicada sobre el pasaje de los virus de la hepatitis B, C y de la inmunodeficiencia humana que hacen aconsejable que el material que se utiliza en la diálisis peritoneal sea procesado como residuo patológico.

c) El servicio debe contar con guardia pasiva permanente, de fácil acceso para los pacientes, quienes deben tener asegurada su atención en caso de complicaciones vinculables al método las 24 horas del día.

## **II - RECURSOS HUMANOS**

### **II.a. MÉDICO**

a) Un médico responsable de la unidad con título de especialista en nefrología otorgado por autoridad competente y experiencia en tratamiento dialítico de dos (2) años, y no menos de tres meses de experiencia en diálisis peritoneal crónica.

b) Otros médicos nefrólogos, con experiencia no menor de seis (6) meses en diálisis. La dotación de personal profesional de cada unidad debe ser suficiente para asegurar la atención médica permanente durante su horario de funcionamiento y/o mientras se encuentren en ella pacientes en proceso de diálisis y/o bajo cuidado circunstancial por interurrencias eventuales.

c) Deberá investigarse serológicamente, para detección de marcadores del virus de la hepatitis B y C, a todo el personal médico de la unidad, no menos de una vez por año. Asimismo este, personal deberá ser protegido mediante inmunización activa con vacuna anti-hepatitis B.

### **II.b. ENFERMIERIA**

a) Enfermeras y/o enfermeros o auxiliares de enfermería que acrediten ese carácter mediante certificado de estudios expedidos por **autoridad** competente y que además hayan aprobado un curso complementario de especialización en una unidad de diálisis peritoneal reconocido por autoridad competente. Este último requisito puede ser obviado si se acredita el desempeño continuado de seis (6) meses como mínimo en una unidad de diálisis peritoneal.

b) El personal técnico en diálisis peritoneal que al tiempo de aplicación de esta Ley se desempeñara en unidades habilitadas con anterioridad a la fecha de su promulgación sin satisfacer los requisitos establecidos en el punto anterior podrá continuar en servicio siempre que acredite, a juicio y bajo responsabilidad del Jefe de la Unidad, idoneidad suficiente para el cumplimiento de su cometido; en caso contrario deberá ser aplicado a otras tareas.

c) Deberá investigarse serológicamente para la detección de marcadores de los virus de las hepatitis B y C, a todo el personal de enfermería, técnico y personal de limpieza no menos de una vez por año. Asimismo este personal deberá ser protegido mediante inmunización activa con vacuna antihepatitis B en los casos que corresponda.

### **III - INSTRUCCIÓN DE PACIENTES**

- a) Los pacientes en tratamiento ambulatorio con diálisis peritoneal crónica ambulatoria, serán entrenados por la unidad de diálisis por un médico nefrólogo de la unidad y personal de enfermería perteneciente a la misma, capacitado especialmente para esta función.
- b) Deberán ser también investigados serológicamente para detección de marcadores de los virus de las hepatitis B y C no menos de una vez por año. Los pacientes negativos deberán ser protegidos mediante inmunización activa con vacuna antihepatitis B.