

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

CONDICIÓN LABORAL DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA EN EDAD PRODUCTIVA, EN TRATAMIENTO CON
HEMODIÁLISIS Y PERITONEODIÁLISIS
VALDIVIA 2008

Tesis presentada como parte
de los requisitos para optar al
Licenciado en Enfermería

ANDREA PAZ ECHEVERRY SÁNCHEZ
VALDIVIA – CHILE
2009

Profesor Patrocinante:

Nombre : Fredy Seguel Palma
Profesión : Enfermero.
Grados : Magíster en Salud Pública, mención Salud Ocupacional.

Instituto : Instituto de Enfermería
Facultad : Facultad de Medicina
Firma :

Profesores Informantes:

- 1) - Nombre : Ana Luisa Cisterna M
- Profesión : Enfermera.
- Grados : Diplomada y Magister en Gerontología, Magíster en Modelado del Conocimiento para Entornos Virtuales Educativos (c),
Doctorado en geriatría (c).

- Instituto : Instituto de Enfermería
- Facultad : Facultad de Medicina
- Firma :
- 2) - Nombre : María Julia Calvo Gil
- Profesión : Enfermera – Matrona.
- Grados : Licenciada en educación, Magíster en Bioética, Magíster en Filosofía (c).

- Instituto : Instituto de Enfermería
- Facultad : Facultad de Medicina
- Firma :

Fecha de Examen de Grado:

INDICE

RESUMEN	i
SUMMARY	ii
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	3
3. HIPÓTESIS	13
4. OBJETIVOS	13
5. MATERIAL Y MÉTODO	14
6. RESULTADOS	21
7. DISCUSIÓN	32
8. CONCLUSIONES	35
9. BIBLIOGRAFÍA	38
10. ANEXOS	40

RESUMEN

En nuestro país la Insuficiencia Renal Crónica se ha visto incrementada por la creciente prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la población, lo que constituye una de las mayores causas de daño renal en los adultos. Para compensar esta situación de cronicidad, existen dos tratamientos previos al trasplante renal, la Hemodiálisis y la Peritoneodiálisis. La hemodiálisis es un procedimiento que permite retirar parcialmente del cuerpo el agua y los desechos que se acumulan debido a la enfermedad renal. Se realiza con un filtro (capilar) que limpia la sangre. Esta viaja desde la fístula arterio-venosa, por unas tuberías o líneas sanguíneas hasta el dializador, donde se purifica y vuelve al cuerpo. La peritoneodiálisis ocupa el peritoneo como membrana de limpieza. A diferencia de la hemodiálisis, aquí el proceso se realiza dentro del cuerpo usando la membrana peritoneal. Esta membrana se encuentra dentro de la cavidad abdominal, cubriendo muchos de los órganos alojados allí. Para realizar la diálisis peritoneal se inserta un catéter en el abdomen por medio de un procedimiento quirúrgico simple, el que queda fijo a la pared abdominal.

El estudio pretende identificar el tratamiento cuyas características sean más favorables para la inserción laboral en pacientes con insuficiencia renal crónica que se someten a hemodiálisis y peritoneodiálisis. Comprende una metodología descriptiva, y de corte transversal. Los criterios de inclusión comprenden, edad productiva, estar en tratamiento dialítico, a través de, Hemodiálisis o Peritoneodiálisis y ser atendidos en el Centro de Salud.

De las personas tratadas con Hemodiálisis el 51,54% se encuentran en edad productiva, el 25% está con empleo y la principal causa de licencia médica comprende problemas secundarios a la diálisis en un 33,3%. La escolaridad de los pacientes sin empleo es mayoritariamente básica incompleta (33,3%), presentan más patologías concomitantes que los pacientes que se tratan con peritoneodiálisis y refirieron sentimientos negativos en relación a su actual condición laboral.

De los pacientes tratados con Peritoneodiálisis el 88,2% se encuentran en edad productiva, el 40% se encuentra con empleo y la principal causa de licencia médica presentada, son los problemas psicológicos con un 16,7%. La escolaridad de los pacientes sin empleo es mayoritariamente básica completa (33,3%), refieren sentimientos positivos en relación a su actual condición laboral y perciben mayoritariamente mejores ingresos que los pacientes tratados con hemodiálisis.

Los pacientes sometidos a peritoneodiálisis tienen una mejor condición laboral que los pacientes tratados con hemodiálisis, tienen un mayor porcentaje de empleabilidad y no presentan licencias por efectos secundarios a la diálisis.

SUMMARY

In our country the chronic renal failure has been enhanced by the increasing prevalence of cardiovascular risk factors in the population, which constitutes a major cause of kidney damage in adults. To compensate for this situation of chronic, there are two treatments prior to renal transplantation, hemodialysis and peritoneal. Hemodialysis is a procedure that allows the body partially withdraw water and debris that accumulate due to kidney disease. It is done with a special filter that cleans the blood. The blood travels from arterio-venous fistula, for some pipes or bloodlines to the dialyzer, where it is cleaned and returned to the body. The peritoneal membrane is the peritoneum as cleaning. Unlike hemodialysis, the process is done here inside the body using the peritoneal membrane. This membrane inside the abdominal cavity, covering many of the bodies housed there. To make the peritoneal dialysis is inserted through a simple surgical procedure, a catheter in the abdomen, which is fixed to the abdominal wall.

The study aims to identify the treatment which feature is most beneficial to the job in patients with chronic renal failure who undergo hemodialysis and peritoneal. Includes a methodology descriptive and cross. Inclusion criteria include being in the productive age group, being treated with dialysis through, hemodialysis or peritoneal and are treated at the Healthcare Center.

Of people treated with hemodialysis the 51.54% are in the productive age group, 25% are employed and the leading cause of medical leave was introduced by secondary issues to dialysis with 33.3%. The schooling of patients without basic job is incomplete (33.3%) mostly talking negative feelings in relation to their current employment status and have more morbid conditions, that patients who are treated with peritoneal.

Patients treated with peritoneal 88.2% are in the productive age group, 40% are employed and the leading cause of medical leave are those with psychological problems 16.7%. The schooling of patients without basic job is complete (33.3%) and relate mostly positive feelings in relation to their current employment status and earn better incomes mostly that patients treated with hemodialysis independent of their employment status.

Patients undergoing peritoneal have a better working condition that patients treated with hemodialysis, have a higher percentage of employees and leave no side effects to dialysis.

1. INTRODUCCIÓN

La condición laboral de un individuo, implica varios aspectos, como las características del trabajo, (jornada laboral, turnos, remuneraciones, etc.) y fundamentalmente el estar empleado o desempleado. Se define estar desempleado “sí, la semana pasada no trabajó y no tiene trabajo, no tiene un empleo ni un negocio o en los dos últimos meses hizo algo para buscar trabajo” (INE, 2003). Más allá de la definición, la condición de desempleo, es una situación de continua preocupación para la población, en particular si el individuo padece alguna enfermedad de tipo crónica como es la Insuficiencia Renal. Esta patología corresponde a la condición clínica derivada de la pérdida de función renal permanente y de carácter progresivo. En nuestro país esta patología se ha visto incrementada por la creciente prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la población, lo que constituye una de las mayores causas de daño renal en los adultos. Las etiologías más frecuentes de ésta son, en primer lugar, la Diabetes Mellitus I y II, luego la Hipertensión Arterial, la Glomerulonefritis Crónica y un porcentaje no menor de causa desconocida (MINSAL, 2005).

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) es un problema de salud pública mundial, con una incidencia y prevalencia crecientes, pronóstico incierto y alto costo (MINSAL, 2005). En USA la prevalencia de IRCT es de 1.131 pacientes por millón de población y la incidencia es de 296 nuevos pacientes por año por millón de población. En Chile durante el año 2005 la prevalencia era de 10.400 personas en tratamiento con hemodiálisis, con una tasa de 648 por millón de población y en tratamiento por peritoneo diálisis cerca de 427 personas, quedando de manifiesto que la IRCT requiere tratamiento de sustitución renal, ya sea por diálisis o trasplante renal. Nuestro país ofrece posibilidades de tratamiento previo al trasplante renal y de acuerdo al actual modelo organizacional, a todos los menores de 15 años se les indica peritoneo diálisis, a diferencia de los adultos, a quienes esta modalidad de tratamiento, se les indica solo en caso de agotamiento de capital venoso, portador de hepatitis B y/o ruralidad extrema. Por otra parte, en nuestro país existen seis servicios públicos (tres de estos ubicados en la Región Metropolitana y los otros en el resto del país), que ofrecen la modalidad de tratamiento a través de diálisis peritoneal, haciéndose escasa para la población requirente del tratamiento. La dependencia de estos tratamientos indudablemente afecta la calidad de vida de los pacientes y en particular su desempeño y oportunidad laboral.

En este sentido, este estudio se centra en la comparación de la condición laboral con pacientes sometidos a ambos tipos de tratamientos pretranspante, de modo de concluir cual de los dos les ofrece mayores posibilidades laborales acorde a su situación de salud y a las ventajas y desventajas de cada modalidad de tratamiento. Algunos estudios han abordado comparativamente la calidad de vida de pacientes con trasplantes, con hemodiálisis y

aquellos que utilizan la diálisis peritoneal, evidenciándose que el trasplante renal, ofrece mayores beneficios para la calidad de vida de las personas, para su salud y vida familiar (Lindqvist R., Carlsson M. 2000), pero no se describe una comparación entre ambos tratamientos pretrasplante, que como se sabe puede extenderse por un tiempo prolongado. Estudios también avalan la necesidad de investigar sobre la materia puesto que, se analizan los riesgos de los pacientes bajo cada uno de los tratamientos, pero no los comparan, como es el caso de la problemática de los accesos vasculares en la hemodiálisis, que afecta tanto a los profesionales de la salud, como al paciente, ya que constituye un factor importante de hospitalización (Andrade D., Ferreira V. 2007).

La investigación se hace más relevante cuando se asocia a la enfermedad el factor del desempleo que acarrea problemas psicológicos en los pacientes, afectando directamente su estado de salud, por lo cual, se hace necesario obtener una fuente de conocimiento que otorgue al personal de salud y al paciente la posibilidad de brindar y optar, respectivamente, a un tratamiento que permita a este desempeñarse laboralmente, sentirse útil y capacitado, favoreciendo directamente su autoestima y estados de necesidad psicológicos y sociales. El hecho de optar a un tratamiento específico, otorga al paciente la posibilidad de hacerse responsable de su salud y mayor autonomía, a su vez, el tratamiento que el paciente opte depende de muchos factores, dentro de los cuales se encuentra la información que se le entregue al paciente y a su familia y las redes de apoyo efectivas con las que cuente el paciente, dentro de la sociedad.

Por otra parte, la investigación ayudaría a demostrar la necesidad de implementar más centros de salud pública que ofrezcan la posibilidad de tratamiento de peritoneo diálisis a todos los adultos con IRC que así lo requieran y que esto, proyectado al futuro de la salud y economía del país, fuera un gran avance costo beneficio, que permita a los pacientes que hoy en día se encuentran limitados laboralmente, puedan trabajar y aportar durante su edad productiva como individuo inserto en la sociedad.

2. MARCO TEÓRICO

Antes del descubrimiento de la falla renal, se hablaba de envenenamiento urémico, referido como la contaminación de la sangre con orina, más tarde este término se relacionó con la salida reducida de orina.

En 1773 se utilizó por primera vez el término urea, descubriéndola como una sustancia presente en la orina, durante el mismo siglo, se logró cristalizar encontrando gran cantidad de nitrógeno en su constitución. Un siglo más tarde se demostró que dicha sustancia aumenta en la sangre previamente a la muerte, definiéndose así como la base de una enfermedad no descubierta.

En 1829 Robert Christison habla de Insuficiencia Renal describiéndola como la retención de sustancias tóxicas en la sangre, por mal funcionamiento de los riñones. Mientras se estudiaban estas sustancias (urea), se realizaban estudios que sentaron las bases de la diálisis. Rene Dutrochet hablaba de filtración química que producía la orina en los riñones y Tomas Graham, separaba sustancias a través de membranas, indicando en 1861 que la urea podía ser dializada o retenida por membranas semipermeables.

Recién en 1913 se publicaron resultados de experimentos de eliminación extrarrenal, realizados en animales, por los científicos Abel, Rowntree y Tunner, quienes construyeron un riñón artificial con una serie de tubos de colodión por donde pasaba la sangre, la cual no se coagulaba gracias a la hirudina proporcionada por sanguijuelas, que ellos mismos criaban, con todo esto lograron extraer salicilato de la sangre de conejos y Abel afirmaba que "hay numerosos estados tóxicos en los cuales los emuntorios, especialmente los riñones, son incapaces de eliminar del cuerpo, en adecuadas proporciones las sustancias normales o extrañas cuya acumulación es dañina para la vida. Con la esperanza de proporcionar, en tales emergencias, un sustituto que pudiera superar una crisis peligrosa, así como la importante información que pudiera proveer... se ha ideado un método por el cual la sangre de un animal vivo puede ser sometida a diálisis fuera del cuerpo".(*Historia de la hemodiálisis*. Extraído el día 11 de Abril desde: <http://www.nefroed.8m.net/historia/histor8.htm>).

Love en 1920, al ver la dificultad de trabajar con colodión, utilizó una membrana natural (intestino animal), siguiendo este lineamiento, en 1923 Necheles, descubrió que el peritoneo era una membrana inerte idónea para dializar, esto lo pudo corroborar con mejorías en la sintomatología de perros nefrectomizados.

En 1947 Kolff diseñó un riñón artificial para el uso en clínica humana, usando un tubo de celofán, enrollado en un tambor rotatorio, sumergido en una solución dializante, todo esto ayudado por una bomba que impulsaba la sangre y la devolvía hasta una vena del paciente. Luego se describió un aparato que además de dializar permitía ultrafiltrar la sangre, ya que a través de una malla compresora desarrollaba presión hidrostática sobre la sangre que se encontraba dentro del tubo del celofán. Estos aparatos se fueron mejorando hasta la creación en 1953 de uno en el cual espirales de celofán enrollados en mallas plásticas, sumergidas en un baño dializante, se encontraban contenidos en una olla a presión, finalmente se fabricó a gran escala como el “Twin coil artificial kidney”, considerándolo como un eficaz dializador y ultrafiltro.

Desde 1877 ya se comenzaba a estudiar la superficie peritoneal como membrana a través de la cual solutos podían pasar produciendo un intercambio entre la sangre y la cavidad abdominal, dependiente de la gradiente de concentración, ya que el peritoneo es inerte y no efectúa transporte activo, todo esto fue demostrado en 1895 y corroborado en los experimentos de Necheles en 1923, para que durante este mismo año Ganter diera a conocer el primer informe de diálisis peritoneal terapéutico en el hombre. Además de la cavidad peritoneal, fueron utilizadas otras superficies semipermeables naturales, incluso recto y mucosa vaginal y se han hecho experimentos en la mayoría de las superficies corporales. (*Historia de la Peritoneodiálisis*. Extraído el día 11 de Abril desde: <http://www.nefroed.8m.net/historia/histor7.htm>).

2.1 HEMODIÁLISIS

La hemodiálisis es un tratamiento que permite retirar parcialmente del cuerpo el agua y los desechos que se acumulan debido a la insuficiencia renal. Se realiza con un filtro especial que limpia la sangre (capilar), la cual viaja desde la fístula arterio-venosa, (que se requiere para que la hemodiálisis sea eficiente), por unas tuberías o líneas sanguíneas hasta el dializador, donde se limpia y vuelve al cuerpo. Es necesario que la cantidad de sangre que pasa por el filtro en cada minuto sea elevada (flujo de sangre aprox. 250 a 400 ml. por minuto). Una vena común no proporciona dicha cantidad de sangre, por lo cual es necesario la construcción de una fístula ya sea nativa o protésica, que permita la eficiencia del procedimiento.

Una fístula para hemodiálisis es la unión de una arteria con una vena por medio de una intervención quirúrgica. Como resultado de esta unión la sangre arterial ingresa directamente a la vena. El flujo de sangre arterial ejerce una presión sobre las paredes de la vena, provocando una dilatación, un acrecentamiento del grosor de las paredes de ésta y con un aumento del volumen sanguíneo que pasará por dicha vena. En ciertas ocasiones las arterias de los pacientes no cumplen con las condiciones para la creación de una fístula, por lo que se injertan prótesis para cumplir tal función. Para realizar la hemodiálisis se instalan dos

agujas en la fístula, una para llevar la sangre desde el cuerpo al dializador que se conecta con las líneas arteriales y otra para recibir la sangre que retorna al cuerpo, que viene desde las líneas venosas, con sangre purificada. (Daurgirdas, J., Blake, P. 2003).

El dializador o capilar tiene dos compartimientos separados por una membrana semi-permeable. Por el compartimiento sanguíneo circula la sangre que viene del paciente, cargada de desechos y agua. Por el otro circula el dializador (compartimiento del dializado), que es una mezcla de agua casi pura con una cantidad de sales conocida, que se indica para cada paciente de acuerdo a sus exámenes de laboratorio, que incluye Bicarbonato de Sodio, y electrolitos como Potasio y Calcio. La membrana semipermeable que separa ambos compartimientos es porosa y con características particulares, y es determinada para cada paciente en función de sus requerimientos. El intercambio que se produce entre la sangre y el dializado depende principalmente del tamaño de los poros, del grosor y de la superficie de la membrana. De este modo la membrana permite el paso solamente de algunos elementos, por ejemplo sodio, urea, potasio, creatinina y fósforo pasan fácilmente. Los glóbulos rojos, los glóbulos blancos, las bacterias y las proteínas sanguíneas, no pasan, asemejando en lo posible la filtración y membrana basal glomerular. La máquina de diálisis sirve para hacer circular la sangre a través de las tuberías, pasando por el dializador y regresando al cuerpo. Esto permite limpiar la sangre (difusión) y retirar el exceso de agua (ultrafiltración).

La frecuencia con que se realiza la hemodiálisis, de manera estándar, son tres sesiones por semana. Cada sesión tiene una duración de 3 a 4 ½ horas. Una vez que se ha comenzado la terapia, el paciente inicia con un tiempo máximo de dos horas durante días seguidos, para que el organismo se adapte y tolere de manera adecuada el procedimiento, permitiendo a su vez que el equipo de salud pueda valorar la reacción del paciente al tratamiento, principalmente a la extracción de líquido. El tiempo definitivo de duración de cada sesión y otros parámetros son adecuados en relación al grado de limpieza que el organismo requiere, dependiendo de: la función renal que el paciente conserve, la presencia de infecciones y el estado nutricional, es decir, en función de lo anterior se programa para cada paciente, el tipo de capilar a ser utilizado para el procedimiento, el tiempo de duración, la cantidad de anticoagulación, las concentraciones electrolíticas y el volumen de ultrafiltrado a retirar del paciente. (Daurgirdas, J., Blake, P. 2003).

Es importante describir que el tratamiento de Hemodiálisis tiene complicaciones tanto agudas, como crónicas que hacen que la sesión misma pueda llegar a ser traumante para el paciente. Dentro de las complicaciones agudas encontramos principalmente la hipotensión, seguida de forma decreciente con náuseas, vómitos, calambres, cefalea, fiebre, reacción a pirógenos, arritmias, angina, hipoxemia y hemólisis como la complicación menos frecuente. En las complicaciones crónicas del tratamiento encontramos anemia, osteodistrofia renal, hipertensión arterial, hipertrofia ventricular izquierda, pericarditis, infecciones, alteraciones neurológicas como encefalopatía urémica y convulsiones, las alteraciones lipídicas.

El tratamiento de diálisis (hemodiálisis o peritoneodiálisis) en actualidad sólo puede ser reemplazado por un trasplante renal exitoso.

2.2 PERITONEODIÁLISIS

La diálisis peritoneal es un procedimiento, que al igual que la hemodiálisis, permite retirar del cuerpo el agua y los desechos que se acumulan debido a la enfermedad renal, empleando el peritoneo como membrana de limpieza. A diferencia de la hemodiálisis, aquí el proceso se realiza dentro del cuerpo usando la membrana natural. Esta se encuentra dentro de la cavidad abdominal, cubriendo muchos de los órganos alojados allí y rodeado de vasos sanguíneos que hacen posible el intercambio. Para realizar la diálisis peritoneal se inserta por medio de un procedimiento quirúrgico simple un catéter en el abdomen, el que queda fijo a la pared abdominal. Por el catéter se pasa un líquido (solución dializante), generalmente con alta concentración de glucosa que otorga osmolaridad, hacia la cavidad abdominal. Los productos de desecho y el agua pasan desde la sangre hacia la solución dializante, a través de la membrana peritoneal. La solución dializante cargada de desechos, es sacada de la cavidad abdominal y reemplazada por solución fresca, normalmente cuatro veces al día. Los cambios de solución dializante los realiza el mismo paciente en su hogar o en el trabajo. En una etapa inicial el procedimiento es realizado por el equipo de salud, quien entrega las instrucciones y la educación necesaria para que el paciente adulto sea capaz de efectuar adecuadamente el tratamiento, mientras que en los niños el procedimiento es realizado o supervisado por un adulto dependiendo de la edad de este. El tratamiento en sí consta de tres etapas, de llenado, luego la permanencia y finalmente el drenaje. (Daurgirdas, J., Blake, P. 2003).

Hoy también se cuenta con diálisis peritoneal automática, en la cual el procedimiento descrito lo realiza una máquina cicladora durante la noche en el domicilio del paciente, en nuestro país este es el método utilizado en aquellos pacientes con extrema ruralidad y el método de elección en menores de 15 años.

2.3 HEMODIÁLISIS V/S PERITONEODIÁLISIS

A la mayoría de los pacientes con insuficiencia renal les son igualmente útiles la hemodiálisis y la diálisis peritoneal. Pero hay algunos pacientes que presentan enfermedades o condiciones que hacen más útil alguna de estas terapias, por ello se sugiere que la hemodiálisis es más útil en aquellos pacientes que:

- Han sido sometidos a varias cirugías abdominales.
- No desean realizar ellos mismos el procedimiento o depender de un familiar que lo realice.
- No tienen condiciones físicas o psíquicas para realizar ellos mismos el procedimiento.

Mientras que la diálisis peritoneal es más útil en aquellos pacientes que:

- Tienen enfermedad cardíaca avanzada, con accesos vasculares difíciles o que no pueden recibir anticoagulantes.
- Que viven en zonas apartadas, con ruralidad extrema.
- Que cuentan con las condiciones físicas y psíquicas como para realizar ellos mismos el procedimiento o que cuentan con un familiar que pueda realizarlo.

El tratamiento de sustitución renal debe potenciar la metodología más eficaz, efectiva y por último eficiente para el paciente. La hemodiálisis y la diálisis peritoneal son métodos eficaces, y no muestran diferencias en la supervivencia de los pacientes entre ambas técnicas. En los aspectos de integración social y de satisfacción con el tipo de terapia, la diálisis peritoneal se mostraría superior a la hemodiálisis. Desde el punto de vista de aplicación a la población que precisa tratamiento sustitutivo renal, la diálisis peritoneal continua ambulatoria es el método más sencillo, más fácilmente aplicable en los pacientes que no tienen contraindicación. Así pues, teniendo en cuenta estas características parece claro realzar la importancia que deber tener la diálisis peritoneal en la organización de los programas y políticas de tratamiento pretransplante, dándole el peso y la correspondiente dotación de recursos necesarios para un buen funcionamiento, y con esto poder impulsarla como una opción de tratamiento de sustitución renal más accesible para los pacientes.

Por otra parte es importante tener en cuenta los efectos secundarios derivados de ambos tipos de tratamiento, la dramática situación de pacientes en hemodiálisis con problemas de acceso vascular (gran porcentaje de pacientes con catéteres permanentes tunelizados, complicaciones derivadas de estos catéteres, demora en la realización de pruebas diagnósticas o retraso en la realización de fístulas arteriovenosas) generando un importante gasto sanitario así como la gran repercusión que tiene en la salud, tasa de hospitalización y morbi-mortalidad de los enfermos. La creación de una unidad de diálisis peritoneal permitiría abrir una puerta en el problema del acceso vascular. Por último, pacientes con intolerancia a la ultrafiltración, episodios de insuficiencia cardíaca congestiva, cardiopatía isquémica o mayor deseo de autonomía pueden pasar a diálisis peritoneal.

La hemodiálisis posibilita un cambio más rápido de la composición de solutos del plasma, así como la eliminación del exceso de agua corporal de forma más rápida que la diálisis peritoneal, contemplándola así como opción principal de sustitución renal en procesos agudos. Sin embargo, dado que la hemodiálisis se utiliza de forma episódica, la eliminación del exceso diario de agua y solutos se realiza en un intervalo de tiempo relativamente corto; la rápida eliminación de líquido es a menudo una situación mal tolerada por los pacientes muy graves de las unidades de cuidados intensivos, y aunque la capacidad de la diálisis peritoneal para cambiar la composición sanguínea de solutos equivale a un octavo de la que posee la hemodiálisis, la técnica ofrece algunas ventajas. La diálisis peritoneal puede aplicarse de

forma continua durante 24 horas por día, mientras que la hemodiálisis no suele emplearse por más de 4 horas. Por lo tanto la eficacia de la peritoneodiálisis no es muy distinta a la de la hemodiálisis. La naturaleza continúa de la diálisis peritoneal, permite cambios graduales en la concentración de los solutos sanguíneos y en el contenido de agua total del organismo, ofreciendo una buena opción para los pacientes con inestabilidad hemodinámica.

La peritoneodiálisis no puede emplearse en todos los pacientes que requieren sustitución renal, ya que este procedimiento necesita que el abdomen esté en condiciones óptimas e indemne. La presencia de adherencias extensas debidas a cirugía previa puede hacer imposible tanto la colocación del catéter como el drenaje del dializado. La cirugía abdominal reciente con anastomosis intestinales o que requiere drenajes externos en la pared abdominal son otras contraindicaciones relativas de la diálisis peritoneal. La presencia de un injerto vascular intrabdominal reciente, es otra contraindicación relativa por la posibilidad de diseminar al material del injerto una peritonitis relacionada con la diálisis, aunque la diálisis peritoneal ha sido empleada con éxito en pacientes que durante un largo periodo de tiempo han sido portadores de un injerto abdominal. (Daugirdas, J., Blake, P. 2003).

La Diálisis Peritoneal hoy día está consolidada como la técnica dialítica domiciliaria preferente y es escogida por los pacientes como primera opción de diálisis en un porcentaje apreciable, dentro de aquellos países en donde es posible escoger entre los dos tipos de tratamiento. La Diálisis Peritoneal en cualquiera de sus modalidades, Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria o Diálisis Peritoneal Automatizada, potencia la autonomía de los pacientes, con buenos resultados de integración social y de satisfacción personal, evitando el incremento de inversión en infraestructuras y personal especializado.

Un estudio del año 2001 llamado, “La máquina de hemodiálisis como una cuerda salvavidas: las experiencias de sufrimiento en la etapa final de la enfermedad renal”, investigó unidades de análisis centradas en dos temas principales. El primer tema: “la máquina de hemodiálisis como una cuerda de salvamento” que a su vez derivó en tres subtemas, la pérdida de la libertad, la dependencia de la madre y, la perturbación civil, familiar y social. El segundo tema: “alivio del sufrimiento”, derivó en dos subtemas, ganando un sentido de optimismo existencial y el logro de un sentido de la autonomía personal.

El estudio indicó que, en las vidas de pacientes tratados con hemodiálisis, las áreas principales de sufrimiento fueron relacionadas con la pérdida de libertad, expresada como la dependencia a la máquina de hemodiálisis como una única cuerda salvavidas. Esta dependencia que generalmente dura mucho tiempo y se hace fatigosa afectó la vida matrimonial, la familiar y social de los pacientes estudiados. El alivio de sufrimiento podría ser alcanzado tras la aceptación de dependencia en la máquina de hemodiálisis y manteniendo la autonomía al ser visto como un individuo por el personal sanitario. Por otra parte, más de la mitad de los pacientes tratados con hemodiálisis experimentaba una pronunciada fatiga y falta

de energía, que sumadas al control de la dieta y a la ingesta de líquidos, impone nuevas restricciones a las limitaciones de estos pacientes, lo que podría dar lugar a reacciones psicológicas como la depresión, la ansiedad y el miedo. Por otra parte, estas restricciones podrían limitar las actividades sociales y una tensión en la vida familiar.

El fenómeno predominante de sufrimiento de los pacientes que requieren hemodiálisis de mantenimiento es que la máquina de diálisis se convirtió en un ser cuasi real, en que la vida del paciente depende, pero a costa de la libertad restringida. De este modo, el sufrimiento a causa de la pérdida de la libertad significaba que no podían elegir vivir la vida como lo deseaban, ni utilizar el tiempo como les gustaría, como consecuencia de la reclusión impuesta por la máquina de hemodiálisis. La pérdida de la libertad fue también a causa de la dependencia en el personal que supervisó el tratamiento y la atención proporcionada. La máquina de diálisis era considerada como algo que consume tiempo. Por otra parte, los pacientes que están conectados a la máquina de hemodiálisis varias veces a la semana eran muy conscientes de que sin la maquina no iban a sobrevivir. Esta dependencia parece crear sentimientos ambivalentes, que una paciente los describe de la siguiente manera: “Naturalmente, tengo que aceptar esto porque esta es mi vida. Si yo no lo hago, esto es el final. Pero a veces siento que no quiero continuar. Algunas veces me dializo 4 días a la semana, de 4 a 5 horas cada vez. No me gusta que la diálisis tome tanto tiempo. Me gusta hacer las cosas rápido y por esto me siento muy cansada”. (Hagren, B., Pettersen, I. 2001).

Los participantes del estudio describen la sala de hemodiálisis como un lugar familiar y utilizan a menudo el concepto de atención individualizada, lo que refleja lo importante que es ser visto como un individuo único con necesidades personales. Aunque los pacientes a menudo hablan del personal como un colectivo, el estudio se centró en los ejemplos que muestran la dependencia del paciente con el personal. Mientras los pacientes recibían la hemodiálisis, tuvieron tiempo para hacer observaciones y para absorber las actividades de la sala, así como para reflexionar sobre su propia situación. Los pacientes estaban preocupados por el tratamiento y la espera, expresaron la necesidad de ser vistos como personas por el personal.

La dependencia a la máquina de hemodiálisis y al personal también significa que los pacientes reconocen la competencia. Los participantes sabían que “su” enfermera, era competente, era alguien que sabía lo que estaba haciendo, pero también sabía de los problemas individuales de cada paciente. “Ruth, 51 años de edad, explicó sus puntos de vista sobre esto: Es maravilloso el lugar, al igual que el hecho de que se nos pregunte si tenemos algún problema. Las enfermeras son agradables aquí. Es importante que una enfermera o un médico sean capaces de hacer que los pacientes se sientan cómodos y a gusto. Ser visto como un individuo significa que la confianza puede ser desarrollada a lo largo del tiempo y que se podría entregar la vida a una enfermera o un médico”.

Otros estudios como el realizado en Hong Kong, “La calidad de vida de los pacientes sometidos a diálisis”, concluyó que los pacientes sometidos a diálisis experimentaban múltiples cambios físicos, sociales, económicos y psicológicos. La prioridad de los servicios de salud, por lo tanto, debería ser la de prestar apoyo en las esferas de la vida familiar y social, información y empleo. El tratamiento de diálisis provoca un importante cambio de vida para los pacientes. Hay varias etapas a través de la cual los pacientes pueden pasar. La primera etapa se llama el "período de luna de miel" y se caracteriza por un aumento de bienestar físico. Sin embargo, la diálisis sólo puede mantener la vida, y más una amplia gama de trastornos clínicos, los efectos tardíos como la fatiga, la disminución física, peritonitis, cuestiones sexuales y el deterioro cognitivo que a menudo se plantea, llevan a la segunda fase, “el periodo de desencanto y el desaliento”, que se caracteriza por la aparición de tristeza, negación, la desesperanza y desamparo. La tercera etapa, “de adaptación”, se produce cuando el paciente finalmente llega a un cierto nivel de aceptación de su enfermedad y sus limitaciones. No obstante, algunos pacientes pueden nunca alcanzar esta etapa de adaptación. La vida del paciente en diálisis puede carecer de calidad. La misión del organismo de salud, la Autoridad de Hospitales, en Hong Kong es proporcionar a los pacientes centrándose en la calidad de la atención médica, para mejorar la situación del paciente en relación a la capacidad de adaptación a la diálisis. (Luk, W., Ching, S. 2001).

2.4 ANTECEDENTES DE CHILE

Durante los años 80 y 90, en Chile se crearon diversos programas para reducir la morbimortalidad por IRC en niños y adolescentes. Desde la segunda mitad del siglo XX nuestro país, ha experimentado un proceso de transición epidemiológica, en el que enfermedades crónicas cobran progresivamente mayor relevancia a consecuencia de la reducción de la mortalidad por desnutrición, enfermedades infecciosas e inmunoprevenibles y patologías perinatales. En relación a esto existe un estudio llamado “Mortalidad por insuficiencia renal crónica en niños y adolescentes chilenos. Evolución de 20 años”, que describe la evolución de la mortalidad por IRC en niños y adolescentes chilenos. Sus resultados concluyeron que durante el período 1984 al 2003 se registró un total de 193 defunciones por IRC en menores de 19 años, 98 (50,8%) correspondientes a mujeres. La distribución mayor de las defunciones según edad, ocurrió entre los 15–19 años (46,6%). La tasa de mortalidad por IRC en menores de 19 años presentó su valor máximo en 1984 y mínimo en 2002 (3,46 y 0,35 por 1.000.000 habitantes, respectivamente). Lo que ilustra su evolución temporal, de tendencia descendente. El riesgo de fallecer de IRC durante el trienio 1984 a 1986 fue 3,7 veces el riesgo de fallecer durante el trienio 2001 a 2003, lo que reflejó la tendencia descendente de la mortalidad por IRC en el período 1984 al 2003 (Cerdeira, J., Cavagnaro, F., Chacon, J. 2006).

Estudios realizados en Chile en pacientes adultos se refieren a la calidad de vida, como el estudio llamado “Calidad de Vida en Pacientes Portadores de Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento con Hemodiálisis”, el cual se refiere al de concepto Calidad de Vida, Calidad de Vida Relacionado con Salud, y Calidad de vida en pacientes que presentan

insuficiencia renal crónica terminal sometidos a terapia dialítica. Este estudio describe la evolución que ha tenido este término y su creciente importancia en los problemas de salud; en la medida que un gran número de personas está viviendo más, padeciendo enfermedades crónicas y condiciones inhabilitantes, su calidad de vida ha llegado a ser cada vez más importante, como una preocupación del cuidado de la salud.

El concepto Calidad de Vida Relacionado con Salud, puede ser utilizado, para una serie de propósitos, incluyendo no sólo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción (mencionados anteriormente) sino que también, puede ser utilizado en la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas como la población con discapacidad. En este estudio se pudo concluir que la Calidad de Vida es un concepto multidimensional, que puede resultar difícil de medir, sin embargo es un tema crítico en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, al igual que con otras enfermedades crónicas, son muchos los aspectos de la vida del paciente que se alteran con la enfermedad renal y su tratamiento, limitando su vida directa o indirectamente. Estos pacientes pueden presentar síntomas que interfieren con su capacidad física, su movilidad y flexibilidad, con su vida personal y profesional; es relativamente común la interferencia de estos síntomas con funciones sociales y personales, incluyendo conflicto matrimonial, disfunción sexual, y estrés psicológico. Todos estos síntomas, afecciones comórbidas y tratamientos en el curso de la enfermedad requieren una valoración en detalle de la Calidad de Vida para entender el impacto de las intervenciones sobre el bienestar general del paciente. (*Calidad de Vida en Pacientes Portadores de Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento con Hemodiálisis*. Extraído el día 6 de Agosto desde: <http://www2.udec.cl/~ssrevi/numero5/ion02.htm>).

2.5 LA ENFERMEDAD CRÓNICA Y EL DESEMPLEO

Ante el diagnóstico de una enfermedad crónica el individuo sufre grandes variaciones tanto de su vida personal, como familiar y social. En el aspecto personal la persona se ve afectada psicológicamente pudiendo presentar malestar físico, pérdida de la independencia, alteraciones de la autoimagen, impotencia, miedo, desesperanza, respuestas depresivas, de negación o de agresividad, padeciendo un duelo ante la capacidad orgánica perdida.

En el aspecto familiar se produce una pérdida del equilibrio y funcionamiento familiar, afectando los roles tanto del individuo enfermo, como del resto de los integrantes, los cuales deben adquirir nuevas funciones dentro del núcleo y el hogar. La adaptación familiar al proceso de cronicidad es de vital importancia, ya que es el pilar fundamental y red de apoyo principal del enfermo y en gran parte influye en el éxito o fracaso del tratamiento dialítico y la terapia asociada a este (medicamentosa y alimentaria). Socialmente el enfermo tiende a limitarse en la realización de actividades, provocando un aislamiento social, ante el temor de

rechazo y discriminación por la falta de conocimiento sobre la patología padecida. (Salvá, R. 2001).

Por lo tanto, cuando surge la enfermedad se establece un cambio en la dinámica normal y funcionamiento de la familia, configurándose un proceso de adaptación de la familia que comprende tres etapas. La primera corresponde a la etapa de desorganización, luego a la recuperación de la crisis, para luego enfrentar la reorganización. Dentro de cada etapa el equipo de salud debe ofrecer una escucha activa que permita valorar la adecuación familiar a los nuevos procesos y la resolución efectiva de las problemáticas, además de entregar conocimientos en relación a la patología, características y complicaciones.

Al enfermo crónico se le define como “aquel individuo que presenta una enfermedad prolongada o de frecuentes recurrencias”. Los pacientes diagnosticados con I.R.C. sufren limitaciones en la actividad laboral agravándose esta situación con su entrada en Diálisis y en la mayoría de los casos pérdida de su puesto de trabajo debido a las ausencias laborales tanto de forma esporádica como periódica. Para una empresa no supone rentabilidad la situación de un paciente en tratamiento dialítico, ya que se arriesga a continuas licencias y ausentismo, esto produce tensiones en la comunicación laboral y presiones en el paciente quien finalmente termina solicitando una jubilación anticipada, provocando el deterioro de la economía personal y familiar. Según esto la O.M.S. señala que “la alimentación, el alojamiento y el trabajo son pilares básicos de salud, porque ésta se mantiene y se pierde ahí donde la población vive y trabaja. Estos tres pilares son la expresión del factor económico y el problema económico viene dado por no poder seguir desempeñando su actividad laboral”. Otro aspecto que también deteriora la economía familiar es la lejanía de los domicilios a los centros de diálisis, esto produce un gasto extra para el paciente, lo que sumado con la pérdida del empleo puede producir una gran crisis económica familiar, derivada del desequilibrio entre los ingresos y egresos de dinero.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1 HIPÓTESIS

Los pacientes sometidos a peritoneodiálisis tienen una mejor condición laboral que los pacientes tratados con hemodiálisis.

3.2 OBJETIVOS

3.2.1 Objetivo General

Identificar el tratamiento cuya característica sea más favorable para la inserción laboral en pacientes con insuficiencia renal crónica que se someten a hemodiálisis y peritoneodiálisis.

3.2.2 Objetivos Específicos

- 3.2.2.1 Relacionar los antecedentes personales, familiares y económicos de los pacientes sometidos a hemodiálisis y peritoneodiálisis, con su condición laboral y tratamiento.
- 3.2.2.2 Determinar el número de pacientes con IRC en edad productiva en tratamiento con hemodiálisis y peritoneodiálisis, que se desempeñen como trabajadores.
- 3.2.2.3 Relacionar el tratamiento con hemodiálisis y peritoneodiálisis, con la condición laboral del paciente.
- 3.2.2.4 Determinar los sentimientos de los pacientes sometidos hemodiálisis y peritoneodiálisis sobre su condición laboral.
- 3.2.2.5 Identificar los tipos de trabajos en los cuales se desempeñan los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis y peritoneodiálisis.
- 3.2.2.6 Describir las causas de desempleo de los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis y peritoneodiálisis.
- 3.2.2.7 Identificar la percepción del paciente sin empleo, sobre sus capacidades para desempeñarse eficazmente como trabajador y de ser contratado por un empleador.

4. MATERIAL Y MÉTODO

El estudio comprende una metodología descriptiva, de corte transversal. Se obtendrán los datos de análisis, a través de un instrumento tipo cuestionario creado por la autora con preguntas dirigidas y abiertas. El instrumento consta de seis ítems de los cuales el primero corresponde a los antecedentes generales del paciente, el segundo a los antecedentes familiares, el tercero a los antecedentes del tratamiento, el cuarto a los antecedentes laborales, el quinto a los antecedentes de los pacientes que se encuentran con empleo y deberá ser resuelto solo por aquellos que se encuentren bajo esta condición y el sexto recoge los antecedentes de los pacientes que se encuentran desempleados, este solo será resuelto por aquellos que se encuentren bajo esta condición, por lo cual el individuo tras resolver el cuarto ítem se le indicará continuar con el que le corresponda según su condición laboral. El instructivo fue aplicado a cinco pacientes al azar del Centro de Salud, que tengan IRC y se encuentren en edad productiva, con el objetivo de corroborar la efectividad del instrumento. Los datos obtenidos serán analizados a través del Programa SPSS 11.5 para Windows.

El grupo de estudio al cual se le aplicó el instrumento será el universo total de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que se atiendan en el Centro de Salud Nefroval, completando una muestra estimada en 120 pacientes aproximadamente. Los criterios de inclusión comprenden el estar en edad productiva, estar con tratamiento dialítico, a través de, Hemodiálisis o Peritoneodiálisis y sean atendidos en el Centro de Salud.

El instrumento fue aplicado durante el proceso de diálisis, durante la hospitalización y/o cuando el paciente asista a controles médicos o de rutina, como es el caso de los pacientes tratados con peritoneo diálisis ambulatoria. Por otra parte el instrumento se basa en el análisis de las variables que a continuación se señalan.

Variables	Definición Operacional	Indicadores
Condición laboral	Estado en el cual la persona de edad productiva se encuentra en relación al empleo.	<u>Empleado</u> : se considerará empleado a aquella persona en edad productiva que tiene trabajo, empleo o un negocio. <u>Desempleado</u> : se considerará desempleado a aquella persona en edad productiva que la semana pasada no trabajó y no tiene trabajo, no tiene un empleo ni un negocio o en los dos últimos meses hizo algo para buscar trabajo.

Edad	La edad se considerará partiendo desde la fecha de nacimiento de la persona hasta el año 2008, independiente del mes o día en que nació.	<p><u>Edad productiva:</u> Desde los 18 años de edad, hasta los 60 años en el caso de las mujeres y los 65 en el caso de los hombres.</p> <p><u>Edad no productiva:</u> Los menores de 18 años de edad y los mayores de 60 o 65 años respectivamente.</p>
Sexo	Género de la persona.	<p><u>Femenino:</u> se considerará el género de nacimiento, contemplando las características genitales y sexuales de mujer.</p> <p><u>Masculino:</u> se considerará el género de nacimiento, contemplando las características genitales y sexuales de hombre.</p>
Escolaridad	Se refiere a la formación educacional que la persona ha cursado durante su vida.	<p><u>Enseñanza Básica Incompleta:</u> se considerará cuando la persona no haya terminado de cursar el 8° año básico.</p> <p><u>Enseñanza Básica completa:</u> se considerará cuando la persona haya cursado el 8° año básico.</p> <p><u>Enseñanza Media Incompleta:</u> se considerará cuando la persona no haya terminado de cursar el 4° año medio.</p> <p><u>Enseñanza Media Completa:</u> se considerará cuando la persona haya cursado el 4° año medio.</p> <p><u>Educación Técnica Incompleta:</u> se considerará cuando la persona no haya terminado de cursar el último año de una carrera técnica.</p> <p><u>Educación Técnica Completa:</u> se considerará cuando la persona haya terminado de cursar el último año de una carrera técnica.</p> <p><u>Educación Superior Incompleta:</u> se considerará cuando la persona no haya terminado de cursar el último año de una carrera universitaria.</p> <p><u>Educación Superior Completa:</u> se considerará cuando la persona haya terminado de cursar el último año de una carrera universitaria.</p>

Estado Civil	Se considerará el estado actual de la persona considerando el vínculo matrimonial civil.	<p><u>Soltero(a)</u>: se considerará a aquella persona que no ha contraído el vínculo matrimonial civil y no vive con una pareja u acompañante.</p> <p><u>Casado(a)</u>: se considerará a aquella persona que ha contraído el vínculo matrimonial civil.</p> <p><u>Separado(a)</u>: se considerará a aquella persona que contrajo el vínculo matrimonial civil, pero que actualmente se encuentra sin la persona con quien lo contrajo.</p> <p><u>Conviviente</u>: se considerará a aquella persona que vive en un mismo hogar con su pareja o acompañante y no ha contraído el vínculo matrimonial civil.</p> <p><u>Viudo (a)</u>: se considerará a aquella persona que contrajo el vínculo matrimonial civil y que la persona con quien contrajo el vínculo falleció.</p>
Previsión	Se considera como el sistema de salud al cual pertenece la persona.	<p><u>Fonasa</u>: se considerará cuando una persona pertenezca al Fondo Nacional de Salud, esté cotizando el 7% de sus ingresos mensuales y se clasifique dentro de alguna de las categorías: A, B, C, D del fondo público de salud, según sus ingresos.</p> <p><u>Isapre</u>: se considerará cuando una persona pertenezca al sistema de Instituciones de Salud Previsional, y esté cotizando para alguna institución de salud privada.</p> <p><u>Otra previsión</u>: se considerará cuando la persona no pertenezca a ninguno de los sistemas de salud convencionales (entiéndase Isapre o Fonasa) y pertenezca a otro sistema, el cual deberá señalar.</p> <p><u>S/ Previsión</u>: se considerará cuando la persona no pertenezca a ningún sistema de salud previsional.</p>
Trabajadores en la familia	Se considerará como aquellas personas que se encuentren realizando algún tipo de labor remunerada.	<p><u>Una persona</u>: cuando el sustento económico del hogar esté a cargo de un integrante del hogar.</p> <p><u>Dos personas</u>: cuando el sustento económico del hogar esté a cargo de dos personas dentro del hogar.</p> <p><u>Tres o más personas</u>: cuando el sustento económico esté a cargo de tres o más personas dentro del hogar.</p>

<p>Personas con quien vive en su hogar</p>	<p>Se considera como personas que viven en el hogar del paciente, a todos aquellos que habiten bajo un mismo techo.</p>	<p><u>Pareja:</u> Se considerará como aquella persona que sea la esposa(o) del paciente y/o conviviente. <u>Hijo(os):</u> Se considera a aquellas personas que lleven el apellido del paciente. <u>Padre:</u> Se considera a la persona que se ha hecho cargo de la crianza del paciente, ya sea éste el padre biológico o no. <u>Madre:</u> Se considera a la persona que se ha hecho cargo de la crianza del paciente, ya sea ésta la madre biológica o no. <u>Hermanos:</u> Se considera a la o las persona(as) que comparten el mismo apellido materno y paterno del paciente, o el paciente sienta como hermano por una crianza compartida. <u>Solo:</u> Se considerará cuando la persona no habite con nadie más en su hogar. <u>Otros familiares:</u> se considerará a las personas que no entren en las categorías anteriores como hijastros, hermanastros, tíos, primos y/o amigos de la familia.</p>
<p>Ingreso familiar mensual</p>	<p>El promedio de la suma de las remuneraciones que reciben las personas que viven en el hogar.</p>	<p><u>Ingreso mensual menor o igual a \$144.000:</u> cuando el promedio de las sumas de los ingresos familiares sea menor o igual a \$144.000. <u>Ingreso mensual mayor a \$144.000 y menor o igual a \$210.240:</u> cuando el promedio de las sumas de los ingresos familiares sea mayor a \$144.000 y menor o igual a \$210.240. <u>Mayor a \$210.240:</u> cuando el promedio de las sumas de los ingresos familiares sea mayor a \$210.240.</p>
<p>Tipo de tratamiento</p>	<p>El tratamiento de diálisis que el paciente lleva para paliar los efectos de la insuficiencia renal crónica.</p>	<p><u>Hemodiálisis:</u> se considera este tratamiento para aquella persona que tenga una Fístula Arterio Venosa y/o instalado un catéter a través de los cuales se realice la conexión a la máquina de hemodiálisis. <u>Peritoneo diálisis:</u> se considera este tratamiento para aquella persona que tenga instalado en la cavidad peritoneal un catéter peritoneal que permita la Peritoneodiálisis a través de este compartimiento.</p>

<p>Patologías concomitantes</p>	<p>Aquellas patologías que el paciente padece y que han sido diagnosticadas médicamente.</p>	<p><u>Hipertensión Arterial:</u> se considerará como patología cuando el paciente haya sido diagnosticado por un médico y tenga un tratamiento indicado.</p> <p><u>Diabetes Mellitus:</u> se considerará como patología cuando el paciente haya sido diagnosticado por un médico y tenga un tratamiento indicado.</p> <p><u>Sobrepeso u Obesidad:</u> se considera cuando el paciente según el Índice de Masa Corporal (IMC), se encuentre sobre los valores de normalidad.</p> <p><u>Desnutrición:</u> se considera cuando el paciente según el Índice de Masa Corporal (IMC), se encuentre bajo los valores de normalidad.</p> <p><u>Otras:</u> se considerarán aquellas patologías que no se encuentren en las categorías anteriores y no sea IRC.</p>
<p>Duración del tratamiento</p>	<p>El tiempo que el paciente se encuentra con el actual tratamiento de diálisis.</p>	<p><u>Más de un año:</u> se considerará aquel tratamiento de 12 meses, 365 días o más de duración.</p> <p><u>Seis meses o más:</u> se considerará aquel tratamiento que lleve una duración entre 6 meses y 11 meses 30 días.</p> <p><u>Menos de seis meses:</u> se considerará aquel tratamiento que lleve una duración igual a 5 meses 30 días o menos.</p>
<p>Sentimientos acerca de su condición laboral</p>	<p>Se considerará aquellos sentimientos positivos o negativos, que el paciente tenga en relación a su condición laboral.</p>	<p><u>Sentimientos positivos:</u> se considerará aquellos sentimientos que refleje la satisfacción o conformidad del paciente acerca de su condición laboral como: tranquilidad, satisfacción, estabilidad, alegría y aporte familiar.</p> <p><u>Sentimientos negativos:</u> se considerará aquellos sentimientos que refleje la insatisfacción o inconformidad del paciente acerca de su condición laboral como: pérdida de independencia, impotencia, desesperanza o angustia, temor, tristeza y pérdida del rol familiar.</p>

<p>Tipo de trabajo</p>	<p>Se considerará la labor remunerada que desarrolla el paciente según situación jurídica, nivel de exigencia, configuración y según lugar donde se desarrolle.</p>	<p><u>Según situación jurídica:</u> se considerará si el trabajo es dependiente o independiente. <u>Según nivel de exigencia:</u> se considerará si el trabajo requiere el uso muscular, intelectual o ambos. <u>Según configuración:</u> se considerará si el trabajo es individual o colectivo. <u>Según lugar:</u> se considerará si el trabajo se realiza en el domicilio o en una empresa.</p>
<p>Tiempo de desempleo</p>	<p>Indica la cantidad de meses en que la persona se encuentra sin trabajo o desempleado.</p>	<p><u>Más de un año:</u> corresponde a 12 meses o más sin empleo. <u>Seis meses o más:</u> corresponde a 6 meses a 11 meses 30 días sin empleo. <u>Menos de seis meses:</u> corresponde a 5 meses 30 días o menos tiempo sin empleo.</p>
<p>Causa por la cual presentó licencia médica</p>	<p>El problema fisiopatológico que causó la presentación de una licencia médica.</p>	<p><u>Problemas Respiratorios:</u> se considerará aquellos problemas que involucren las vías respiratorias altas y bajas. <u>Problemas Digestivos:</u> se considerará aquellos problemas que involucren el tracto digestivo. <u>Problemas Psicológicos:</u> se considerará aquellos problemas que involucren el bienestar psíquico del paciente. <u>Efectos secundarios a la diálisis:</u> se considerará aquellos problemas derivados de la diálisis como infección del catéter, o del sitio de inserción de este, peritonitis, decaimiento, fatiga, etc.</p>
<p>Motivo de desempleo</p>	<p>Señala la(as) causa(as) por la cual el paciente se encuentra desempleado.</p>	<p><u>Despido:</u> se considerará cuando el paciente desempeñaba un trabajo remunerado y fue finiquitado. <u>Jubilación Anticipada:</u> se considerará cuando el paciente por presiones laborales y/o propias decide jubilarse anticipadamente. <u>No ha encontrado trabajo:</u> se considerará cuando el paciente busca un desempeño laboral pero no ha conseguido buscarlo. <u>Porque la salud no lo permite:</u> se considerará cuando el paciente considere que por motivos de salud no puede desempeñarse laboralmente. <u>No necesita trabajar:</u> se considerará cuando el paciente considere que por factores económicos no necesite desempeñarse laboralmente.</p>

Expectativas de poder trabajar	Indica la percepción del paciente sobre su propia capacidad para desempeñarse en un trabajo de manera eficaz.	<u>Percepción Positiva:</u> Se considerará cuando el paciente señale que por sus capacidades cree poder desempeñarse eficazmente en un trabajo. <u>Percepción Negativa:</u> Se considerará cuando el paciente señale que por sus capacidades no cree poder desempeñarse eficazmente en un trabajo.
Expectativas de contrato por parte de un empleador	Indica la percepción del paciente sobre el ser contratado por un empleador conociendo su patología.	<u>Percepción Positiva:</u> Se considerará cuando el paciente señale que un empleador no lo contraría conociendo su patología. <u>Percepción Negativa:</u> Se considerará cuando el paciente señale que un empleador lo contraría conociendo su patología.

5. RESULTADOS

La Hemodiálisis y la Peritoneodiálisis son procedimientos utilizados previamente a un trasplante renal, cuando un paciente padece Insuficiencia Renal Crónica. En el Centro de Salud donde se desarrolló el estudio, la hemodiálisis se efectúa en un tiempo predeterminado, que corresponde a 3 horas 30 minutos, durante tres veces a la semana, realizándose en tres períodos durante el día. La Peritoneodiálisis, por su parte, se hace de manera ambulatoria, cada ciclo tiene una duración de 10 horas y se efectúa los 7 días de la semana, durante la noche.

El número total de pacientes con IRC atendidos en el centro de Salud son 214 personas, de las cuales 194 son tratadas a través de Hemodiálisis, 100 de ellas se encuentran en edad productiva, lo que corresponde al 51,54%; 20 se tratan a través de Peritoneodiálisis de las cuales 17 se encuentran en edad productiva lo que corresponde al 85%. De los pacientes en edad productiva, participaron 84 (84%) tratados con Hemodiálisis y 15 (88,2%) tratados a través de Peritoneodiálisis.

La tabla N°1 muestra la distribución de los pacientes estudiados con IRC, según condición laboral y tratamiento dialítico.

Tabla N°1. Distribución de Pacientes con IRC, Según Condición Laboral y Tratamiento Dialítico Centro de Diálisis 2008

Tratamiento	Condición Laboral				Total	
	Empleado		Desempleado		N	%
	N°	%	N°	%		
Hemodiálisis	21	25	63	75	84	100
Peritoneodiálisis	6	40	9	60	15	100
Total	27	27,2	72	72,7	99	100

De las personas con IRC en tratamiento pretrasplante tan solo el 27,2% están actualmente con el empleo. La tabla nos muestra que los pacientes tratados con hemodiálisis presentan un mayor desempleo con un 75% y los pacientes con peritoneodiálisis presentan mayor empleabilidad con un 40%.

La tabla N°2 muestra la distribución de los pacientes según condición laboral, edad y tratamiento.

Tabla N°2. Distribución de Pacientes con IRC, Según Edad, Condición Laboral y Tratamiento Dialítico, Centro de Diálisis 2008

Condición Laboral	Empleado				Desempleado				Total	
	Hemodiálisis		Peritoneodiálisis		Hemodiálisis		Peritoneodiálisis			
Edad	N	%	N°	%	N°	%	N°	%	N	%
18-25	1	4,8	0	0	3	4,8	0	0	4	4,04
26-33	0	0	0	0	4	6,3	0	0	4	4,04
34-41	7	33,3	3	50	9	14,3	4	44,4	23	23,2
42-49	6	28,6	1	16,7	13	20,6	2	22,2	22	22,2
50-57	1	4,8	2	33,3	23	36,5	2	22,2	28	28,2
58-65	6	28,6	0	0	11	17,5	1	11,1	18	18,1
Total	20	100	6	100	63	100	9	100	99	100

El mayor número de pacientes con empleo se encuentra entre el rango de edad de 34 a 41 años, para ambos tipos de tratamiento (Hemodiálisis 33,3% y Peritoneodiálisis 50%). Los desempleados se hallan mayoritariamente entre 50 a 57 años (36,5%) y 34 a 41 años (44,4%), para los tratados con Hemodiálisis y Peritoneodiálisis respectivamente. Las edades más prevalentes se encuentran en el rango de 50 a 57 años (28,2%), seguido del rango de 34 a 41 años (23,2%).

La Tabla N°3 muestra la distribución de pacientes según condición laboral, tratamiento y sexo.

Tabla N°3. Distribución de Pacientes con IRC, Según Sexo, Condición Laboral y Tratamiento Dialítico, Centro de Diálisis 2008

Condición Laboral	Empleado				Desempleado				Total	
	Hemodiálisis		Peritoneodiálisis		Hemodiálisis		Peritoneodiálisis			
Sexo	N	%	N°	%	N°	%	N°	%	N	%
Femenino	5	23,8	3	50	34	54	7	77,8	49	49,4
Masculino	16	76,2	3	50	29	46	2	22,2	50	50,5
Total	21	100	6	100	63	100	9	100	99	100

De los personas con IRC estudiadas, el 50,5% son de sexo masculino y el 49,4% de sexo femenino. Los pacientes tratados con hemodiálisis con empleo son mayoritariamente de sexo masculino (76,2%), en aquellos que se encuentran empleados y en tratamiento con peritoneodiálisis no existe diferencia porcentual entre ambos sexos. Los desempleados son

mayormente de sexo femenino, tanto para los tratados con hemodiálisis (54%) como para los que se tratan con peritoneodiálisis (77,8%).

La Tabla N°4 muestra la distribución de pacientes según escolaridad, condición laboral y tratamiento.

Tabla N°4. Distribución de Pacientes con IRC, Según Escolaridad, Condición Laboral y Tratamiento Dialítico, Centro de Diálisis 2008

Condición Laboral	Empleado				Desempleado				Total	
	Hemodiálisis		Peritoneodiálisis		Hemodiálisis		Peritoneodiálisis			
Tratamiento	N	%	N°	%	N°	%	N°	%	N	%
Escolaridad										
Enseñanza básica incompleta	5	23,8	0	0	21	33,3	1	11,1	27	27,2
Enseñanza básica completa	2	9,5	1	16,7	12	19,0	3	33,3	18	18,1
Enseñanza media incompleta	6	28,6	0	0	12	19,0	2	22,2	20	20,2
Enseñanza media completa	5	23,8	4	66,7	10	15,9	2	22,2	21	21,2
Enseñanza técnica completa	0	0	0	0	3	4,8	0	0	3	3,03
Enseñanza superior incompleta	2	9,5	0	0	2	3,2	0	0	4	4,04
Enseñanza superior completa	1	4,8	1	16,7	3	4,8	1	11,1	6	6,06
Total	21	100	6	100	63	100	9	100	99	100

Las personas con IRC se distribuyen mayoritariamente en enseñanza básica incompleta (27,2%), seguidos por aquellos que han completado su enseñanza media (21,2%). Los pacientes tratados con hemodiálisis empleados se distribuyen mayoritariamente en enseñanza media incompleta (28,6%), enseñanza media completa (23,8%), mientras que en los desempleados la escolaridad más frecuente es la enseñanza básica incompleta (33,3%). Los que se encuentran con peritoneodiálisis y con empleo tienen mayoritariamente una escolaridad de enseñanza media completa (66,7%) y los desempleados se distribuyen más frecuentemente en la enseñanza básica completa (33,3%).

La tabla N° 5 muestra la distribución de pacientes según su estado civil, tratamiento y condición laboral.

Tabla N°5. Distribución de Pacientes con IRC, Según Estado Civil, Condición Laboral y Tratamiento Dialítico, Centro de Diálisis 2008

Condición Laboral	Empleado				Desempleado				Total	
	Hemodiálisis		Peritoneodiálisis		Hemodiálisis		Peritoneodiálisis			
Estado Civil	N	%	N°	%	N°	%	N°	%	N	%
Soltero(a)	3	14,3	2	33,3	19	30,2	0	0	24	24,2
Casado(a)	12	57,1	4	66,7	31	49,2	6	66,7	53	53,5
Separado(a)	3	14,3	0	0	6	9,5	1	11,1	10	10,1
Conviviente	3	14,3	0	0	5	7,9	2	22,2	10	10,1
Viudo(a)	0	0	0	0	2	3,2	0	0	2	2,02
Total	21	100	6	100	63	100	9	100	99	100

El 53,5% de los pacientes con IRC estudiados son casados, seguido por el 24,2% solteros. El 57,1% de los tratados con Hemodiálisis y empleados están casados, mientras que el 49,2% de los que se encuentran sin empleo están en la misma situación. Dentro de los que se tratan con Peritoneodiálisis el 66,7% se encuentran casados, tanto empleados, como desempleados.

La tabla N° 6 muestra la distribución de pacientes según sistema previsional, tratamiento dialítico y condición laboral.

Tabla N°6. Distribución de Pacientes con IRC, Según Sistema Previsional, Condición Laboral y Tratamiento Dialítico, Centro de Diálisis 2008

Condición Laboral	Empleado				Desempleado				Total	
	Hemodiálisis		Peritoneodiálisis		Hemodiálisis		Peritoneodiálisis			
Sistema Previsional	N	%	N°	%	N°	%	N°	%	N	%
Fonasa A	6	28,6	0	0	17	27,0	3	33,3	26	26,2
Fonasa B	6	28,6	4	66,7	25	39,7	2	22,2	37	37,3
Fonasa C	2	9,5	0	0	5	7,9	1	11,1	8	8,08
Fonasa D	5	23,8	1	16,7	4	6,3	0	0	10	10,1
Isapre	0	0	1	16,7	3	4,8	1	11,1	5	5,05
Otra previsión	0	0	0	0	0	0	1	11,1	1	1,01
Sin previsión	2	9,5	0	0	9	14,3	1	11,1	12	12,1
Total	21	100	6	100	63	100	9	100	99	100

El 37,3% de las personas con IRC pertenecen al sistema previsional Fonasa B, seguido por el 26,2% que están en Fonasa A, mientras que el 5,05% tiene Isapre y el 12% no tiene previsión. Los pacientes en tratamiento con hemodiálisis y que están con empleo se distribuyen mayoritariamente en el sistema previsional correspondiente a Fonasa, en primer lugar Fonasa A y B (28,6%), seguido de Fonasa D (23,8%) y finalmente con un 9,5% Fonasa C y Sin Previsión. En aquellos tratados con Peritoneodiálisis, el 33,3% pertenece a Fonasa A, el 22,2% a Fonasa B y el 11,1% para Fonasa C, Isapre, Otra Previsión y Sin Previsión.

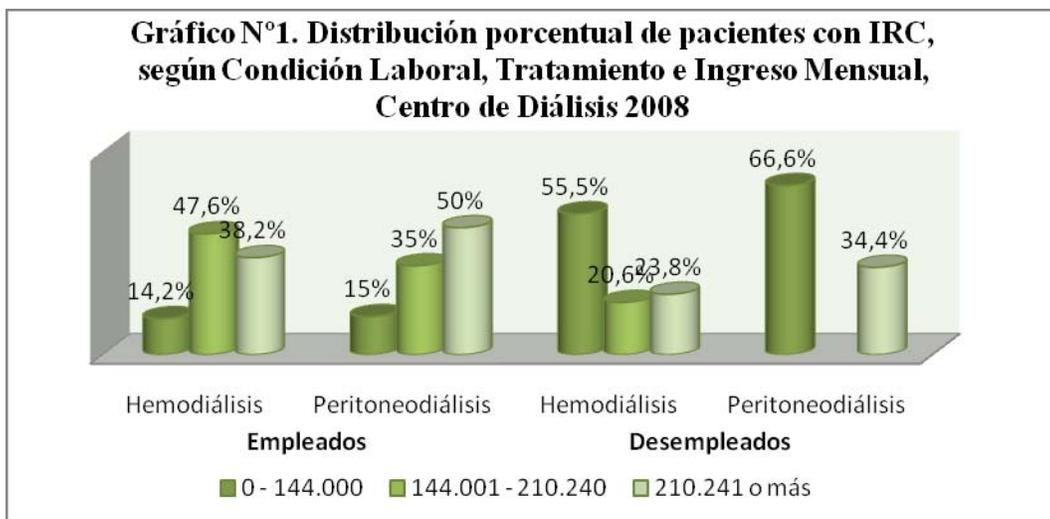
La tabla N° 7 muestra la distribución de pacientes según la cantidad de trabajadores en la familia, tratamiento y condición laboral.

Tabla N°7. Distribución de Pacientes con IRC, Según Trabajadores en la Familia, Condición Laboral y Tratamiento Dialítico, Centro de Diálisis 2008

Condición Laboral	Empleado				Desempleado				Total	
	Tratamiento		Tratamiento		Tratamiento		Tratamiento			
Trabajadores en la familia	Hemodiálisis	Peritoneodiálisis	Hemodiálisis	Peritoneodiálisis	Hemodiálisis	Peritoneodiálisis	Hemodiálisis	Peritoneodiálisis	N	%
	N	%	N°	%	N°	%	N°	%		
0	4	19,0	0	0	22	34,9	0	0	26	26,2
1	10	47,6	2	33,3	28	44,4	8	88,9	48	48,4
2	6	28,6	3	50	12	19,0	1	11,1	22	22,2
3	1	4,8	1	16,7	1	1,6	0	0	3	3,03
Total	21	100	6	100	63	100	9	100	99	100

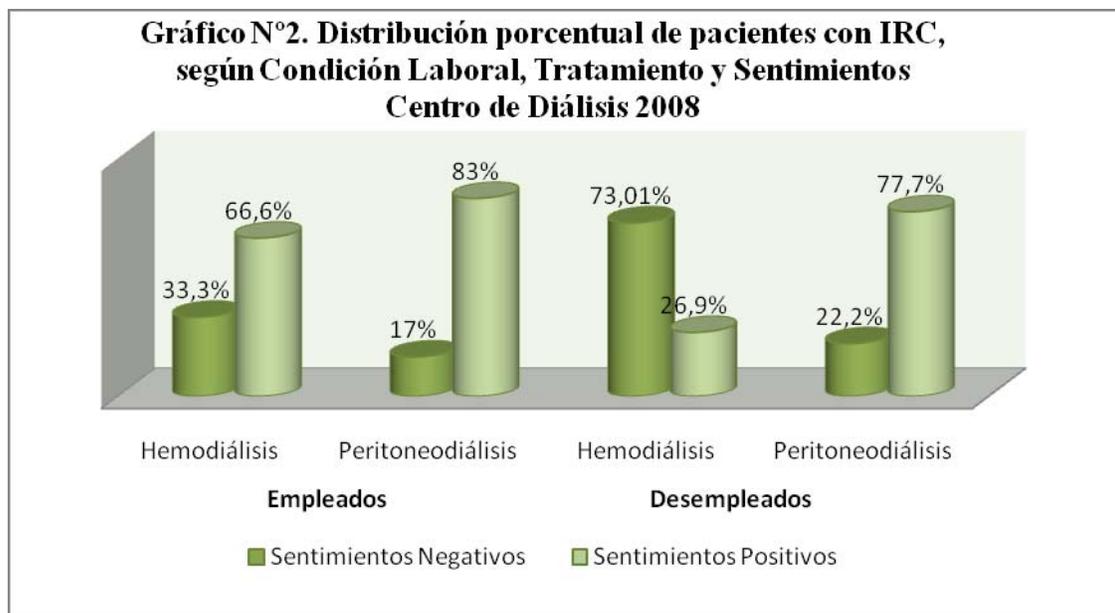
El 48,4% de las personas con IRC viven en familias con 1 trabajador, el 26,2% en familias donde no hay trabajadores, el 22,2% con 2 trabajadores y en el 3,03% de los hogares existen 3 trabajadores. El 47,6% de los tratados con Hemodiálisis y empleados, pertenecen a familias con 1 trabajador, situándose así, el paciente como el encargado del sustento económico, mientras que los desempleados habitan, mayoritariamente (44,4%) en hogares con 1 trabajador. El 50% de los que se encuentran en tratamiento con Peritoneodiálisis y con empleo viven en familias con 2 trabajadores, mientras que los desempleados pertenecen mayoritariamente (88,9%) a familias con 1 trabajador.

El gráfico N°1 muestra la distribución porcentual de pacientes con IRC, según tratamiento, condición laboral e ingresos familiares mensuales.



El gráfico muestra que los pacientes tratados con Hemodiálisis y que se encuentran con empleo perciben mayoritariamente (47,6%) ingresos entre 144.001 y 210.240 pesos, seguido (38,2%) por los que tienen ingresos entre 210.241 y más pesos y un porcentaje menor (14,2%) que tiene ingresos igual o menores de 144.000 pesos. El 50,5% de los hemodiálizados, sin empleo percibe ingresos igual o menor a 144.000 pesos. El 50% de los que se encuentran en tratamiento con Peritoneodiálisis y con empleo perciben ingresos igual de 210.241 y más pesos, mientras el 34,4% de los desempleados tiene ingresos iguales o mayores a 210.241 pesos.

El gráfico N°2 muestra la distribución porcentual de los pacientes con IRC, según condición laboral, tratamiento y sentimientos en relación a su actual condición laboral.



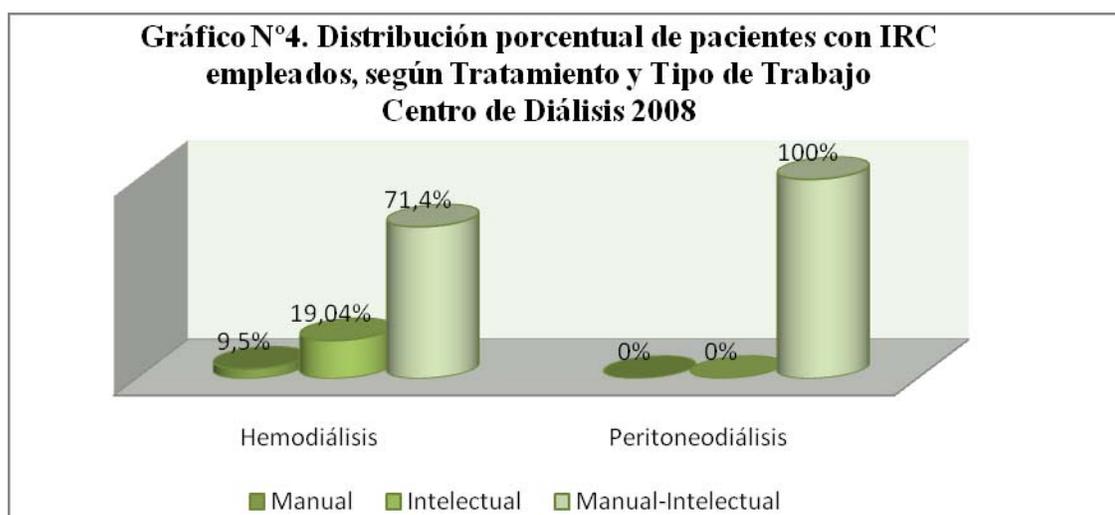
En el 66% de los pacientes con hemodiálisis y empleo se observan sentimientos positivos, mientras que en los desempleados tan solo el 26,9% presenta sentimientos positivos en relación a su actual condición laboral. En contraste los que se tratan con peritoneodiálisis, experimentan mayoritariamente sentimientos positivos, independiente de su condición laboral, en los empleados el 83% y en los desempleados el 77,7%, presentan sentimientos positivos.

El gráfico N°3 da a conocer el tipo de trabajo en el cual se desempeñan los pacientes con IRC, según situación jurídica.



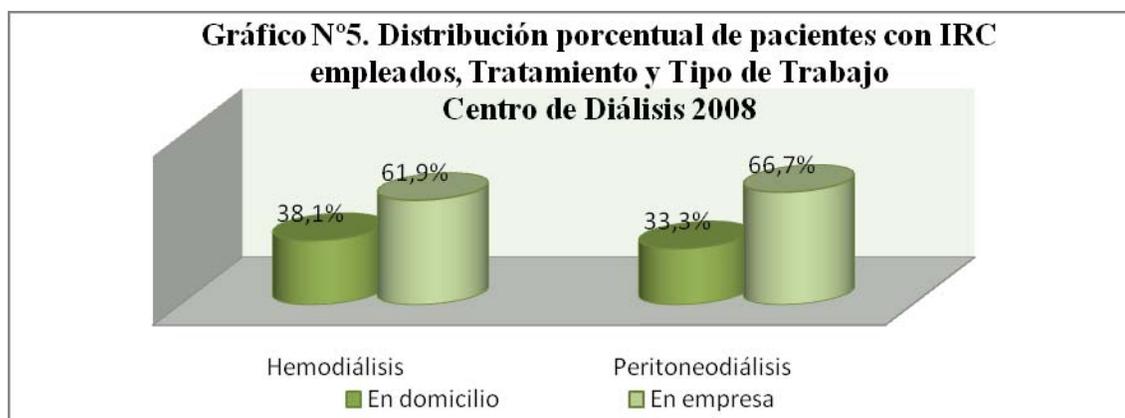
El 71,4% de los pacientes tratados con hemodiálisis tienen un trabajo independiente, mientras que el 66,6% de los tratados con peritoneodiálisis trabajan con empleador o de manera dependiente.

El gráfico N°4 da a conocer el tipo de trabajo en el cual se desempeñan los pacientes con IRC, según configuración.



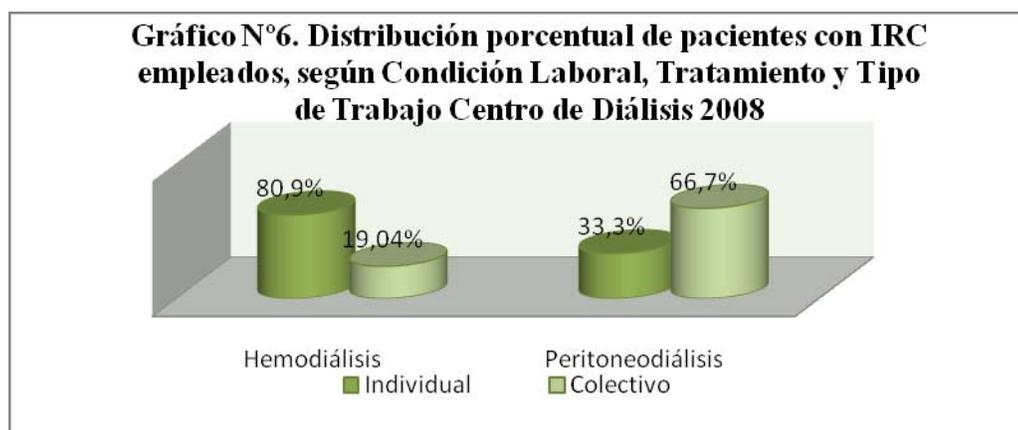
El 100% de los pacientes que se tratan con peritoneodiálisis desarrolla un trabajo de exigencia manual e intelectual, mientras que los pacientes que se tratan con hemodiálisis, si bien mayoritariamente (71,4%) desarrollan trabajos de exigencia manual e intelectual, existe un 19,04% que desarrolla funciones solo con exigencia intelectual.

El gráfico N°5 muestra el tipo de trabajo según lugar, (empresa o domicilio) y tratamiento dialítico de los pacientes con IRC empleados.



En el gráfico se observa que los pacientes desempeñan sus labores mayoritariamente en trabajos en una empresa por sobre el trabajo domiciliario. El 61,9% y de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis y el 66,7% de los tratados con peritoneodiálisis.

El gráfico N°6 muestra el tipo de trabajo según configuración y el tipo de tratamiento, en los pacientes con IRC que se encuentran con empleo.



El 80,9% de los pacientes con hemodiálisis y con empleo se desempeña en trabajos de tipo individual y el 19,04% tiene funciones colectivas, mientras el 66,7% de los pacientes que se tratan con peritoneodiálisis tienen trabajos con funciones colectivas.

El gráfico N°7 muestra las causas de licencia médica presentadas por los pacientes con IRC con empleo, según tratamiento dialítico.



En los pacientes tratados con hemodiálisis el 61,9% de ellos no ha presentado licencia médica en el último año, el 33,3% presentó licencia por efectos secundarios al tratamiento dialítico y un pequeño porcentaje (4,7%) por problemas respiratorios. El 83,3% de los tratados con peritoneodiálisis no presentó licencia médica, mientras que el 16,7% presentó por problemas psicológicos.

La tabla N°8 muestra el motivo y el tiempo de desempleo según el tratamiento de los pacientes estudiados.

Tabla N°8. Distribución de Pacientes con IRC, Según Causa y Tiempo de Desempleo y Tratamiento Dialítico, Centro de Diálisis 2008

Tratamiento	Hemodiálisis						Peritoneodiálisis						Total	
	1 a 6 meses		7 a 12 meses		13 o más meses		1 a 6 meses		7 a 12 meses		13 o más meses			
Causa de Desempleo	N	%	Nº	%	N	%	Nº	%	Nº	%	N	%	N	%
Despido	0	0	0	0	3	6,3	0	0	0	0	0	0	3	4,2
Jubilación Anticipada	2	50	1	9,1	7	14,5	0	0	0	0	0	0	10	13,9
No ha encontrado trabajo	0	0	1	9,1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,4
Porque la salud no lo permite	1	25	9	81,8	37	77,1	0	0	1	33,3	2	40	50	69,4
No necesita trabajar	1	25	0	0	1	2,1	1	100	2	66,7	3	60	8	11,1
Total	4	100	11	100	48	100	1	100	3	100	5	100	72	100

La tabla muestra que la mayor causa de desempleo en los pacientes con IRC es porque consideran que la salud no lo permite (69,4%), seguido por la jubilación anticipada (13,9%) y por qué no necesita trabajar (11,1%).

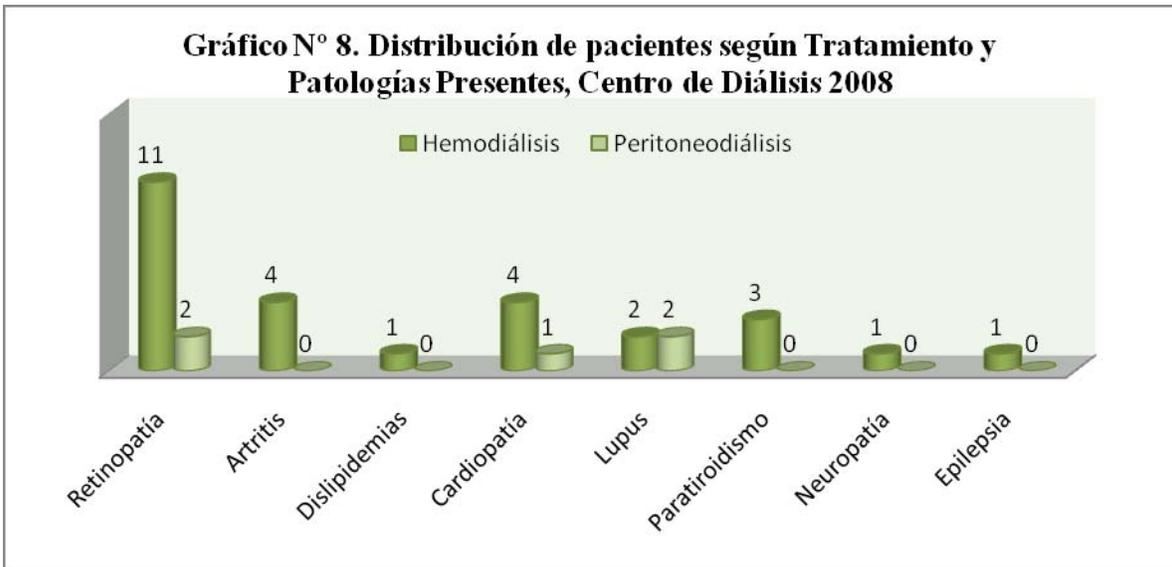
La tabla N°9 muestra la relación entre la expectativa del paciente de poder trabajar según sus capacidades y las expectativas de que sean contratados por un empleador.

Tabla N°9. Distribución de Pacientes con IRC, Según Tratamiento Dialítico Expectativas de poder trabajar y Expectativas de ser contratado, Centro de Diálisis 2008

Expectativa de poder trabajar Expectativa de ser contratado	Hemodiálisis				Peritoneodiálisis				Total	
	Positiva		Negativa		Positiva		Negativa		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Positiva	13	30,2	0	0	5	83,3	0	0	18	25
Negativa	30	69,8	20	100	1	16,7	3	100	54	75
Total	43	100	20	100	6	8,3	3	100	72	100

El 25% de los pacientes con IRC tiene expectativas positivas de ser contratados, mientras que el porcentaje restante tiene expectativas negativas. El 69,8% de los pacientes con hemodiálisis con expectativas positivas para poder desempeñar un trabajo según sus capacidades, tiene expectativas negativas de que un empleador los contrate conociendo su patología y tratamiento, mientras que el 100% con expectativas negativas de poder desempeñar eficazmente un trabajo, tiene igualmente expectativas negativas de ser contratados. El 83,3% de las personas tratadas con peritoneodiálisis que tienen expectativas positivas de poder desempeñar eficazmente un trabajo, tiene expectativas positivas de ser contratados.

El gráfico N°8 muestra la distribución de los pacientes con IRC, según tratamiento y patologías presentes.



El número de pacientes en tratamiento con peritoneodiálisis que presentan patologías secundarias o de base es menor que los pacientes tratados con hemodiálisis. Patologías como la Artritis, Dislipidemias, Paratiroidismo, Neuropatías y Epilepsia no se presentan en los pacientes con tratamiento a través de diálisis peritoneal.

6. DISCUSIÓN

La Hemodiálisis y la Peritoneodiálisis son procedimientos utilizados previos al trasplante renal, en nuestro país, y como se mencionó, se realiza como primera opción para el paciente adulto la Hemodiálisis, quedando el procedimiento peritoneal, solo para pacientes en situaciones especiales. El grupo estudiado está conformado en un 84,8% por pacientes que se tratan con hemodiálisis y un 15,1% con peritoneodiálisis, que corresponde a aquellas personas con enfermedad renal terminal que habitan en zonas de extrema ruralidad (Minsal, 2005).

De los pacientes con IRC atendidos en el centro de Salud y que se tratan con hemodiálisis el 51,54% se encuentra en edad productiva, considerando esto, es importante mencionar que según estudios realizados anteriormente (Hagren, B., Pettersen, I. 2001), las vidas de pacientes tratados bajo esta modalidad dialítica, presentan áreas de sufrimiento relacionadas con la pérdida de libertad, expresada como la dependencia a la máquina de hemodiálisis. La dependencia afecta personal, matrimonial y familiarmente al paciente, dando lugar a reacciones psicológicas como la depresión, la ansiedad y el miedo. De este modo, el sufrimiento a causa de la pérdida de la libertad significa que no se puede elegir vivir la vida como se desea, ni utilizar el tiempo como se gusta, como consecuencia de la reclusión impuesta por la máquina de hemodiálisis. Por otra parte, estas restricciones pueden limitar las actividades sociales y provocar una tensión en la vida familiar, afectando directamente en las ganas, motivación y/o percepción de la capacidad del paciente para desarrollar efectivamente un trabajo (Hagren, B., Pettersen, I. 2001). En consecuencia los resultados obtenidos señalan que, tan sólo el 69,8% de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis tiene expectativas positivas para poder desempeñar un trabajo según sus capacidades, pero tienen expectativas negativas de que un empleador los contrate conociendo su patología y tratamiento, mientras que el 83,3% de las personas tratadas con peritoneodiálisis tienen expectativas positivas de poder desempeñar eficazmente un trabajo, y de ser contratados, confirmando la situación, que los hemodiálizados desarrollan pensamientos más negativos y/o depresivos en relación a su estado de salud y cronicidad, ya que perciben la pérdida de libertad y dependencia al tratamiento.

Algo que afecta directamente la vida y/o condición laboral del hemodiálizado, es la dramática situación que se presenta en aquellos pacientes con problemas de acceso vascular, en donde la fistula arteriovenosa debe ser antecedida por catéteres permanentes tunelizados, que derivan en complicaciones propias del uso de estos, generando una importante tasa de hospitalización y morbi-mortalidad de los enfermos (Hagren, B., Pettersen, I. 2001). Al considerar las causas de licencias medicas en aquellos pacientes que se encuentran con empleo, nos encontramos como primera causal los efectos secundarios al tratamiento dialítico con un 33,3% de los pacientes tratados con hemodiálisis, mientras que los tratados a través de

peritoneodiálisis no presentan licencias medicas por este motivo. Por otra parte, más de la mitad de los hemodiálizados experimentan una pronunciada fatiga y falta de energía, que sumadas al control de la dieta y a la ingesta de líquidos, impone nuevas restricciones a las limitaciones de estos pacientes, lo que podría coadyuvar en el gran porcentaje (75%) de desempleo en los pacientes tratados a través de esta modalidad (Hagren, B., Pettersen, I. 2001). Tan solo el 25% de los pacientes hemodiálizados se encuentra con empleo y perciben mayoritariamente (47,6%) ingresos entre 144.001 y 210.240 pesos, por otra parte, el mayor número (48) de pacientes, lleva desempleado 13 o más meses, en los cuales el 77,1% la causa de desempleo se presenta porque el paciente considera que su salud no lo permite desarrollar efectivamente un empleo. Este gran porcentaje de desempleo puede estar relacionado con la baja escolaridad de estos pacientes, quienes mayoritariamente (33,3%) no completaron la enseñanza básica.

Estudios como el realizado en Hong Kong, “La calidad de vida de los pacientes sometidos a diálisis”, concluyó que los pacientes sometidos a diálisis experimentaban múltiples cambios físicos, sociales, económicos y psicológicos (que ratifican los resultados obtenidos en esta investigación). Hay varias etapas a través de la cual los pacientes pueden pasar. La primera etapa se llama el "período de luna de miel" y se caracteriza por un aumento de bienestar físico. Sin embargo, la diálisis sólo puede mantener la vida, y más una amplia gama de trastornos clínicos, los efectos tardíos como la fatiga, la disminución física, cuestiones sexuales y el deterioro cognitivo que a menudo se plantea, llevan a la segunda fase, “el periodo de desencanto y el desaliento”, que se caracteriza por la aparición de tristeza, negación, la desesperanza y desamparo. La tercera etapa, “de adaptación”, se produce cuando el paciente finalmente llega a un cierto nivel de aceptación de su enfermedad y sus limitaciones. No obstante, algunos pacientes pueden nunca alcanzar esta etapa de adaptación (Luk, W., Ching, S. 2001). Todos estos antecedentes se relacionan con los resultados obtenidos que señalan, que solo el 66% de los pacientes con hemodiálisis y empleo presentan sentimientos positivos, mientras que el 73,1% de los desempleados presenta sentimientos negativos en relación a su actual condición laboral. La mayoría (71,4%) de los pacientes hemodiálizados desempeñan trabajos de tipo independiente, es decir, sin un empleador de por medio, y si bien el 71,4% son capaces de desarrollar trabajos con exigencia manual-intelectual, un 19,04% desarrolla solo funciones con exigencia intelectual, según sus propios parámetros de bienestar y capacidad laboral, esto indudablemente afecta socialmente al individuo, quien al verse disminuido en sus capacidades físicas por la patología, se restringe además a desarrollar funciones de carácter individual (66,6%), más que colectivas.

En países Europeos la Diálisis Peritoneal está consolidada como la técnica dialítica domiciliaria preferente y es escogida por los pacientes como primera opción de diálisis en un porcentaje apreciable. La Diálisis Peritoneal en cualquiera de sus modalidades, Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria o Diálisis Peritoneal Automatizada, potencia la autonomía de los pacientes, con buenos resultados de integración social y de satisfacción personal, evitando el incremento de inversión en infraestructuras. En el aspecto físico la creación de unidades de diálisis peritoneal, permitiría abrir una puerta en el problema del acceso vascular.

Por último, pacientes con intolerancia a la ultrafiltración, episodios de insuficiencia cardiaca congestiva, cardiopatía isquémica o mayor deseo de autonomía pueden pasar a diálisis peritoneal, ofreciendo además una buena opción para los pacientes con inestabilidad hemodinámica. (Daurgirdas, J., Blake, P. 2003). Los pacientes tratados a través de peritoneodiálisis, experimentan mayoritariamente sentimientos positivos, independiente de su condición laboral, en los empleados el 83% y en los desempleados el 77,7%, presentan estos sentimientos, esto contrastado a los sentimientos más negativos que presentan los hemodiálizados. En los pacientes con diálisis peritoneal el porcentaje de desempleados es 15 puntos menor que en los hemodiálizados con un 60%, de los cuales el 50% de ellos percibe ingresos iguales o mayores a 210.241 pesos. La condición nocturna, más las ventajas físicas que presenta esta modalidad de tratamiento, por sobre la hemodiálisis, permite a los pacientes desarrollar mayoritariamente (66,6%) trabajos dependientes, con funciones colectivas y en empresas, en donde el 100% de realiza funciones de exigencia manual e intelectual, contribuyendo todo esto al bienestar social del individuo, al sentirse capaz e integrado en un empleo.

En relación a lo anterior la primera causa de desempleo en los pacientes que se tratan con peritoneodiálisis, independiente del tiempo que estén bajo esta situación, es porque el 60% de ellos refiere no necesitar un empleo, por otra parte el estudio arrojó que el número de pacientes en tratamiento con peritoneodiálisis que presentan patologías secundarias o de base, es menor que los pacientes tratados con hemodiálisis, patologías como la Artritis, Dislipidemias, Paratiroidismo, Neuropatías y Epilepsia no se presentan en los pacientes con este tratamiento, ya que la hemodiálisis tiene un amplio registro de patologías asociadas dentro de las que cuentan las patologías antes mencionadas, además de anemia y osteodistrofias (Daurgirdas, J., Blake, P. 2003). Esto contribuye a que estos pacientes tengan mayores opciones, desde la perspectiva de su salud, para obtener un empleo y desarrollarlo eficazmente.

7. CONCLUSIONES

La Hemodiálisis y la Peritoneodiálisis son procedimientos dialíticos que en nuestro país no constituyen una posibilidad de elección para los pacientes, ya que ambos tratamientos están determinados para cada paciente, quedando el tratamiento dialítico peritoneal, limitado a casos especiales y particulares.

Analizando los antecedentes sociodemográficos de los pacientes en tratamiento dialítico, se observa que el 50,5% son de sexo masculino y el 49,4% de sexo femenino, las edades más prevalentes caen en el rango de edad entre 50 y 57 años (28,2%), escolaridad se distribuye mayoritariamente en enseñanza básica incompleta (27,2%), el 53,5% son casados y el 24,2% solteros, el 37,3% pertenecen al sistema previsional Fonasa B. El 48,4% viven en familias con 1 trabajador.

Al determinar el número de pacientes con IRC en edad productiva en tratamiento pretransplante, que se desempeñen como trabajadores, se puede concluir que el 51,54% de los pacientes hemodiálizados, y el 85% de los tratados con diálisis peritoneal se encuentran en edad productiva. De las personas con IRC en edad productiva el 25% de los pacientes tratados a través de Hemodiálisis y el 40% de los que se encuentran en tratamiento a través de Peritoneodiálisis están empleados. La brecha de empleados y desempleados es mucho más amplia en aquellos tratados a través de Hemodiálisis, en donde el 75% se encuentra sin empleo.

Al relacionar los antecedentes personales, familiares y económicos de los pacientes, con su condición laboral y tratamiento, podemos decir que los hemodiálizados, que se encuentran con empleo son mayoritariamente de sexo masculino (76,2%), el 33,3% se encuentra entre los 34 y 41 años, se distribuyen principalmente en enseñanza media incompleta (28,6%) y el 57,1% están casados. Se distribuyen fundamentalmente en el sistema previsional correspondiente a Fonasa. El 47,6% pertenece a familias con 1 trabajador, situándose así, el paciente como el encargado del sustento económico, perciben principalmente ingresos entre 144.001 y 210.240 pesos (47,6%).

Los pacientes hemodiálizados sin empleo son mayormente de sexo femenino (54%), se encuentran entre los 50 y 57 años (36,5%). La escolaridad más frecuente es la enseñanza básica incompleta (33,3%), el 49,2% se encuentran casados, habitan principalmente en hogares con 1 trabajador (44,4%) y el 50,5% percibe ingresos igual o menor a 144.000 pesos.

Los pacientes tratados con peritoneodiálisis y que se encuentran con empleo no tienen diferencia porcentual entre ambos sexos, el 50% se encuentra entre el rango de edad de 34 a 41 años, tienen una escolaridad de enseñanza media completa (66,7%). El 66,7% se encuentran casados, el 33,3% pertenece a Fonasa. El 50% vive en familias con 2 trabajadores y el 50% percibe ingresos igual de 210.241 y más pesos.

Los que se encuentran con tratamiento de diálisis peritoneal y sin empleo son principalmente de sexo femenino (77,8%), el 44,4% se encuentra entre los 34 y 41 años, se distribuyen más frecuentemente en la enseñanza básica completa (33,3%), el 66,7% se encuentran casados, pertenecen mayoritariamente (88,9%) a familias con 1 trabajador y el 34,4% tiene ingresos iguales o mayores a 210.241 pesos.

Las características del tratamiento a través de diálisis peritoneal que favorecen la reinserción laboral del paciente se centran en aspectos psicológicos y físicos. Los sentimientos que experimentan son principalmente positivos, independiente de su condición laboral, el 83% de los empleados y el 77,7% de los desempleados, presentan estos sentimientos. El 83,3% con expectativas positivas de poder desempeñar eficazmente un trabajo, tiene además expectativas positivas de ser contratados, es decir, estos pacientes según sus capacidades creen poder desarrollar efectivamente un trabajo y ven posible la contratación por parte de un empleador.

En los pacientes con peritoneodiálisis el 66,6% trabaja con empleador o de manera dependiente, ya que el cumplimiento de horarios y rutina laboral son compatibles con el tratamiento, el 100% desarrolla y son capaces de realizar tareas con exigencia tanto intelectual como manual, el 66,7% tiene trabajos con funciones de tipo colectivas y el 83,3% no presentó licencia médica el último año. De los pacientes desempleado entre 13 o más meses, el 60% de ellos refiere no necesitar un empleo, al igual que los que se encuentran sin trabajo entre 7 y 12 meses, y entre 1 y 6 meses, con un 66,7 y 100% respectivamente.

También es importante mencionar que el número de pacientes en tratamiento con peritoneodiálisis que tienen patologías secundarias o de base es menor que los pacientes tratados con hemodiálisis, patologías como la Artritis, Dislipidemias, Paratiroidismo, Neuropatías y Epilepsia no se presentan en los pacientes con tratamiento a través de diálisis peritoneal.

En tanto, solo el 26,9% de los hemodializados presenta sentimientos positivos en relación a su actual condición laboral. Si bien el 69,8% de los pacientes con hemodiálisis tiene expectativas positivas para poder desempeñar un trabajo según sus capacidades, asimismo tienen expectativas negativas de que un empleador los contrate conociendo su patología y tratamiento, es decir, los pacientes si bien confían en sus capacidades para desarrollar

eficazmente un trabajo, no creen posible un contrato por parte de un empleador por la falta de información de estos, sobre la patología y su tratamiento.

Los pacientes con hemodiálisis se desempeñan principalmente en trabajos de carácter independiente (71,4%), tan solo el 71,4% desarrolla funciones de exigencia manual e intelectual y el 19,04% restante puede desarrollar funciones con exigencia intelectual. El 80,9% tiene trabajos de carácter individual y el 19,04% en funciones colectivas. El 61,9% no ha presentado licencia médica en el último año, pero el 33,3% presento licencia por efectos secundarios al tratamiento dialítico y un pequeño porcentaje (4,7%) por problemas respiratorios. El mayor número de pacientes (48), lleva desempleado 13 o más meses, en los cuales el 77,1% la causa de desempleo se presenta porque la salud no lo permite, al igual que los que se encuentran desempleados entre 7 a 12 meses con un 81,8% para esta misma causa, los pacientes con desempleo entre 1 y 6 meses la causal de desempleo que se presenta más frecuentemente es por jubilación anticipada (50%), es decir, los pacientes hemodiálizados se encuentran desempleados porque la salud no les permite trabajar, a diferencia de los pacientes con peritoneodiálisis, quienes están desempleados porque no necesitan trabajar.

En consecuencia de los resultados obtenidos de este estudio se puede apoyar la tesis planteada, ya que los pacientes sometidos a peritoneodiálisis tienen una mejor condición laboral que los pacientes tratados con hemodiálisis, por las características más favorables para su inserción en el trabajo.

8. BIBLIOGRAFÍA

- 8.1 Andrade, D., Ferreira, V. (2007) Central venous access for haemodialysis: prospective evaluation of possible complications. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 414–418.
- 8.2 Arrieta J., Caravaca, F. (2005). *Guías de Práctica Clínica en Diálisis Peritoneal*. Extraído el día 9 de Abril desde: http://www.senefro.org/modules/subsection/files/guas_de_dilisis_peritoneal.pdf?check_idfile=1173.
- 8.3 *Calidad de Vida en Pacientes Portadores de Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento con Hemodiálisis*. Extraído el día 6 de Agosto desde: <http://www2.udec.cl/~ssrevi/numero5/ion02.htm>.
- 8.4 Catoni, M., Palma, E. (2000). Aprendiendo a vivir con hemodiálisis. *Manual de autocuidado para el paciente en hemodiálisis*, 1, 6-12.
- 8.5 Cerda, J., Cavagnaro, F., Chacon, J. (2006). Mortalidad por insuficiencia renal crónica en niños y adolescentes chilenos: Evolución de 20 años. *Rev. chil. pediatr.*, 77, 589-593.
- 8.6 Cleary, J., Drennan, J. (2005). Quality of life of patients on haemodialysis for end-stage renal disease *Journal of Advanced Nursing*, 51, 577-586.
- 8.7 Daurgirdas, J., Blake, P. (2003). Indicaciones de la Diálisis. *Manual de Diálisis*, 2, 3-11.
- 8.8 Gonzalez, F. (2006). La implementación del Plan de Acceso Universal y Garantías Explícitas (Plan AUGE) ha deteriorado la calidad del tratamiento de pacientes con insuficiencia renal terminal. *Rev. méd. Chile*, 134, 1288-1294.
- 8.9 Hagren, B., Pettersen, I. (2001). The haemodialysis machine as a lifeline: experiences of suffering from end-stage renal disease. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 196-202.
- 8.10 *Historia de la Diálisis*. Extraído el día 11 de Abril desde: <http://www.insuficiencia-renal.org/hemodialisis04.hym>.
- 8.11 *Historia de la hemodiálisis*. Extraído el día 11 de Abril desde: <http://www.nefrored.8m.net/historia/histor8.htm>.
- 8.12 *Historia de la Peritoneodiálisis*. Extraído el día 11 de Abril desde: <http://www.nefrored.8m.net/historia/histor7.htm>

- 8.13 Lindqvist R., Carlsson, M. (2000). Coping strategies and health-related quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis and transplant patients. *Journal of Advanced Nursing* 31(6), 1398 -1408.
- 8.14 Luk, W., Ching, S. (2001). The quality of life for Hong Kong dialysis patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 218-227.
- 8.15 McCann, K., Boore, J. (2000). Fatigue in persons with renal failure who require maintenance haemodialysis. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1132-1142.
- 8.16 MINISTERIO DE SALUD. *Guía Clínica Insuficiencia Renal Crónica Terminal*. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005.
- 8.17 Niu, S-F., Li, C. (2005). Quality of life of patients having renal replacement therapy. *Aim. Journal of Advanced Nursing* 51(1), 15–21.
- 8.18 Salvá, R. (2001). Cuidados a pacientes crónicos. Extraído el día 11 de Abril desde http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_cuidad_cronic_2.htm – 60k.
- 8.19 Valenzuela, A., Lagomarsino, E., Cavagnaro, F., Solar, E. (1996). Insuficiencia renal crónica en la infancia. Encuesta nacional. *Rev. Chil. Pediatr.*, 3, 116-120.
- 8.20 Welch, J., Austin, J. (2001). Stressors, coping and depression in haemodialysis patients. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 200-207.
- 8.21 Wyburn, K., Horvath, J. (2003). Chronic renal insufficiency and renoprotective strategies. *Internal Medicine Journal*, 33, 237–241.

9 ANEXOS

9.1 ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Condición Laboral de los Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Edad Productiva,
tratados con Hemodiálisis y Peritoneodiálisis.

Andrea Echeverry Sánchez
Estudiante Escuela de Enfermería

Estimado paciente, el adjunto instrumento es parte de una Tesis de Pregrado de una estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, que tiene como objetivo: Identificar el tratamiento cuya característica sea más favorable para la reinserción laboral en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que se someten a hemodiálisis y peritoneodiálisis.

Para ser parte de este estudio, es necesario que usted autorice su participación considerando los siguientes aspectos:

- Se me informó acerca del tema que comprende el estudio.
- Se me explicó claramente que mis antecedentes personales seguirán siendo privados y que no serán utilizados en el análisis de los datos, ni en las posibles publicaciones de este estudio.

Firma _____

Fecha _____

9.2 ENCUESTA

I.- Antecedentes Generales

1. Nombre _____
2. Edad _____
3. Sexo _____ Femenino
_____ Masculino
4. Escolaridad _____ Enseñanza Básica Incompleta
_____ Enseñanza Básica completa
_____ Enseñanza Media Incompleta
_____ Enseñanza Media Completa
_____ Educación Técnica Incompleta
_____ Educación Técnica Completa
_____ Educación Superior Incompleta
_____ Educación Superior Completa
5. Estado Civil _____ Soltero(a)
_____ Casado (a)
_____ Separado (a)
_____ Conviviente
_____ Viudo (a)
6. Sistema de Previsión de Salud _____ Fonasa
_____ Isapre
_____ Otra Previsión
_____ S/ Previsión
7. Si usted tiene Fonasa a que nivel corresponde _____ A _____ B _____ C _____ D

II.- Antecedentes Familiares

1. ¿Con quien vive en su hogar? _____
2. De las personas con quien vive: ¿Cuántos trabajan? _____
3. ¿Cuánto es el ingreso familiar aproximado? _____

III.- Antecedentes del tratamiento

1. ¿Qué tratamiento utiliza actualmente? _____ Hemodiálisis
_____ Peritoneo diálisis
2. ¿Cuánto tiempo lleva con el tratamiento? _____
3. ¿Tiene alguna patología concomitante? _____ Hipertensión Arterial
_____ Diabetes Mellitus
_____ Sobrepeso u Obesidad
_____ Desnutrición
_____ Otra ¿Cuál? _____

IV.- Antecedentes Laborales

1. Condición laboral actual _____ Empleado
_____ Desempleado

2. Sentimientos acerca de su condición laboral _____ tranquilidad _____ satisfacción
 _____ estabilidad _____ alegría
 _____ aporte familiar _____ tristeza
 _____ impotencia _____ desesperanza
 _____ angustia _____ temor
 _____ pérdida del rol familiar
 _____ falta de independencia

V.- Antecedentes de los pacientes que se encuentran con empleo

1. Tipo de trabajo en el cual se desempeña
 1.1 Según situación jurídica _____ Dependiente _____ Independiente
 1.2 Según exigencia _____ Muscular _____ Intelectual _____ Ambas
 1.3 Según configuración _____ Mecánico _____ Individual _____ Colectivo
 1.4 Según lugar _____ En el domicilio _____ En empresa
2. Motivo por la cual presentó la última licencia médica _____ Problemas Respiratorios
 _____ Problemas Digestivos
 _____ Problemas Psicológicos
 _____ Efectos secundarios a la diálisis

VI.- Antecedentes de los pacientes que se encuentran sin empleo

1. Motivo por el cual no trabaja _____ Despido
 _____ Jubilación Anticipada
 _____ No ha encontrado trabajo
 _____ Porque la salud no lo permite
 _____ No necesita trabajar
2. Hace cuánto tiempo dejó de trabajar _____
3. ¿Cree que con sus actuales capacidades se podría desempeñar eficazmente en algún trabajo?
 _____ Si _____ No
1. ¿Cree que algún empleador lo contrataría sabiendo su enfermedad?
 _____ Si _____ No

9.3 CARTA DE AUTORIZACIÓN

Valdivia, 01 de Julio 2008.

Sr. Sergio Mezzano
Director Centro de Diálisis Nefroval

Junto con saludarle, nos dirigimos respetuosamente a Usted con el objetivo de solicitar su autorización para ejecutar, en el centro de diálisis, el proyecto de tesis de pregrado de la carrera de Enfermería para optar al grado de Licenciatura titulado “Condición Laboral de los Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Edad Productiva, tratados con Hemodiálisis y Peritoneodiálisis”.

Este comprende el estudio de la condición laboral de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis y peritoneodiálisis. El objetivo general es determinar el tratamiento pretransplante cuya característica sea más favorable para la vida laboral del paciente. La obtención de los datos se realizará a través de un instrumento creado por la autora, que será aplicado por una vez a los pacientes que se encuentren en edad productiva, tengan IRC y sean tratados a través de hemodiálisis y peritoneodiálisis. Todos los datos obtenidos y analizados serán entregados al centro de Diálisis junto con la tesis terminada.

Sin otro particular y agradeciendo desde ya su gestión, saluda atentamente,

ANDREA ECHEVERRY SÁNCHEZ
TESISTA

FREDY SEGUEL PALMA
DOCENTE INSTITUTO DE ENFERMERÍA
PROFESOR PATROCINANTE
FONO: 221328