

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**GESTIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL
INTRUMENTO DE CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES EN
HEMODIÁLISIS CRÓNICA SEGÚN DEPENDENCIA Y RIESGO EN EL
CENTRO NACIONAL DE SALUD RENAL – ESSALUD. LIMA. 2020**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

LUZ MARIBEL DE LA CRUZ BAZÁN

Callao - 2020
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTE
- DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO SECRETARIA
- DRA. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRIGUEZ VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 132-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 17 de Setiembre del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	5
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	8
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	8
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	8
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	10
2.2. BASES TEÓRICAS	11
2.2.1. TEORÍA GENERAL DE OREM	11
2.2.2. MODELO DE CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES	16
2.3. BASES CONCEPTUALES	18
2.3.1. HEMODIÁLISIS	18
2.3.2. GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA	22
2.3.3. CATEGORIZACIÓN SEGÚN RIESGO Y DEPENDENCIA	25
CAPÍTULO III. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	28
3.1. PLAN DE MEJORA	28
3.2. MODELO DE UN PLAN DE MEJORA	28
3.2.1. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS QUE PROVOCAN EL PROBLEMA	29
3.2.2. PROPUESTA Y PLANIFICACIÓN	35

3.2.3. IMPLEMENTACIÓN	38
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	45
ANEXO N°01: INSTRUMENTO CUDYR	46
ANEXO N°02: CATEGORIZACIÓN SEGÚN DEPENDENCIA – RIESGO	49
ANEXO N°03: IMÁGENES DEL SERVICIO DE HEMODIALISIS CNSR	50

INTRODUCCIÓN

El presente informe resume el Plan de Gestión de Enfermería para la Implementación del Instrumento de Categorización de pacientes según Dependencia y Riesgo (CUDYR). La motivación básica fue la necesidad de proporcionar una herramienta validada que permita la optimización de la atención de enfermería en los servicios de salud, lo cual representa una tarea fundamental en la gestión y administración de salud por su impacto no solo en las instituciones sanitarias sino también en la asistencia directa del paciente.

El trabajo académico se ha realizado en el Centro Nacional de Salud Renal, ubicado en el distrito de Jesús María de la región Lima y que brinda prestaciones de diálisis a los asegurados y derecho habientes con Enfermedad Renal Crónica que son transferidos de las Redes Asistenciales de Lima, controlando el sistema de atención integral de dicha enfermedad a nivel nacional. Específicamente, la implementación del Instrumento se ha gestionado en el Servicio de Enfermería, subdivisión encargada de formular planes de gestión, capacitación y presupuestos; coordinar la participación del equipo multidisciplinario de la atención integral del paciente; brindar atención especializada en el tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal; gestionar la provisión-mantenimiento de recursos humanos, materiales y equipos; así como la evaluación de la labor integral dentro del Servicio.

Respecto al grupo beneficiado; por un lado, se encuentran los pacientes en hemodiálisis crónica del Centro Nacional de Salud Renal, los cuales (según cifras nacionales) llevan tratamiento no solo en entidades de EsSalud sino también en instituciones del MINSA, Fuerzas Armadas y del sector privado. Por otro lado, las enfermeras del Servicio de Enfermería representan un grupo profesional cuyas funciones diarias suponen la necesidad de contar con capacidades y herramientas para la administración, gestión y coordinación de los diferentes procedimientos asistenciales.

Asimismo, el presente trabajado académico denota un Plan de Gestión de Enfermería en donde el autor cumplió un rol directivo en el planeamiento, elaboración, ejecución y trámite de las diferentes fases del estudio. Por ello, se indica que el objetivo principal del trabajo académico fue describir el Plan de Gestión de Enfermería para la Implementación del Instrumento de Categorización de pacientes en hemodiálisis crónica según la dependencia y riesgo en el Centro Nacional de Salud Renal - EsSalud, 2020.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La hemodiálisis (HD) es definida como un tipo de terapia de reemplazo renal que tiene el objetivo de filtrar los solutos séricos de deshecho metabólico potencialmente dañinos para el individuo con Enfermedad Renal Crónica (ERC) (1). Asimismo, su indicación puede ser aguda o crónica si se pretende solucionar un problema a corto plazo o si se necesita su aplicación de manera constante y periódica (etapas avanzadas de la patología), respectivamente (1). En ese sentido, se estima que a nivel mundial y desde la segunda década del presente siglo, 1 929 000 pacientes reciben hemodiálisis; 235 000, diálisis peritoneal y 622 000 son portadores de trasplante renal (2). Estos datos se sustentan en las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, organismo para el cual, aproximadamente, entre el 10% al 12% de la población global padece de Enfermedad Renal Crónica que devendrá, para el año 2025, en más de 3 millones de terapias por sustitución renal en sus diferentes modalidades (3).

Por otro lado, según datos epidemiológicos latinoamericanos, las prevalencias más altas de hemodiálisis como tratamiento de reemplazo renal se hallan en Puerto Rico, Chile, Uruguay, Argentina, México (Estado de Jalisco), Panamá, Ecuador y Brasil, países donde se presentan 1.362,1; 1.019,1; 692,2; 626,6; 599,4; 495,0; 481,8; y 449,6 casos por millón de personas, respectivamente (4). De manera similar y en igual orden, la tasa de incidencia obtenida es de 432,9; 182,4; 157,3; 160,2; 420,9; 462,1; 177,6; y 180,3 (4). Debido a ello, se considera que, dentro de los últimos 5 años, la hemodiálisis ha sido la terapia de reemplazo renal más utilizada en Latinoamérica (seguida por la diálisis peritoneal) con alrededor de 250.000 pacientes tratados (5).

En cuanto a la realidad que aqueja a nuestro país; se sabe que la prevalencia de la terapia de reemplazo renal bordea los 415 casos por millón de personas traducido en los 12 773 pacientes que reciben tratamiento en EsSalud (78.5%), MINSA

(16.0%), FFAA (5.3%) y entidades privadas (0.2%) (6)(7). Respecto a la modalidad, la hemodiálisis crónica es la forma más frecuente de terapia de reemplazo renal con una tasa de 363 pacientes por millón de habitantes (88% de pacientes se encuentran en un programa de hemodiálisis crónica) (6). Cabe mencionar que, en cuanto al equipo necesario, EsSalud cuenta con 135 máquinas operativas mientras que el MINSA presenta solo 15 máquinas por millón de personas; todo lo cual concentra la oferta de servicios de hemodiálisis en Lima (34%) y en la zona norte del país (28.6%) (6). Por último, es necesario indicar que respecto al Centro Nacional de Salud Renal - EsSalud, la cantidad de pacientes que necesitan y llevan el tratamiento de hemodiálisis se aproxima a los 307 según estimaciones internas (Área de Hemodiálisis).

Si bien, el impacto de la enfermedad renal crónica y las terapias de reemplazo renal, donde la hemodiálisis se presenta como la modalidad más prevalente, suele verse reflejado en costos presupuestales personales y/o institucionales (7), la caracterización del paciente en hemodiálisis crónica supone una realidad que debe tomarse en cuenta dentro de los servicios médicos que los acogen puesto que pueden comprometer en diferente medida la dinámica del cuidado de enfermería, sobre todo, en situaciones donde se ve implicada la labor del profesional. Respecto a este punto, la aparición de la dependencia-riesgo debido al aumento de la edad, cronicidad del cuadro y a las patologías asociadas en los pacientes con hemodiálisis provoca un mayor esfuerzo por parte del profesional de enfermería no solo en el cuidado durante el tratamiento sustitutivo regular sino también en la satisfacción de las necesidades básicas del usuario y que por su estado suelen verse limitadas (8). Este hecho, a su vez, genera una alta carga laboral en el personal, sobre todo cuando la razón enfermera-paciente se altera por falta de recursos humanos y/o materiales o a causa de una falta de categorización de los pacientes para su adecuado abordaje (9).

Todo lo anterior denota, por un lado, el impacto epidemiológico innegable de la hemodiálisis como procedimiento de reemplazo renal tanto a nivel internacional como nacional y, por otro lado, la dependencia y riesgo de los pacientes que suele devenir como consecuencia de cuadros crónicos de enfermedad renal y que puede comprometer el bienestar del personal de enfermería, la calidad de atención y la

satisfacción del usuario. Por ello, el presente trabajo académico tiene por objetivo describir el Plan de Gestión de Enfermería para la Implementación del Instrumento de Categorización de pacientes en hemodiálisis crónica según Dependencia y Riesgo en el Centro Nacional de Salud Renal - EsSalud, 2020.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

BARRIOS S., CATONI M., ARECHABALA M., PALMA E., IBACACHE Y & RICHARD J. (2017). En su estudio “Carga laboral de las enfermeras en Unidades de Hemodiálisis Crónica según dependencia y riesgo de los pacientes”. Chile. Es un estudio de corte transversal aplicado en una muestra de 151 pacientes y cuyo instrumento fue el CUDYR-DIAL para la valoración del grado de dependencia-riesgo de los pacientes de Unidades de Hemodiálisis Crónica. El 77.13% de evaluados presentaron una dependencia autosuficiente-parcial frente a un 2.14% con dependencia total mientras que el 57.85% presentó un riesgo mediano en relación a su autosuficiencia parcial. Asimismo, los pacientes con un alto riesgo – autosuficiencia parcial / dependencia parcial necesitaron mayores periodos de cuidado por parte de las enfermeras (carga laboral). Se puede concluir que los pacientes refirieron mayor grado de riesgo que de dependencia y que la necesidad de cuidados directos e indirectos depende del grado riesgo-dependencia. Por ello, el instrumento CUDYR-DIAL se presenta como una herramienta útil y confiable para la gestión de cuidados de enfermería (10).

BURGOS K., DIMTER M. & MORENO V. (2015). En su estudio “Nivel de riesgo/dependencia y requerimiento de recurso humano en el Servicio de Urgencia Adulto de un hospital de alta complejidad”. Chile. Es un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal aplicado en una muestra de 366 pacientes y que utilizó el instrumento CUDYR para la determinación del nivel de riesgo/dependencia de los usuarios. El perfil de riesgo/dependencia de los pacientes fue dependencia total con alto nivel de riesgo (22.7%),

dependencia total con mediano nivel de riesgo (18.6%), y dependencia parcial con mediano nivel de riesgo (6.1%). Asimismo, se determinó que el requerimiento de recursos humanos es insuficiente, presentando una brecha de 1 personal de enfermería para 12 pacientes que permanecen más de 8 horas en los servicios de urgencia. Se puede concluir que la categorización según riesgo/dependencia (CUDYR) de los pacientes es aplicable a urgencias y permite identificar los requerimientos en recursos humanos para poder gestionar brechas y optimizar el cuidado. Por lo anterior, el instrumento CUDYR se presenta como una modalidad óptima para la gestión de los cuidados de enfermería (11).

COBO J., PELAYO R., SÁNCHEZ S., NATES R., MENEZO R., GÁNDARA M., ROJO M., CUADRADO M. & VILLA C. (2008). En su estudio “Repercusión del grado de dependencia de los pacientes en hemodiálisis sobre la carga de trabajo de enfermería”. España. Es un estudio descriptivo y prospectivo aplicado en 43 pacientes en hemodiálisis hospitalaria y que utilizó como instrumento el Test Delta para determinar el grado de dependencia de los evaluados. El 67.43% de pacientes presentó algún tipo de dependencia, mientras que el 50%, necesitaban ayuda en la movilización, desplazamiento, aseo y vestido; el 35% en la administración de tratamientos; y el 70% en cuidados mayores por parte de las enfermeras, respectivamente. Se puede concluir que existe una alta prevalencia de dependencia de los pacientes en hemodiálisis por lo que se torna fundamental analizar la relación enfermera-paciente y auxiliar de enfermería-paciente con el fin de mejorar la calidad del cuidado tanto para el usuario como para el profesional. Por ello, la categorización de la dependencia de los pacientes a través de instrumentos validados se presenta como una opción viable y confiable para la gestión de los cuidados de enfermería en pacientes con hemodiálisis (12).

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

UMERES R. (2018). En su estudio “Carga laboral en Hemodiálisis en enfermeras Hospital Nacional Adolfo Guevara Velazco. Cuzco 2017”. Arequipa-Perú. Es un estudio descriptivo aplicado en una muestra de 9 enfermeras y 12 pacientes en hemodiálisis y que utilizó las escalas ETECTE y CUDYR para medir la carga laboral y la dependencia y riesgo, respectivamente. El 41.7% de los pacientes presentó una dependencia total seguido de un 33.3% con una dependencia parcial; mientras que el 50% refirió un máximo riesgo seguido de un 16.7% con alto riesgo. Asimismo, el 66.7% de enfermeras evaluadas presentaron una carga laboral enorme frente a un 33.3% con una excesiva carga laboral. Se puede concluir que casi la mitad de pacientes presentan una dependencia total - riesgo máximo y que todas las enfermeras refieren un exceso en la carga laboral debido, principalmente, al insuficiente número de profesionales que no logran abastecer los requerimientos de cuidado por las labores administrativas, infraestructura y falta de insumos relacionados a sus funciones. Por ello, se torna fundamental la gestión del cuidado de enfermería en base al uso de instrumentos como el CUDYR que valoren la dependencia y riesgo de los pacientes respecto a la carga laboral (13).

ABREGÚ V. & DAVILA R. (2016). En su estudio “La categorización de pacientes y la fatiga laboral en el profesional de enfermería en una clínica privada – Lima 2015”. Lima-Perú. Es un estudio no experimental, analítico, correlacional y transversal aplicado en una muestra de 35 enfermeras y 190 pacientes y que utilizó como instrumentos a la escala CUDYR y al cuestionario para la Subjetividad de Fatiga. El 57.1% de las enfermeras presentaron fatiga respecto a sus labores, mientras que el 49.5% de pacientes refirieron una dependencia total seguida de una dependencia parcial en el 37.4% de casos. Además, el 64.2%, 26.3% y 9.5% de pacientes refirieron un riesgo mediano, alto y máximo, respectivamente. Asimismo, se halló una asociación significativa entre la fatiga laboral de las enfermeras y el nivel de dependencia de los pacientes. Se puede concluir que la fatiga laboral se encuentra en al menos el

50% de profesionales y que el nivel de dependencia y cantidad de los pacientes aumenta el riesgo de sufrir fatiga laboral por lo que se torna necesario determinar la categorización de los pacientes como medida previa a la asignación del personal de enfermería (14).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. TEORÍA GENERAL DE OREM

A) CONCEPTUALIZACIÓN

DEFINICIÓN

La Teoría General de Orem presenta una imagen completa de la enfermería como una acción humana articulada en sistemas diseñados y producidos por el personal de enfermería a través del ejercicio de su actividad profesional ante personas con diferentes limitaciones de salud expresados en problemas de autocuidado o cuidado dependiente (15). Su autora, Dorothea Elizabeth Orem propuso, en la década de 1980, esta Teoría General en base a tres teorías interrelacionadas: la Teoría del Autocuidado, del Déficit del Autocuidado, y de los Sistemas de Enfermería (16). En ellas se centra el objetivo, los métodos y resultados del autocuidado; la explicación del por qué una persona se puede beneficiar del autocuidado; y la unificación de los conceptos previos; respectivamente (16).

APLICACIÓN

La aplicación de la Teoría General de Orem es posible en diversas situaciones de la práctica profesional de enfermería en relación al cuidado de los pacientes (17). Su uso presenta los siguientes beneficios en el quehacer de salud (17):

- Posibilita la racionalidad y disminuye la intuición en las labores profesionales.
- Permite la trascendencia de la acción de enfermería más allá de la técnica, rutina y tradición.

- Fomenta la estructuración y organización del conocimiento de enfermería de manera sistemática.
- Explica y predice en la práctica de enfermería.
- Mejora la comunicación entre el personal de enfermería al plantear una base común de pensamiento.
- Favorece la eficiencia y eficacia en el cuidado del paciente.
- Mejora el desenvolvimiento de la práctica con el fin de disminuir riesgos en el profesional.

B) COMPONENTES

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

El autocuidado es definido por Orem como “la conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar” (18). Por ello, el acto del autocuidado supone la actividad del individuo de forma deliberada, calculada e intencionada (condicionada por conocimientos y habilidades) sobre la premisa de que toda persona sabe cuándo necesita ayuda siendo conscientes de las acciones específicas que debe realizar (18). Sin embargo, el autocuidado se muestra como una realidad no innata, por lo cual es aprendido durante el crecimiento y desarrollo del sujeto, en un primer momento por los padres y luego por los elementos que componen su entorno (familia, amigos, compañeros, etc.).

En ese sentido, existen tres conceptos que articulan esta teoría y que deben ser considerados (18):

- Agente de autocuidado: cualquier persona que tiene la función de conocer y satisfacer el autocuidado.
- Agente de autocuidado al dependiente: individuo externo que proporciona el cuidado a otra persona importante para aquel.
- Agente de autocuidado terapéutico: el individuo que realiza el autocuidado es el profesional de enfermería.

El autocuidado, además, puede verse influenciado por las creencias, hábitos y costumbres de la familia y comunidad; además de factores condicionantes básicos que afectan el tipo y cantidad de autocuidado como la edad, sexo, sistema familiar, educación, disposición de recursos, estado de salud, entre otros (18). Además, las actividades de autocuidado presentan requisitos para promover las condiciones necesarias para la vida y para prevenir condiciones negativas en los diversos procesos del desarrollo humano (18). Estos requisitos son (19):

- De autocuidado universal: los precisados por todos los individuos para preservar el funcionamiento integral. Acciones que proporcionan condiciones internas y externas para la mantención de la estructura y actividad (aire, agua, alimentos, descanso, etc.).
- De autocuidado del desarrollo: requisitos que surgen como resultado de los procesos que afectan el desarrollo del individuo.
- De autocuidado de desviación de la salud: derivados de procesos traumáticos, incapacitantes, diagnósticos y de tratamiento médico que implican la necesidad de generar cambios en el estilo de vida.

TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO

Representa el núcleo central del modelo de Orem que propone la relación entre la capacidad de acción del individuo en su autocuidado y las demandas del cuidado terapéutico o acciones para cubrir los requerimientos (18). De esta forma, cuando la capacidad de autocuidado no es suficiente surge el concepto de déficit de autocuidado. En este sentido, la agencia de autocuidado es la capacidad que tiene la persona para participar en su propio cuidado (los tipos de agentes han sido detallados en el apartado anterior). Asimismo, es necesario comprender tres conceptos que fundamentan el déficit de autocuidado (15):

- El cuidar de uno mismo: proceso que inicia con la toma de conciencia del estado de salud propio y que determina el deseo y compromiso de cuidarse.

- Limitaciones del cuidado: barreras que dificultan el autocuidado ante falta de conocimientos o interés sobre sí mismo.
- El aprendizaje del autocuidado: conocimientos relacionados al autocuidado y su mantenimiento orientadas interna y externamente.

De esta manera, cuando existe un déficit del autocuidado por parte del individuo, los enfermeros(as) pueden compensar dichas funciones a través de los Sistemas de Enfermería, tercer componente de la Teoría General de Orem expuesto a continuación.

TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA

Los Sistemas de Enfermería hacen referencia a las acciones deliberadas por parte de las enfermeras con el objetivo de ayudar a las personas a adoptar actitudes responsables respecto a su autocuidado (18). Además, para la existencia de un sistema de enfermería es necesaria la confluencia de tres elementos: la enfermera, el paciente o grupo y los acontecimientos ocurridos (interacciones con el entorno) (15). Respecto a los modos de asistencia, Orem plantea que los más frecuentes es el actuar en lugar del sujeto, ayudar y orientar, apoyar física y psicológicamente, enseñar y controlar un entorno favorable (18).

Por otro lado, Orem determina tres tipos de Sistemas de Enfermería (15):

- Sistema totalmente compensador: donde la enfermera se hace cargo de la satisfacción de los requisitos de autocuidado universales del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado.
- Sistema parcialmente compensador: donde la enfermera tiene un papel compensatorio en el autocuidado del paciente quien se halla más implicado en esta labor.
- Sistema de apoyo educativo: donde la enfermera tiene el papel de ayudar en la toma de decisiones y comunicar conocimientos necesarios para el desarrollo del autocuidado del paciente.

C) META PARADIGMAS

PERSONA

Según Orem, la persona es entendida como un organismo biológico, racional y pensante integral con la capacidad de conocerse, usar ideas, palabras y símbolos para comunicar y guiar sus esfuerzos, reflexiones y experiencia con la finalidad de llevar a cabo su autocuidado (19).

SALUD

Según Orem, la salud es el estado de integridad física, estructural y funcional o la ausencia de defectos que supongan el deterioro del individuo. Además, se presenta como la percepción de bienestar personal que tiene una persona sobre sí (19).

ENFERMERÍA

Según Orem, la enfermería es un servicio humano que se realiza cuando la persona no puede mantener su autocuidado y salud, vida o bienestar. Por ello, busca proporcionar asistencia directa al autocuidado según requerimientos por discapacidades (19).

ENTORNO

Según Orem, el entorno es el conjunto de factores externos que genera influencia sobre la toma de decisiones de la persona en cuanto a la acción del autocuidado o respecto a las capacidades necesarias para realizarlo (19).

2.2.2. MODELO DE CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES

A) CONCEPTUALIZACIÓN

DEFINICIÓN

El Modelo de Categorización de Pacientes o Usuarios surge como propuesta metodológica para estructurar el perfil de los pacientes y al mismo tiempo definir el nivel de categoría del personal requerido para brindar los servicios de cuidados acorde a las necesidades de los diversos usuarios (20). Fue planteado por la Escuela de Enfermería de Chile en 1995 y tuvo como sustento la Teoría General de Dorothea Orem (14). Si bien, han existido métodos que buscan clasificar a los pacientes por complejidad terapéutica, estos no habían considerado los cuidados de enfermería de manera global que necesitan los usuarios en situación de dependencia y riesgo (21). Por ende, el supuesto de clasificación de pacientes es que los cuidados que se administran están relacionados a la cantidad de carga laboral que demandan los pacientes con mayor riesgo o dependencia; es decir, los requerimientos de personal de enfermería variarán de acuerdo a la categoría de los pacientes que se atiende (22).

APLICACIÓN

La aplicación del Modelo de Categorización puede ser realizada en diferentes áreas de hospitalización donde sea necesaria la clasificación de los pacientes en base a los requerimientos de cuidado como valores predictivos (21). Para ello, se analizan las demandas de cuidados y se categorizan a los pacientes según su grado de dependencia y nivel de riesgo, seleccionando los cuidados que impliquen mayor dependencia-riesgo con el fin de dirigir la toma de decisiones del personal de enfermería para la satisfacción de necesidades de los usuarios (22).

B) PARADIGMAS

REQUERIMIENTOS DE CUIDADOS

Los requerimientos de cuidados por parte de los pacientes se dividen en los universales o básicos y los terapéuticos, los cuales se valorizan usando el plan de atención como índice de valor predictivo de las demandas del individuo bajo

cuidado. Asimismo, se utiliza el instrumento de categorización con puntajes que identifican la dependencia y riesgo que presenta el sujeto respecto al cuidado que se necesita (20).

NIVEL DE DEPENDENCIA

El nivel o grado de dependencia se identifica a través de las demandas de autocuidado de tipo universal con las acciones programadas y brindadas. Según este punto, se seleccionan tres grupos de autocuidados universales para medir el nivel de dependencia: prácticas de confort, alimentación y eliminación (22).

NIVEL DE RIESGO

El nivel o grado de riesgo se identifica a través de los cuidados terapéuticos que son necesarios en una situación de desviación de salud. Según este punto, se seleccionan tres grupos de cuidados terapéuticos que permiten valorar de forma indirecta el riesgo de los pacientes: medición de parámetros, procedimientos de enfermería e intervenciones profesionales multidisciplinarias (22).

2.3. BASES CONCEPTUALES

2.3.1. HEMODIÁLISIS

A) DEFINICIÓN

La hemodiálisis (HD) es una técnica de depuración extracorpórea de la sangre que suple de forma parcial las funciones renales de excreción de agua - solutos y de regulación del equilibrio ácido-básico y de electrolitos (23). Su indicación puede ser de manera aguda si es que busca efectos a corto plazo o crónica si la terapia de reemplazo renal (TRR) pretende aplicarse de forma constante en periodos de tiempo prolongados (1).

B) EPIDEMIOLOGÍA

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, entre el 10% y 12% de la población global sufre de Enfermedad Renal Crónica y que para 2025, 3 millones de aquellos necesitarán de algún tipo de terapia de reemplazo renal (3). En este sentido, para la segunda década del presente siglo, se sabe que aproximadamente 1 929 000 pacientes reciben hemodiálisis alrededor del planeta, seguidos por 235 000 con diálisis peritoneal como tratamiento (2). En cuanto a Latinoamérica, Puerto Rico y Chile presentan las mayores cifras de prevalencia con 1.362,1 y 1.019,1 de casos por millón de personas, respectivamente (4). En Perú, por otro lado, la terapia de reemplazo renal está presente en 415 casos por millón de habitantes y se ve reflejado en los 12 773 pacientes que son atendidos en EsSalud, el MINSA, las Fuerzas Armadas y las entidades privadas. De estas cifras, el 88% de los 363 pacientes por millón de habitantes que llevan este tipo de tratamiento siguen un programa de hemodiálisis crónica (6). Finalmente, respecto al Centro Nacional de Salud Renal, la cantidad de pacientes que reciben terapias de hemodiálisis crónica bordea los 307 usuarios aproximadamente según las estimaciones realizadas de manera interna.

C) INDICACIONES

Las indicaciones para el uso de la hemodiálisis dependerán del cuadro que presente el paciente (24):

- Síndrome urémico grave
- Hiperkalemia no controlada
- Acidosis metabólica grave
- Episodios de sangrados masivos
- Pericarditis urémica
- Taponamiento cardiaco

Asimismo, las indicaciones absolutas para la hemodiálisis suelen ser las siguientes (2):

- Síntomas y signos de uremia
- Acidosis metabólica severa
- Hiperpotasemia no refractaria a tratamiento
- Sobrecarga hídrica no refractaria a tratamiento
- Edema pulmonar agudo
- Hipertensión arterial no refractario a tratamiento

D) MODALIDADES

HEMODIÁLISIS CONVENCIONAL

Técnica estándar de depuración que se realiza casi por exclusivo mecanismo de difusión, utilizando la convección para extraer el sobrepeso del paciente. Con esta modalidad se logra una adecuada depuración de partículas con bajo peso molecular, pero con menor eficacia para las que presentan un peso molecular medio-alto. Por ello, la hemodiálisis convencional se considera una técnica con baja eficacia y flujo (25).

HEMODIÁLISIS DE ALTA EFICACIA

Modalidad de hemodiálisis que tiene por objetivo reducir el tiempo del procedimiento manteniendo una dosis adecuada. Para conseguir un aclaramiento de la urea suficientemente elevado es necesario el uso de membranas de superficie incrementada y aumentar tanto el flujo sanguíneo como el de la diálisis (25).

HEMODIÁLISIS DE ALTO FLUJO

Modalidad de hemodiálisis que usa dializadores con aclaramientos de urea elevados, mayores a los 250 ml/min o que emplean altos coeficientes de ultrafiltración. Es fundamental el control automático de la ultrafiltración para evitar depleciones en el volumen intra vascular (25).

HEMOFILTRACIÓN

Modalidad de hemodiálisis que realiza la depuración a través de un transporte convectivo gracias a la extracción de elevados volúmenes de ultrafiltrado que suelen reponerse con líquido de sustitución para mantener el balance hídrico adecuado. Es una técnica que necesita flujos sanguíneos altos ya que, si no es así, la presión oncótica podría ejercer una fuerza contraria a la de la ultrafiltración (25).

HEMODIAFILTRACIÓN

Modalidad de hemodiálisis que combina tanto la difusión como la convección utilizando membranas de alto flujo, permeabilidad elevada y coeficientes altos de ultrafiltración en la que el volumen extra de ultrafiltración se reemplaza por un líquido de reposición con el fin de mantener el balance hídrico necesario para la terapia (25).

BIOFILTRACIÓN

Modalidad de hemodiálisis que se basa en una técnica simplificada de hemodiafiltración diseñada con el objetivo de obtener una adecuada corrección en el equilibrio ácido - base en los pacientes que son dializados con acetato (25).

HEMODIAFILTRACIÓN EN LINEA

Modalidad de hemodiálisis en la que la solución de reinfusión se obtiene en línea a partir del que ha sido dializado luego de haberse tratado y depurado por varios filtros (25).

E) COMPLICACIONES

AGUDAS

Debido a trastornos provocados por los intercambios físico-químicos entre el líquido propio de la diálisis y la sangre del paciente (25). Entre estas tenemos (1) (25):

- Hipotensión
- Náuseas y vómitos
- Calambres
- Cefaleas
- Hipersensibilidad
- Cuadros alérgicos
- Dolor torácico
- Problemas de coagulación o hemorrágicos
- Arritmias
- Síndromes de desequilibrio
- Hipoxemia
- Hemólisis
- Acidosis o alcalosis metabólica

CRÓNICAS

Provocadas por la retención crónica de sustancias tóxicas, alteraciones de tipo metabólicas y hormonales que devienen en trastornos orgánicos. Entre estas complicaciones tenemos (1) (25):

- Trastornos óseos: osteomalacia, enfermedades óseas adinámicas, amiloidosis, entre otras.
- Trastornos nutricionales: síndrome inflamatorio por malnutrición.
- Trastornos cardiovasculares: hipertensión, hipotensión, accidentes cerebro vasculares.
- Trastornos hematológicos: anemia.

- Trastornos infecciosos: Hepatitis B y C.
- Trastornos digestivos: úlceras y hemorragias.
- Trastornos neurológicos: encefalopatías y neuropatías periféricas urémicas.

2.3.2. GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

A) DEFINICIÓN

La Gestión del Cuidado de Enfermería es entendida como la aplicación de juicios profesionales en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados oportunos, integrales y seguros que propicien la continuidad de la atención y que se basen en lineamientos estratégicos con el objetivo de lograr la salud (26) (27). Es decir, se busca desarrollar la capacidad de autocuidado de la persona y entorno con la potenciación de recursos en relación a sus conocimientos, motivaciones y capacidades de autocuidado (28). Para ello, debe entenderse que el cuidado de enfermería es la acción positiva de relación entre la enfermera y el paciente donde aquella genera actividades de apoyo, orientación o ejecución en favor del mantenimiento de la salud o recuperación del usuario (28).

B) PROPÓSITO

El propósito de la Gestión del Cuidado de Enfermería es adecuar la atención profesional a las necesidades específicas del paciente, las demandas del entorno y de los familiares, cuidadores y comunidad (26). Además, se debe tener en cuenta el factor de carga profesional por parte de las enfermeras(os) en las medidas de gestión del cuidado que busquen mejorar la atención hacia el individuo.

C) PRÁCTICA DE ENFERMERÍA ORIENTADA AL CUIDADO

La práctica de enfermería se centra en el cuidado del paciente o enfermo (persona, familia y/o comunidad) que de forma constante se encuentra relacionado a su entorno y experimenta la salud. Por ello, la práctica de enfermería no se limita al cumplimiento de tareas rutinarias, sino que requiere de recursos intelectuales, intuición en la toma de decisiones y acciones pensadas según las necesidades específicas de la persona (27). Este cuidado supone aspectos afectivos (actitud y compromiso) y elementos técnicos fundamentales para otorgar la atención, puesto que se crea una confluencia entre la ciencia y arte de la enfermera que beneficia directamente al usuario. Finalmente, la práctica de enfermería orientada al cuidado del enfermo se encontrará dentro de un sistema multidisciplinario en la que no solo se trabaje con profesionales afines sino también con médicos y técnicos, facilitando las interacciones y decisiones de salud conjuntas dentro de los servicios específicos (27).

D) GESTIÓN DEL CUIDADO Y EL ENTORNO

La gestión del cuidado por parte de la enfermería incluye el análisis de los datos y su elaboración junto con el paciente y familia, para lo cual supone la creación de instrumentos que permitan dicha recolección y ordenamiento (27). Asimismo, el entorno representa la base real en la que la gestión se lleva a cabo por lo que se torna necesario conocer los múltiples factores externos que comprometen la acción de gestionar. De esta manera, cambios la organización de salud, restricciones financieras, déficit de profesionales y recursos (insumos), costos altos, condiciones de práctica, la legislación y normatividad, las exigencias y demandas de los usuarios, así como los cambios epidemiológicos y socio-demográficos son características que suelen estar presentes en el entorno de gestión (27).

Por otro lado, dentro de los servicios, áreas o departamentos, el personal de enfermería se enfrenta a elementos que obstaculizan la gestión en el entorno, tales como el personal escaso, el equipamiento, el ausentismo, la cultura

profesional débil, la poca educación continua o las altas rotaciones (27). Debido a ello, la presencia de liderazgo por parte de profesionales jefes es indispensable no solo para la motivación del equipo sino también para el adecuado ejercicio de las labores y la guía de gestión.

E) MODELOS PARA MEJORAR LA GESTIÓN

ENFERMERÍA MODULAR

Modelo en el que se determina un área física que facilita el entorno y en donde la enfermera, como líder, permanece cerca del paciente, ejerciendo un amplio margen de responsabilidades y coordinando la participación interdisciplinaria alrededor del paciente perteneciente a un módulo. Asimismo, la enfermera organiza los recursos del entorno para el cuidado del usuario (27).

GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO

Modelo que se basa en planes de cuidado para casos, prevención de riesgos y estándares de cuidado en las entidades de salud, así como en la comunidad (27).

GESTIÓN BASADA EN LAS NECESIDADES DE CUIDADO

Modelo en el que se debe conocer las características de los usuarios respecto a su dependencia para determinar las necesidades de cuidado y la cantidad y calidad del personal de enfermería para poder llevar a cabo el cuidado específico (27). Bajo estos lineamientos, se propone la categorización de los pacientes según el grado de riesgo y dependencia.

2.3.3. CATEGORIZACIÓN SEGÚN RIESGO Y DEPENDENCIA

A) DEFINICIÓN

La Categorización según riesgo y dependencia del paciente tiene como base el Modelo de Categorización de Pacientes, elaborado en Chile hacia 1950 por la Escuela de Enfermería y el Centro Diagnóstico de la Facultad de Medicina (14). Por ello, la categorización según riesgo y dependencia es una propuesta metodológica que permite obtener un perfil del paciente de acuerdo a su grado de riesgo y de dependencia para determinar los requerimientos de cuidados que necesita y con ello coordinar y gestionar los procedimientos administrativos para la atención específica (14).

B) CATEGORIZACIÓN SEGÚN RIESGO

El riesgo se entiende como “la eventualidad de que el paciente pueda sufrir algún evento adverso o complicación” (10). El nivel del mismo se obtiene a través de la evaluación de los cuidados terapéuticos (11):

- Medición de parámetros
- Intervenciones Profesionales Multidisciplinarias
- Procedimientos de Enfermería

C) CATEGORIZACIÓN SEGÚN DEPENDENCIA

La dependencia es entendida como el “grado de disfuncionalidad o discapacidad del paciente para realizar las actividades de autocuidado” (10). El nivel del mismo se obtiene a través de la evaluación de las demandas de autocuidados universales (11):

- Prácticas de Confort
- Alimentación
- Eliminación

D) INSTRUMENTO CUDYR

El instrumento de “Cuidados según Dependencia y Riesgo” (CUDYR) es parte del Modelo de Categorización planteado por un hospital universitario de Chile en la década de los 90 del siglo pasado y que clasifica a los usuarios según su grado de dependencia y riesgo para con ello determinar las necesidades de asignación de personal de enfermería y recursos en los servicios de salud (29) (30).

El instrumento tiene como pilar el cuidado del paciente y como sustento teórico los requisitos planteados por Dorothea Orem. De acuerdo con esta línea, se busca crear el perfil de atención de las unidades asistenciales en relación a la distribución porcentual de las categorías de pacientes para generar beneficios tanto en el ámbito de atención como en la de gestión (29).

Respecto a su uso, el grado de dependencia y de riesgo se determina según la valoración de sus subescalas pertinentes y de acuerdo a las demandas de autocuidado universales (prácticas de confort, alimentación y eliminación) y los cuidados terapéuticos (medición de parámetros clínicos, intervenciones profesionales multidisciplinarias y procedimientos de enfermería), respectivamente. Cada ítem de las escalas puede calificarse de 0 a 3 puntos donde a mayor resultado, mayor el riesgo y dependencia que presenta el paciente (Ver ANEXO N°01) (29). Al tener el puntaje total de cada subescala se relacionan ambas variables en una sola tabla para determinar doce categorías posibles según el riesgo (máximo, alto, mediano y bajo) y la dependencia (total, parcial, autosuficiente) (Ver ANEXO N°02).

E) BENEFICIOS

Debido a los datos que proporciona la implementación del Instrumento CUDYR en los diferentes servicios asistenciales; los beneficios que otorga pueden enumerarse de forma nominal en los siguientes:

- Permite la determinación del perfil de atención de determinadas áreas de salud

- Categoriza a los pacientes según los requerimientos de salud para su autocuidado
- Facilita el cálculo de la carga laboral del personal de enfermería según las necesidades del paciente
- Favorece el análisis de la razón personal de enfermería – paciente con el fin de optimizar la dotación de recursos humanos
- Permite conocer la escasez o falta de insumos y recursos materiales para la ejecución de labores relacionados al cuidado de pacientes
- Optimiza la gestión y administración (organización) de los procesos de enfermería en los servicios asistenciales

CAPÍTULO III

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

3.1. PLAN DE MEJORA

El Centro Nacional de Salud Renal (CNSR) es un órgano desconcentrado de EsSalud perteneciente a la Red de Prestaciones de Salud de Alta Complejidad (Nivel III de atención) que brinda servicios relacionados a la diálisis para asegurados y derecho habientes con Enfermedad Renal Crónica de las Redes Asistenciales de Lima. Además, controla y valora el desarrollo del sistema de atención integral para la Enfermedad Renal Crónica en todo el país y elabora normas y estrategias científico tecnológicas especializadas.

De acuerdo a lo anterior, el CNSR brinda la terapia de Hemodiálisis a sus usuarios a través de cuatro horarios constantes que comienzan desde las 07:00 hasta las 03:00 horas del día siguiente y que se realizan de manera inter diaria (lunes, miércoles y viernes o martes, jueves y sábado). Debido a que el CNSR recibe pacientes con Enfermedad Renal Crónica de diversas partes de Lima y el país, la necesidad de categorización de usuarios es un tema fundamental, aunque no abordado de la manera que se espera. Por ello, a través del presente trabajo académico se pretende describir el Plan de Gestión para la Implementación del Instrumento de Categorización de pacientes en hemodiálisis crónica según Dependencia y Riesgo en el Servicio de Enfermería del CNSR. Para este objetivo se planea dividir el proceso de gestión en 3 partes:

- 1) Revisión del instrumento de Categorización según dependencia – riesgo (CUDYR) del paciente en hemodiálisis por parte de un equipo de expertos pertenecientes a la institución.
- 2) Adaptación y validación del instrumento de Categorización según dependencia – riesgo (CUDYR) del paciente en hemodiálisis para su implementación en el Servicio de Enfermería.

3) Expedición del instrumento de Categorización según dependencia – riesgo (CUDYR) del paciente en hemodiálisis a la Gerencia y Jefatura de Enfermería para su implementación en el Servicio de Enfermería del Centro Nacional de Salud Renal, posteriormente.

De esta forma, la Implementación del Instrumento de Categorización según Dependencia – Riesgo (CUDYR) permitirá mejorar la gestión y administración del Servicio de Enfermería, así como del mismo Centro Nacional de Salud Renal en etapas posteriores. A partir del instrumento se podrá complementar el perfil del paciente que ingresa a Hemodiálisis según su nivel de dependencia y/o riesgo en relación a los requerimientos de cuidado. Asimismo, se tendrá un cálculo más certero acerca de la razón enfermera – paciente o técnico(a) de enfermería – paciente y a partir de ello considerar la necesidad de mayor cantidad de profesionales afines para cubrir las demandas que suponen las necesidades de cuidado.

Respecto a este último punto, y si es que es tomado en cuenta, se pueden generar mejoras que aborden directa o indirectamente la carga laboral del personal de enfermería, evitando con ello posibles cuadros lesivos o el desarrollo del ausentismo laboral. Además, la categorización de pacientes según dependencia y riesgo servirá para valorar la necesidad de insumos o recursos materiales indispensables para los procedimientos y que suelen ser escasos o no considerados al presentar un perfil sin distinción del paciente en hemodiálisis. Por último, la implementación de estas medidas beneficiará no solo a la administración y la consecuente productividad de la institución sino también a la atención asistencial en sí, generando una mayor satisfacción por parte del paciente respecto al servicio y cobertura de sus necesidades de cuidado.

La propuesta de gestión para la implementación del instrumento CUDYR detallará los problemas priorizados, las posibles soluciones que plantea la categorización de pacientes y las consecuencias que pueden devenir. Esta información es detallada en los apartados que continúan.

3.2. MODELO DE UN PLAN DE MEJORA

3.2.1. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS QUE PROVOCAN EL PROBLEMA

A) DESCRIPCIÓN DEL ÁREA Y PROCESOS A MEJORAR

La Gestión de Enfermería para la Implementación del Instrumento de Categorización de pacientes según el grado de Dependencia y Riesgo está dirigido al Servicio de Enfermería del Centro Nacional de Salud Renal. Esta división presenta las siguientes funciones:

- Participar en la formulación de los Planes de Gestión, Capacitación, Inversiones y Presupuesto del Centro Nacional de Salud Renal
- Formular y ejecutar el Plan de Actividades y Metas del Servicio controlando el cumplimiento de los objetivos del Servicio de Enfermería y adoptando medidas correctivas requeridas
- Coordinar y participar con el equipo multidisciplinario en la atención integral del paciente en diálisis
- Brindar atención de enfermería especializada a los pacientes en tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal
- Gestionar la provisión de los recursos humanos, materiales, equipos e instalaciones necesarios para el funcionamiento del Servicio
- Controlar y evaluar la labor integral del Servicio y del personal considerando los indicadores de seguimiento de resultados y rendimiento
- Controlar la eficiente utilización y rendimiento de los equipos e instrumentos médicos y verificación del cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo y correctivo
- Mantener actualizadas, controlar y evaluar la adecuada aplicación y el cumplimiento de los diferentes manuales de procesos y procedimientos e instructivos técnicos y demás instrumentos relacionados al Servicio

Por otro lado, el equipo multidisciplinario está conformado por la siguiente lista de profesionales (entre las atenciones de Hemodiálisis y de Diálisis Peritoneal):

- Enfermeras: 65 (sesenta y cinco)

- Médicos: 20 (veinte)
- Técnicos: 50 (cincuenta)

De las 65 enfermeras, 5 se encuentran en la atención de diálisis peritoneal, 16 en sala de tratamiento, 8 en coordinación, 8 en tóxico y las demás en áreas administrativas (supervisión a servicios tercerizados, gestión y desarrollo, coordinación nacional de hemodiálisis y diálisis peritoneal, e inteligencia sanitaria). En ese sentido, la gestión de enfermería para la implementación del instrumento CUDYR permitirá el mejoramiento de los siguientes procesos:

- La categorización del paciente que cursa tratamiento
- La coordinación de la atención integral del paciente
- La ejecución de procedimientos de enfermería (cuidado especializado)
- La dotación de recursos humanos (profesionales)
- La dotación y mantenimiento de recursos materiales e insumos
- La prevención de alteraciones en el profesional por carga laboral

B) LISTADO DE PROBLEMAS

Los problemas que se presentan en el Servicio de Enfermería y que se pretenden solucionar a través de la Gestión de Enfermería expuesta en el presente trabajo académico son:

- La falta de categorización según dependencia y riesgo del paciente en hemodiálisis
- Las fallas en la coordinación de la atención integral del paciente en hemodiálisis
- Las dificultades en la ejecución de procedimientos de enfermería (cuidado) por la disparidad de perfiles de pacientes en hemodiálisis
- La insuficiente cantidad de profesionales – recursos humanos ante las altas demandas de los pacientes en hemodiálisis
- La escasez y deterioro de recursos materiales e insumos para el Servicio de Enfermería

- La carga laboral del personal de enfermería por el desconocimiento del nivel de dependencia – riesgo de los pacientes en hemodiálisis

C) PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN

La escala de valoración para la evaluación de cada criterio es la siguiente: alto (3), medio (2), bajo (1). La matriz se presenta a continuación:

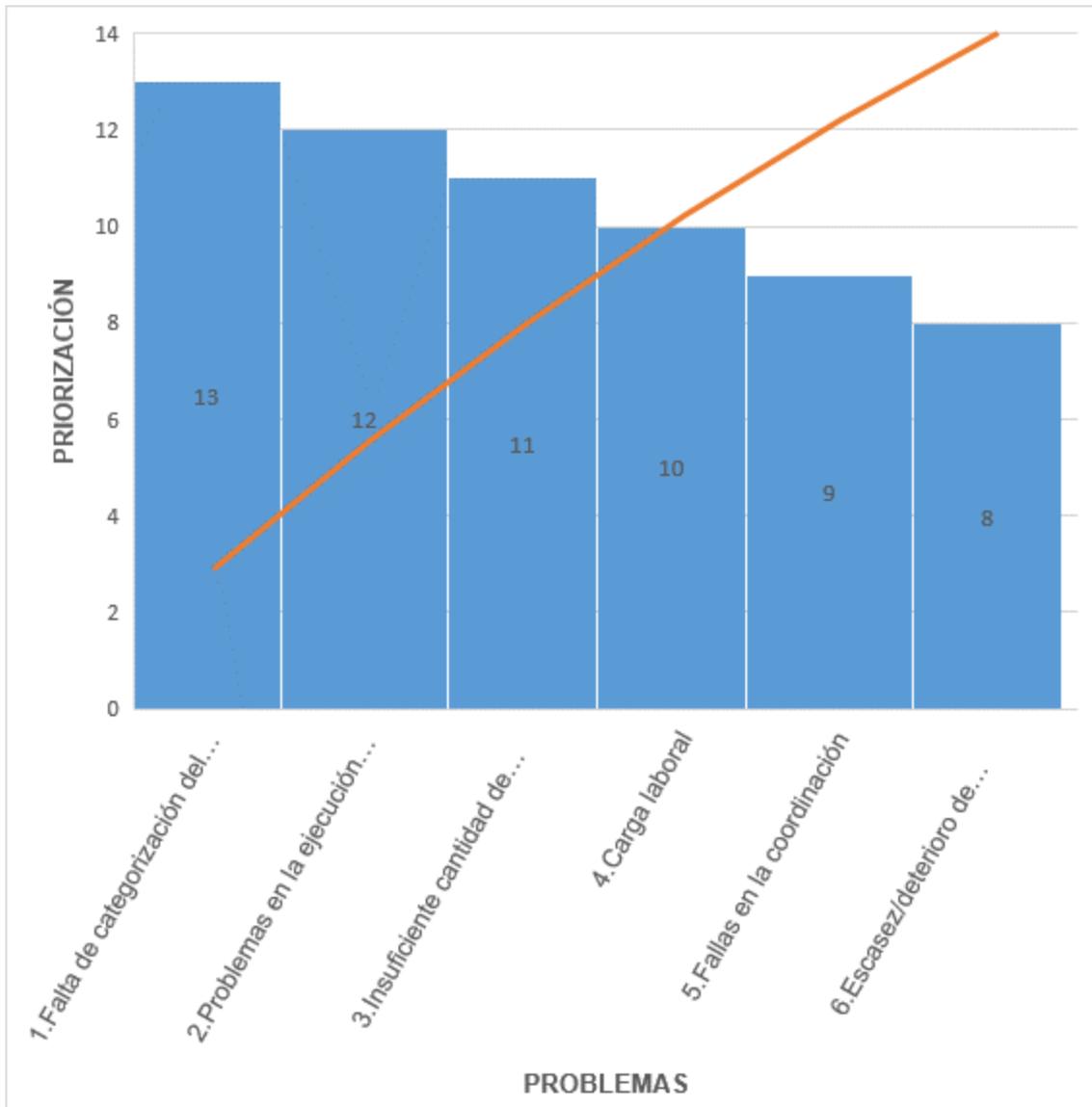
Tabla N°01: Matriz de Priorización de Problemas

PROBLEMAS	CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN					
	Tamaño de grupo afectado	Trascendencia del problema	Posibilidad de resolver el problema	Frecuencia del problema	Interés y compromiso en resolver el problema	Total
Falta de categorización del paciente	3	3	2	3	2	13
Problemas en la ejecución de procedimientos	2	3	2	2	3	12
Insuficiente cantidad de profesionales	2	3	2	1	3	11
Carga laboral	2	2	1	3	2	10
Fallas en la coordinación	2	2	2	1	2	9
Escasez/ deterioro de recursos materiales	2	2	2	1	1	8

DIAGRAMA DE PARETO

Según la matriz de priorización de problemas, el orden establecido según prioridad es el que se muestra en el siguiente diagrama de Pareto:

Gráfico N°01: Priorización de Problemas



MATRIZ DE PRIORIZACIÓN PROBLEMAS-CAUSAS-CONSECUENCIAS

La Matriz de Priorización de Problemas-Causas- Consecuencias presenta el orden establecido de problemas según prioridad, las causas de estas según el análisis del caso y las posibles consecuencias de no proponerse soluciones o medidas correctivas. La matriz es expuesta a continuación:

Tabla N°02: Matriz de Priorización Problemas-Causas-Consecuencias

PROBLEMA PRIORIZADO	CAUSAS	CONSECUENCIAS
Falta de categorización del paciente	Ausencia de instrumentos específicos para la valoración según dependencia-riesgo	Atención no específica del paciente en hemodiálisis
Problemas en la ejecución de procedimientos	Características diferentes de los pacientes y de sus requerimientos	Atención de enfermería limitada
Insuficiente cantidad de profesionales (RRHH)	Sobre demanda de pacientes y de requerimientos de cuidado	Carga excesiva sobre el limitado personal de enfermería
Carga laboral	Alta carga física y mental del personal de enfermería por desconocimiento de la categoría de paciente	Ausentismo laboral, baja productividad y deterioro del bienestar
Fallas en la coordinación	Ausencia de un ordenamiento de procesos según criterios específicos (instrumentos)	Dificultades en la administración de recursos humanos y materiales
Escasez/ deterioro de recursos materiales e insumos	Falta de inventarios según las necesidades específicas del paciente en riesgo-dependencia	Cantidad y calidad disminuida de recursos materiales para la ejecución de procedimientos

3.2.2. PROPUESTA Y PLANIFICACIÓN

A) OBJETIVOS

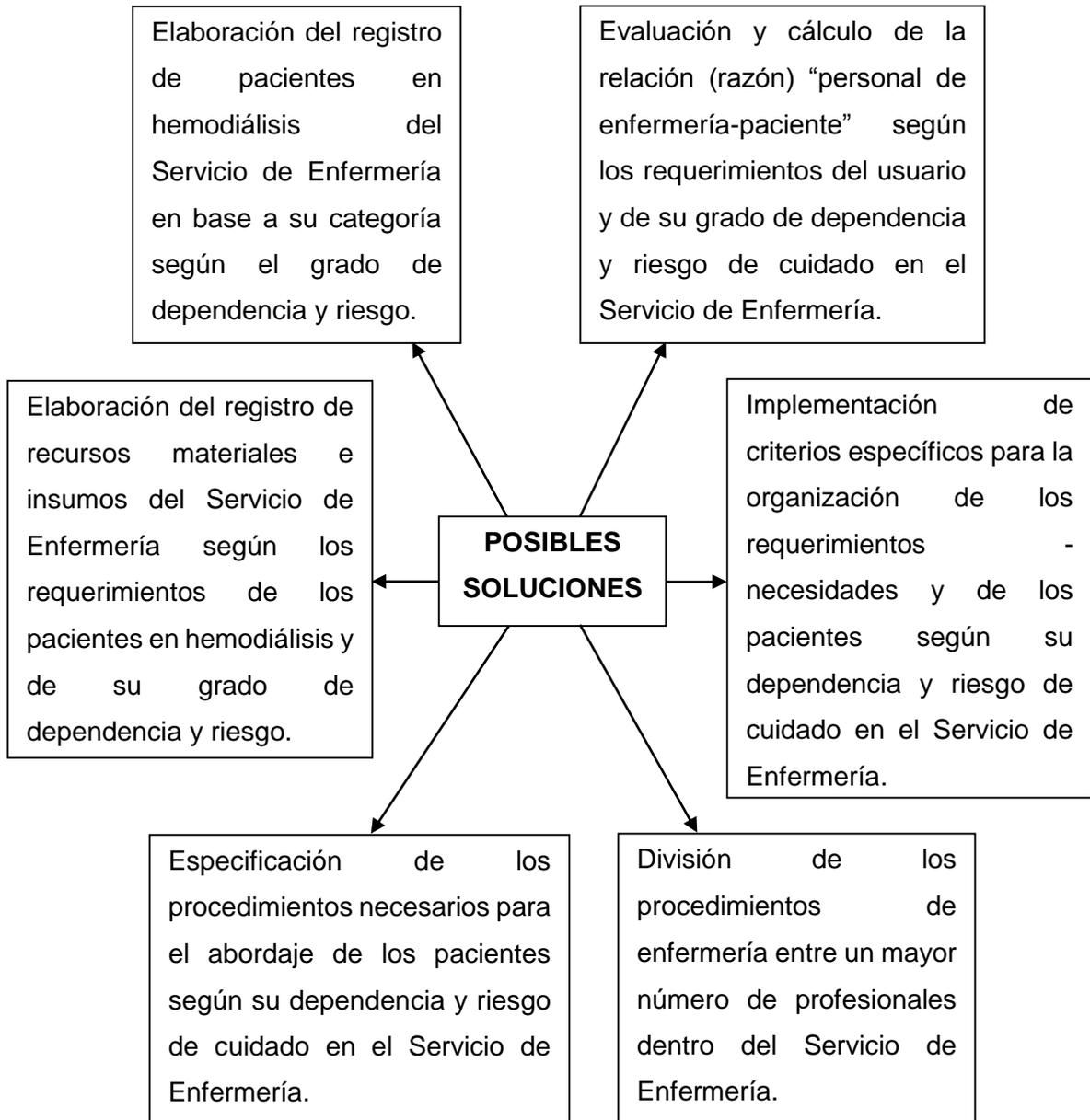
El presente Plan de Mejora en la Gestión de Enfermería persigue los siguientes objetivos:

- Categorizar a los pacientes en hemodiálisis según grado de dependencia y riesgo pertenecientes al Servicio de Enfermería del Centro Nacional de Salud Renal
- Mejorar la ejecución de procedimientos de enfermería (cuidado) en el Servicio de Enfermería del Centro Nacional de Salud Renal
- Promover el incremento de profesionales de enfermería – recursos humanos en el Servicio de Enfermería del Centro Nacional de Salud Renal
- Disminuir la carga laboral del personal de enfermería del Servicio de Enfermería del Centro Nacional de Salud Renal
- Evitar las fallas en la coordinación de la atención integral del paciente en hemodiálisis del Servicio de Enfermería del Centro Nacional de Salud Renal
- Promover el incremento y mantenimiento de recursos materiales e insumos para el Servicio de Enfermería del Centro Nacional de Salud Renal

B) POSIBLES SOLUCIONES

Las posibles soluciones que expone el presente Plan de Mejora en la Gestión de Enfermería a través de la Implementación del Instrumento de Categorización según Dependencia y Riesgo de los pacientes en hemodiálisis, son:

Figura N°01: Posibles soluciones a los problemas priorizados



C) PLANIFICACIÓN

La Gestión de Enfermería para la Implementación del Instrumento de Categorización de pacientes según Dependencia y Riesgo en el Servicio de Enfermería del Centro Nacional de Salud Renal se plantea a través de tres procesos fundamentales, ejecutados dentro de 5 semanas continuas del presente año (2020). Los detalles del cronograma de actividades son presentados a continuación:

Tabla N°03: Planificación de actividades para la Implementación del instrumento de Categorización de pacientes según Dependencia y Riesgo

Actividades	Cronograma				
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5
Revisión del instrumento de Categorización según dependencia - riesgo (CUDYR) por parte de un equipo de expertos pertenecientes a la institución.					
Adaptación y validación del instrumento de Categorización según dependencia - riesgo (CUDYR) del paciente en hemodiálisis para su implementación en el Servicio de Enfermería.					
Expedición del instrumento de Categorización según dependencia - riesgo (CUDYR) del paciente en hemodiálisis a la Gerencia y Jefatura de Enfermería para su implementación en el Servicio de Enfermería.					

3.2.3. IMPLEMENTACIÓN

La implementación del Instrumento de Categorización de pacientes según Dependencia y Riesgo se plantea según los 3 procesos previamente mencionados y detallados a continuación:

A) REVISIÓN DEL INSTRUMENTO DE CATEGORIZACIÓN SEGÚN DEPENDENCIA - RIESGO (CUDYR) POR PARTE DE UN EQUIPO DE EXPERTOS PERTENECIENTES A LA INSTITUCIÓN

- Formación del equipo de expertos para la revisión del Instrumento de Categorización. El grupo está compuesto por jefatura de enfermería y profesionales de la salud afines y relacionados a la metodología de investigación.
- Análisis por parte del equipo de expertos respecto a las características del Instrumento de Categorización, así como de su propósito y forma de utilización en el Servicio.

B) ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE CATEGORIZACIÓN SEGÚN DEPENDENCIA - RIESGO (CUDYR) DEL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE ENFERMERÍA

- Planteamiento de observaciones o correcciones para la adaptación del Instrumento de Categorización a los pacientes en hemodiálisis del Servicio de Enfermería.
- Validación del Instrumento de Categorización por parte del equipo de expertos para su implementación en el Servicio de Enfermería.
- Determinación de las enfermeras profesionales como únicas categorizadoras en el uso del Instrumento dentro del Servicio de Enfermería.

C) EXPEDICIÓN DEL INSTRUMENTO DE CATEGORIZACIÓN SEGÚN DEPENDENCIA - RIESGO (CUDYR) DEL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS A LA GERENCIA Y JEFATURA DE ENFERMERÍA PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE ENFERMERÍA

- Expedición del Instrumento de Categorización previamente validado a la oficina de Gerencia para su implementación dentro del Servicio de Enfermería
- Expedición del Instrumento de Categorización previamente validado a la Jefatura de Enfermería para su implementación dentro del Servicio de Enfermería.

Cabe recalcar que el presente trabajo académico describe solo el proceso de implementación del Instrumento de Categorización según Dependencia y Riesgo del paciente. La aplicación, resultados y seguimiento del mismo no forman parte de la investigación; por lo que se sugiere tomar en cuenta estos datos para futuros estudios.

CONCLUSIONES

- La Categorización del paciente según la dependencia y riesgo es una propuesta metodológica basada en la Teoría General de Dorothea Orem que permite identificar y categorizar a los pacientes de determinadas áreas asistenciales de acuerdo a su grado de dependencia y riesgo de autocuidado y, además, proporciona información para la selección de profesionales de enfermería respecto a los requerimientos del usuario.
- La categorización del paciente según la dependencia y riesgo del mismo también permite valorar otros aspectos del entorno; tales como la dotación de recursos materiales e insumos, la determinación de recursos humanos de acuerdo a las demandas de atención y la prevención del aumento de carga laboral en el personal de enfermería.
- El instrumento CUDYR permite la valoración del paciente según el grado de dependencia y riesgo que presenta de acuerdo a las demandas de autocuidado universales y los cuidados terapéuticos, respectivamente.
- La implementación del Instrumento CUDYR en el Servicio de Enfermería del Centro Nacional de Salud Renal se planteó a través de los siguientes procesos: 1) Revisión del instrumento de Categorización según dependencia - riesgo (CUDYR) por parte de un equipo de expertos, 2) Adaptación y validación del instrumento de Categorización según dependencia - riesgo (CUDYR) del paciente en hemodiálisis y 3) Expedición del instrumento de Categorización según dependencia - riesgo (CUDYR) del paciente en hemodiálisis a la Gerencia y Jefatura de Enfermería.
- La información obtenida en el presente trabajo académico sirve para futuras investigaciones en las que se evalúen los resultados de la aplicación y seguimiento del Instrumento CUDYR dentro de los servicios mencionados del Centro Nacional de Salud Renal.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda adaptar y validar el Instrumento CUDYR a las realidades de los Servicios de salud según la valoración y escrutinio de equipos de expertos donde confluyan especialistas del área y en metodología.
- Se recomienda reiterar el papel de las enfermeras como categorizadoras o personal ideal para el uso del Instrumento CUDYR en la categorización de los pacientes según la dependencia y riesgo.
- Se recomienda utilizar la información actual para la evaluación de resultados y la ejecución del Instrumento CUDYR, así como para el seguimiento de su aplicación con el fin de complementar el aporte académico.

REFERENCIAS BIBLOGRÁFICAS

1. EsSalud. Guía de Práctica Clínica para la Adecuación de Hemodiálisis. Guía en Versión Corta. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación 2017.
2. Silva S. Hemodiálisis: antecedentes históricos, su epidemiología en Latinoamérica y perspectivas para el Ecuador. Revista de Ciencia, Tecnología e Innovación 2016; 3(1): 43-61.
3. Ministerio de Salud. Incremento del riesgo de Mortalidad en pacientes con Insuficiencia Renal debido al cierre temporal del Servicio de Hemodiálisis en el Hospital Antonio Lorena. Alerta Epidemiológica N°002-2019.
4. Gonzalez M, Rosa G, Ferreiro A. El Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante Renal: la importancia del desarrollo de los registros nacionales en Latinoamérica. Nefrol Latinoam. 2017; 14(1): 12-21.
5. Cueto A. Epidemiología de la Diálisis Peritoneal en América Latina. Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión. s/d.
6. Huamán L, Postigo C, Contreras C. Características epidemiológicas de los pacientes que inician hemodiálisis crónica en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015. Horiz Med 2016; 16 (2): 6-12.
7. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica en el Perú, 2015. 1ra edición; Dirección General de Epidemiología: 2016.
8. Contreras D, Rivero F, Jurado J, Crespo R. Perfil actual del paciente en hemodiálisis hospitalaria. Análisis de sus necesidades. Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2004; 7 (1): 56-61.
9. Ramírez C, Durán Y, Perdomo D, Romero M, Zuñiga L. Recurso humano de enfermería según grado de dependencia de los pacientes. Revista Facultad de Salud Enero-Junio 2015; 7(1): 39-45.
10. Barrios S., Catoni M., Arechabala M., Palma E., Ibacache Y & Richard J. Carga laboral de las enfermeras en Unidades de Hemodiálisis Crónica según dependencia y riesgo de los pacientes. Rev Med Chile 2017; 145: 888-895.

11. Burgos K., Dimter M. & Moreno V. Nivel de riesgo/dependencia y requerimiento de recurso humano en el Servicio de Urgencia Adulto de un hospital de alta complejidad [Tesis de licenciatura]. Chile: Universidad Austral de Chile: 2015.
12. Cobo J, et al. Repercusión del grado de dependencia de los pacientes en hemodiálisis sobre la carga de trabajo de enfermería. Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2008; 11 (1): 6-11.
13. Umeres R. Carga laboral en Hemodiálisis en enfermeras Hospital Nacional Adolfo Guevara Velazco. Cuzco 2017. Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2018.
14. Abregú V, Dávila R. La categorización de pacientes y la fatiga laboral en el profesional de enfermería en una clínica privada – Lima 2015 [Tesis de Maestría]. Perú: Universidad Ricardo Palma; 2016.
15. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana 2017; 19(3).
16. Pereda M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Enf Neurol (Mex) 2011; 10(3): 163-167.
17. López AL, Guerrero S. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. Invest. educ. enferm. 2006; (24)2: 90-100.
18. Vega O, Gonzalez D. Teoría del Déficit de Autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Ciencia y Cuidado s/d; 4(4): 28-35.
19. Prado L, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. 2014; 36(6): 835-845.
20. Bruzzone P, Ochoa G. Categorización usuaria por riesgo y dependencia, ¿utilidad o rutina? Percepción de enfermería [Tesis de licenciatura]. Chile: Universidad Austral de Chile; 2010.
21. García M, Soto P, Arqués V. Aplicación de la categorización de usuarios en el desarrollo de un modelo de gestión del cuidado de un hospital del sector público. Artículos Misceláneos 2007: 145-151.
22. García M, Castillo L. Categorización de usuarios: una herramienta para evaluar las cargas de trabajo de enfermería. Revista médica de Chile 2000; 128(2).
23. Lorenzo V, López J. Principios físicos en Hemodiálisis. 2019.

24. Consejo de Salubridad General. Tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica. Segundo y tercer nivel de Atención. Guía Práctica Clínica. CENETC. México. 2014.
25. Varela Lema L, Ruano Raviña A. Efectividad y seguridad de las diferentes variantes de hemodiálisis y hemodiafiltración. Santiago de Compostela. Servicio Galego de Saúde, Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, avalia-t; 2005. Serie Avaliación de Tecnoloxías. Informe de avaliación: INF2005/03.
26. Morfi R. Gestión del cuidado en Enfermería. Revista Cubana de Enfermería 2010; 26(1): 1-2.
27. Zarate R. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index de Enfermería 2004; 13(44-45).
28. Hernando A. La gestión del cuidado. Revista Enfermería C y L 2015; 7(2): 61-68.
29. Arechabala-Mantuliz MC, Barrios-Araya SC, Catoni-Salamanca MI, Palma-Castro EE, Ibacache-Celedón Y, Richards J. Validación de un instrumento de medición de cuidados según dependencia y riesgo en pacientes en terapia de hemodiálisis crónica. Aquichan. 2014; 14 (4): 473-484.
30. Prado A, Rocha K, Barrios S, Catoni M, Lore M, De Souza J. Translation and adaptation to Portuguese of the haemodialysis patient assessment tool - CUDYR-DIAL. Rev Gaúcha Enferm. 2016; 37(1): 1-10.

ANEXOS

ANEXO N°01: INSTRUMENTO CUDYR

INSTRUMENTO DE CATEGORIZACIÓN DE USUARIOS POR DEPENDENCIA Y RIESGO DE CUIDADOS PARA CENTROS DE diálisis(CUDYR-DIAL)	
NOMBRE PACIENTE:.....CENTRO DIÁLISIS:.....	
RUT:..... DIAG.	
FECHA DE NACIMIENTO:..... FECHA CATEGORIZACIÓN:.....	
CUIDADOS QUE IDENTIFICAN DEPENDENCIA	
	Puntos
1.-Cuidados en Confort y Bienestar: Cambio de ropa del sillón (sabanilla, frazada, almohada, botines) y/o personal (camisa, pantalón y/o pañales) (ENGLOBALAR EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUIDADO)	
*Usuario requiere estos cuidados básicos durante la sesión de diálisis (Cambio ropa sillón + personal con cambio de pañales)	3
*Usuario requiere estos cuidados básicos durante la sesión de diálisis (Cambio ropa sillón + personal sin cambio pañales)	2
*Usuario requiere estos cuidados básicos durante la sesión de diálisis (Cambio ropa sillón)	1
2.-Cuidados en Movilización y Transporte (levantada, deambulación, cambio posición) (ENGLOBALAR EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUIDADO)	
*Usuario no deambula, es trasladado en camilla hacia la sala y requiere de apoyo total para instalarse en el sillón	3
*Usuario es trasladado desde silla de rueda hacia el sillón con apoyo	2
*Usuario deambula con ayuda y se instala en sillón sin ayuda	1
*Usuario deambula sin ayuda y se moviliza e instala solo en el sillón	0
3.-Cuidados de Alimentación: Oral, Enteral o Parenteral (ENGLOBALAR EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUIDADO)	
*Usuario recibe alimentación y/o hidratación por vía parenteral total/parcial y requiere control de ingesta oral	3
*Usuario recibe alimentación por vía enteral permanente o discontinua	3
*Usuario recibe alimentación por vía oral, con asistencia del personal de enfermería	2
*Usuario se alimenta por vía oral, con ayuda y supervisión	1
*Usuario se alimenta sin ayuda	0
4.-Cuidados de Eliminación: Orina, Deposiciones (ENGLOBALAR EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUIDADO)	
*Usuario elimina a través de sonda foley y ostomía	3
*Usuario elimina por vía natural y requiere uso de pañales, por incontinencia urinaria o fecal	3
*Usuario elimina por vía natural y se le entrega o coloca chata y/o pato	2
*Usuario usa WC con ayuda y supervisión	1
*Usuario usa WC sin ayuda	0
5.-Apoyo Psicosocial y Emocional : a usuario receptivo, angustiado, triste, agresivo, evasivo (ENGLOBALAR EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUIDADO)	
*Usuario recibe más de 30 minutos de apoyo durante turno (conversar, acompañar y escuchar)	3
*Usuario recibe entre 15 y 30 min. de apoyo durante turno (conversar, acompañar y escuchar)	2
*Usuario recibe entre 5 y 14 min. de apoyo durante el turno (conversar, acompañar y escuchar)	1
*Usuario recibe menos de 5 min. de apoyo durante el turno (conversar, acompañar y escuchar)	0
6.- Vigilancia: por alteración conciencia, riesgo caída o riesgo incidente (desplazamiento, retiro de vías, sondas, tubos), limitación física o por edad o de los sentidos (ENGLOBALAR EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUIDADO)	
*Usuario con alteración de conciencia (desorientado, confuso, excitado, agresivo) y/o conducta insegura y/o con tres o más elementos invasivos	3
*Usuario con riesgo de caída o incidentes (limitación física y/o cognoscitiva y/o mayor de 70 años y/o con dos elementos invasivos)	3
*Usuario conciente pero intranquilo y c/riesgo caída o incidente (bajo efecto de fármacos tales como sedantes, antihipertensivos, hipoglicemiantes y con un elemento invasivo)	2
*Usuario conciente pero con inestabilidad de la marcha o no camina por alteración física	1
*Usuario conciente, orientado, autónomo	0
Total puntos de Dependencia (SUMAR SOLO 1 PUNTAJE DE CADA CUIDADO)	

CATEGORIA DEPENDENCIA/RIESGO	
CUIDADOS ESPECIFICOS DE ENFERMERIA QUE IDENTIFICAN RIESGO	Puntos
7.-Medición diaria de Signos Vitales (2 o mas parámetros simultáneos): Presión arterial, temperatura corporal, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, nivel de dolor y otros (ENGLOBALAR EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUIDADO)	
*Ccnrol por 11 veces y más (pre-diálisis / horario / post-diálisis)	3
*Ccnrol por 7 a 10 veces (pre-diálisis / horario / post-diálisis)	2
*Ccnrol por 4 a 6 veces (pre-diálisis / horario / post-diálisis)	1
8-Control de volumen: Control de peso, modificación de programación inicial, medición de ingresos y egresos realizado por profesionales (enfermera, médico, nutricionista) durante la sesión de diálisis (ENGLOBALAR EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUIDADO)	
*Ccnrol de volumen por 6 veces o más (pre-diálisis / durante / post-diálisis)	3
*Ccnrol de volumen por 3 a 5 veces (pre-diálisis / durante / post-diálisis)	2
*Ccnrol de volumen por 2 veces (pre-diálisis y post-diálisis)	1
9.-Cuidados en Oxigenoterapia: Por cánula de traqueostomía, tubo endotraqueal, cámara, halo, máscara, sonda o bigotera (ENGLOBALAR EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUIDADO)	
*Administración de oxígeno por tubo o cánula endotraqueal	3
*Administración de oxígeno por máscara	2
*Administración de oxígeno por canula nasal	1
*Sin oxigenoterapia	0
10.-Manejo de accesos vasculares (FAV, injerto gorotex y catéter venoso transitorio y/o permanente) Complicaciones (hematoma, colapso arterial, coagulación, etc) (ENGLOBALAR EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUIDADO)	
*Ccnexión/ desconexión a cateter disfuncional (colapso rama arterial, fractura de rama cateter y coagulación)	3
*Ccnexión/desconexión a FAV o injerto gorotex con complicaciones (hematoma, colapso rama arterial, ruptura líneas y/o capilar, etc)	3
*Ccnexión/ desconexión a catéter venoso central (transitorio o permanente) sin dificultad	2
*Ccnexión/desconexión a FAV o injerto gorotex sin complicaciones	1
11.-Intervenciones profesionales (Toma de exámenes, procedimientos invasivos tales como instalación de vía venosa periférica , retiro de cateter venoso central, etc. La conexión y desconexión al monitor se consideran por separado. No contempla manejo de acceso diálítico (ENGLOBALAR EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUIDADO)	
*Uno o más procedimientos invasivos, realizados por médico durante el turno de diálisis (sutura fijación catéter o retiro de catéter)	3
*Tres o más procedimientos invasivos, realizados por enfermera durante el turno de diálisis	3
*Dos procedimientos invasivos, realizados por enfermeras durante el turno de diálisis	2
* Un procedimiento invasivo, realizados por enfermeras en durante el turno de diálisis	1
12-Cuidados de Piel y Curaciones: Prevención de lesiones de la piel y curaciones o refuerzo de apósitos para FAV y catéter (ENGLOBALAR EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUIDADO)	
*Curación con técnica compleja (pie diabético, heridas crónicas)	3

*Curación de catéter venoso central transitorio o permanente o cubrir con gasa o aposito estéril sitio de punción por una o más veces con técnica estéril	3
*Curación de acceso vasculares o cubrir con gasa o aposito estéril sitio de punción, tres o más veces durante la diálisis, sin complejidad de la técnica empleada	2
*Curación o cubrir con gasa o aposito estéril sitio de punción una o dos veces durante la diálisis, sin complejidad de la técnica empleada	1
13.-Administración de Tratamiento Farmacológico: Por vía inyectable EV, inyectable no EV, y por otras vías tales como oral, ocular, aérea, etc (ENGLÖBAR EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUIDADO)	
*Tratamiento con tres o mas fármacos inyectable por vía endovenoso durante la sesión de diálisis (Heparina, Fierro y Antibióticos)	3
*Tratamiento de dos fármacos por vía endovenoso durante la sesión de diálisis (Heparina, Fierro)	3
*Tratamiento con un fármaco por vía endovenoso (Heparina) y cuatro o más fármacos por otras vías (SC, oral, aerea, ocular) durante la sesión de diálisis	3
*Tratamiento con un fármaco por vía endovenosa (Heparina) y dos o tres fármacos administrados por otras vías (SC, oral, aerea, ocular) durante la sesión de diálisis	2
*Tratamiento con un fármaco por vía endovenosa (Heparina) y un fármaco administrado por otras vías (SC, oral, aerea, ocular) durante la sesión de diálisis	1
*Tratamiento con un fármaco administrado por vía endovenosa (Heparina) durante la sesión de diálisis	1
14.-Presencia de Elementos Invasivos: Catéteres y vías vasculares centrales y/o periféricas. Manejo de sondas urinarias y digestivas a permanencia. (ENGLÖBAR EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUIDADO)	
*Con una vía venosa central y una o más vías venosas perisféricas (trocar A-V), y otro elemento invasivo (sondas, drenajes, otros)	3
*Con una vía venosa central y/o una o más vías venosas periféricas de alto lumen (trocar A o V)	3
*Con dos vías venosas periféricas de alto lumen (trocar A-V)	2
* Con una o más vías venosa periféricas de bajo lumen (mariposa, teflón)	1
Total puntos de Riesgo (SUMAR SOLO 1 PUNTAJE DE CADA CUIDADO)	
CATEGORIA DEPENDENCIA/RIESGO	

ANEXO N°02: CATEGORIZACIÓN SEGÚN DEPENDENCIA – RIESGO

	A	B	C	D
1	Max Riesgo Dep Total	Alto Riesgo Dep Total	Med Riesgo Dep Total	Bajo Riesgo Dep Total
2	Max Riesgo Dep Parcial	Alto Riesgo Dep Parcial	Med Riesgo Dep Parcial	Bajo Riesgo Dep Parcial
3	Max Riesgo Aut Parcial	Alto Riesgo Aut Parcial	Med Riesgo Aut Parcial	Bajo Riesgo Aut Parcial

ESCALA DE DEPENDENCIA
 Dependencia total: 13 a 18
 Dependencia parcial: 7 a 12
 Autosuficiencia parcial: 0 a 6

ESCALA DE RIESGO
 Máximo riesgo: 19 a 24
 Alto riesgo: 12 a 18
 Mediano riesgo: 6 a 11
 Bajo riesgo: 0 a 5

ANEXO N°03: IMÁGENES DEL SERVICIO DE HEMODIALISIS DEL CENTRO NACIONAL DE SALUD RENAL –ESSALUD







