

ÍNDICE

EDITORIAL	2
SISTEMA INMUNOLÓGICO EN EL PACIENTE EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS (SEGUNDA PARTE)	3
TRASPLANTE RENAL	9
ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIAS	16
ESTRÉS Y BURNOUT	23
OBJETIVOS Y ESTATUTOS DE SENFERDIALT	29
NOTICIAS	38
CORRESPONDENCIA	41
CARTA SENFERDIALT	43
INSTRUCCIONES PARA AUTORES	44

REVISTA DE LA SOCIEDAD CHILENA DE ENFERMERÍA EN DIÁLISIS Y TRASPLANTE RENAL

La Revista de la Sociedad Chilena de Enfermería en Diálisis y Trasplante Renal, es una publicación semestral, de carácter científico, que tiene por objeto promover el desarrollo de la enfermería nefrológica, publicando investigaciones, revisiones bibliográficas y otros temas de interés para esta especialidad. La Revista es distribuida en forma gratuita a los socios activos de SENFERDIALT.

Directora:

Jéssica Azcárraga Gatica. Vicepresidenta SENFERDIALT.
Enfermera Diálisis PUC <jessiazcarraga@yahoo.es >

Esterbina Olivares: Presidenta SENFERDIALT. Enfermera
Diálisis Indisa <eolivares@yahoo.com>

Comité Editorial:

María Cecilia Arechabala M. Profesor Adjunto Escuela de
Enfermería PUC <marechab@puc.cl>

Eugenia Eliana Palma C. Miembro Comité Científico
SENFERDIALT. Enfermera Coordinadora Diálisis PUC
<epalma@med.puc.cl>

Silvia Barrios Araya: Tesorera SENFERDIALT. Profesor Auxiliar
Asociado Escuela de Enfermería PUC <sbarrios@puc.cl>

Carmen Pinto Lara. Enfermera especialista en Enfermería
Nefrourológica <pintocarmen@hotmail.com>

María Isabel Catoni: Directora Comité Científico
SENFERDIALT. Directora de Pre grado PUC
<mcatoni@puc.cl>

Maria Cristina Rodríguez Zamora. Profesor asociado de la
Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM. Responsable
académica del Diplomado de Enfermería Nefrológica con
Especialidad en hemodiálisis. Responsable de la Línea
de Investigación en enfermería Nefrológica. México.
<cristy@servidor.unam.mx>

Anna Marti i Monros: EDTNA/ERCA Publication Chair
Enfermera Jefe Depto. Nefrología Consorcio HGU Valencia
España <106111.2270@compuserve.com>

En internet: www.senferdialt.cl

Edición y diseño: Conexiones Ltda. 3354175

Impresión: Printer impresores

Santiago, Chile. 2006.

EDITORIAL

A casi un año (2 septiembre 2005) de las primeras Jornadas en terapias complementarias para enfermeras de diálisis del país, quisiera reflexionar con ustedes, como enfermera fundadora de nuestra Sociedad:

Engrandece mi alma recordar, cómo un grupo pequeño de enfermeras por allá por los años 75-76 decidimos unirnos para sentar las bases de nuestro quehacer diario y formar nuestra Sociedad. Encuentros semanales en la Calle Miraflores (colegio de Enfermeras), nos permitieron crear fuertes lazos de amistad, depositando así toda nuestra energía de amor en este naciente proyecto, lo que nos dio la posibilidad de crear un maravilloso puerto seguro, ya que nuestra Sociedad ha persistido en el tiempo, gracias a la continuación de esta energía amorosa de muchas enfermeras que han continuado con ahínco, perseverancia y entusiasmo, a pesar de los tiempos difíciles que nos toca vivir, ya que el mundo de hoy es tan materialista y consumista. Les quiero hacer un llamado de atención, el avance científico y técnico, nos ha llevado a volar por los cielos, pero ¿qué pasa con el hombre en sí? Ese hombre integral con cuerpo, alma y espíritu, (concepto holístico) ¿por qué tanta soledad, tanta angustia?

Yo quiero invitarlas hoy a recuperar ese amor primero, de encuentros, de comunicación, de volver a nuestras raíces, tantas tradiciones antiguas que dejamos de lado por tantos años, tradiciones que nos llevan a la tierra misma, de donde venimos, a oler, tocar, abrazarnos como seres humanos nuevamente para un bien común, nuestra misión: nuestros enfermos, ofrecerles una disminución de sus dolores mas allá de la tecnología moderna de las máquinas, filtros, etc.

Mis queridas colegas y amigas, abramos nuestros corazones a la medicina complementaria (Reiki, Yoga, Aromaterapia, reflexología, Flores etc.) como un apoyo a nuestra medicina tradicional, seamos también las pioneras de esta materia en esta sociedad, para lograr una vida en plenitud, tanto para nuestros enfermos como para nosotras(os) mismas(os).

¡Qué bien nos haría! Recuperar esa actitud de entrega, ese cariño puesto en el trabajo realizado diariamente, el esfuerzo puesto día a día por sacar un enfermo adelante, esa mística de nuestra vocación cumplida, que se ha perdido por la loca carrera del consumismo.

Me parece importante preguntarnos cada una(o) de nosotras(os) ¿Qué estoy haciendo yo por generar un cambio, por recuperar algo de esa mística perdida, mas allá de vivir en el hoy, pensando siempre cuánto sacaré de sueldo a fin de mes, contando las horas para que se acabe el turno, sin que esté yo como persona “en el aquí y en el ahora”? Entonces el enfermo se transforma sólo en un medio para ganar el sustento, y por lo tanto, la presencia del paciente como persona también se pierde.

Ustedes no se imaginan la cantidad de veces que mi pensamiento y mi corazón vuelan a esos primeros años en que compartimos 8 a 10 enfermeras cada una como un todo luchando con alegría y amor, hoy sólo me queda decirles que las quiero mucho y que los lazos que formamos en ese entonces jamás se disolverán, y aunque no las veo constantemente las recuerdo a cada una intensamente y sé con certeza que esta Sociedad que comenzó con mucha Energía y Amor siempre persistirá en el tiempo.

Con mucho cariño María Eugenia Oyarzún O.
Socia Fundadora de SENFENDIALT.

Sistema Inmunológico en el Paciente en Tratamiento de Hemodiálisis (segunda parte).

Jara PI1 y Fierro JA.2

Los estudios de sobrevida de la población de pacientes en tratamiento de diálisis permiten obtener cuatro conclusiones que conviene destacar:

- La sobrevida de los pacientes en tratamiento de diálisis es menor que la población sana.
- Esta elevada mortalidad se relaciona a una elevada prevalencia de enfermedad cardiovascular aterosclerótica.
- Los pacientes portadores de insuficiencia renal crónica (con o sin diálisis) tienen un estado de inflamación crónico.
- Existen importantes indicios que la enfermedad vascular aterosclerótica tiene una relación causal con este estado inflamatorio.

De lo señalado se desprende que el estudio e identificación de las causas del estado inflamatorio de los pacientes en diálisis constituye uno de los principales

objetivos de la investigación en este campo. Actualmente se acepta que el concepto de inflamación crónica está influenciado por varias causas, algunas de ellas señaladas en la figura 1, y se refleja por la elevación de la proteína C reactiva (PCR). La inflamación a su vez se traduce en enfermedad aterosclerótica cardiovascular e infecciones. Estas son las dos primeras causas de mortalidad de los pacientes en tratamiento de diálisis.

El sistema inmunológico, previamente abordado en esta misma revista (1), comprende factores solubles y tipos celulares que juegan un rol fundamental en la inflamación, cualquiera sea su origen.

Esta revisión se centra en los factores proinflamatorios directamente relacionados con el tratamiento de hemodiálisis.

Varios factores contribuyen al estado de inflamación crónico de los pacientes en tratamiento de diálisis (Figura 1).

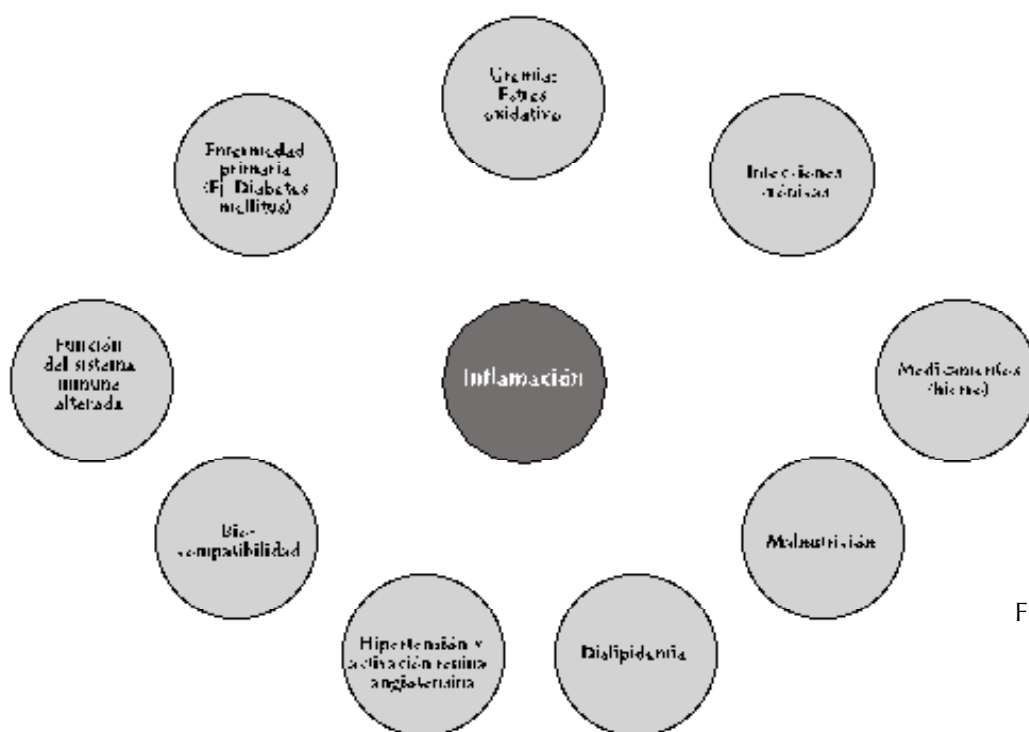


Figura 1.-

Para Correspondencia

- 1.- Magíster en Biología Celular y Médico Residente de Hemodiálisis de Clínica Indisa y P. Universidad Católica de Chile.
- 2.- Nefrólogo de Clínica Las Condes y Clínica Indisa

La uremia, la presencia de endotoxinas, el estrés hemodinámico de la sangre y el contacto de esta con los polímeros de los filtros de diálisis durante el procedimiento de hemodiálisis (HD), son buenos estímulos para la activación de complemento, calicreinas, células del sistema inmunológico, coagulación y fibrinólisis. Dicha estimulación provoca normalmente la síntesis y liberación de mediadores inflamatorios por parte de los leucocitos.

La coagulación, el complemento y las células del sistema inmune son sistemas que presentan un alto grado de interacción. Las endotoxinas, como agentes contaminantes del líquido de diálisis, una vez en contacto con la sangre activan la coagulación, el sistema de complemento, las cininas y la fibrinólisis. En presencia de endotoxinas se produce la degranulación y agregación plaquetarias, aumenta la adherencia granulocitaria y la capacidad bactericida, los monocitos se activan, secretan citoquinas y metabolitos del ácido araquidónico y las células endoteliales aumentan su adhesividad a los leucocitos circulantes (2).

A finales de los años 70 se dio a conocer por primera vez la interacción entre la membrana de diálisis y las células del sistema inmune, al describirse la leucopenia transitoria de la hemodiálisis y su relación con la activación del complemento (3). En la década del 80 el estudio se extendió y se descubrieron reacciones

inflamatorias mediadas por citoquinas, sintetizadas a su vez por células mononucleares durante la diálisis (4).

Efecto de las membranas de diálisis sobre factores solubles de la sangre.

En 1978, Craddock y cols. describieron que la intensa leucopenia transitoria observada en los primeros minutos de diálisis con membrana de cuprofan se correlacionaba con la activación de la vía alternativa del complemento (3) (Figura 2). La leucopenia y la activación del complemento se originan cuando proteínas derivadas del sistema de complemento (especialmente C3b) se unen en forma covalente a la superficie de la membrana de diálisis, activándose la vía alternativa y liberando compuestos como C3a y C5a (anafilotoxinas) y C3b, C3b y C5-C9. Estas moléculas ejercen efectos directos e indirectos sobre las células del sistema inmune promoviendo la síntesis y liberación de variadas citoquinas implicadas en aumentar la permeabilidad vascular, incremento de la adhesividad y quimiotaxis de leucocitos. Una de sus consecuencias es la activación de neutrófilos y monocitos. Estos, una vez activados aumentan su adherencia al endotelio especialmente en capilares pulmonares. Ello explica el descenso transitorio de leucocitos que se observa luego de la conexión a diálisis con filtros como el cuprofan.

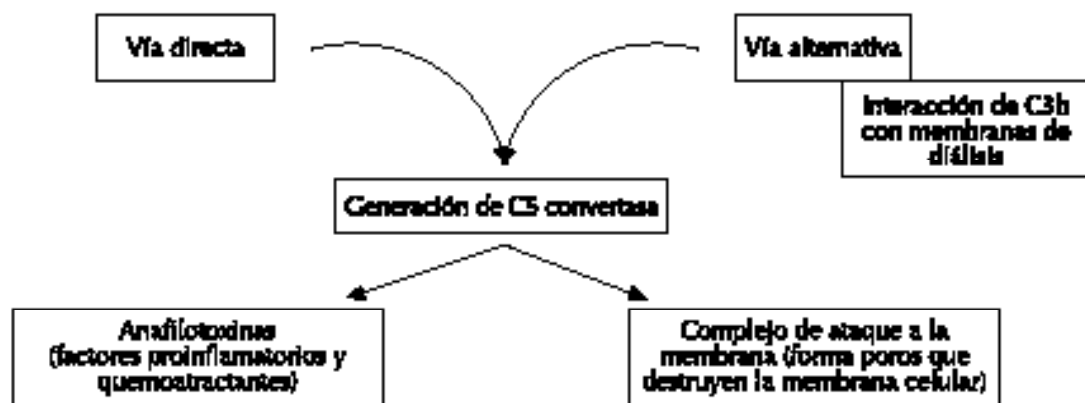


Figura 2: El factor C3b se une a membranas bioincompatibles lo que activa una cadena de factores del complemento. Los efectos finales son la generación de factores proinflamatorios que activan a su vez otras células del sistema inmune y la formación del complejo de ataque a la membrana que produce poros en la membrana celular de microorganismos.

La activación del complemento es máxima a los 15 minutos de iniciada la sesión de diálisis y decae progresivamente. Esto ocurre por el depósito de fibrina y otras proteínas inespecíficas sobre la membrana, que impiden o dificultan la activación del complemento. Esto explica la disminución en la generación de anafilotoxinas con un dializador reutilizado (5).

El contacto de la sangre con la membrana de diálisis produce también una rápida adsorción (adherencia) de proteínas plasmáticas en la superficie de la membrana (6). Entre estas proteínas se encuentran la albúmina, fibrinogeno, IgG, cininógeno de alto peso molecular (CAPM) y el factor de Hageman (factor XII) (6). Al unirse a la membrana, el factor XII sufre un cambio conformacional, interactuando con el CAPM y la precaliceína,

formando caliceína. Esta caliceína es un potente vasodilatador, que actúa sobre el CAPM e induce la formación de bradicinina. Además el factor XII activado ejerce un efecto proteolítico sobre el factor XI, activándolo y gatillando la vía intrínseca de la coagulación con el resultado de trombosis. Las membranas de diálisis cargadas negativamente inducen de forma preferente la activación del factor XII y la generación de caliceína y bradicinina a partir del CAPM. Los efectos vasoactivos de la bradicinina son responsables de las reacciones anafilatoideas observadas en algunos pacientes por el uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), que evita la degradación de la bradicinina alargando su vida media y alcanzando altas concentraciones plasmáticas (7).

La tabla 1 señala las diferencias observadas en diferentes membranas de diálisis (8).

Membrana	Electro negatividad: potencial Zeta (mV)	Kalikeína en plasma (U/L)	Generación de bradicininas (fmol/ml)
AN69	-70±5	60±15	32 100 (26 500–41 200)
PANDX	-60±4	80±20	8983 (22 600–36 150)
PMMA	-25±2	10±5	130 (50–250)
CT	-20±2	<5	65 (25–100)
CUP	-10±1	<5	78 (25–50)
PS	-51±4	<5	62 (25–120)

Tabla 1: Las membranas de diálisis tienen diferentes efectos en la producción de kalikeínas y bradicininas. Las membranas que producen menos alteraciones biológicas son más biocompatibles (8).

Membranas: polyacrylonitrile AN69 (Hospal); PANDX: polyacrylonitrile (Asahi); PMMA: polymethylmetacrylate (Toray); CT, cellulose triacetate (Baxter); CUP, cuprophane (Akzo); PS, polysulfone (Fresenius); AN69-ST, AN69-PEI (Hospal).

Las membranas de diálisis y sus efectos sobre la membrana plasmática de células circulantes en la sangre

La activación leucocitaria es multifactorial pues también ocurre en ausencia de complemento, indicando una interacción directa entre la superficie y la membrana celular (7). Dicha activación se traduce en la síntesis de moléculas de adhesión responsables de la interacción de los leucocitos con el endotelio. Esta interacción leucocito-endotelio puede culminar con

la adhesión transitoria o definitiva de los leucocitos e iniciar el mecanismo de trans migración. Se ha descrito el aumento de moléculas de adhesión del tipo Mac-1 (CD11b – CD18), CD13 y CD45RA durante la diálisis con membranas bioincompatibles y una disminución de la LAM-1 (9), coincidiendo con la máxima neutropenia. El incremento de la adhesividad leucocitaria explica su marginación de la sangre circulante y el secuestro de estas células en el endotelio de los capilares pulmona-

res. La neutropenia en la hemodiálisis aparece a los 5 minutos, es máxima a los 15-20 minutos y revierte a los 60 minutos de iniciada la sesión. Se ha propuesto a la IL-8 como el factor regulador de la migración de los neutrófilos, modificando la translocación de Mac-1 a la superficie celular, lo que coincide con la neutropenia inducida por la hemodiálisis (9).

Rol de las citoquinas en el proceso de hemodiálisis

Los monocitos son una de las células del sistema inmune más estudiadas en el ámbito de la biocompatibilidad. Durante la HD los monocitos se activan y producen las citoquinas IL-1, IL-2, IL-6, IL-8 y TNF-alfa (factor de necrosis tumoral) (9). Estas citoquinas son moléculas con una potente actividad pro-inflamatoria, catabólica e inmunoreguladora. La IL-1 tiene un papel relevante en la hemodiálisis produciendo fiebre, cefalea, hipotensión, astenia y anorexia, incrementa la proteólisis muscular y facilita la arteriosclerosis al inhibir la proteína lipasa. Las membranas de cuprofan (a diferencia

de las membranas de polisulfona o PAN) activan a los monocitos e inducen la producción de IL-1 y TNF alfa. Adicionalmente, tanto el complemento activado como las endotoxinas son potentes estimuladores de la síntesis de IL-1 y TNF alfa.

Estas citoquinas proinflamatorias tienen varios efectos. Uno de ellos es favorecer la presentación de antígenos propios o extraños en las membranas celulares (Figura 3). Esta presentación tiene lugar en moléculas del complejo mayor de compatibilidad (MHC). Las moléculas MHC de clase I tienen como parte de su estructura la proteína $\beta 2$ microglobulina. La activación crónica del sistema inmune tiene como consecuencia una sobreproducción de esta molécula. $\beta 2$ microglobulina es responsable de la amiloidosis asociada a la diálisis (10). Por otro lado, la liberación de elastasa y radicales libres de oxígeno por los leucocitos activados favorecen la polimerización y el depósito de $\beta 2$ microglobulina en forma de fibrilla amiloide.

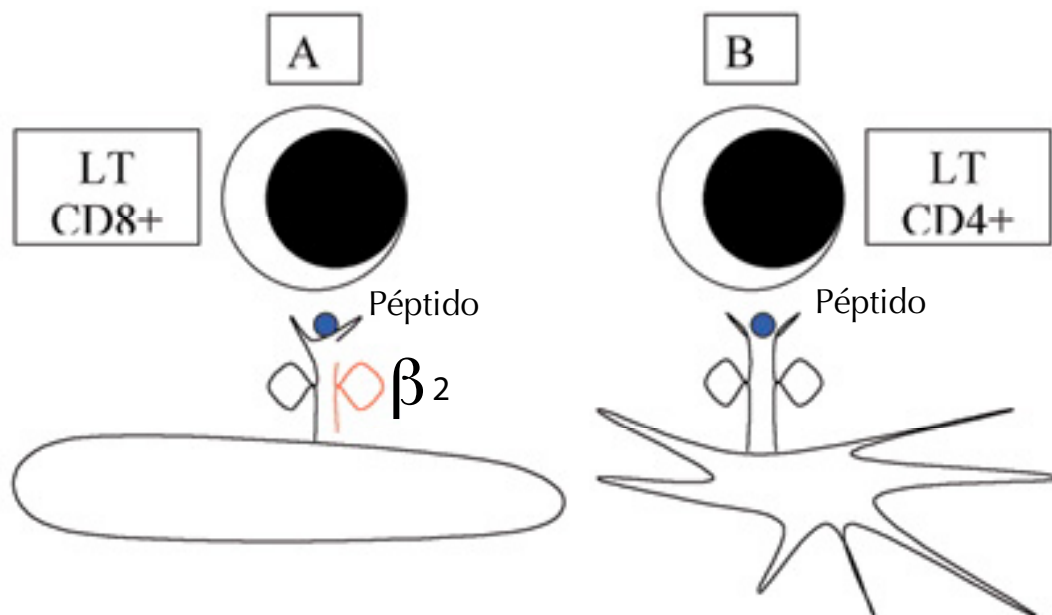


Figura 3.

A: Una célula por ejemplo endotelial presentando un péptido en una molécula MHC de clase I. Nótese la $\beta 2$ microglobulina. El péptido está siendo presentado a un linfocito T CD8+ (citotóxico).

B: Una célula presentadora profesional por ejemplo un monocito o una célula dendrítica presentando un péptido a un linfocito T CD4+ (helper o de ayuda).

Los mecanismos de activación y presentación antigénica son estimulados por citoquinas como IL-1 y TNF.

Recientemente se han descrito nuevos fenómenos relacionados con la activación anormal de los monocitos por las membranas de hemodiálisis. Uno de ellos es la activación de la muerte celular programada, apoptosis. Esta se inicia al entrar en contacto con la superficie de la membrana de cuprofan con moléculas de adhesión del monocito CD11b, CD18 y CD64. También se ha visto que la apoptosis podría estar mediada por anticuerpos dependientes de la activación de la vía clásica del complemento a través de la movilización de las vías dependiente e independiente de la caspasa (11). Este mecanismo de apoptosis se inhibe si previamente se incorpora una capa de albúmina sobre la superficie de la membrana de diálisis, lo que indica la existencia de estructuras químicas en la membrana que se comportan como ligandos específicos para estas moléculas de adhesión CD11b, CD18 y CD64 (12).

También se ha observado que los polimorfonucleares (PMN) de pacientes urémicos poseen una capacidad reducida para producir superóxido en respuesta a un estímulo así como se encuentran alteradas las funciones de fagocitosis, quimiotaxis y degranulación (13).

Alteración de la inmunidad celular en pacientes en hemodiálisis

La uremia también es responsable de una elevada tasa de apoptosis en linfocitos Th1 lo cual se explica por la alta tasa de expresión de Fas y baja expresión de Bcl-2 respecto de los linfocitos Th2. Este desbalance entre linfocitos Th1/Th2 puede contribuir o explicar la alteración en la inmunidad celular que presentan los pacientes con enfermedad renal avanzada (14). Recientemente se ha encontrado una asociación entre el deterioro

progresivo de la función renal, pérdida de linfocitos T "naive" y células CD4+ de memoria e incremento de células T CD8+ de memoria que carecen de CD45RO y CCR7. También se ha observado una disminución de la concentración de IL-7 pero no de IL-15 en pacientes con insuficiencia renal crónica al ser comparados con sujetos sanos (15).

Otro de los mecanismos que se asocia con la alteración de la inmunidad celular y la función de algunas poblaciones de linfocitos en pacientes en hemodiálisis es el incremento de la parathormona. (16).

En cuanto a las plaquetas, estas se activan durante la circulación extracorpórea y se agregan y depositan sobre la superficie de la membrana de diálisis. Como consecuencia de la activación plaquetaria se produce la activación directa de la coagulación y la expresión en la superficie de las plaquetas de moléculas de adhesión específica (anti CD41 y P-selectinas) que inducen la agregación y el depósito de microagregados de las plaquetas junto con los neutrófilos y los monocitos en la superficie del dializador (17).

La proteína C reactiva (PCR) por último, constituye un indicador importante de inflamación que muestra una buena correlación con mortalidad cardiovascular en pacientes con y sin enfermedad renal. La PCR se eleva por la acción de citoquinas especialmente IL-6 y se adhiere a superficies dañadas como un infarto miocárdico activando el sistema de complemento. La PCR se encuentra elevada en pacientes portadores de insuficiencia renal antes de iniciar tratamiento de diálisis y su elevación aumenta con este tratamiento. Por tratarse no solamente de un indicador su inhibición constituye un tratamiento promisorio en el futuro (18).

Bibliografía.

1. Jara PI y Fierro A. El sistema inmunológico en el paciente en tratamiento de hemodiálisis crónica (primera parte). *Revista de la Sociedad Chilena de Enfermería en diálisis y trasplante renal*. 2005; Vol. 3: 1-10.
2. Colton CK, Lysaght MJ. Membranes for hemodialysis. En: *Replacement of renal function by dialysis*, Jacobs C, Kjellstrand C, Koch K, Winchester J. (eds). 4a ed. Kluwer Academic Publishers: 103-113.
3. Craddock PR, Fehr J, Brigham KL, Kronenberg RS, Jacob HS. Complement and leukocyte-mediated pulmonary dysfunction in hemodialysis. *N. Engl J Med* 1977; 296: 769-774
4. Henderson LW, Koch KM, Dinarello CA, Shaldon S. Hemodialysis hypotension: the interleukin hypothesis. *Blood purify*. 1983; 1: 3-8
5. Muzler SR, Brash JL. Identification of plasma proteins adsorbed to hemodialysers during clinical use. *J Biomed Mater Res* 1989; 23: 1483- 1504
6. Hakim RM, Fearon DT, Lazarus JM. Biocompatibility of dialysis membranes: effects on chronic complement activation. *Kidney Int* 1984; 26: 194-200
7. Alvarez-Lara MA, Martín Malo A, Espinosa M, Castillo D, Aljama P. ACE inhibitors and anaphylactoid reaction to high flux membrane dialysis. *Lancet* 1991; 337: 370
8. Renaux JL, Thomas M, Crost T, Loughraieb N, Vantard G. Activation of the kallikrein-kinin system in hemodialysis: role of membrane electronegativity, blood dilution and pH. *Kidney Int* 1999; 55: 1097-1103.
9. Dinarello DA. Cytokines: agents provocateurs in hemodiálisis?. *Kidney Int* 1992; 41: 683-694
10. Saito A. 2-microglobulin amyloidosis. *Nephrol Dial Transplant* 1994; 9 (suppl 2); 116-119
11. Koller H, Hochegger K, Zlabinger GJ, Lhotta K, Mayer G, Rosenkranz AR. Apoptosis of human polymorphonuclear neutrophils accelerated by dialysis membranes via the activation of the complement system. *Nephrol Dial Transplant*. 2004; 19(12): 3104-11
12. Carracedo J, Ramirez R, Rodríguez-Benot A, Martín-Malo A, Rodríguez M, Aljama P. La membrana de cuprofan induce apoptosis a través de moléculas de adhesión específicas. *Nefrología* 1997; suppl 2: 48 (abstract).
13. Sardenberg C, Suassuna P, Andreoli MC, Watanabe R, Dalboni MA, Manfredi SR, dos Santos OP, Kallas EG, Draibe SA, Cendoroglo M. Effects of uraemia and dialysis modality on polymorphonuclear cell apoptosis and function. *Nephrol Dial Transplant* 2006; 21 (1): 160-165. Epub 2005 Sep 9.
14. Alvarez-Lara MA, Carracedo J, Ramirez R, Martín-Malo A, Rodríguez M, Madueno JA, Aljama P. The imbalance in the ratio of Th1 and Th2 helper lymphocytes in uraemia is mediated by an increased apoptosis of Th1 subset. *Nephrol Dial Transplant* 2004 Dec; 19 (12): 3084-3090
15. Litjens NH, van Druningen CJ, Betjes MG. Progressive loss of renal function is associated with activation and depletion of naive T lymphocytes. *Clin Immunol* 2006 Jan; 118 (1): 83-91. Epub 2005 Oct
16. Griveas I, Visvardis G, Papadopoulou D, Mitsopoulos E, Kyriklidou P, Manou E, Meimaridou D, Ginikopoulou E, Sakellariou G, Fleva A, Zilidou R, Paulitou A. Cellular immunity and levels of parathyroid hormone in uremic patients receiving hemodialysis. *Ren Fail* 2005; 27 (3): 275-278
17. Gawaz MP, Mujais SK, Schmidt B, Gurland HJ. Platelet-leukocyte aggregation during hemodialysis. *Kidney Int* 1994; 46: 489-495
18. Pepys MB, Hirschfield GM, Tennent GA, Gallimore JR, Kahan MC, Bellotti V, Hawkins PN, Myers RM, Smith MD, Polara A, Cobb AJ, Ley SV, Aquilina JA, Robinson CV, Sharif I, Gray GA, Sabin CA, Jenvey MC, Kolstoe SE, Thompson D, Wood SP. Targeting C- reactive protein for the treatment of cardiovascular disease. *Nature* 2006 Apr 27; 440 (7088): 1217-21.

Trasplante Renal

Sandra Vilches Jofré (1)

I.- Introducción:

Los avances en el área médico – quirúrgica y farmacológica, nos dan la oportunidad de proporcionar tratamientos de mantención para los pacientes que padecen enfermedades crónicas.

Dentro de estas oportunidades de tratamiento se encuentra el trasplante de órganos, técnica quirúrgica, que ya no es un procedimiento experimental, sino un tratamiento y una alternativa de mejor calidad de vida en salud, para aquellos pacientes que padecen una insuficiencia renal crónica terminal.

Existen 10.963 pacientes insuficientes renales terminales en nuestro país y aproximadamente el 10% de ellos en espera de un trasplante renal.(1) Durante el año 2005, se realizaron 231 trasplantes renales.(2) Aproximadamente el 25% de los pacientes que esperaban, pudieron recibir un riñón, cifra distante de las necesidades de nuestro país.

El presente artículo tiene como objetivo explicar el proceso, por el cual debe pasar el paciente que ingresa al Programa de Trasplante Renal y el rol de enfermería en las diferentes etapas.

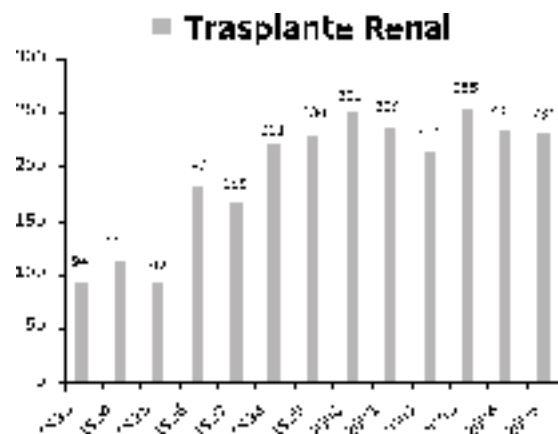
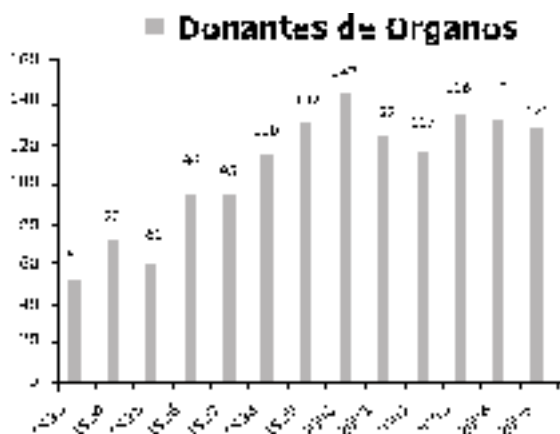
II.- Donación de órganos:

La Insuficiencia renal crónica terminal, es uno de los problemas de salud incorporado a la ley 19966 que “establece un régimen de garantía en salud”, la cual

entró en vigencia el 1° de julio del 2005, en ella se garantiza la oportunidad a la población afectada, el trasplante renal, con criterios de inclusión, según disponibilidad de órganos

Si bien el trasplante está garantizado, enfrentamos la falta de donantes. Muchos factores influyen en el momento de donar: falta de información sobre la donación, negativa familiar, contraindicaciones médicas, problemas culturales, etc.

Según los análisis realizados a nivel Ministerial y de la Corporación de Trasplantes, la causa principal de esta falta de donantes estaría dada por, la no pesquisa de la totalidad de los donantes, debido a que no se ha profesionalizado el rol del enfermero(a) de procuramiento. Nuestro país actualmente cuenta con una tasa de donación de 8.3 donantes por millón de habitantes (2) y su tasa ideal es de 20 donantes por millón de habitantes. En el año 2005, el Ministerio de Salud, creó 5 cargos para enfermero(a) de procuramiento de órganos. Con una proyección de 3 cargos más para el año 2006, para así poder cubrir todos aquellos centros que tienen donantes y no son pesquisados oportunamente. Con esto, se pretende aumentar nuestra tasa de donación y así aumentar el número de trasplantes de riñón y disminuir el tiempo de espera, que en nuestro país es de aproximadamente más de 2 años.



(1) Enfermera Coordinadora de Procuramiento y Trasplante
Hospital Clínico Universidad Católica
Diploma de Gestión en Instituciones de Salud.
Curso Superior de Coordinación en Trasplantes (Barcelona- España)

Corporación del Trasplante:

En 1990, nace la Corporación para el Fomento del Trasplante. Esta entidad sin fines de lucro es reconocida por el Ministerio de Salud y validada en materia de procuramiento de órganos y tejidos para trasplantes e injertos.

Los objetivos de esta Corporación son:

- Promover la donación de órganos y tejidos a través de actividades de difusión, educación y sensibilización.
- Coordinar la procuración y obtención de órganos y tejidos para que sean trasplantados a aquellos que lo necesitan.
- Aumentar la donación y los trasplantes de órganos y tejidos.
- La formación de profesionales de la salud que se dediquen a esta actividad, como forma de dar una mayor transparencia y profesionalismo al proceso.

El respaldo legal para la actividad de procuramiento y donación de órganos lo obtenemos de la Ley N° 19451 publicada el 10 de abril de 1996, con su reglamento complementario N° 656 los cuales fueron promulgados bajo el gobierno del Presidente Eduardo Frei. De sus artículos más relevantes podemos destacar:

- Los Hospitales y Clínicas donde se efectúe procuramiento y trasplante deben estar acreditados por el Servicio de Salud.
- Establece la obligatoriedad a las unidades generadoras (UCI- urgencias) de comunicar la existencia de pacientes en muerte encefálica.
- Los trasplantes de órganos se realizan con fines terapéuticos.
- Los gastos del procuramiento son imputables al receptor.
- Muerte encefálica se homologa a concepto de muerte tradicional y su certificación debe ser efectuada por 2 médicos, uno de ellos del campo de la neurología.
- El E.E.G sólo es necesario en menores de 15 años.
- Existen sanciones cuando se facilita o proporciona un órgano con fines de lucro.

III.- Evaluación Pre- Trasplante e Ingreso a Lista de Espera.

Criterios de Inclusión:

Todo paciente, adulto o niño, con Diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica Terminal, que cumpla con los

criterios, debe iniciar su estudio pre trasplante, ya sea para obtener un riñón proveniente de un donante vivo (familiar consanguíneo) o inscribirse en la lista de espera de un riñón proveniente de un donante cadáver.

Contraindicaciones Absolutas:

- Cáncer.
- Infecciones sistémicas activas.
- Enfermedades Inmunológicas Activas.
- Enfermedades con expectativa de vida menor a 2 años.

Contraindicaciones Relativas:

- Edad mayor a 75 años.
- Mala adherencia al tratamiento.
- Antecedentes de alcoholismo o drogadicción.

El estudio Pre- Trasplante consiste en:

1.- Evaluación médica. Esto implica historia clínica, examen físico y evaluación por diferentes especialidades como odontología, otorrinolaringología, oftalmología, cardiología, gastroenterología, urología, psiquiatría

2.- Exámenes de laboratorio:

Químicos: hemograma, perfil bioquímico, pruebas hepáticas, perfil lipídico,

Infecciosos: Serología para HIV, Hepatitis B y C, IgG Epstein Barr, IgG Varicela, IgG Sarampión, IgG Toxoplasma, Chagas, VDRL.

Compatibilidad: Grupo sanguíneo, HLA AB Y DR y P.R.A, Cross match.

Esta evaluación médica y de exámenes de laboratorio tienen como objetivo determinar las condiciones de salud en las que se encuentra el paciente y así disminuir las posibles complicaciones derivadas de la cirugía, de la implantación del injerto y de la instauración de un tratamiento inmunosupresor.

3.- Debe tener su situación administrativa resuelta. Esto se refiere a tener toda la documentación al día, ya sea Isapre (GES- CAES) o Fonasa.

4.- Contar con apoyo familiar y / o grupos de apoyo. La adherencia al tratamiento es un pilar importante en la evolución del trasplante, tanto de la supervivencia del injerto como del paciente; no debemos olvidar que es un tratamiento de por vida y de un alto costo.

Ingreso a Lista de Espera:

Una vez realizados los exámenes de histocompatibilidad en el Instituto de Salud Pública, el paciente es inscrito en lista de espera, y a partir de este momento debe comenzar a enviar, mensualmente una muestra de sangre sin anticoagulante, (SEROTECA) la cual será guardada en el I.S.P. (Instituto de Salud Pública) para realizar los exámenes de cross match receptor- donante, previo a la asignación del riñón.

Anualmente, el I.S.P. asigna la fecha mensual de recepción de serotecas, para cada centro.

El paciente activo en lista de espera, tiene la responsabilidad de dar aviso de cualquier cambio en su estado de salud, cambio de domicilio y de teléfonos. También es muy importante avisar si ha sido transfundido, ya que existe la posibilidad de sensibilizarse.

El estudio pre trasplante se debe actualizar periódicamente, para mantener al día la información y así evitar complicaciones posibles de prever

El Instituto de Salud Pública es el organismo acreditado por el Ministerio de Salud, que da transparencia al proceso de selección del receptor, mantiene una lista única nacional, para receptores de trasplante renal, mediante una base de datos computacional.

Cuando se presenta la posibilidad de tener un donante vivo, el donante debe ser pariente consanguíneo o relacionado (esposa- esposo), este también debe someterse a evaluación minuciosa de su estado de salud, en especial estudio de función renal, con el fin de evitar complicaciones a largo plazo derivadas de la nefrectomía.

Exámenes de Histocompatibilidad:

H.L.A= Antígeno del linfocito humano.

Este sistema está codificado por una serie de genes localizados en el brazo corto del cromosoma 6. Son heredados en forma mendeliana. Como un bloque o haplotipo. En individuos no relacionados genéticamente se habla de match de determinantes individuales. Se dividen de acuerdo a su estructura y distribución celular en dos clases.

- Clase I: HLA A-B-C: Son expresados en la mayoría de las células nucleadas y constituyen los blancos mayores para las reacciones inmunes contra tejidos y órganos trasplantados.

- Clase II: HLA DP-DQ-DR: Son expresados característicamente en los linfocitos B, monocitos, macrófagos y linfocitos T activados. Están más relacionados a inmuno regulación.

Cross match: Es equivalente a las pruebas cruzadas en transfusión de sangre. Detecta anticuerpos anti HLA preformados contra células del donante, en el suero del potencial receptor.

P.R.A: Anticuerpos reactivos a panel.

Monitoriza la presencia de anticuerpos citotóxicos anti HLA. El resultado es expresado en % de reactividad, siendo el máximo 100%. Mientras mayor es el %, mayor es la sensibilización. Las causas más comunes de sensibilización son trasplantes previos, embarazos, abortos y transfusiones.

Los criterios que se utilizan en la selección de los receptores en lista de espera:

- 1.-Compatibilidad de grupo y antígenos de histocompatibilidad (HLA) (60%)

- 2.-Tiempo en lista de espera. (20%)

- 3.-Porcentaje de anticuerpos linfocito tóxicos (P.R.A.) (20%). (4)

Edad del receptor. Menor de 18 años recibe un puntaje adicional.

Situación especial para la selección del receptor:

Prioridad médica, la cual es solicitada por el médico tratante y evaluada por una comisión, conformada por representantes de otros centros de trasplantes y un representante del I.S.P.

El I.S.P., emite una nómina de pacientes seleccionados de acuerdo a los puntajes anteriores. Esta nómina se entrega al Coordinador Central de la Corporación de Trasplantes, quien procede a llamar por orden correlativo a cada centro de los receptores seleccionados.

VI.- Trasplante

Pre- operatorio:

Si bien cada centro de trasplantes tiene protocolizado el ingreso hospitalario, los objetivos generales pre operatorios son similares,

Control de signos vitales.

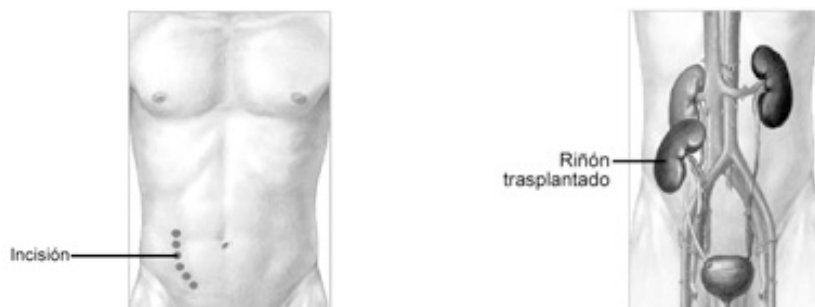
Toma muestra de exámenes, Hemograma VHS recuento plaquetas, creatinina, Bun, Na, K, Rx. Tórax, ECG.

Evaluar la Necesidad de Diálisis.

Preparación de Área Operatoria.

Administración de Medicamentos Inmunosupresores.

Procedimiento quirúrgico: (fig.)



En el adulto, la incisión operatoria es una laparotomía lateral, ya sea derecha o izquierda. El riñón se implanta en fosa iliaca y extraperitoneal, los vasos renales se anastomosan a los vasos iliacos (arteria- vena) del receptor. No se extraen los órganos nativos. En niños menores de 10 kilos, la incisión es una laparotomía media y el acceso quirúrgico, es transperitoneal y los vasos renales se anastomosan a la aorta y vena cava del receptor, esto debido al tamaño del injerto & receptor.

Post operatorio:

Inmediato: Primeras 24 horas, se realiza en Unidad de Cuidados Intensivos y /o en unidad de intermedio.

Los objetivos de esta primera atención son:

1.-Estabilización hemodinámica: Mantener presión venosa central (promedio 12) y presión arterial (120/80)

Medición de diuresis horaria y reponer esta con cristaloides (SG 5% o SF o glucosalino) el 100% de la diuresis, el primer día y posteriormente fracciones de la diuresis según indicación.

Infusión de dopamina en dosis diuréticas las primeras 24 horas. Balance Hídrico cada 6 horas.

2.-Inicio inmunosupresión.

3- Monitorización de la función renal con exámenes de laboratorio (creatinina, Bun, K, hto).

4.-Eco Doppler del injerto en casos seleccionados.

5.-Diálisis de acuerdo a estricta indicación de equipo trasplante.

6.-Cuidados post operatorios habituales.

7. Antibióticos y profilaxis de acuerdo a protocolo infectológico.

8.-Traslado precoz a sala (sala "limpia" sin aislamiento, ventanas cerradas).

Mediato: 24 a 48 horas posteriores al trasplante, se produce el traslado a sala

1.- Monitorización hemodinámica.

2.- Exámenes de Laboratorio:

a) Diario: creatinina, Bun, Na, K. (Laboratorio de Urgencia).

b) Día por medio: cell-dyn con recuento de plaquetas (Laboratorio de Urgencia).

c) Por 1 vez durante su hospitalización: PB, Mg (Laboratorio de Urgencia).

3.- Evaluación de inmunosupresión:

a) Después de la 5ta dosis de Ciclosporina Neoral realizar Curva de ciclosporina de 4 puntos (0 ó basal 1,2,6).

4.-Retiro de sonda uretral y drenaje de acuerdo a indicación médica (habitual día 4 al 5).

5.-Retorno a diálisis en forma ambulatoria si lo requiere.

6.-Educación para el auto cuidado.

Alta: día 5 – 7. Estadía promedio de 7 días.

Control en policlínico de trasplante renal según protocolo.

Complicaciones post Trasplante:

1.-Rechazo con este término se definen las lesiones renales que se producen como consecuencia de la actividad del sistema inmunológico que intenta destruir unas células que no pertenecen al organismo. Se divide

en tres clases:

- Hiperagudo, puede aparecer en el mismo momento en que comienza la revascularización del riñón trasplantado o unas horas después. Se considera producido por la existencia de anticuerpos citotóxicos circulantes en el receptor, los cuales reaccionan con las células endoteliales del riñón donado. La histología de este rechazo es de trombosis con infiltrados inflamatorios agudos.

- Agudo: Aparece a partir de la primera semana. En la actualidad con la medicación inmunosupresora, especialmente los antagonistas de la calcineurina o anti CD25, el momento de la aparición es más retrasado -pudiendo ser incluso meses más tarde- y la clínica es casi asintomática, salvo por la disminución de la función renal. Por lo tanto, su diagnóstico sólo se puede intuir clínicamente. Se puede quizás realizar un tratamiento de tanteo y/o una biopsia renal que tampoco es fácil de interpretar.

- Crónico: clínicamente es la disminución progresiva de la función renal como consecuencia de la agresión del sistema inmunológico. Histológicamente está caracterizado por las lesiones vasculares, con proliferación de la íntima y de la media, que llegan a ocluir la luz.

2.-Quirúrgicas

- Urológicas: las más frecuentes son fístulas o pérdida de la orina por algún punto de la vía. Lo más habitual es que provengan de la incisión en la vejiga; también pueden ser consecuencia de la sutura uréter-vejiga y por necrosis del uréter por compromiso de la vascularización del uréter donado.

- Vasculares: la más temida es la trombosis arterial. Tan grave como ésta, pero más infrecuente, es la trombosis de la vena renal. No es rara la estenosis de la arteria, como consecuencia de la estenosis de algunas de las suturas arteriales, o a causa de la aterosclerosis en el receptor o en el donante.

- Peri renales: aquí agruparemos

- a) Linfocele o almacenamiento de linfa perirrenal, que distorsiona la estructura del lugar, desplaza la vejiga y produce ureterohidronefrosis.

- b) Estallido renal: afortunadamente muy raro, ya que es una complicación catastrófica, que casi siempre lleva la pérdida del riñón o incluso a la vida del receptor.

- c) Infecciones urinarias, muy frecuentes, pero poco

graves.

- d) Infecciones de la herida, poco frecuentes, que se producen, sobretodo, si existe una fístula urinaria.

3.-Médicas:

- Infecciones: las infecciones del período inicial (1er mes) son bacterianas, facilitadas por la fuerte inmunosupresión y la cirugía; pueden ser, como ya se ha señalado de la vía urológica o de la herida, pero las más temidas no son estas, sino las respiratorias (neumonía y sepsis) por el uso de catéteres intravenosos. El período siguiente (2° a 4°) correspondiente al primer trimestre, está amenazado por infecciones oportunistas, como citomegalovirus, herpes zoster, micosis, aspergillus, listerias, pneumocystis carini etc. Finalmente, el período tardío, correspondiente a los meses o años que siguen al trasplante, presenta el riesgo de las infecciones endémicas de la región.

4.-Recidiva de la enfermedad:

algunas nefropatías pueden recidivar. En algunas ocasiones sólo generan síntomas menores, mientras que en otras llevan a la pérdida del riñón. Merece la pena recordar lo siguiente:

- Las glomérulo esclerosis focal y segmentaria con síndrome nefrótico recidivan en un alto porcentaje y pueden llevar a la pérdida del riñón trasplantado casi en un 50% de los casos, especialmente en niños.

- La nefropatía por IgA suele ser un hallazgo de la biopsia pero, en algunas series, cerca del 30% de los casos perdieron el riñón por esta causa.

- Las glomérulo nefritis membranoproliferativas se dividen en dos tipos; el tipo I se reproduce con menos frecuencia que el tipo II, pero con más gravedad y mayor pérdida del injerto: el tipo II se reproduce casi siempre, pero menos del 25% de los pacientes pierden el riñón.

- Síndrome o Enfermedad de Goodpasture. Si se tiene la precaución de realizar el trasplante cuando ya no hay anticuerpos anti MGC, la recidiva es muy escasa.

- Enfermedades sistémicas, como el lupus eritematoso sistémico (LES), síndrome hemolítico SHU, estas dependen del control de dicha enfermedad.

Otras Complicaciones: en los pacientes trasplantados se pueden desarrollar una serie de alteraciones clínicas y analíticas.

- Hipertensión arterial (HTA), debe excluirse la estenosis de la arteria renal del riñón trasplantado.
- Problemas cardiovasculares a consecuencia de arteriosclerosis.
- Problemas osteoarticulares, incluyendo osteoporosis, persistencia del hiperparatiroidismo, gota o necrosis vascular de la cabeza del fémur.
- Cataratas secundarias a los esteroides e hipercalcemia.
- Trastornos metabólicos como hiperlipemia e hiperglicemia ambos iatrogénicos.
- Enfermedad maligna.

Tratamiento inmunosupresor:

No existe el tratamiento inmunosupresor ideal, es permanente, todos los pacientes lo necesitan, no todos necesitan el mismo tratamiento y en la actualidad incluye la asociación de 2 o más drogas, es por esto que existe un protocolo de Inducción de Inmunosupresión según categorías de riesgo.

Protocolos de Inmunosupresión, según Categoría de Riesgo.

(Unidad de Trasplantes Hospital Clínico U. Católica.)
(3)

1.- Paciente Riesgo Standard:

Incluir al paciente que recibe:

- 1.- Primer trasplante
- 2.- P.R.A < 10%
- 3.- Match HLA > 0 match
- 4.- Paciente adulto.

Recomendación: esquema asociado: Ciclosporina – Prednisona

Ciclosporina: iniciar 4- 5 mg / Kg. por dosis cada 12 horas, en el postoperatorio inmediato ajustando a horario estricto 9 y 21 hrs. Usar ciclosporina en solución hasta alcanzar niveles terapéuticos. Dosis siguientes de acuerdo a monitoreo de ciclosporina.

Prednisona: iniciar solumedrol durante la operación (administrar antes del desclampeo vascular) 250 mg EV. Por una vez y luego continuar con disminución cada 6 horas. Si hay tolerancia oral comenzar con prednisona a dosificar cada 8 hrs. Considerar dosis de solumedrol

equivalentes a prednisona.

2.-Paciente alto riesgo de toxicidad renal por ciclosporina:

Incluir paciente que:

- 1.- Recibirá un riñón con tiempo de isquemia fría mayor a 30 hrs.
- 2.- Tiempo de anastomosis > 1 hora.
- 3.- Mala perfusión del injerto.
- 4.- Donante Pediátrico
- 5.- Donante límite (> 65 años, diabetes, HTA)

Recomendación: Inmunosupresión secuencial.

Inducción con Timo globulina, prednisona igual a esquema, introducción tardía de ciclosporina (creatinina < 3 mg %) en dosis bajas y confirmar nivel terapéutico antes de suspender inducción.

3.-Paciente alto riesgo de rechazo:

Incluir paciente que:

- 1.- Re trasplante (rechazo como causa de pérdida del injerto previo)
- 2.- P.R.A. > 30%
- 3.- Receptor Pediátrico
- 4.- Compatibilidad HLA < 0 match

Recomendación: Inmunosupresión secuencial y/o terapia triasociada (ciclosporina-Prednisona- Micofenolato)

El tratamiento inmunosupresor se divide en tres etapas:

Inducción.

Terapia de mantención.

Tratamiento antirrechazo.

Mecanismos de Acción Inmunosupresores:

1.- Inhiben citoquinas del sistema monocito-macrófago.

corticoides

2.- Agentes linfocito-específico activan linfocito T, inhibiendo la producción de IL2

Ciclosporina (Neoral)

Tacrolimus (Prograf)

Serolimus (Rapamicina)

Everolimus (Certican)

3.-Agentes antiproliferativos

Azatioprima (Imuran)

Micofenolato (Cellcept- Myfortic)

4.-Anticuerpos antilinfocitos. Activan Linfocito T inhibiendo la síntesis de nucleótidos:

Anticuerpos policlonales. Acción diversa, principalmente en la destrucción de linfocitos circulantes

Timo globulina, linfoglobulinas

Anticuerpos monoclonales: OKT3- Anti CD25 (simullect).

El éxito del tratamiento de inmunosupresión es lograr la dosis adecuada para evitar el rechazo y aminorar los efectos colaterales de las drogas. Por lo que cada unidad de trasplante posee su protocolo de monitorización de las drogas inmunosupresoras.

En lo que respecta a ciclosporina, la monitorización más confiable es la toma de área bajo curva de ciclosporina.

Educación en auto cuidado:

Si bien la educación en los conceptos generales sobre trasplantes, se inicia desde el momento en que el paciente se inscribe en lista de espera. Una vez realizado el trasplante, la educación para el auto cuidado pre alta va dirigida a reforzar los siguientes conceptos en:

Administración de medicamentos.

Signos de rechazo.

Prevención de infecciones.

Alimentación y nutrición.

Actividad y ejercicios.

Reinserción laboral.

Debido al alta precoz el seguimiento ambulatorio es frecuente: bisemanal durante los primeros 15 días, luego semanal por los 15 días siguientes, cada 15 días hasta completar los 2 meses; desde el tercer mes y hasta el año mensualmente y a partir del segundo año se distancian a cada 2 a 3 meses.

Estos controles ambulatorios, realizados por el médico o la enfermera, tienen los siguientes objetivos

Evaluación del estado general.

Evaluación de la función renal.

Evaluación de la adherencia al tratamiento.

Readecuación del tratamiento inmunosupresor.

La atención del paciente trasplantado es multidisciplinaria. Con la finalidad de pesquisar complicaciones derivadas del tratamiento inmunosupresor debe acudir

a evaluación anual por diferentes especialistas, dermatología, oftalmología, ginecología, urología, nutrición.

Reflexión:

“ Es responsabilidad de todos los profesionales de la salud el perpetuar el ciclo vital cuantas veces sea posible, nuestro papel no es sólo tratar enfermedades, sino también prevenir, educar y cuidar la salud de la persona y cuando ésta fallezca debemos considerar sus órganos y tejidos, como un bien sanitario útil para la sociedad a través del trasplante.”

“Los trasplantes son un grandioso paso adelante en el servicio de la ciencia y el hombre, y no pocas personas hoy en día, deben sus vidas a un órgano trasplantado. Cada vez más la técnica de los trasplantes ha probado ser una manera válida de lograr la principal meta de toda la medicina, **el servicio a la vida humana**. Por esto es que en la carta Encíclica Evangelium Vitae sugiere que una manera de nutrir una genuina cultura de la vida, es la donación órganos, llevada a cabo de una manera éticamente aceptable, con la visión de ofrecer una oportunidad de salud e inclusive de vida al enfermo, quien a veces no tiene otra esperanza”.

Referencias:

- 1.- Encuesta anual Sociedad de Nefrología y Asodi. 2005.
- 2.- Memorias Corporación de Trasplantes 2005.
- 3.- Protocolos Inmunosupresión. Unidad de Trasplantes Hospital Clínico U. Católica.
- 4.- Criterios de Selección Receptor. Protocolo Instituto Salud Pública. Laboratorio de Histocompatibilidad.

Bibliografía:

- 1.- Sellares Víctor L. Manual de Nefrología Clínica, Diálisis y Trasplante Renal. Edit Harcourt Brace. 1998.
- 2.- Botella García J. Manual de Nefrología Clínica. Edit Masson. 2002
- 3.- Danovitch G.M. Trasplante Renal. Ucla School of Medicine. Los Angeles California. Editorial Marban 3a Edición. 2002
- 4.- Martínez Sanz Carlos. Urología Esencial. Pontificia Universidad Católica de Chile. Editorial Universitaria. 2002

Enfermería Basada en Evidencias

Erika Caballero M. (1)

Introducción

El concepto de enfermería basada en evidencias es relativamente un término nuevo que se ha desarrollado y extendido notablemente en los últimos años, permitiendo conducir la gestión del cuidado, la presión del costo, los conocimientos del usuario y la difusión de la información.

La enfermería basada en evidencias y la evaluación de tecnologías de salud son herramientas que ayudan a resolver la limitación que surge de la forma pasiva en que las enfermeras hemos llevado a cabo la investigación (eje central del desarrollo de la enfermería como profesión y disciplina) y la asimilación de sus resultados, sin plena conciencia sobre la validez y alcance práctico de los estudios y con baja publicación de los resultados en la literatura biomédica.

Ambas herramientas aportan a mejorar la toma de decisiones en salud, tanto aquellas que deben adoptarse en la gestión del cuidado de la persona sana o enferma, como las que comprometen a un servicio clínico, a un hospital, o a una red de prestadores.

Surge a partir del concepto acuñado recién a mediados de los años '90, de "Medicina Basada en evidencia" (MBE), el que es citado en forma recurrente en congresos, revistas de especialidad, y vemos cómo progresivamente los profesionales apelan cada vez más a disponer de evidencia científica de buena calidad para apoyar sus decisiones.

Este artículo tiene como propósito que los lectores co-

nozcan los conceptos esenciales en los que se sustenta la Enfermería Basada en Evidencias (EBE). Analizaremos su conceptualización, origen, aplicación y utilidad práctica y ventajas y limitaciones actuales de EBE para la profesión.

Marco conceptual

Para poder aproximarnos al tema debemos primero definir el concepto de Medicina Basada en Evidencias (MBE) que marca el origen histórico de EBE.

Algunos han sugerido que uno puede utilizar la MBE en calidad simplemente de usuario, es decir, aplicando los resultados de la búsqueda, análisis y síntesis de la literatura llevado a cabo por otros. Esto en parte es cierto y en parte no. Si bien no se pretende que usted llegue a ser un experto en métodos de investigación y ejecute meta-análisis, sí debe ser capaz de comprender lo más cabalmente posible, y de formarse un juicio propio sobre los resultados de los estudios y revisiones que se publican. Encontrar un artículo de "medicina basada en evidencias" (por ejemplo, un meta-análisis de ensayos randomizados), no implica que sus conclusiones sean necesariamente válidas, confiables, o que se deba hacer fe ciega en ellos para decidir la forma de tratar a los pacientes. La esencia de este concepto está, precisamente, en la capacidad de aplicar los hallazgos de la investigación de manera juiciosa, consciente, y explícita (ver recuadro), es decir, no asimilando pasivamente las conclusiones de la literatura, sino comprendiendo su real significado y alcances.

Analicemos los términos involucrados en la definición de Sackett, como indica Araujo, M.

Consciente: (Del lat. consciens, -entis, part. act. de conscire, saber perfectamente). adj. Que siente, piensa, quiere y obra con conocimiento de lo que hace.
Explícito, ta: (Del lat. explicitus). adj. Que expresa clara y determinadamente una cosa.
Juicioso, sa: adj. Que procede con madurez y cordura.
Mejor: (Del lat. melior, -oris). adj. comp. de bueno. Superior a otra cosa y que la excede en una cualidad natural o moral. adj. comp. Preferible o más conveniente. adv. m. comp. de bien. Más bien, de manera más conforme a lo bueno o lo conveniente. adv. ord. antes (denotando idea de preferencia).
Evidencia: (Del lat. evidentia). f. Certeza clara y manifiesta de la que no se puede dudar. f. Der. Prueba determinante en un proceso.

(1) Enfermera- Matrona. Magíster en Diseño Instruccional. Especialista en Enfermería del Recién Nacido de Alto Riesgo. Diplomada en Atención Primaria en Salud.

Visto el significado del término evidencia en español, y que no siempre los resultados de la investigación científica son certeros, claros ni determinantes, algunos autores prefieren utilizar en su reemplazo “enfermería basada en pruebas”.

La práctica de la medicina basada en evidencias significa una integración de la experiencia clínica individual con la mejor evidencia externa disponible, derivada de la revisión sistemática de la investigación.

Definición de enfermería basada en evidencias (EBE) o práctica de enfermería basada en evidencias (PEBE)

El término EBE ha sido definido por distintos autores, estas perspectivas diferencian sus definiciones, enfatizando algunos en el concepto de práctica de enfermería basada en la evidencia (PEBE) y otro en enfermería basada en la evidencia. Los primeros documentos sobre el tema aparecen a principios de 1996 en revistas británicas y en 1997 la base de datos MEDLINE reunía 55 referencias con el sintagma de evidence based nursing (en el período de 1992 a 1996 presentaba sólo 16). Sigue a este desarrollo la aparición de la revista Evidence Based Nursing en 1998, la publicación de The Online Journal of Clinical Innovations también en 1998. Así como el desarrollo de otras bases de datos como CINAHL (Database for Nursing and Allied Health Literature) y CCID (Clinical Innovations Database), que suministran acceso a búsquedas de la literatura, recursos bibliográficos, síntesis de artículos entre otros, que poseen criterio de mérito científico, significación clínica e innovación.

Se ha definido la práctica basada en evidencias en enfermería como ‘el uso concienzudo, explícito, y juicioso (crítica) de la información derivada de la teoría, y basada en la investigación para la toma de decisiones sobre la gestión del cuidado a los individuos o a los grupos de pacientes, considerando sus necesidades y preferencias individuales. También definida como la toma de decisiones que combina la mejor evidencia científica disponible, con el juicio profesional y las preferencias de los pacientes.

Los elementos de la práctica basada en evidencias están constituidos por las técnicas de toma de decisiones clínica, por el acceso a la información científica y por el análisis de esa información, principalmente averiguando

el grado de eficiencia y efectividad que poseen.

Cabe destacar que en la práctica de enfermería basada en evidencias (PEBE), la investigación y la práctica se consideran como un binomio, es decir, como un todo inseparable, por un lado las evidencias y por otro el uso de los hallazgos de la investigación en la clínica, en nuestro quehacer práctico.

Enfermería basada en la investigación implica investigar para introducir cambios en la práctica, utilizando los hallazgos de la investigación para fundamentar la gestión de los cuidados de enfermería. Enfermería basada en evidencias implica el uso de la investigación cuanti y cualitativa que permiten buscar evidencias de calidad más allá del diseño de la investigación. Implica reconocer qué grado de evidencia tengo, qué certeza tiene la investigación en la que baso los cuidados de enfermería.

Características de la EBE (PEBE)

- Es un movimiento de naturaleza académica que pretende integrar la investigación y necesidades de la práctica.
- Por la metodología que utiliza, es una investigación secundaria que busca mediante el estudio y análisis de investigaciones primarias y originales, localizar hallazgos útiles para la práctica de la enfermería.
- En cuanto a su finalidad, pretende ser punto de encuentro entre la investigación de calidad y las necesidades reales de las enfermeras y pacientes en el área de los cuidados a la salud.
- También la evidencia cuenta con instrumentos de síntesis que hacen posible la difusión rápida y comprensible de las pruebas que aporta la investigación, gracias a lo cual las enfermeras pueden reducir y controlar la variabilidad frente a la toma de cualquier tipo de decisión y la incertidumbre que lo rodea.

Lo que no es EBE (PEBE)

- No es sólo la aplicación de la MBE a enfermería, por lo tanto no implica traspasar el modelo biomédico a enfermería. Muy por el contrario, requiere de la incorporación en la gestión del cuidado de enfermería de una visión amplia y holística de la persona.

- PEBE no es un sinónimo de utilización de investigación y práctica basada en investigación, pero éstos son sólo

una parte de ella, ya que involucra las preferencias del paciente y la experiencia profesional.

- Centrar el análisis de evidencias científicas sólo en pruebas aleatorias controladas, las que han emergido como un paradigma ideal de la investigación clínica y por mucho tiempo ha dominado lo que se considera evidencia científica, lo que representa una contradicción si queremos comprender la dimensión holística de la enfermería. Por lo tanto, se deben incorporar resultados de investigación cualitativa de calidad.

Metodología de EBE

La metodología de abordaje basada en evidencia presupone, por lo menos, cinco etapas esenciales:

- 1) Reconocimiento de una necesidad de cambio, necesidad de cuidado del usuario o grupo de usuarios, organización o servicio, la que debe ser convertida o formulada como una pregunta clínica.
- 2) Pesquisa de la literatura, es decir búsqueda de la evidencia científica para contestar a la pregunta.
- 3) Evaluación e interpretación de los trabajos recolectados mediante criterios bien definidos que permiten determinar la validez e importancia de la evidencia; (validez y confiabilidad metodológica).
- 4) Operacionalización de la evidencia, lo que consiste en la integración de la evidencia a la práctica clínica para producir un cambio en ella.
- 5) Evaluación de los resultados del cambio o aplicación de la evidencia.

Calidad de la evidencia científica

La calidad de la evidencia se estratifica de la siguiente manera, de mayor a menor calidad de diseño y rigor científico:

Nivel I: Evidencia obtenida de, por lo menos, una revisión sistemática (metasíntesis) de múltiples estudios randomizados controlados (con grupo control) bien delineados.

Nivel II: Evidencia obtenida de, por lo menos, un estudio randomizado (aleatorio) controlado de delineamiento apropiado y tamaño adecuado.

Nivel III: Evidencia de estudios bien delineados sin randomización, con grupo único, pre y pos test, de cohorte, o series temporales o de casos y control pareado.

Nivel IV: Evidencia de estudios bien delineados no experimentales, realizados en más de un centro o grupo de pesquisas.

Nivel V: Opinión de autoridades respetadas, basadas en evidencias clínicas, estudios descriptivos o relatos de comités de especialistas.

Otra clasificación de los niveles de calidad de la evidencia científica propone la de U.S. Preventive Task Force, 1996. (De mayor (I) a menor (III) calidad de diseño y rigor científico.)

I: Evidencia obtenida a partir de, al menos, un ensayo aleatorizado y controlado, diseñado de forma apropiada.

II-1: Evidencia obtenida a partir de ensayos controlados no aleatorizados y bien diseñados.

II-2: Evidencia obtenida a partir de estudios de cohorte o caso-control bien diseñados, realizados, preferentemente, en más de un centro o por un grupo de investigación.

II-3: Evidencia obtenida a partir de múltiples series comparadas en el tiempo con o sin intervención (b).

III: Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

(b) Este tipo de evidencia también incluye resultados «dramáticos» producidos en experimentos incontrolados, como son los derivados de la introducción de la penicilina en los años cuarenta.

Hagamos un paréntesis para analizar brevemente el concepto de metanálisis, el que se entiende como la integración del conocimiento a partir del análisis y síntesis propuesta en los estudios de metasíntesis cuantitativa y cualitativa a lo que se añade las peculiaridades sociales, culturales o institucionales en las que se usa el conocimiento.

Criterios para evaluar la calidad de la evidencia científica

Algunos criterios que se desprenden de las clasificaciones son:

- Pregunta bien definida.

- Asignación aleatoria (con ocultación de la secuencia de aleatorización, es decir, los clínicos no saben quién integra grupo experimental y grupo control).

- Seguimiento adecuado hasta el final del estudio. Análisis por intención de tratar.
- Diseño ciego.
- Similitud de las características basales de los grupos.
- Igual tratamiento a los grupos (salvo la intervención a estudio).

Criterios para analizar si un ensayo clínico aporta resultados clínicamente importantes

- ¿Cuál es la magnitud del efecto?
- Precisión con la que se dan los resultados.

Criterios para analizar si un artículo aporta resultados aplicables en mis pacientes

- Reproducibilidad de los resultados en el medio del lector.
- ¿Se consideraron todos los resultados clínicamente relevantes en el estudio?
- Beneficios respecto a perjuicios y costes de la intervención a estudio.

Modelo PICO (P: Patient, I: Intervention, C: Comparison, O: Outcome = Paciente, Intervención, Comparación, resultados) **para la formulación de preguntas Clínicas**

Paciente, Población o Problema	¿Cómo describiría a un grupo de pacientes similar al que me interesa?
Intervención, Factor Pronóstico, o Exposición	¿Cuál es la principal intervención, factor pronóstico, o exposición que me interesa evaluar?
Intervención a comparar (si procede)	¿Cuál es la alternativa principal con la que debo comparar la intervención?
Resultado que se desea	¿Qué me interesa evaluar, medir, mejorar o afectar?
¿Qué tipo de pregunta está haciendo?	Diagnóstico, etiología (causa), terapia, pronóstico, prevención, daño (seguridad / eventos adversos)
Tipo de estudio que mejor podría responder a la pregunta	¿Cuál es el mejor diseño (metodología) de estudio para evaluar esta pregunta?

Competencias profesionales asociadas a EBE

Para llevar a cabo las etapas de la metodología de EBE es necesario que las enfermeras desarrollemos las siguientes competencias profesionales:

1. La capacidad de analizar críticamente el contexto de la práctica.
2. La habilidad para identificar problemas, y para convertir esas situaciones problemas en escenarios o focos de investigación.
3. Conocimiento sobre metodología de investigación e identificación de la mejor evidencia: diseño de estudios, análisis de confiabilidad, efectividad, costo-beneficio.

4. La capacidad para elaborar juicios clínicos.
5. La capacidad de asociar los hallazgos científicos con su contexto de práctica.
6. La habilidad para tomar decisiones clínicas, implementar los cambios y evaluar continuamente los efectos de sus acciones que posibiliten la gestión de cuidado de mayor calidad.
7. Habilidad el uso de la informática en enfermería.

Aplicación de la PBE en Enfermería

Dentro de la aplicación de la PEBE destacan el hecho de sustentar la práctica en base a evidencias científicas, considerando los límites de las perspectivas de su aplica-

bilidad, facilita la creación de protocolos y guías clínicas, lo que permite la acreditación de las instituciones y la mejor calidad de la gestión del cuidado al sustentarlo en las mejores evidencias científicas.

Estimula el pensamiento crítico y las competencias clínicas de los enfermeros.

Comprende el redimensionar las prioridades, reinvertir en la evaluación clínica de los usuarios, promover la participación del usuario en la toma de decisiones y valorar que la experiencia del profesional son esenciales para determinar las necesidades, diagnósticos y las conductas de cuidado, debidamente pautadas por las mejores evidencias científicas.

Facilita la evaluación de la calidad de los cuidados de enfermería, la flexibilidad en la gestión administrativa, a través de un análisis crítico personal sobre la calidad profesional que se posee o se debe cultivar.

En este sentido, tiene mucha relación con la calidad de la formación universitaria y con las oportunidades científicas de vida profesional, si existe una formación adecuada de las competencias descritas, implica una formación donde los estudiantes sean capaces de indagar, investigar en el contexto de su práctica.

Cabe destacar que la EBE puede ser aplicada en cualquier ámbito de la enfermería y que permite fortalecer la identidad e imagen profesional de la enfermera autónoma. Por otra parte, permite apoyar la solución de un viejo y siempre emergente problema de falta de integración entre la construcción – descubrimiento y aplicación del conocimiento, que produce el desfase entre la producción teórica – científica y la práctica clínica y la falta de integración entre enfermeras docentes y clínicas que muchas veces hablan un distinto lenguaje.

Discusión

Entender la perspectiva de la práctica basada en la evidencia o en la mejor prueba científica en el contexto de América Latina requiere de analizar la producción de conocimientos en nuestra región, y preguntarnos sobre sus búsquedas en la actualidad. El desarrollo de la investigación no alcanza las dimensiones logradas o en proceso actual en enfermería de los países desarrollados, se diferencian en tiempos, extensión y ritmos, entendidos éstos como dinámicas culturales, sociales

e históricas propias. La producción científica en enfermería es escasa pero emergente.

Al respecto Romero, N 2003, sintetiza tres condiciones para construir las propias evidencias de las enfermeras en Latinoamérica, estas son:

1. Una contrastación paradigmática para definir rumbos por seguir.
2. Una investigación que construya identidad, articulando ciencia, arte y tradición.
3. La apertura de caminos para la divulgación, trascendiendo fronteras locales.

La EBE requiere de enfermeras altamente capacitadas en investigación rigurosa, la cual es incipiente aún en la región en general y en Chile en particular, por lo que su aporte a la ciencia y la tecnología es limitado. Esto permite contextualizar los resultados a la realidad de salud y enfermería que nos toca vivir, involucrando los aspectos de la cultura en la indagación.

Galvez, A, 2003 señala que la cultura profesional y la tendencia al inmovilismo son dos factores limitantes para el desarrollo profesional y disciplinar, más aun que las barreras institucionales, la organización, la existencia o no de evidencias, o la dificultad de hallarlas.

Se requiere subsanar esta limitación que hoy percibimos en los profesionales de enfermería, motivando a las enfermeras/os por una perspectiva de contexto cultural, por la indagación, por la reflexión sobre lo cotidiano y por la exploración sistemática sobre cómo resolver problemas de salud. Motivar desde la formación universitaria la publicación de los hallazgos de investigación.

Por otra parte, no podemos olvidar un aspecto central de la discusión, la comprensión de la complejidad que constituye la integralidad del ser humano en la realidad de salud, por esto para que la pertinencia de una PEBE privilegie lo plural, lo diverso, la singularidad del ser, pero también la riqueza cohesionadora del colectivo de enfermería, donde se exprese la identidad, la autonomía y la soberanía de las regiones, debemos atrevernos a escribir, a ampliar los caminos de la divulgación de la producción de conocimientos.

La propuesta metodológica de trabajar con evidencias nos lleva entonces a asumir con responsabilidad la producción de conocimiento propio, esto implica investigar a partir de nuestras propias necesidades y recursos para

que generemos una ciencia y una tecnología ligada a las raíces y el entorno cultural. Por ello, creo que es posible generar evidencias múltiples y transversales

Conclusiones

La EBE (PBE) implica que los enfermeros/as debemos basar nuestro actuar en sólidos conocimientos científicos, basados en investigación experimental y en el análisis y estudio crítico que da valor a la experiencia como contundencia a la observación sobre los cuidados de enfermería y permite sacar conclusiones rigurosas para el cuidado o intervención del profesional de la enfermería, es decir fundamentarla como una disciplina.

De esta manera, PEBE tiene fuerzas impulsoras que dirigen la profesión, permiten mejorar el status y la imagen profesional

Por último, como señala Gálvez, transformar la realidad es muy sencillo si hay voluntad, las evidencias cualitativas y cuantitativas o la metasíntesis no son más que eso, pruebas que actúan como facilitadores.

Sin la responsabilidad, participación y compromiso de cada enfermero con el cambio, no podremos avanzar en la disciplina enfermería y seguiremos basando nuestro actuar en una ritualización y rutinización de los cuidados basado en lo "que me enseñaron", el cambio propone basar la gestión de cuidado y la toma de decisiones clínicas en la investigación y en las mejores evidencias que lo fundamentan, en la innovación de la información, así como en el conocimiento dado por la experiencia y las preferencias del paciente.

De esta manera, como señala González M., 2005, EBE nos propone un cambio de modelo de enfermería basada en la obediencia (inscrita en el modelo biomédico) a una enfermería basada en la (con)ciencia (modelos de cuidados).

La EBE propone un estilo de pensamiento paradigmático que va más allá de las ciencias de la salud y la evidencia científica y que se puede definir como el paradigma contemporáneo de síntesis del conocimiento, que emerge en todas las ciencias con unas características fáciles de identificar como señala Galvez, A, 2003, un paradigma que surge con la globalización; es una respuesta al crecimiento exponencial de la información circulante; huye del dogmatismo; pone en tela de juicio la práctica

social del conocimiento, es una duda sistemática; incorpora nuevos procedimientos de análisis y síntesis; es pragmática, se orienta a la acción y es una ética crítica del uso del dogma de la ciencia normal.

Esto es un gran desafío para los docentes de enfermería, donde la educación es la clave, esto implica cambiar la manera de pensar y por tanto de actuar, lo que implica un ejercicio autónomo y en ser grandes enfermeras.

Bibliografía

1. Cabrero García Julio. Enfermería basada en evidencias y utilización de la investigación. *Index Enferm* 1999;27:12-18.
2. Espino Villafructe, María Elena. Enfermería basada en evidencias (experiencias Celaya) *Revista Desarrollo Científ Enferm* 11(6):164-168, julio 2003. on line en <http://www.enfermeria.com.mx/>
3. French P. The development of evidence-based nursing. *J Adv Nurs*; 29(1):72-8, 1999 Jan.
4. Galvão Cristina Maria; Okino Sawada Namie; Rossi Lídia Aparecida. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* v.10 n.5 Ribeirão Preto sep./oct. 2002
5. Galvez Toro Alberto. Evidencias. Pruebas científicas de enfermería. Reflexión en voz baja y pensamientos inconfesables. *Rev Enfermería Global*. On line <http://www.um.es/eglobal/3/pdf/03e04.pdf>
6. Gálvez Toro, Alberto. Evidencias en línea: comentarios y resúmenes de evidencias en la Red. *Evidentia* 2004 sept-dic;1(3). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n3/81articulo.php> [ISSN: 1697-638X].
7. García G. J. C. Práctica de enfermería basada en evidencias. *Rev. Desarrollo Científ Enferm* 2003. 11(8):228-229. En <http://www.enfermeria.com.mx>
8. González Iglesias, María Elena. Interiorizar la EBE, asumir la práctica basada en evidencias. *Evidentia* 2005 enero-abril;2(4). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/101articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. 2, marzo, 2005.
9. Larrabee J. Using the best evidence to change practice *Rev. Journal of nursing care quality*. Jan - mar 2004, tomo 19, N°1; pp. 10.
10. Lopes De Domenico Edvane Birelo; Cilene Aparecida Costardil Lde Cilene Aparecida. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades *Rev. Latino-Am. Enfermagem* v.11 n.1 Ribeirão Preto ene./feb. 2003.
11. Morán Peña L. Práctica de enfermería basada en evidencias. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico*. Número 1-4 Enero-Diciembre 2001 Volumen
12. Newhouse, Robin; Dearholt Sandra, Poe Stephanie, Pugh Linda C, White M Kathleen. Evidence-based practice: A practical approach to implementation *Journal of Nursing Administration*. Philadelphia: Jan 2005. Tomo 35, No 1; pg. 35. <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=782205441&sid=6&Fmt=2&clientId=53671&RQT=309&VName=PQD>
13. Rita L. Ailinger. Contributions of qualitative research to evidence-based practice in nursing. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* v.11 n.3 Ribeirão Preto mayo/jun. 2003.
14. Sharon E Straus, Giselle Jones. What has evidence based medicine done for us? *British Medical Journal*. (International edition). London: Oct 30, 2004. Tomo 329, No 7473; pg. 987 on line en <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=732672651&sid=2&Fmt=2&clientId=53671&RQT=309&VName=PQD>
15. Simpson B. Evidence-based nursing practice: the state of the art. *Can Nurse* 1996; 92(10):22-5. on line [Medline]

Estrés y Burnout

María Soledad Molina C. (1)

Resumen

El objetivo de presentar algunas nociones sobre Estrés y Burnout, además de esbozar ciertas ideas de cómo manejarlos, es principalmente, entregar herramientas conceptuales y prácticas que puedan resultar en el ejercicio de conductas preventivas y de autocuidado de los distintos profesionales y técnicos que trabajan en contacto directo con personas, ejerciendo labores de alta sobrecarga emocional que los expone a diversas complicaciones en su salud general.

Se presenta entonces, una mirada general de distintos aspectos contenidos en los conceptos de estrés y Burnout, sintomatología y algunas medidas para su prevención y manejo.

Palabras clave: estrés; burnout

Estrés

Las definiciones para el estrés son tantas como autores describan o estudien el fenómeno, algunos ejemplos representativos de la mirada más habitual lo refieren como:

“Proceso en el cual las condiciones del entorno exceden o sobrepasan la capacidad de adaptación de las personas, ocasionando cambios psicológicos y biológicos que pueden afectar la salud (Cohen et al, 1997).

“Cualquier estímulo o circunstancia real o imaginaria, que requiere que la persona haga algo diferente en su

forma de actuar o pensar en dicha circunstancia o por un tiempo prolongado. Cualquier estímulo o situación que requiere adaptación o cambio de parte de la persona involucrada en la situación” (Navas, s/f).

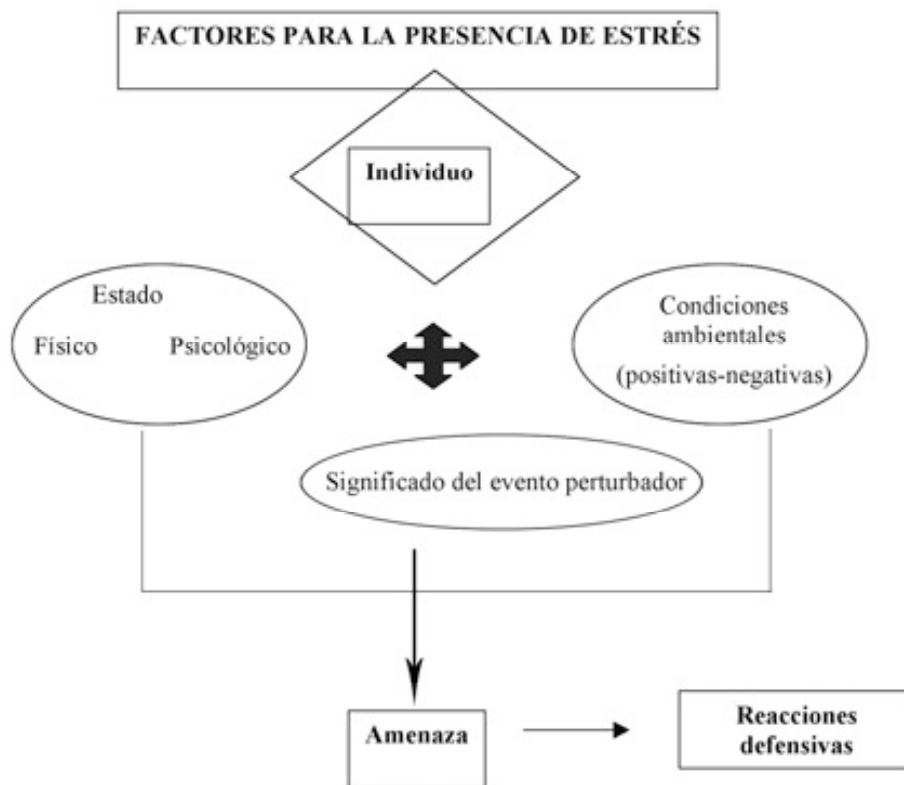
“Una respuesta del organismo ante una amenaza real o imaginaria, donde intervienen factores físicos, químicos o psicológicos” (Alberto Amador Pizá).

“Conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción” (Organización Mundial de la Salud).

Para correspondencia:

María Soledad Molina Cantín
Rancagua 0226, Providencia, Santiago.
msoledadm@hotmail.com

(1) Psicóloga, Terapeuta Familiar.
Jefe Departamento Psicología,
Asociación de Dializados y Trasplantados de Chile



La respuesta de estrés no es intrínsecamente negativa, sino que tiene como objetivo proveer al organismo de las herramientas para enfrentarse a situaciones que no son habituales; resulta como una suerte de reacción automática del organismo a cualquier modificación, externa o interna, mediante la cual se prepara para hacer frente a las posibles demandas que se generan como consecuencia de la nueva situación, (Labrador, 1992). Por tanto, se activa gran cantidad de recursos a nivel fisiológico, cognitivo y conductual que traen consigo un alto desgaste para el organismo. Así, cuando se supera la capacidad adaptativa de éste, ya sea porque los estímulos son en exceso frecuentes, intensos o duraderos aparece el riesgo inminente de trastornos psicofisiológicos. Estudios efectuados desde el decenio de los ochenta, apuntan a demostrar la existencia de un agente bioquímico responsable del estrés. Este sería el cortisol. En efecto, el investigador Orm Bergold llegó a la conclusión, después de investigar durante varios años los síntomas y las causas del estrés en numerosos pacientes, que el cortisol es el agente que lo causa, considerándolo "la hormona del estrés". Producida por la glándula suprarrenal, ayu-

daría al ser humano a enfrentar una situación de estrés provocando la liberación de una dosis de adrenalina. Una vez que el hecho de tensión ha sido superado, el nivel de cortisol volvería a normalizarse. Pero, si éste continúa manteniéndose elevado durante semanas, meses o años, el cortisol se convertiría en una fuerza destructora importante que afectaría prácticamente a cada célula u órgano del cuerpo humano.

Burnout

El concepto de Burnout o "síndrome de estar quemado" aparece hace más de treinta años, así, Herbert Freudenberger en 1974, lo define "una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales y fuerza espiritual del trabajador". Cristina Maslach y Susan Jackson en el año 1981, lo describieron como "Un síndrome de estrés crónico que se manifiesta en aquellas profesiones de servicios caracterizadas por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o de dependencia. Se

puede dar exclusivamente en las profesiones de ayuda (personal de salud y profesorado)".

En 1981 A. Pines, E. Aronson y D. Kafry, hablan de Burnout como "El estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por el involucramiento crónico en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes".

Ganster y Schan-broeck, aseguran que "El burnout es, de hecho, un tipo de estrés, una respuesta afectiva crónica como consecuencia de condiciones estresantes del

trabajo que se da en profesiones con altos niveles de contacto personal"

Carácter tridimensional del Burnout

(Maslach y Jackson, 1981, hacen un importante aporte al entendimiento del Burnout planteando la tridimensionalidad de este síndrome, así como características reconocibles en las personas que se enfrentan a la experiencia de padecer burnout, se presentan, despersonalización, agotamiento emocional y una reducida realización personal.



La forma y características que adquiere al presentarse este fenómeno son únicos para cada persona, la sintomatología se presenta en una amplia diversidad, con síntomas físicos y alteraciones en el ámbito emocional y conductual.

Síntomas físicos:

- Alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria).
- Fatiga crónica.
- Cefaleas y migraña.
- Alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal).
- Dolores musculares.
- Alteraciones respiratorias (asma).
- Alteraciones del sueño.
- Alteraciones dermatológicas (urticaria).
- Alteraciones menstruales.
- Disfunciones sexuales.

- Otros.

Con respecto de las alteraciones conductuales se mencionan:

- Alteración de la conducta alimentaria.
- Abuso de drogas, fármacos y alcohol.
- Ausentismo laboral.
- Conductas de elevado riesgo (conducción temeraria, tabaquismo, entre otras).
- En ocasiones conductas paradójicas defensivas (ej. desarrollo excesivo de hobbies que llenan la mente de la persona, incluso en horas de trabajo).
- Dedicación creciente al estudio para liberarse de la rutina (con disminución de la atención a los casos "poco interesantes").
- Seudoausentismo laboral con el desarrollo de actividades cuyo objetivo es limitar el número de horas reales en el centro de trabajo (actividades sindicales, formación continua).

Alteraciones emocionales:

- Ansiedad.
- Depresión.
- Irritabilidad.
- Baja autoestima.
- Falta de motivación.
- Dificultades de concentración.
- Distanciamiento emocional.
- Sentimientos de frustración profesional.
- Deseos de abandonar el trabajo.
- Otras.

Perfil de la persona propensa al burnout

Las personas que se encuentran más expuestas a padecer el “síndrome de estar quemados” se caracterizan por poseer ciertos rasgos particulares de personalidad, una elevada autoexigencia, baja tolerancia al fracaso, necesidad de control, excelencia y perfección junto con la presencia de ciertos sentimientos de omnipotencia frente a la tarea las hacen vulnerables.

Otros factores que intervienen son, insatisfacción marital, relaciones familiares empobrecidas, falta de tiempo de ocio, ausencia de actividad física, insatisfacción permanente y sobrecarga laboral.

El Burnout en el personal de salud

La complejidad de las características del trabajo que deben enfrentar los profesionales del área de la salud implican factores de riesgo importantes para la adquisición de Burnout. Las sobrecargas de trabajo; el continuo trato con personas deprimidas; la impotencia ante la enfermedad; los turnos rotativos que perturban el ritmo biológico; los trabajos nocturnos y sistemas de turnos; el alto índice de contratación temporal y rotación; las cargas de trabajo familiares (un alto porcentaje de los profesionales son mujeres); la alta responsabilidad de las tareas que realizan y muchas veces la insatisfacción por la remuneración son aspectos que se conjugan para la presencia de una disminución importante de sus niveles de salud emocional y física y un deterioro de sus habilidades.

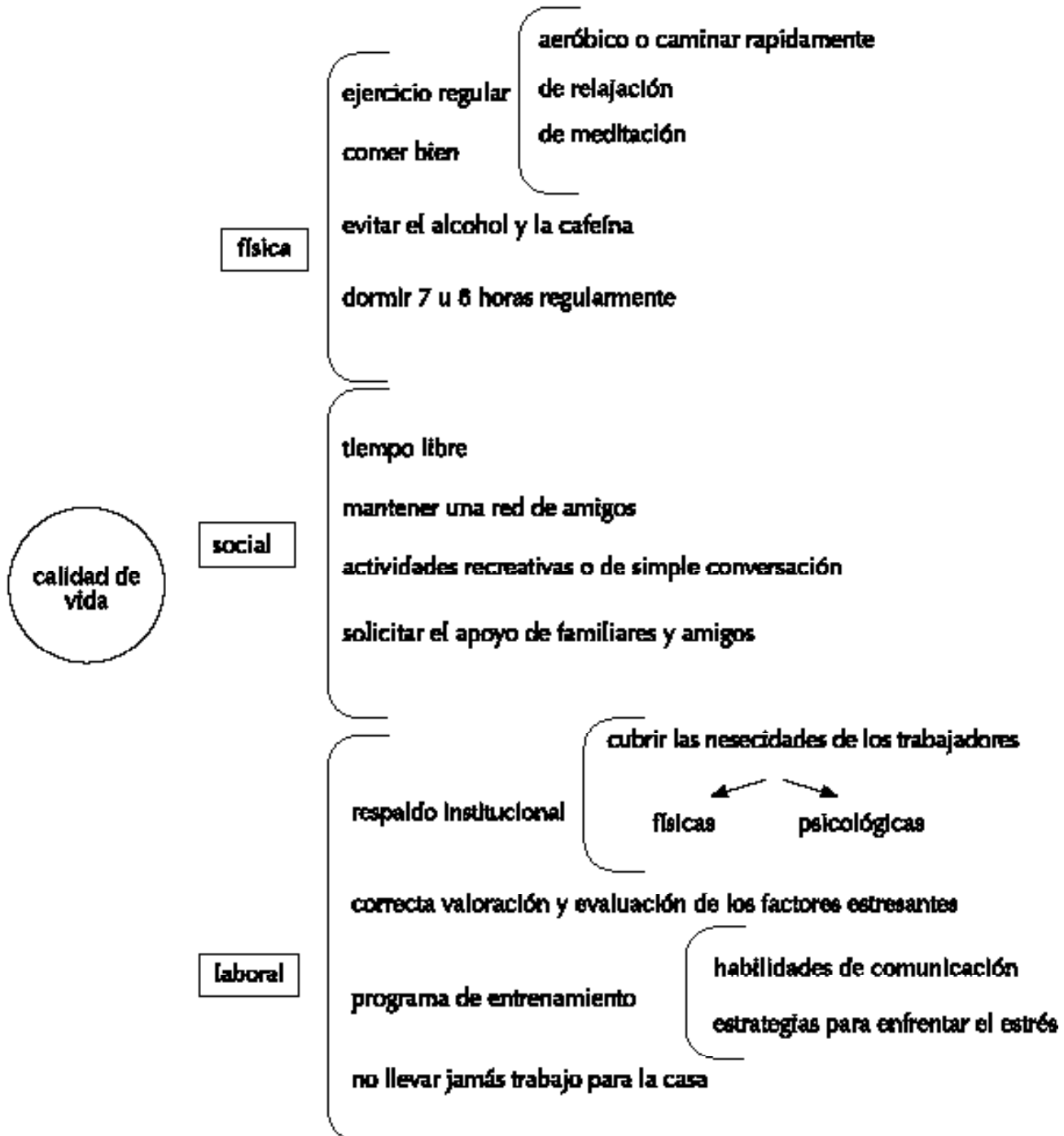
Etapas en el fenómeno burnout

El fenómeno burnout es negativo por definición, aparece, como se describe anteriormente, como reacción a una serie de factores. El cuadro muestra un esquema de cómo las expectativas, conductas y emociones se van deteriorando en forma de escalada a medida que se instala el síndrome.

ENTUSIASMO			
Altas esperanzas expectativas	ESTANCAMIENTO		
Alta energía	El trabajo ya no parece tan importante	FRUSTRACIÓN	
Sentimientos de ser necesario, estimado, admirado, que dependan de él	Se hace énfasis en la satisfacción de las propias necesidades fuera del marco laboral	Cuestionamiento sobre la propia valía y la del trabajo en sí.	APATÍA
Una identificación excesiva con los clientes y un gasto excesivo e ineficaz de energía		Los límites del trabajo ahora parecen amenazar los propósitos de lo que se está haciendo.	Un mínimo esfuerzo y dedicación de tiempo insuficiente
		problemas emocionales, físicos y conductuales	Se evita cualquier tipo de desafío, incluso a los clientes o usuarios
			Permanencia en el trabajo únicamente por la seguridad que conlleva
			un trabajo es sólo un trabajo.

Medidas para prevenir y tratar el estrés y del burnout

Algunas medidas útiles para la prevención y tratamiento del estrés en el área de lo cotidiano y del trabajo, aparecen en el cuadro siguiente. Queda explícito que un estilo de vida saludable y la adopción de conductas de autocuidado resultan efectivas para tener una calidad de vida satisfactoria y mantener alejada la amenaza de alteraciones en la salud general por tensión excesiva.



Bibliografía

- Atance Martínez, Juan Carlos. 1997. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. Revista Española de Salud Pública. www.msc.es/salud/epidemiologia/resp/199703/burnout.htm
- Charnes, Gabriela. 2001. La calidad de vida de los profesionales de la salud: previniendo el síndrome de "burnout".
- Corsi, Jorge. 2000. El síndrome "burnout". Síndrome de estrés crónico en profesionales que trabajan en el campo de la violencia familiar. *Mujer/Fempres* N° 219-220, febrero-marzo 2000, pp. 21-22 Disponible en: www.fempres.cl/219/revista/219_burnout.html
- Navas, José. El stress nuestro de cada día. Disponible en: www.psypro.com/pdf/Stress.PDF
- P. Gil.monte) Burnout síndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de tomás? *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones* vol. 19 n°2 – 2003
- S. Vinaccia, I. Alvarán. El síndrome de burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio, *Revista terapia psicológica*, vol. 22 n°1 – 2004
- Torres Carmen, "Estrés o Burnout? <http://www.isis.cl/temas/salud/agenda/agenda24.htm#>

Objetivos y Estatutos de SENFERDIALT

Senferdialt, a partir del año 1977, se agrupa como sociedad, con el fin de compartir experiencias en el área nefrológica y, de esta manera, mejorar la calidad de atención al paciente renal, contribuyendo además, al crecimiento y desarrollo del profesional de enfermería.

Durante el año 1994, la sociedad obtiene personalidad jurídica, constituyéndose en una corporación de derecho privado.

Como una preocupación creciente y permanente de Senferdialt por estimular el interés y la participación de forma activa, y en un afán de mejorar y facilitar el conocimiento de nuestros socios y no socios, con respecto a nuestro funcionamiento, les presentamos los objetivos y las bases legales, sobre los cuales se sustenta nuestro continuo quehacer. (Es posible acceder a ellos a través de nuestra página web: www.senferdialt.cl)

Objetivos de SENFERDIALT

Objetivo General

Agrupación científico técnica cuyo objeto es promover el conocimiento, divulgación y desarrollo de la especialidad de enfermería en el área de diálisis y trasplante renal, en beneficio de los pacientes y la comunidad en general.

Objetivos Específicos

- 1.- Fomentar en Chile el progreso de la especialidad de enfermería en diálisis y trasplante renal, desde el punto de vista de la administración, asistencia, docencia e investigación.
- 2.- Desarrollar actividades científico - técnicas que amplíen y profundicen el campo de la especialidad y contribuya por cualquier medio idóneo a la difusión y perfeccionamiento de los conocimientos de las personas interesadas en ella.
- 3.- Fomentar las relaciones a nivel internacional con órganos similares o afines, con el objeto de actualizar, perfeccionar, y en general tender el progreso de la especialidad.
- 4.- Difundir conocimientos sobre la especialidad, me-

dante charlas, cursos, seminarios, exposiciones, jornadas, visitas, publicaciones, folletos, artículos y cualquier otro medio.

5.- Promover en el país la formación y desarrollo de filiales y ramas de la corporación prestándoles asesoría técnica y apoyo administrativo.

6.- Asesorar y contribuir al financiamiento de investigación que sea de especial interés para los propósitos de la entidad.

7.- Constituirse en organismo asesor consultivo en materia de enfermería en diálisis y trasplante renal de cualquier entidad u organismo público o privado que solicite la colaboración de la corporación.

Estatutos de SENFERDIALT

TITULO PRIMERO: Nombre, objeto, domicilio y duración.

ARTICULO PRIMERO: Constitúyase una corporación de derecho privado regida por el Título XXXIII del Libro I del Código civil, y normas complementarias, denominada "SOCIEDAD CHILENA DE ENFERMERIA EN DIALISIS Y TRASPLANTE RENAL"

ARTICULO SEGUNDO: Para todos los efectos legales, el domicilio de la sociedad será la Comuna y Provincia de Santiago, Región Metropolitana.

ARTICULO TERCERO: La "Sociedad Chilena de Enfermería en Diálisis y Trasplante Renal" es una agrupación científico-técnica, cuyo objetivo es promover el conocimiento, divulgación y desarrollo de la especialidad de enfermería en el área de diálisis y trasplante renal, en beneficio de los pacientes y la comunidad en general. Para el logro del mismo, postula los siguientes objetivos específicos:

- a) Fomentar en Chile el progreso de la especialidad de enfermería en diálisis y trasplante renal, desde el punto de vista de la administración, asistencia, docencia e investigación.
- b) Desarrollar actividades científico-técnicas que amplíen y profundicen el campo de la especialidad, y

contribuir, por cualquier medio idóneo, a la difusión y perfeccionamiento de conocimientos de las personas interesadas en ella.

c) Fomentar las relaciones a nivel internacional con organismos similares o afines, con el objeto de actualizar, perfeccionar, y en general tender al progreso de la especialidad.

d) Difundir conocimientos sobre la especialidad mediante charlas, cursos, seminarios, exposiciones, jornadas, por medios escritos, de prensa y similares, publicaciones, revistas, folletos, artículos y cualquier otro medio.

e) Promover en el país la formación y desarrollo de filiales y ramas de la corporación, prestándoles asesoría técnica y apoyo administrativo.

f) Asesorar y contribuir al financiamiento de investigaciones que sean de especial interés para los propósitos de la entidad.

g) Constituirse en organismo asesor consultivo en materia de enfermería en diálisis y trasplante renal de cualquier entidad u organismo público o privado que solicite la colaboración de la corporación.

h) Relacionar la corporación con otros organismos que a nivel internacional persigan fines similares a los propios, estableciendo vínculos de coordinación, de representación oficiosa y de integración a los mismos. Podrá asimismo adherirse, afiliarse o concurrir a la constitución de organismos, entidades o corporaciones nacionales e internacionales de la especialidad de enfermería en general

ARTICULO CUARTO: La duración de la corporación será indefinida a contar de la fecha de publicación en el Diario Oficial del decreto que le conceda la personalidad jurídica, y el número de sus socios, ilimitado.

ARTICULO QUINTO: La corporación no persigue ni se propone fines de lucro, carece de todo carácter político, religioso, gremial, racial, o de otra índole ajena a los fines determinados en los presentes estatutos.

TITULO SEGUNDO: De los socios

ARTICULO SEXTO: Podrá ser socio de la corporación toda persona, sin limitación de sexo, ideolo-

gía, nacionalidad o condición, que cumpla con los requisitos establecidos en los presentes estatutos.

ARTICULO SEPTIMO: La corporación contará con dos clases de socios: socios activos y socios honorarios.

ARTICULO OCTAVO: Serán socios activos aquellos profesionales que cumplan con los requisitos establecidos en los estatutos, y que voluntariamente deseen pertenecer a ella. Serán socios honorarios aquellos profesionales nacionales o extranjeros a los que se reconozca especial autoridad científica en la materia y/o estrecha colaboración en el campo de la enfermería en diálisis o trasplante renal, y la calidad de socios le sea conferida unánimemente por el Directorio.

ARTICULO NOVENO: Para ser aceptado como miembro o socio activo, se requiere:

a) Acreditar título universitario de enfermera o enfermero, o de enfermera matrona, vigente en Chile.

b) Acreditar un mínimo de tres meses de formación programada en la especialidad, con dedicación exclusiva.

c) Elevar una solicitud al Directorio acompañada de un currículum vitae, acreditando los requisitos señalados.

d) Pagar la cuota de incorporación.

ARTICULO DECIMO: Son obligaciones de los socios activos:

a) Propender al crecimiento y desarrollo científico de la Sociedad, participar y colaborar en las actividades que se programen.

b) Conocer, cumplir y hacer cumplir los estatutos, sus reglamentos, y las resoluciones adoptadas por la Asamblea General y el Directorio.

c) Pagar puntualmente las cuotas ordinarias y extraordinarias.

d) Servir los cargos en que sean designados.

e) Acreditar periódicamente, según reglamento, un nivel de conocimientos y de perfeccionamiento permanente en la especialidad, compatible con los objetivos corporativos.

ARTICULO UNDECIMO: Los socios activos tienen los siguientes derechos o atribuciones:

- a) Elegir y ser elegidos para servir los cargos directivos de la corporación.
- b) Presentar proyectos o proposiciones al estudio del Directorio, el que decidirá su rechazo o inclusión en la Tabla de una próxima Asamblea general. Todo proyecto patrocinado por diez por ciento o más de los socios, a lo menos con 15 días de anticipación a una Asamblea general, deberá ser sometido a la consideración de ésta.
- c) Participar con derecho a voz y voto en las Asambleas Generales. Los socios honorarios tendrán derecho a recibir información sobre las actividades y marcha de la corporación, y a participar con derecho a voz en las Asambleas generales de socios; no deberán cuotas sociales.

ARTICULO DUODECIMO: La calidad de socio se pierde:

- a) Por fallecimiento.
- b) Por renuncia escrita presentada al Directorio.
- c) Por haberse constituido en mora en el pago de diez cuotas ordinarias. No obstante ello, el socio que hubiere perdido su calidad por esta razón, la recuperará tan pronto se ponga al día en sus cuotas, previo acuerdo del Directorio.
- d) Por expulsión decretada por el Directorio, mediante acuerdo de las dos terceras partes de sus miembros, fundado en el incumplimiento grave de los estatutos. De la expulsión, se podrá apelar ante una asamblea General Extraordinaria citada por el Directorio para ese objetivo. El socio contará con un plazo de 15 días hábiles a contar de la notificación de su expulsión, para notificar al Directorio de su decisión fundada de apelar, y si el Directorio mantuviere la medida, deberá citar a la Asamblea antedicha, para una fecha no anterior a los quince días hábiles, ni posterior a los sesenta días hábiles a contar desde la fecha de envío de la convocatoria. El apelante deberá concurrir a la Asamblea, y podrá presentar descargos verbalmente o por escrito, ampliando o rectificando los fundamentos del escrito de apelación presentado al Directorio. La Asamblea General Extraordinaria resolverá por mayoría de votos, con o sin

la asistencia del afectado, y su decisión será inapelable.

TITULO TERCERO: Del patrimonio

ARTICULO DECIMO TERCERO: Para atender a sus fines, la corporación dispondrá:

- a) De las rentas que produzcan sus bienes y de las actividades que realice.
- b) De las cuotas de incorporación, las cuotas ordinarias y las extraordinarias que deben pagar los socios.
- c) De las donaciones, herencias, legados, erogaciones, subvenciones, financiamientos, patrocinios y similares, que obtenga de personas naturales o jurídicas, de la Municipalidad o del Estado.
- d) Demás bienes que adquiera a cualquier título.

ARTICULO DECIMO CUARTO: La cuota ordinaria mensual será determinada por la Asamblea General Ordinaria del año correspondiente, a propuesta del Directorio, y no podrá ser inferior a un décimo ni superior a una Unidad de Fomento. Estas cuotas se pagarán por mes vencido y dentro de los cinco primeros días del mes siguiente. La cuota de incorporación será determinada del mismo modo, y no podrá ser inferior a dos décimos ni superior a una y un décimo Unidad de Fomento. Las cuotas extraordinarias serán acordadas y determinado su monto, por una Asamblea General, ordinaria o extraordinaria, a propuesta del Directorio, cuando las necesidades así lo requieran. No podrán ser inferiores a media ni superior a dos Unidades de Fomento.

ARTICULO DECIMO QUINTO: Los bienes de la corporación sólo podrán aplicarse al cumplimiento de las finalidades establecidas en estos estatutos, al pago de las obligaciones legales que pesen sobre la Sociedad, y al de los gravámenes y modalidades que afectaren a las donaciones o erogaciones aceptadas por la corporación.

TITULO CUARTO: De las Asambleas Generales

ARTICULO DECIMO SEXTO: La Asamblea General es la máxima autoridad de la corporación y representa al conjunto de sus socios. Sus acuerdos obligan a los socios presentes y ausentes, siempre que hubieran sido adoptados en la forma establecida por los Estatu-

tos, y no fueren contrarios a las leyes o reglamentos.

ARTICULO DECIMO SEPTIMO: Habrán Asambleas Generales Ordinarias y Extraordinarias. Las Asambleas Generales Ordinarias se celebrarán en el mes de diciembre de cada año. En ellas se presentará el balance, inventario y memoria del ejercicio anterior, y se procederá, cuando corresponda, a las elecciones determinadas en los estatutos. Podrá asimismo tratarse de cualquier asunto relacionado con los intereses sociales, a excepción de los que correspondan exclusivamente a las Asambleas Generales Extraordinarias. Si por cualquier causa no se celebrare una Asamblea General Ordinaria en el tiempo estipulado, la Asamblea a que se cite posteriormente y que tenga por objeto conocer las mismas materias, tendrá en todo caso, el carácter de Asamblea General Ordinaria.

ARTICULO DECIMO OCTAVO: Las Asambleas Generales Extraordinarias se celebrarán cada vez que el Directorio acuerde convocar a ellas, por estimarlas necesarias para la marcha de la entidad, o cada vez que lo soliciten por escrito el Presidente del Directorio, un tercio a lo menos de los socios activos, indicando el o los objetivos de la reunión. En estas Asambleas únicamente podrán tratarse las materias indicadas en la convocatoria. Cualquier acuerdo que se tome sobre otras materias, será nulo.

ARTICULO DECIMO NOVENO: Corresponde exclusivamente a la Asamblea General Extraordinaria tratar de las siguientes materias:

- a) De la reforma de los Estatutos de la corporación.
- b) De la disolución de la Corporación.
- c) De las reclamaciones contra los directores para hacer efectivas las responsabilidades conforme a la ley y los estatutos les corresponda.
- d) De la adquisición, hipoteca, venta, cesión, y arrendamiento por más de cinco años, de los bienes raíces de la corporación, así como la constitución de servidumbres y prohibiciones.
- e) De la apelación contra la expulsión de algún socio adoptada por el Directorio. Los acuerdos a que se refieren las letras a), b) y d) deberán reducirse a escritura pública, que suscribirán en representación de la Asamblea la persona o personas que ésta designe, sin perjuicio de la representación que legal-

mente corresponde al Presidente de la corporación.

ARTICULO VIGESIMO: Las Asambleas Generales serán convocadas por un acuerdo del Directorio, y si esto no se produjese por cualquier causa, por su Presidente, o cuando lo solicite un tercio a lo menos de los socios activos. Las citaciones se harán por carta o circular enviada con 15 días de anticipación a lo menos a los domicilios que los socios tengan registrados en la corporación. Deberá publicarse además, un aviso por una vez en un periódico de la capital de la provincia, dentro de los 10 días que procedan al fijado para la reunión, cuando por falta de quórum no se lleve a efecto la primera.

ARTICULO VIGESIMO PRIMERO: Las Asambleas Generales serán legalmente instaladas y constituidas si a ellas concurriera a lo menos la mitad más uno de sus socios activos. Si no se reuniere este quórum, se dejará constancia en el acta y deberá disponerse una nueva citación para día diferente, dentro de los 30 días siguientes al de la primera citación, en cuyo caso, la Asamblea se realizará con los socios que asistan.

ARTICULO VIGESIMO SEGUNDO: Los acuerdos de las Asambleas Generales se tomarán por mayoría absoluta de los socios activos presentes, salvo en los casos que la ley o los estatutos hayan fijado una mayoría especial.

ARTICULO VIGESIMO TERCERO: De las deliberaciones y acuerdos, deberá dejarse constancia en un libro especial de actas, a cargo del Secretario General. Las actas serán firmadas por el Presidente y por el Secretario General, o por quienes hagan sus veces, y además, por los asistentes o por dos de ellos que designe cada Asamblea. En dichas actas podrán los socios asistentes estampar las reclamaciones convenientes a sus derechos, por vicios de procedimiento relativos a la citación, constitución y funcionamiento de la Asamblea.

ARTICULO VIGESIMO CUARTO: Cada socio activo tendrá derecho a voz y voto en las Asambleas generales, y podrá sufragar por poder simple otorgado a otro socio activo, autorizado por el Secretario General de la corporación.

ARTICULO VIGESIMO QUINTO: Las Asambleas generales serán presididas por el Presidente de la corporación, y actuará como Secretario el que lo sea del Directorio, o las personas que hagan sus veces. Si faltare el Presidente, presidirá la Asamblea el Vicepresidente, y en caso de faltar ambos, el director o el socio que la propia Asamblea designe para este efecto.

TITULO QUINTO: Del Directorio

ARTICULO VIGESIMO SEXTO: Al Directorio corresponde la administración y dirección superior de la corporación, en conformidad a los Estatutos y a los acuerdos de las Asambleas generales, y estará constituido por ocho miembros.

ARTICULO VIGESIMO SEPTIMO: El Directorio de la corporación se elegirá por la Asamblea General Ordinaria cada dos años, en votación secreta, en la cual cada socio activo sufragará por un máximo de ocho personas que sean socios activos, proclamándose elegidos los que en una misma y única votación resulten con el mayor número de votos, hasta completar el número de miembros del Directorio que deba elegirse. En caso de empate entre dos o más personas en el último lugar, se dirimirá mediante una nueva votación secreta en la misma Asamblea, a efectuarse sólo con sufragios emitidos a favor de una cualquiera de las personas que se encuentren empatadas, resultando elegida la con más alta mayoría. En caso de subsistir el empate, se dirimirá por sorteo.

ARTICULO VIGESIMO OCTAVO: El Directorio elegido deberá constituirse dentro de los treinta días siguientes a su elección, y en esa oportunidad deberá designar a lo menos Presidente, Vicepresidente, Secretario General, Secretario Coordinador y Tesorero. El Presidente del Directorio lo será también de la Corporación, la representará judicial y extrajudicialmente y tendrá las demás atribuciones que señalen los Estatutos. Los directores durarán dos años en sus funciones y podrán ser reelegidos.

ARTICULO VIGESIMO NOVENO: Si quedare vacante en forma transitoria el cargo de Presidente, lo subrogará el Vicepresidente, pero si la vacante fuere definitiva, ya sea por imposibilidad que dure más de dos

meses, fallecimiento o renuncia, el Directorio procederá a nombrar al Vicepresidente, por el período que falte hasta la correspondiente Asamblea General.

ARTICULO TRIGESIMO: Son atribuciones y deberes del Directorio:

- a) Dirigir la Corporación y velar por el cumplimiento de los estatutos y los objetivos sociales.
- b) Administrar los bienes de la corporación, e invertir sus recursos.
- c) Citar a Asambleas generales de socios, ordinarias y extraordinarias, en la forma y época que señalen los estatutos.
- d) Redactar los reglamentos de la corporación, y de los comités y grupos de trabajo que se creen, sometiendo dichos reglamentos a la aprobación de la Asamblea general ordinaria.
- e) Rendir cuenta en la Asamblea general ordinaria, tanto de la marcha de la institución, como de la inversión de sus fondos, mediante presentación de una memoria, balance e inventario que se someterán a la aprobación de los socios.
- f) Velar por el desarrollo y buena administración de las filiales de la corporación.
- g) En las regiones donde no existiesen filiales, designar a propuesta de las socias que presten servicios en la región, una delegada que ejercerá la coordinación de las actividades, y que se relacionará para estos efectos con el Secretario Coordinador.
- h) Resolver la admisión de nuevos socios.
- i) Resolver consultas y dirimir controversias que surjan con motivo de la aplicación de los estatutos y reglamentos.
- j) Otorgar auspicios y/o patrocinios a nombre de la corporación.

ARTICULO TRIGESIMO PRIMERO: Como administrador de los bienes sociales, el Directorio estará facultado para comprar, vender, dar y tomar en arrendamiento, ceder, transferir, toda clase de bienes muebles y valores mobiliarios; dar y tomar en arrendamiento bienes inmuebles por un período no superior a cinco años; aceptar cesiones; cobrar, percibir, otorgar cancelaciones y recibos; celebrar contratos de trabajo, fijar sus condiciones

y ponerles término; abrir y cerrar cuentas corrientes mercantiles y bancarias, de depósito y de crédito, así como especiales y de ahorro; girar sobre ellas; retirar talonarios, y aprobar saldos; cobrar, endosar y cancelar cheques, retirar talonarios; efectuar y retirar todo tipo de depósitos a la vista o a plazo, contratar mutuos y préstamos con fines sociales; constituir, modificar, prorrogar, disolver y liquidar sociedades y comunidades; conferir y revocar poderes; aceptar toda clase de herencias, legados o donaciones; contratar seguros, pagar las primas, aprobar liquidaciones de los siniestros y percibir el valor de las pólizas, firmar, endosar y cancelar pólizas; estipular en cada contrato que celebre, los precios, plazos y condiciones que juzgue conveniente; anular, rescindir, resolver, revocar y terminar dichos contratos; poner término a los contratos vigentes por resolución, desahucio o cualquiera otra forma. El Directorio sólo podrá delegar en el Presidente y en un director, o en dos o más directores, las atribuciones necesarias para ejecutar las medidas económicas que se acuerden y las que requiera la organización administrativa interna de la institución

Solo por un acuerdo de una Asamblea general extraordinaria se podrá comprar, ceder, hipotecar, permutar, vender o transferir los bienes raíces de la corporación, constituir servidumbres y prohibiciones de gravar y enajenar, y arrendar inmuebles por un plazo superior a cinco años.

ARTICULO TRIGESIMO SEGUNDO: Acordado por el Directorio cualquier acto relacionado con las facultades indicadas en los artículos precedentes, lo llevará a cabo el Presidente o quien lo subrogue en el cargo, conjuntamente con el Tesorero u otro director, si aquel no pudiere concurrir. Ambos deberán ceñirse fielmente a los términos del Acuerdo del Directorio, o de la Asamblea en su caso.

ARTICULO TRIGESIMO TERCERO: El Directorio deberá sesionar a lo menos una vez al mes, sin citación previa, en los días y horas que se acuerden en la sesión de constitución. El Directorio sesionará con la mayoría absoluta de sus integrantes. Los acuerdos se adoptarán por la mayoría absoluta de los asistentes, y en caso de empate, dirimirá el voto del que preside. El Directorio sesionará en forma extraordinaria cuan-

do el Presidente lo estime indispensable, o cuando lo soliciten por escrito a lo menos tres de sus miembros.

ARTICULO TRIGESIMO CUARTO: De las deliberaciones y acuerdos del Directorio se dejará constancia en un libro especial de Actas, que será firmado por todos los directores que hubieren concurrido a la sesión. El director que quisiere salvar su responsabilidad por algún acto o acuerdo, deberá exigir que se deje constancia de su opinión en el Acta.

ARTICULO TRIGESIMO QUINTO: Si por fallecimiento, renuncia o cualquier otro motivo permanente que afectare a un director, quedare vacante una plaza en el Directorio, éste último procederá a proveerla con alguna de las personas que hubieren sido candidatas, y no hayan resultado electas en la última elección correspondiente, prefiriendo entre ellas a aquella que hubiere obtenido mayor cantidad de votos.

TITULO SEXTO: Del Presidente y Vicepresidente

ARTICULO TRIGESIMO SEXTO: El Presidente del Directorio lo será también de la corporación y la representará judicial y extrajudicialmente. Tendrá las siguientes atribuciones, además de las señaladas en los estatutos, o que se le encomienden por la Asamblea General o el Directorio:

- a) Presidir las sesiones de las Asambleas generales, y del Directorio.
- b) Fiscalizar la marcha de la corporación.
- c) Cumplir y hacer cumplir los acuerdos de las Asambleas y del Directorio y las disposiciones de los estatutos y reglamentos, sin perjuicio de las funciones específicas que los estatutos encomienden a cada integrante del Directorio.
- d) Convocar a sesiones ordinarias y extraordinarias del Directorio.
- e) Autorizar conjuntamente con el Secretario General y el Tesorero los gastos urgentes de la Sociedad.
- f) Firmar conjuntamente con el Tesorero los cheques que se giren contra cuentas bancarias de la corporación, los balances, y en general todos los documentos relacionados con el movimiento de fondos.
- g) Firmar conjuntamente con el Secretario General toda

la correspondencia oficial de la corporación.

h) Nombrar las comisiones de trabajo que estime conveniente.

i) Resolver cualquier asunto urgente que se presente, y dar cuenta de ello la próxima sesión de Directorio para los efectos de la ratificación de lo actuado.

ARTICULO TRIGESIMO SEPTIMO: Corresponderá al Vicepresidente:

a) El control de la constitución y funcionamiento de las comisiones de trabajo, y la colaboración estrecha con el Presidente.

b) Reemplazar al Presidente en los casos de enfermedad, permisos, ausencia de la ciudad, cualquier otra causa de fuerza mayor, o cuando el Presidente le otorgue poder suficiente.

c) En los casos de renuncia o fallecimiento del Presidente, asumirá las funciones de éste en la forma establecida en los estatutos.

TITULO SEPTIMO: Del Secretario General, del Secretario Coordinador y del Tesorero

ARTICULO TRIGESIMO OCTAVO: Corresponderá al Secretario General:

a) Desempeñarse como ministro de fe en todas las actuaciones en que le corresponda intervenir, y certificar como tal la autenticidad de las resoluciones o acuerdos del Directorio y de la Asamblea General.

b) Redactar y despachar bajo su firma y la del Presidente toda la correspondencia oficial de la corporación.

c) Llevar al día el archivo de la documentación de la corporación.

d) Contestar personalmente y dar curso a la correspondencia de mero trámite.

e) Tomar actas de las Asambleas y sesiones del Directorio, redactarlas, y registrarlas, debiendo incluir el texto de los acuerdos, resoluciones o mociones.

f) Mantener actualizados los antecedentes de los socios, así como de las autoridades, organismos, instituciones y profesionales vinculados a la diálisis y trasplante renal.

ARTICULO TRIGESIMO NOVENO: Corresponderá al Secretario Coordinador:

a) La coordinación directa con las filiales establecidas en las regiones del país, y con los coordinadores regionales en los casos que las filiales no se hayan constituido.

b) Hacer presente ante el Directorio los intereses, inquietudes y mociones de las filiales, y en general las de los socios de las regiones del país.

c) Dar cuenta en las sesiones de Directorio de la marcha de las filiales que existan, y de las iniciativas tendientes a la formación de nuevas filiales, de conformidad a los estatutos.

d) Mantener informados a los socios de regiones, organizados o no, de los acuerdos de las instancias directivas de la corporación.

ARTICULO CUADRAGESIMO: El Tesorero es el responsable de los ingresos y uso adecuado de los bienes de la corporación, y le corresponderá:

a) Mantener actualizada la nómina de socios activos de la entidad, para los efectos del pago de las cuotas.

b) Organizar la cobranza de las cuotas de los socios, y de todos los recursos de la corporación.

c) Llevar al día los libros de contabilidad general, de conformidad a los reglamentos, e inventario de los bienes sociales.

d) Efectuar conjuntamente con el Presidente, todos los pagos que correspondan, firmando al efecto cheques, giros, y demás documentos necesarios.

e) Exhibir a los organismos fiscalizadores correspondientes los libros y documentos de Tesorería que le sean solicitados.

f) Presentar semestralmente al Directorio, y anualmente a la Asamblea General Ordinaria, un balance de Tesorería.

g) Responder en todo tiempo, las consultas del Directorio en materia de ingresos y gastos, y dar cuenta extraordinaria si se estimare necesario.

h) Mantener los fondos de la entidad depositados en cuenta corriente bancaria, o depósitos a plazo, y en general, velar por los intereses económicos de la corporación.

TITULO OCTAVO: De los Comités

ARTICULO CUADRAGESIMO PRIMERO: En la Sociedad funcionarán tres Comités: Administrativo, Científico y Relaciones Públicas, en la medida de las necesidades de la

corporación, y los que a futuro la Asamblea General estime necesarios para el mejor logro de los fines de la entidad.

ARTICULO CUADRAGESIMO SEGUNDO: El Comité es un organismo dependiente del Directorio, que constituye una unidad funcional, donde, según sus funciones específicas, se desarrollarán actividades integradas, como: planificación, programación, evaluación, asesoría técnica, investigación, perfeccionamiento, comunicación, difusión y publicaciones.

ARTICULO CUADRAGESIMO TERCERO: El Director de cada comité tendrá las atribuciones necesarias para organizar, programar y poner en ejecución las respectivas actividades, de conformidad a la planificación anual del Directorio.

ARTICULO CUADRAGESIMO CUARTO: Los directores de cada comité serán nombrados por el Directorio de entre sus miembros que no ocupen los cargos previstos en el artículo vigésimo octavo, y ejercerán sus funciones durante el período que corresponda al Directorio respectivo.

ARTICULO CUADRAGESIMO QUINTO: Al Comité Administrativo le corresponderá asumir las funciones y tareas de carácter administrativo que el Directorio le encomiende, relacionadas con la organización de eventos, encuentros, seminarios y similares, y la mejor administración de los bienes de la corporación.

ARTICULO CUADRAGESIMO SEXTO: Al Comité Científico le corresponderá:

- a) Estimular el desarrollo de la entidad en los aspectos científicos y de investigación relacionados con su especialidad.
- b) Establecer criterios y modalidades de trabajo que puedan contribuir en la actividad de los distintos profesionales vinculados a las patologías y tratamientos renales.
- c) Programar los contenidos de las actividades científico-técnicas, jornadas, seminarios, curso, talleres y similares.

d) La coordinación con otras sociedades científicas nacionales e internacionales.

ARTICULO CUADRAGESIMO SEPTIMO: Al Comité de Relaciones Públicas le corresponderá:

- a) Prestar apoyo al Directorio, y en especial a los otros comités y al Secretario Coordinador en las materias relacionadas con relaciones públicas.
- b) Informar a entidades públicas y privadas y a los medios de comunicación de los fines y actividades de la corporación.
- c) Editar publicaciones científico-técnicas sobre la especialidad, en coordinación con los otros comités.
- d) Coordinarse con instituciones públicas y privadas que presten servicios en el área de la especialidad.
- e) Organizar o participar en campañas de difusión o ayuda a la comunidad, previo acuerdo del Directorio.

TITULO NOVENO: De las filiales

ARTICULO CUADRAGESIMO OCTAVO: En las regiones o provincias, previa autorización del Directorio, podrán constituirse filiales regionales o provinciales de la "Sociedad Chilena de Enfermería en Diálisis y Trasplante Renal", y sus miembros tendrán la calidad de socios de esta corporación, y deberán cumplir los mismos requisitos de ingreso que se establecen en el Título Segundo de estos estatutos.

ARTICULO CUADRAGESIMO NOVENO: Las modalidades de funcionamiento de las filiales serán determinadas por sus reglamentos que deberán dictarse de conformidad a los estatutos de la corporación. La coordinación de las filiales con el Directorio se efectuará a través del Secretario Coordinador, y el Comité de Relaciones Públicas, a quienes las filiales informarán a lo menos una vez al mes acerca de sus actividades.

TITULO DECIMO: De la codificación de los Estatutos y de la disolución de la corporación

ARTICULO QUINCUAGESIMO: La reforma de los presente Estatutos sólo podrá ser acordada con el voto conforme de los dos tercios de los asistentes a la Asamblea General Extraordinaria, citada exclusivamente con el objeto de pronunciarse sobre el proyecto de reforma que deberá presentar el Directorio, por propia iniciativa o por acuerdo de la Asamblea General de socios.

ARTICULO QUINCUAGESIMO PRIMERO: La disolución voluntaria de la corporación sólo podrá ser acordada por los dos tercios de los socios asistentes a la Asamblea General Extraordinaria, citada únicamente para pronunciarse acerca de la proposición de disolución acordada por el Directorio, fundada en cualquiera de las causales que permita la ley. Esta Asamblea deberá efectuarse con la asistencia de un Notario Público de la localidad, quien certificará el cumplimiento de las formalidades legales y estatutarias.

ARTICULO QUINCUAGESIMO SEGUNDO: Aprobada por el Supremo Gobierno la disolución voluntaria o decretada la disolución forzada de la corporación, sus bienes pasarán a la entidad denominada "COLEGIO DE ENFERMERAS DE CHILE A.G.", la que goza de personalidad jurídica vigente.

Noticias

Elecciones Directiva

El día 28 de Junio del presente año, en dependencias del Colegio de Enfermeras de Chile, se convocó, en segunda llamada, a asamblea general de socios, para la elección de la nueva directiva de Senferdialt, período 2006/2008.

La asistencia total consistió en:

Socios presentes: 10

Socios que enviaron poder simple: 24

Debido a la escasa participación y en pro de mantener nuestra Sociedad activa y continuar desarrollando el área de la enfermería nefrológica, se mantiene la directiva del año 2004/2006, existiendo sólo un cambio en el cargo de Secretaría de regiones:

Presidenta:	Sra. Esterbina Olivares
Vice-Presidenta:	Srta. Jéssica Azcárraga
Secretaria General:	Sra. Marianela Ruz
Secretario de Regiones:	Sr. Leonardo Jiménez
Tesorera:	Sra. Silvia Barrios

Bienvenida a Nuevos Socios

Senferdialt, da la bienvenida a los siguientes colegas que se han integrado como socios activos:

María Angélica Yáñez Astete

Clara Surita Tapia

Mariela Soto Gómez

Gustavo Siech Campos

Beatriz Saavedra

Erika Rivera Vergara

María Angélica Cáceres

Miriam Vasquez

Invitamos a los colegas que pertenecen al área de diálisis y trasplante renal, a formar parte activa de Senferdialt y contribuir al crecimiento y desarrollo de nuestra especialidad.

Interesados contactarse con: Sra. Carmen Pinto: pintocarmen@hotmail.com

Invitación a Publicar en Revista de Senferdialt

Se invita a todos los profesionales del área de la salud que trabajan con pacientes renales, a publicar trabajos de investigación, revisiones bibliográficas o casos clíni-

cos, para ser publicados en nuestra revista. El plazo de entrega límite para el siguiente número, corresponde al 30 de Septiembre del 2006. Contactarse con Jéssica Azcárraga, correo electrónico: jessiazcarraga@yahoo.es

CURSOS SENFERDIALT

Actualización de Enfermería en Diálisis

Senferdialt invita a socios y no socios a participar del curso de Actualización en Diálisis, a realizarse el próximo 2 de Septiembre en el auditorio de la Cámara de Comercio de Santiago, Monjitas 392. (Metro: Universidad Católica o Bellas Artes). Se tratarán temas de gran interés para nuestro diario quehacer.

Para mayor información e inscripción contactarse con: Sra. Carmen Pinto: pintocarmen@hotmail.com / Fono: 3413295 (contestadora dejar recado) / 9-7457276

Curso / Taller de Enfermería Basada en la Evidencia

Senferdialt, preocupada por desarrollar y estimular el área de la investigación en Enfermería, realizará próximamente un curso - taller, en el cual, se entregarán las herramientas necesarias para este ámbito de la enfermería. Les instamos a participar. Cupos limitados.

Para mayor información contactarse con: Sra. Carmen Pinto: pintocarmen@hotmail.com / Fono: 3413295 (contestadora dejar recado) / 9-7457276

Premio Senferdialt/ Investigación en Enfermería / XVII Jornadas de Senferdialt

Invitamos a nuestros socios activos (con cuotas al día), a enviar trabajos de investigación o revisiones bibliográficas, los cuales serán estudiados por el comité científico de nuestra sociedad y aquellos que resulten bien evaluados, recibirán un premio consistente en:

- Publicación del trabajo de investigación o revisión bibliográfica en la revista de Senferdialt.

- Presentación del trabajo de investigación o revisión bibliográfica en las XVII Jornadas de la Sociedad en Mayo del 2007.

- Premio económico: 1º lugar \$ 350.000

2º lugar \$ 150.000

3º lugar \$ 100.000

Los trabajos serán recibidos hasta el 31/03/2007. Enviarlos a Jéssica Azcárraga, correo electrónico:

jessiazcarraga@yahoo.es

OTROS CURSOS Y CONGRESOS

Congreso Conjunto de las Sociedades de Nefrología, Hipertensión y Trasplante Valdivia 2006

Fecha: 4 al 7 de Octubre

Informaciones: Sociedad Chilena de Nefrología. Bernarda Morín 488, Providencia. Santiago. Fono: 3413439 Fax: 3419457.

Curso Clínico en Peritoneo Diálisis

Lugar: Escuela de Enfermería, Hospital Clínico UC, Unidad de peritoneo diálisis.

Coordinación:

- María Isabel Catoni S. Profesor adjunto. Especialista en Enfermería Médico Quirúrgica. Magíster (c) en Fundamentación Filosófica.
- Rina Morales Boza. Supervisora Unidad de peritoneo diálisis, Hospital Clínico UC.

Informaciones y matrículas: Dirección de Extensión, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile. Vicuña Mackenna 4860, Macul. Paulina Umaña (Secretaria) Teléfonos 354 5303 - Fax 354 7910 - 354 7025 - e-mail: pumana@puc.cl eventosenfermeria@puc.cl

Post-Títulos

La Clínica Alemana junto a la Universidad del Desarrollo, han creado los siguientes programas de post-título, para la formación de enfermeras especialistas en:

- UCI Adulto.
- UCI Pediátrica
- Diálisis y Trasplante renal

Los programas tienen una duración de 1 año, sin costo y financiamiento para el becado (\$350.000 bruto mensual).

Los requisitos de ingreso son:

- Título universitario de enfermera.
- Edad máxima 35 años.

UNIVERSIDAD LA REPUBLICA

Asociación Grupal Entidades Privadas Proveedores de Diálisis AGEPPD

4º CONGRESO DE DIÁLISIS

23, 24, 25 NOVIEMBRE 2006

Salón Auditorio EDIFICIO TELEFONICA Av. Providencia 111 Santiago.

Valores:

No Socios:	\$ 90.000
Socios (clave al día): Nefrólogos, Internistas, Representantes Legales:	\$ 60.000
Médicos Generales:	\$ 55.000
Enfermeras, Nutricionistas, Psicólogos:	\$ 45.000
Estudiantes:	\$ 30.000
Extranjeros:	US\$ 200
Acompañantes:	US\$ 100

Inscripciones Congreso: inscripciones@ageppd.com (56-2) 274 6714

Programa preliminar

Realidad chilena en Diálisis Dr. Hugo Pulente Chile	Nutrición en Diálisis 3 sesiones Dr. Sergio Acuña USA
Manejo Planta de Agua Dr. René Clavero Chile	Síndrome inflamatorio y enfermedad coronaria en hemodiálisis Dr. Claudio Marcheroni Argentina
Calidad de vida de los pacientes en diálisis Dr. Carlos Zúñiga Chile	Ventajas y desventajas del K y N vs KTN formas no convencionales de adecuación dialítica Dr. Claudio Marcheroni Argentina
Evolución de la Volemia Intradialítica Dr. Guillermo Rojas Chile	Biostatística aplicada a la nefrología Dr. Claudio Marcheroni Argentina
Tratamiento no farmacológico intradialítico de la hipertensión arterial Dr. Juan M. López G. España	Epidemiología de la enfermedad cardiovascular del paciente en tratamiento sustitutivo renal Dra. Ana María Cusumano Argentina
Indicadores de calidad en hemodiálisis Dr. Fernando González Chile	Manejo de paciente diabético en diálisis desde el punto de vista CV Dra. Ana María Cusumano Argentina
El modelo mexicano de diálisis peritoneal Dr. Alejandro Treviño México	Factores de riesgo cardiovascular del paciente diabético con IRC Dr. Felipe Inserra Argentina
Aplicación al hierro en pacientes en hemodiálisis Dr. Alejandro Treviño México	Angiotensina, proceso inflamatorio y enfermedad renal crónica Dr. Felipe Inserra Argentina
Tratamiento no farmacológico intradialítico de la hipertensión arterial Dr. Juan M. López Gómez España	Estado oxidativo en el paciente en TSH Dr. Felipe Inserra Argentina
Factores de riesgo en HD Dr. Juan M. López Gómez España	

Informaciones: congresodialisis2006@ageppd.com
San Antonio 427 Of. 1006 - Santiago. Centro - Fonos: (56-2) 6649638 - 6320955
mensaje@ageppd.com / director@ageppd.com / info@ageppd.com
www.ageppd.com

- Dedicación exclusiva.

107907 / Fax: 985-107908 / e-mail: teresa.lopez@sespa.princast.es / web: www.aenp.es

La fecha de postulación será difundida oportunamente.

Informaciones y presentación de antecedentes: Facultad de Medicina Clínica Alemana- Universidad del Desarrollo. Av. Las Condes 12.438 – Teléfono: 2-2999105 - página web: www.medicina.udd.cl

CONGRESOS Y CURSOS INTERNACIONALES

XLIII ERA-EDTA Congress

Fecha de actividad: 15/07/2006 - 18/07/2006

Lugar: Scottish Exhibition and Convention Centre, Glasgow. Reino Unido

Secretaría técnica / información: ERA-EDTA Congress Office. Via Spolverini 2 I-43100, Parma, Italy / Phone: +39-0521-989078 / Fax: +39-0521-959242 – e-mail: congress@era-edta.org – web: www.eraedta2006.org/

V Congreso Iberoamericano, XXXVI Congreso de La S.E.N.

Fecha de actividad: 18/10/2006 - 21/10/2006

Lugar: Palacio de Congresos de Madrid

Secretaría técnica / información: Sociedad Española de Nefrología. c/ Magallanes, 36 39007, Santander (España). Teléfono: + 34 942 075469 / Fax: + 34 942 231058 – e-mail: senefro@senefro.org – web: www.pulso.com/sen2006/index.html

Bioética y Trasplante. Trasplante Renal de Donante Vivo

Fecha de actividad: 27/10/2006 - 28/10/2006

Lugar: Pamplona

Secretaría técnica / información: COLLAZOS comunicación. Paulino Caballero 6, 7o-1a. 31002 Pamplona. Teléfono: 948 21 04 50 / Fax: 948 21 04 50. e-mail: secretaria@bioeticaytrasplante.org
info@bioeticaytrasplante.org

XXXII Congreso Nacional de Nefrología Pediátrica

Fecha de actividad: 01/11/2006 - 04/11/2006

Lugar: Palacio de Congreso

Secretaría técnica / información: Gabinete de Actos Científicos, Hospital Universitario Central de Asturias. Celestino Villamil, s/n 33006 OVIEDO. Teléfono: 985-

Correspondencia

Cambios de rumbo, cambios de mando

Todo proceso requiere de dos instancias fundamentales, el hacer y el pensar... ambas son igualmente importantes en todo proceso humano y deben ir de la mano, ya que en su equilibrio radica la virtud del SER.

Cualquier cambio de rumbo pone a prueba nuestra capacidad para calibrar ambas instancias, ya que el mundo normalmente corre más rápido que nuestra capacidad de asimilación y es difícil estar, a la hora de las decisiones, con un ojo en el camino y otro en el porvenir. Es por esto que cuando se está a cargo de un equipo de trabajo, las situaciones previas a los cambios son de mucha contención, tanto en lo personal como hacia un equipo lleno de inquietudes, y que esperan, después de 18 años de trabajo en conjunto, no sólo una mirada cómplice, sino que también una mediación elocuente... porque si la experiencia nos endurece la piel como armadura no es más que para sacar a flote, aún en las más altas mareas, a aquellos que con sonrisa vulnerable se nos alinean en la espalda. Ésta es una nueva oportunidad para asimilar y descifrar los diversos escenarios que ocurrieron y se seguirán desarrollando en las dinámicas laborales y reflexionar sobre algunos aspectos de la actual situación que veo en nuestra especialidad.

Pero no hay presente sin historia, y ante la incertidumbre que nos plantea el futuro es necesario dar vuelta la mirada para ver imágenes de pioneros en este camino en el que avanzamos a diario con respeto y agradecimiento, porque no debemos olvidar que al andar llevamos a cuestas a quienes nos alumbraron generosamente el sendero que hoy a tientas reconocemos. Por esto, quiero representar los que me acompañaron en mis inicios, algunos ya partieron como el Dr. Eduardo Katz, Eugenio Gehring, Juan Delmastro, Arnoldo Pérez y las E.U. que actualmente están trabajando y me enseñaron los primeros encantamientos y desafíos de diálisis, como Sor Yolanda Ellies y Rosita Valdés, la Auxiliar de Enfermería Gloria Martínez y el Dr. Emilio Roessler, entre otros (gran equipo del Hospital del Salvador) y la paciencia y cariño de tantos enfermos que confiaron en nosotros en tiempos tan distintos a los de ahora en oportunidad, cobertura, etc.

Ese agradecimiento es para todos lo que iniciaron el aprendizaje en éste campo, cuando en Chile era una utopía pensar en lo que ahora podemos observar a través de las encuestas que el Dr. Hugo Poblete, durante cada año nos documenta, es ahí donde me doy cuenta que cuando inicié este recorrido se dializaban 143 pacientes en todo Chile y que casi el 70% se dializaba en la región Metropolitana, en comparación al 2005 en que los pacientes ya alcanzan 10.600, extendiéndose la cobertura a regiones a un 60% versus 40% en la región Metropolitana, esto amerita poner una especial atención para proyectar políticas de salud de acuerdo a la realidad actual y a los desafíos que estos implican.

Los tiempos de la evaluación y mejoría de la calidad, han llegado para establecer estándares muy necesarios desde el punto de vista técnico, los que se agradecen, ya que pone nuestros estudios teóricos y prácticos en evaluación continua, un necesario "test de la blancura" para la evolución de nuestro "quehacer profesional", tan orgullosamente atesorado. Personalmente, creo que la mejor evaluación para estos cambios será la de nuestros pacientes, cuya satisfacción es la piedra angular de todo proceso de renovación, ya sea de normas, como también de los protocolos y procedimientos que hacen del nuestro, un trabajo bien hecho, garantizando un cambio hacia el mejoramiento cualitativo.

Pero nuestra labor no se cifra únicamente en las técnicas y los avances tecnológicos, porque incluso antes de la práctica rigurosa se encuentra el ser humano, y es ese el valor agregado que los pacientes han ido detectando. Por esto, el confort dado por nuestras unidades, debe pasar necesariamente por quienes los conforman, la cara visible de la diálisis en el trato cotidiano con los pacientes. Estos deben reunir las competencias necesarias para brindar una atención que denominaría como "C&C" (calidad y calidez). Es éste nuestro principal desafío, porque en un contexto donde la globalización se encarga de igualar los mercados, la correcta ejecución del factor humano es donde la diálisis cobra su especial espesor y diferencia.

Han habido grandes esfuerzos de todos por mejorar en los aspectos que han ido surgiendo producto de los nuevos desafíos, con una propuesta cada vez más exigente de las autoridades de salud, no tan sólo en lo

referido a una mayor cobertura, sino que además dicha cobertura tenga objetivos claros, y que, por lo tanto, se reflejen en una intervención oportuna y equitativa, que asegure la satisfacción a un número creciente de beneficiarios ansiosos que sus demandas en salud sean efectivamente resueltas.

En la realización de esos desafíos, tanto el de cobertura como el de excelencia en el servicio, la alianza de los sectores público y privado ha generado réditos importantes, básicamente porque ambos sectores han visto en el respeto, la transparencia y la igualdad, la única forma de coexistencia efectiva.

Sin embargo, nuevos procedimientos generan también nuevos vicios, y si antes debíamos lidiar con una diálisis basada en el sector público, con sus limitaciones y dilaciones, hoy debemos ser capaces de entender nuestra labor desde lo privado, pero sin dejar que la infinita posibilidad de crecimiento que permite una economía de libre mercado, genere una dinámica indómita que hipoteque la calidez de nuestras unidades. Para quienes seguimos mirando la diálisis con romántica generosidad, y que por lo mismo, hemos estado atentos a que las coyunturas no arremetan contra los aspectos humanos esenciales, los últimos tiempos han significado un enorme desgaste, ya que vemos con temor el ingreso de empresas multinacionales al área de diálisis que han empezado a consolidar eficientemente grandes monopolios contra los cuales a las pequeñas empresas les es más difícil competir, debido a que cuentan con una menor diversificación de sus servicios, lo que se traduce en costos comparativamente mayores.

Pero por muy eficiente que sea un monitor, éste sólo vive el presente sin cuestionamientos, por lo cual sólo sigue una dirección donde debiese buscar un camino... Es ese el camino que reconocemos en el pasado y que estamos forjando al haber sido, por ejemplo, pioneros en dar cobertura en zonas muy distantes a las grandes urbes, con el fin de acercar la diálisis al lugar de vida y trabajo de los enfermos renales, descentralizando la atención en esta especialidad y mejorando la calidad de vida de los pacientes y familia.

Por supuesto que todo esto conlleva a los centros a redoblar sus esfuerzos, apelando a un mayor costo en capital humano, económico, tiempo y muchísima

vocación de servicio para crear un clima de confianza que permita traducir este esfuerzo en un tratamiento de calidad y oportunidad de acceso, que bien vale el reconocimiento y una atención especial, más allá del cumplimiento de las exigencias de papel, y que debiera recaer en una mayor protección, sobretodo a nivel de las grandes ciudades, donde los consorcios hacen sentir fuertemente su presencia, y donde se concentran los capitales y no donde se hace Nación.

La preocupación frente a esta permanente exigencia y mayor grado de competitividad es el cambio que he venido observando, donde el capital humano se ha visto resentido muchas veces por la sobrecarga de exigencias para lograr las metas y donde esa "común unión", se ha desdibujado debido a la protección de estos pequeños feudos, que en poco benefician a la apertura y expansión que necesitamos para aprender de otros y cooperar mutuamente, sin pensar en sacar ventajas.

Pero la diálisis no es como cualquier otra empresa, ya que nuestros pacientes no se fidelizan con las normas o los estándares, sino con el equipo humano, con la empatía de sus dolores y alegrías... y eso no se puede comprar. Por esto, sigo creyendo que el entregar tu experiencia, es el gran legado de quienes ya llevamos varias décadas en este ámbito, con el fin de entusiasmar, crear confianzas y avanzar con convicción en la idea de que somos seres en tránsito y que nuestros tesoros más preciados son los que salen del corazón, y que si bien es importante cultivar los conocimientos científicos basados en evidencias, éstos jamás sustituirán al Ser Humano y la comunicación con otros para crecer en lo personal y grupal.

Con cariño a todos los que no nombré y los llevo aquí en mi mochila ¡Gracias por ser parte de este aprendizaje!

Elena Bán W.
Santiago-junio-2006

Estimada Directora Revista Senferdialt:

Es un agrado dirigirme a ustedes para felicitarlas por su revista. Todos sabemos el esfuerzo que se necesita para mantener la circulación de una revista de divulgación científica, como es el caso de ésta.

La Revista es uno de los últimos eslabones de una cadena de esfuerzos a través del tiempo para mantener esta Sociedad Científica funcionando en un buen nivel. Como enfermera, me enorgullece recordar que Senferdialt se ha mantenido hasta la actualidad gracias al esfuerzo y dedicación de enfermeras como ustedes, que sueñan con mantener y elevar el nivel de nuestra especialidad, en beneficio de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal. Nos ha tocado vivir en una época en que como nunca, los intereses económicos influyen las decisiones. Hoy por hoy es difícil, aunque gracias a Dios no imposible, encontrar personas que dediquen horas a un trabajo gratuito. En ese sentido todas las enfermeras(os) que trabajan para Senferdialt merecen reconocimiento y respeto por una labor que las enaltece moralmente.

Lejanos están los días en que un grupo de enfermeras del Hospital Barros Luco Trudeau, cimentaron las bases de este proyecto en el año 1977. Los reconocimientos para ellas y para todas las que han colaborado, aunque ha habido, parecen insuficientes. Se observa una desproporción entre lo entregado y lo recibido, aunque seguramente todas las directivas y asociados que han contribuido al desarrollo de Senferdialt, lo han hecho con desinterés.

Sugiero que con motivo de los 30 años de Senferdialt, que se cumplen el año 2007, se edite un número especial dedicado a la historia de la diálisis y el trasplante en Chile y en el mundo, y especialmente al rol que han jugado algunas enfermeras en esta historia. Por otra parte, con ocasión de las tradicionales "Jornadas de Enfermería en Diálisis y Trasplante Renal", se podría hacer un reconocimiento a enfermeras que se hayan destacado en diferentes áreas.

Atentamente,
María Isabel Catoni S.

Revista de La Sociedad Chilena de Enfermería en Diálisis y Trasplante Renal

Instrucciones para autores

La Revista de la Sociedad Chilena de Enfermería en Diálisis y Trasplante Renal publica artículos relacionados con el área de diálisis y trasplante renal de autores nacionales y extranjeros.

En la evaluación de los trabajos recibidos, el Comité Editorial tendrá en cuenta lo siguiente:

1.- Las publicaciones deberán ajustarse al formato de una de las siguientes secciones:

Editorial: artículo breve en el que se expresa una opinión, se interpretan hechos u otras opiniones.

Trabajos de investigación originales e inéditos: artículos en los que el autor o autores estudian un problema utilizando métodos de investigación cuantitativos o cualitativos. En este caso, el artículo deberá presentarse organizado en el formato de un trabajo de investigación, es decir, deberá ir precedido de un resumen de 250 palabras como máximo, con tres o cuatro palabras claves para índice. Luego se presentará el trabajo mismo, dividido claramente al menos en las siguientes partes: introducción, antecedentes teóricos, objetivos, metodología, resultados, conclusiones y discusión.

Revisión bibliográfica: revisión del estado actual del conocimiento sobre un determinado tema. La revisión bibliográfica deberá estar organizada de modo de contener al menos las siguientes secciones: introducción, contenido y conclusiones. La revisión deberá ir precedida de un resumen de 250 palabras como máximo, con tres o cuatro palabras claves para índice.

Casos clínicos: descripción de uno o unos pocos casos clínicos, en el que se describe la intervención bajo el punto de vista de enfermería. La presentación del caso clínico deberá estar organizada de modo de contener al menos las siguientes secciones: introducción, contenido y conclusiones. Además, el artículo deberá ir precedido de un resumen de 250 palabras como máximo, con tres o cuatro palabras claves para índice.

Cartas al director: comunicación breve de experiencias u observaciones que por sus características pueden ser resumidas en un texto breve, también opiniones con respecto a artículos publicados en la misma revista.

2.- El artículo debe tener una extensión máxima de doce páginas, tamaño carta, a doble espacio, letra tamaño 10.

3.- Las tablas y figuras pueden venir en hojas separadas al final del trabajo, correctamente numeradas, citadas e indicando la posición correcta de ellas. Es conveniente enviar esquemas o fotos para ilustrar el texto si corresponde.

4.- Enviar una copia en papel y una en diskette, en un programa PC compatible.

5.- La primera página debe incluir el título del artículo, nombre del autor(es), nombre y dirección donde trabaja el autor(es).

6.- Las referencias bibliográficas se presentarán al final del texto y deben ajustarse a lo siguiente:

- Citas de artículos de revista: autor(es), título del artículo, título de la revista, año, volumen, páginas.

- Citas de libros: autor(es), título, lugar de publicación, editorial, año de publicación.

7.- La revista se reserva el derecho de sugerir modificaciones. Si fuera el caso, recibirá el artículo con las sugerencias para revisarlo y devolverlo con los cambios pertinentes.

8.- Los artículos deben ser enviados al Comité Editorial de la Sociedad Chilena de Enfermería en Diálisis y Trasplante Renal, a nombre de la Srta. Jéssica Azcárraga G. Avda. Vicuña Mackenna 4686. Campus San Joaquín. Pontificia Universidad Católica de Chile. Fono: 02-3548649. E-mail <jessiazcarraga@yahoo.es>