



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

NIVEL DE SATISFACCIÓN USUARIA Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTIN DE CHILLÁN, 2011

AUTORES:

Bastías C., Rocío Andrea

Burgos J., Claudia Andrea

Conejeros V., M^ª de los Ángeles

Moncada O., Juan Antonio

DOCENTE GUÍA:

Sra. Ángela Astudillo

Magíster en Pedagogía para

la Educación Superior

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

CHILLÁN – CHILE

2011

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Presentación y fundamentación del problema	4
1.2. Importancia para la profesión	7
1.3. Problema y problematización	8
1.4. Marco Teórico	10
1.5. Marco Empírico	22
1.6. Propósito	26
1.7. Objetivos generales y específicos	26
1.8. Listado de Variables	30
2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	31
2.1. Tipo de diseño	31
2.2. Universo y muestra	31
2.3. Criterios de inclusión y exclusión	31
2.4. Unidad de análisis	31
2.5. Aspectos éticos	31
2.6. Recolección de datos	32
2.7. Descripción del instrumento recolector	32
2.8. Prueba piloto	34
2.9. Procesamiento y análisis de datos	34

3. ANÁLISIS.....	35
3.1. Resultados	35
3.2. Discusión	50
4. CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.....	57
4.1. Conclusión	57
4.2. Sugerencias	59
4.3. Limitaciones	59
5. BIBLIOGRAFÍA.....	60
6. ANEXOS	
6.1. Definición Nominal y operacional de variables	
6.2. Consentimiento informado	
6.3. Carta de autorización aplicación de instrumentos	
6.4. Encuestas	
6.5. Carta de autorización prueba piloto	

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todos quienes colaboraron con la siguiente investigación durante sus etapas:

- En forma muy especial a Dios y cada una de nuestras familias.
- Sr. Miguel Angel López Espinoza Bchr Cs, Nutricionista, Docente.
- A nuestra docente guía, Sra. Ángela Astudillo Magíster en Pedagogía para la Educación Superior.
- Sra. Teresa Balboa Seguel, Enfermera supervisora de la Unidad de Hemodiálisis del HCHM y todo el equipo de enfermería del servicio.
- Equipo de enfermería del Centro de Diálisis San José de San Carlos.
- A todos los usuarios que dedicaron su tiempo a responder nuestra encuesta.
- A Karen Benavides Reyes, Profesora de Inglés, por su colaboración en la creación del abstract.

DEDICATORIAS

Dedico el trabajo puesto en esta investigación a Dios, que me ha dado paz, sabiduría y fuerza en cada paso importante de mi vida, a mi familia, mi novio y cada persona que me brindó su apoyo incondicional, haciendo más fácil el logro de mis metas.

ROCÍO ANDREA BASTÍAS CERDA

Quiero dedicar el esfuerzo de este logro a Dios, quien nunca manda cosas imposibles y cuyos designios son misteriosos, pero siempre son a nuestro favor, y a mi familia, en especial a mis papás y a mi hermano, por su amor, esfuerzo y entrega incondicional.

CLAUDIA ANDREA BURGOS JARA

Agradezco profundamente a Dios, a mi familia y en especial a mis padres, a mi hermana, a mi gran amiga y a todas las personas que me apoyaron durante el transcurso de esta investigación y al incondicional cariño y amor que siempre han demostrado.

MARÍA DE LOS ÁNGELES CONEJEROS VÁSQUEZ

Quiero dedicar el trabajo de esta investigación, a mi madre, por su perseverancia y espíritu de superación, que constituyen un verdadero ejemplo en mi vida. A mi querida tía, Frida Oyarce, por el apoyo concreto que me otorgó y que está manifestado en esta investigación. A cada uno de los usuarios de la unidad de hemodiálisis; conociendo las implicancias de su tratamiento, me motiva un sincero ánimo de aportar, con este trabajo, un granito de arena para la mejora de su bienestar.

JUAN ANTONIO MONCADA OYARCE

RESUMEN

Estudio realizado el primer semestre de 2011, cuyo propósito fue describir el nivel de satisfacción usuaria y la calidad de vida relacionada con la salud de los usuarios en hemodiálisis, con Enfermedad Renal Crónica, del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán. Se utilizó el Modelo de Sistemas de Betty Neuman para sustentar aspectos de la satisfacción usuaria. Estudio descriptivo, de corte transversal, aplicado a 64 pacientes de la Unidad de hemodiálisis del Hospital Clínico Herminda Martín. Se midió la satisfacción usuaria, aplicando como instrumento el cuestionario SERVQHOS modificado, y la calidad de vida mediante el cuestionario SF-12. Los datos fueron tabulados en el programa Excel 2007 y el análisis estadístico se realizó en el programa SPSS versión 17, exponiéndose los resultados en tablas de frecuencia o contingencia. El 4,7% de los usuarios indicó una satisfacción regular, el 39,1% buena y el 56,3% muy buena. En la calidad de vida, los usuarios demostraron bajas puntuaciones para las dimensiones salud general y rol físico y mejores puntajes para función social y rol emocional. Se concluyó que los usuarios de la unidad presentaron un alto nivel de satisfacción usuaria y una baja calidad de vida, principalmente en el área física.

Palabras Claves: Satisfacción usuaria, Calidad de Vida, Diálisis, Enfermedad Renal Crónica.

ABSTRACT

This research carried out during the first semester in 2011, is intended to describe the level of client satisfaction and quality of life in relation to the haemodialysis patients' health and with Chronic Kidney Disease from Hospital Clínico Herminda Martín in Chillán. Betty Neuman's system model was used to validate the aspects of user satisfaction. Descriptive, cross-sectional study of 64 patients belonging to the haemodialysis unit from HCHM, in which user satisfaction was measured with SERVQHOS questionnaire and quality of life by means of the SF-12 questionnaire. All data collected were tabulated using Excel 2007 and the statistical analysis was carried out using SPSS software (17 version), which results were displayed on a frequency or contingency chart. A 4, 7% of the users showed a regular level of satisfaction, a 39,1% denoted a good level, and the 56,3% indicated a very good level of satisfaction. Concerning quality of life, clients showed lower scores on general health and physical role but a better score in social functions and emotional role. It was concluded that users of the unit showed a higher level of client satisfaction whereas a lower quality of life, principally concerning physical wellbeing.

Key words: User Satisfaction, Quality of Life, Dialysis, Chronic Kidney Disease

1. INTRODUCCION

El aumento de la esperanza de vida genera poblaciones cada vez más ancianas y con mayores necesidades y demandas. También conlleva un aumento del número de pacientes con enfermedades crónicas que los convierte en usuarios de los servicios sanitarios de por vida. En este contexto, las políticas sanitarias no se pueden desarrollar sin tener en cuenta su opinión y sin considerar los cambios que suponen un valor añadido para la percepción de su salud o bienestar. El concepto de calidad va surgiendo con más fuerza en los diferentes campos de la gestión en general, gestión sanitaria y asistencial en particular. El usuario o cliente, exige más prestaciones y de mejor calidad, especialmente en los servicios dirigidos a las personas, como el de la sanidad. Parejo al concepto de calidad ha hecho su aparición la importancia de hacer su evaluación y las instituciones de salud no han estado ajenas a ello ⁽¹⁾.

En Estados Unidos la prevalencia de Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) es de 1.131 pacientes por millón de población y la incidencia es de 296 nuevos pacientes por año por millón de población (pmp). En los menores de 18 años la incidencia de ERCT es de 8,3 pmp menores de 18 años ⁽²⁾. En Chile la prevalencia de sujetos en hemodiálisis (HD) es de 15.449 personas, niños y adultos, con una tasa de 903 pmp ⁽¹⁴⁾.

En los últimos años se han producido importantes progresos técnicos en el tratamiento de la ERCT, tales como la utilización de membranas más biocompatibles, corrección de la anemia con eritropoyetina, técnicas especiales de diálisis, entre otros, que han tenido un impacto sobre los resultados clínicos de los pacientes en tratamiento con HD crónica. Sin embargo todavía se conoce poco sobre los factores que influyen en otros resultados del tratamiento, como la salud percibida o la satisfacción, para algunos de los cuales las herramientas específicas de medida en esta patología no están lo suficientemente desarrolladas ⁽³⁾. En la última década, la satisfacción del paciente y la calidad de vida

relacionada con la salud (CVRS), han sido aceptadas como componentes importantes de la calidad de la atención médica ⁽⁴⁾.

El Ministerio de Salud (MINSAL) en el año 2009 realizó la Medición Nacional de Satisfacción Usuaría en la Red Pública de Salud de Chile. El MINSAL viene desarrollando desde el año 1995 estrategias de participación social, que facilitan el involucramiento de los usuarios en las decisiones que los afectan directamente y que fomentan la corresponsabilidad en materias de salud. El proceso de reforma de salud institucionaliza estos mecanismos de participación de usuarios y le otorga carácter de exigibilidad al sistema de garantías de acceso, oportunidad y calidad de la atención. La implementación de una atención en salud humanizadora supone revalorizar la dimensión subjetiva y social de todas las prácticas de atención y gestión en la red de salud, fortalecer el trabajo en equipos multidisciplinarios, fomentar la construcción de autonomía y el protagonismo de las personas ⁽⁵⁾.

El índice de Satisfacción Global para toda la red pública de salud es de 78.1, donde el máximo es de 100, lo cual revela que el Nivel de satisfacción de los usuarios respecto de la atención recibida en los hospitales y centros de salud es relativamente bueno. Los aspectos mejor evaluados son Acceso y Atención del Profesional. Las menores evaluaciones se obtienen para la infraestructura, baño y sala de espera. También se observa que la Satisfacción usuaria es relativamente baja en mujeres (72.1). El aspecto mejor evaluado es la Atención Profesional (85) y el peor evaluado es el Tiempo de Espera (64.7). La atención de Urgencia es la que presenta el menor nivel de Satisfacción, siendo el promedio nacional de 71.1. Los aspectos que explican principalmente esta baja satisfacción son Tiempo de Espera e Infraestructura, cuyos índices son de 64.2 y 65.1 respectivamente ⁽⁵⁾.

Hasta la fecha, el interés de los profesionales se ha centrado clásicamente en mejorar la supervivencia del paciente, sin embargo, no siempre se logra de la mejor manera, en gran parte debido a la alta comorbilidad que presentan al inicio

del tratamiento. Es entonces cuando aspectos como la rehabilitación, calidad de vida (CV) y satisfacción del enfermo renal cobran más relevancia. Estudios anteriores demuestran la importancia que tiene la opinión del usuario para una mejora constante en la calidad asistencial ⁽³⁾.

En consecuencia, esta investigación tuvo como objetivo estudiar a la población con ERCT que se encuentra en tratamiento de HD en el Hospital Herminda Martín de Chillán, para conocer su nivel de satisfacción usuaria y CVRS en el año 2011.

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La ERC es un problema de salud pública a nivel mundial, el número de pacientes se viene incrementando tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Como consecuencia, cada vez es mayor la necesidad de recurrir a procedimientos de HD, peritoneo diálisis, o en su defecto de trasplante renal. En lo que respecta al panorama epidemiológico mundial de la situación de la ERC, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que en el mundo hay aproximadamente 150 millones de personas con diabetes, las cuales si no reciben un cuidado estricto de su padecimiento serán las que estarán llenando las Unidades Nefrológicas, este dato puede ser doblado a más de 300 millones para el 2025. Entre los registros más completos están el de Estados Unidos y Japón en donde la incidencia es de 150 a 200 pacientes por millón de habitantes y la prevalencia está entre 1100 y 1300 pacientes por millón de habitantes, con un total de 300 mil pacientes con algún tipo de tratamiento en los Estados Unidos. En contraste con países latinoamericanos, éstos tienen entre 200 y 600 pacientes por millón de habitantes ⁽⁶⁾.

Con los datos antes mencionados, se puede predecir un extraordinario impacto en lo que se ha llamado “epidemia” de la ERC en el mundo, su importancia radica en el desafío que representa para los centros de atención a nivel mundial, ya sea fortaleciendo las estrategias de calidad en la atención y mejorando la CV de las personas que padecen esta enfermedad. En el tratamiento de la falla renal crónica, han sucedido importantes y significativos avances, como por ejemplo, mejorar calidad de filtros, máquinas con más opciones y seguridad, tratamiento de la anemia y de la osteodistrofia renal. Ello ha generado protocolos y guías terapéuticas ampliamente aceptadas por los equipos de salud, cuyo objetivo ha sido optimizar los resultados en los parámetros bioquímicos/fisiológicos y minimizar factores de riesgo médico que afectan la sobrevida. Sin embargo estos avances terapéuticos no han sido suficientemente percibidos y valorados por los pacientes en diálisis, considerando el impacto parcial que ellos tienen en su CV,

que incluye aspectos físicos, psíquicos, afectivos-emocionales y sociales, los que habitualmente no son considerados en los avances terapéuticos descritos. Las medidas clínicas tradicionales no reflejan la perspectiva ni el sistema de valores del paciente, no son suficientes para evaluar la CVRS, medir el impacto global de la enfermedad y/o tratamiento. Es así como han surgido diversos instrumentos de medición de CVRS, dentro de los cuales encontramos el cuestionario Short Form (SF) 36 y en su forma abreviada el SF-12 ⁽⁷⁾.

El usuario es un elemento importante dentro de las organizaciones de salud, por lo tanto es fundamental conseguir su satisfacción con los servicios que se le proporcionan. El paciente se ha convertido en el principal motor y centro de los servicios sanitarios. Su grado de satisfacción sería, pues, el indicador fundamental de la calidad asistencial ⁽⁸⁾.

En los últimos años el usuario se ha vuelto consciente de sus deberes, pero también de sus derechos, lo que lo convierte en una persona que exige que las atenciones y servicios que se le brindan sean de la mejor calidad. Desde esta perspectiva, es necesario que el profesional sanitario conozca, entienda y asuma el punto de vista del paciente para incrementar su satisfacción y la calidad de la asistencia sanitaria ⁽⁸⁾.

En Chile, las Garantías Explícitas en Salud (GES) se orientan fundamentalmente a los siguientes aspectos: Acceso, Oportunidad, Protección Financiera y Calidad, esta última está estrechamente ligada a la eficacia del sistema de salud en tanto a infraestructura, trato y competencia del personal de salud, conceptos que van de la mano con satisfacción usuaria y CVRS ⁽⁹⁾. El concepto de CVRS, ha sido un aporte fundamental en la evaluación de resultados en salud, pues cobra gran relevancia al haberse tornado insuficiente las medidas tradicionales de morbimortalidad y expectativa de vida. Se destaca la importancia de tomar en cuenta la percepción del paciente, sus deseos y motivaciones en el proceso de toma de decisiones en salud ⁽¹⁰⁾.

Este estudio dará a conocer el nivel de satisfacción usuaria y la CVRS de las personas en tratamiento de HD en un hospital público, lo que permitirá al profesional de enfermería y a otros miembros del equipo de salud dar una atención de calidad centrado en evidencia científica, otorgando aspectos importantes que se deben tomar en cuenta desde el momento en que el usuario espera por atención, hasta cuando se retira del establecimiento, teniendo en cuenta al usuario como un ser integral, lo que permite corregir y mejorar los cuidados que se llevan a cabo en un organismo de salud. En la actualidad los servicios de salud, los cuidados y atenciones no solo deberían cumplir con estándares mínimos de calidad, sino superar las expectativas que presenta el usuario. Así mismo conocer la CV permite analizar en qué medida el tratamiento de diálisis afecta a las personas en su vida diaria. El nivel de satisfacción usuaria y el nivel de CVRS de estos pacientes permitirán a los profesionales de enfermería dar una atención holística, según los requerimientos propios de este tipo de pacientes.

El estudio podrá ser de utilidad en todos los centros de diálisis del país, ya sean públicos o privados, orientando en la evaluación de la atención de cada uno de esos centros, ayudando a mejorar los estándares de nivel de satisfacción usuaria y para tener una visión más completa de la CV de los pacientes hemodializados.

1.2 IMPORTANCIA PARA LA PROFESIÓN

El profesional de enfermería, considerado como gestor del cuidado de los usuarios, cumple un rol importante dentro de la prevención, promoción y educación en salud dentro de la población.

La ERCT es un problema de salud pública mundial, con una incidencia y prevalencia crecientes con pronóstico pobre y alto costo. La terapia de sustitución renal (diálisis o trasplante) para las personas con ERCT, está incorporada en el listado de condiciones con GES desde 2005 y representa el 22% del presupuesto.

Asegurar la calidad de la prestación en HD, exige el cumplimiento de estándares clínicos definidos previamente en la Guía Clínica, cuyo objetivo es ayudar a los profesionales de la salud a tomar decisiones frente a una persona con ERC, sobre la base del mejor nivel de evidencia científica disponible. A diferencia de una norma que tiene un carácter obligatorio, el manejo individual de cada paciente, sólo puede ser determinado por profesionales competentes, sobre la base de toda la información clínica respecto del caso, y está sujeto a cambios conforme al avance del conocimiento científico, las tecnologías disponibles en cada contexto en particular y según evolucionan los patrones de atención.

Conocer el nivel de satisfacción de los usuarios permite tener una visión del cumplimiento de los objetivos preestablecidos implementados dentro de la Guía Clínica y también contribuye a complementar y/o mejorar la calidad de atención prestada, verificando el correcto enfoque de lo que se pretende, que es la prevención terciaria.

El profesional de enfermería se debe preocupar de mantener una calidad de atención óptima, manteniendo una buena imagen con los otros elementos del equipo de salud y la población a la cual se presta el cuidado, y proponer en un futuro soluciones para mejorar la calidad de vida y disminuir la morbimortalidad de estos pacientes.

1.3 PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de satisfacción usuaria y la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en la unidad de hemodiálisis del Hospital Clínico Herminda Martín (HCHM)?

1.3.1 PROBLEMATIZACIÓN

- ¿Cuál es el perfil sociodemográfico de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM?
- ¿Cuál es el nivel de Satisfacción Usuaria en la Unidad de HD del HCHM?
- ¿Cuál es el nivel de Satisfacción Usuaria según edad de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM?
- ¿Cuál es el nivel de Satisfacción Usuaria según sexo de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM?
- ¿Cuál es el nivel de Satisfacción Usuaria según nivel de escolaridad de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM?
- ¿Cuál es el nivel de Satisfacción Usuaria según ocupación de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM?
- ¿Cuál es el nivel de Satisfacción Usuaria según tiempo en hemodiálisis de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM?
- ¿Cuál es el nivel de Satisfacción Usuaria según comorbilidad de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM?
- ¿Cuál es la CVRS de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM?
- ¿Cuál es el nivel de Satisfacción Usuaria según función física de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM?

- ¿Cuál es el nivel de Satisfacción Usuaría según rol físico de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM?
- ¿Cuál es el nivel de Satisfacción Usuaría según dolor corporal de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM?
- ¿Cuál es el nivel de Satisfacción Usuaría según percepción de la salud general de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM?
- ¿Cuál es el nivel de Satisfacción Usuaría según vitalidad de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM?
- ¿Cuál es el nivel de Satisfacción Usuaría según función social de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM?
- ¿Cuál es el nivel de Satisfacción Usuaría según limitación del rol por problemas emocionales de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM?
- ¿Cuál es el nivel de Satisfacción Usuaría según salud mental de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM?

1.4 MARCO TEÓRICO

La ERC corresponde a la situación clínica derivada de la pérdida de función renal permanente y con carácter progresivo, a la que puede llegarse por múltiples etiologías, tanto de carácter congénito y/o hereditario, como adquiridas. En su etapa terminal requiere tratamiento de sustitución renal por diálisis o trasplante renal. Las causas varían de un país a otro y dependen de diversas razones, tales como epidemiológicas, socioeconómicas, genéticas y/o raciales ⁽²⁾.

En relación a la ERC se han usado una serie de términos que muchas veces han causado confusión. Con el fin de introducir una terminología uniforme, la National Kidney Foundation (NKF-USA), en su Iniciativa para la Mejoría de los Resultados Globales en Enfermedades Renales (Kidney Disease Improving Global Outcome-KDIGO), ha propuesto recientemente una definición formal, Enfermedad Renal Crónica en vez de Insuficiencia Renal Crónica. Esta terminología ha permitido estandarizar las comunicaciones médicas, tanto clínicas como epidemiológicas y también hacerla más comprensible a los pacientes. Esta definición ha facilitado los estudios de mapeo basados en poblaciones, estimulando la prevención, tratamiento oportuno y calidad de la atención de la ERC ⁽¹¹⁾.

Las guías de la KDIGO apoyan el uso de la expresión ERC para referirse a todo el espectro de la enfermedad que ocurre luego del inicio del daño renal. La severidad del síndrome resultante está representada en un esquema de etapificación que se extiende desde el daño renal con función conservada (fase 1), hasta el nivel de insuficiencia renal que requiere tratamiento de sustitución renal (fase 5). Actualmente, las principales causas de ERC son, en primer lugar la diabetes y luego la hipertensión arterial, que en conjunto representan aproximadamente 60% de los pacientes en diálisis crónica ⁽¹¹⁾. En Chile, las etiologías en adultos de ERCT más frecuentes son: Diabetes I y II: 30.4%, Hipertensión arterial: 11.4%, Glomérulonefritis crónica: 10.2%, Desconocida:

24.4% (diagnóstico en etapa terminal) ⁽²⁾. En Chile se ha estimado que la prevalencia de diabetes es del 9,4% y la de hipertensión arterial de 26,9%, la cual es mayor en hombres que en mujeres, con un 28,7% y 25,3% respectivamente ⁽¹²⁾, además, cabe destacar que los hombres presentan un 31,5% de adherencia terapéutica al tratamiento antihipertensivo, versus el 68,5% del sexo femenino ⁽²⁸⁾.

Las etapas de la ERC se dividen en cinco. En la primera etapa hay un daño a nivel del riñón, por ejemplo proteinuria, con una filtración glomerular (FG) menor a 90 ml/min. En la segunda etapa hay una leve disminución de la FG, cuyo valor varía entre 60 y 89 ml/min. En la tercera etapa hay una disminución moderada de la FG de entre 30 y 59 ml/min. En la cuarta etapa hay una severa disminución de la FG, entre 15 y 29 ml/min. La quinta etapa corresponde a la ERCT con una FG menor a 15 ml/min ⁽²⁾.

De acuerdo al KDIGO, una FG inferior a 60 ml/min corresponde a una ERC, sin requerir evidencia adicional de daño renal estructural. Este punto de corte fue seleccionado debido a que representa el 50% o más de reducción de la función renal normal de un adulto joven, además de la evidencia que demuestra que la morbimortalidad aumenta a medida que la FG disminuye bajo 60 ml/min. Los pacientes con FG entre 60 y 89, sin daño estructural, no están definidos como portadores de ERC ⁽¹¹⁾.

La ERC ha adquirido las proporciones de una verdadera epidemia, cuyo espectro completo recién comienza a entenderse. En los Estados Unidos, el número de pacientes con ERCT, que requieren tratamiento sustitutivo renal, ha aumentado más de tres veces en las últimas dos décadas, llegando a una incidencia de 334 pacientes por millón de habitantes. Considerando la tendencia demográfica, se ha proyectado que en el año 2030, habrá aproximadamente 2,2 millones de pacientes que requerirán diálisis o trasplante. Además de los pacientes con ERCT, se ha estimado que al menos 8 millones de estadounidenses tienen una velocidad de filtración glomerular (VFG) disminuida en grado leve a

moderado (fases 3 y 4, VFG 30-59 y 15-29 mL/min respectivamente) y, además, la presencia de ERC es clínicamente importante, no sólo porque puede progresar a ERCT o fase 5, correspondiente a una VFG menor de 15 mL/min/1,73m², sino también, porque se asocia independientemente a un aumento de la morbimortalidad cardiovascular ⁽¹¹⁾. En Chile, la prevalencia de daño renal crónico ha sido estudiada en la Encuesta Nacional de Salud (ENS), donde se observó que un 0,4% de la población posee una VFG menor a 30 ml/min y un 2,7% menor a 60 ml/min. Estos porcentajes aumentan significativamente en mayores de 45 años y particularmente en mayores de 65 años ⁽¹²⁾.

En Chile, el tratamiento sustitutivo de la ERC en etapa 5, está parcialmente cubierto por la Salud Pública y se encuentra incluida dentro de las patologías con GES. Debido a que la HD, se encuentra totalmente cubierta por la Ley de GES, el ingreso a HD ha sido mayoritario en relación a diálisis peritoneal ⁽¹³⁾. Según la Cuenta de Hemodiálisis Crónica en Chile al 31 de agosto de 2010, la Prevalencia de pacientes en HD a través de los 215 centros en el país (43 Hospitales y 172 Centros), fue de 15.449 personas, de los cuales 8.256 son hombres y 7.193 son mujeres. La distribución etárea es de 16 a 20 años es de 0,8%, 21 a 30 años es de 4,5%, 31 a 40 años es de 8,2%, 41 a 50 años es de 14,4%, 51 a 60 años es de 21%, 61 a 70 años es de 25,9%, 71 a 80 años es de 19% y de 81 a 90 años un 5,7%.. De estos, el 91% son beneficiarios del GES. En la región del Biobío existen 29 unidades de diálisis (4 hospitales y 25 centros), los cuales atienden un total de 1747 usuarios, lo que corresponde a un 11,3% del total nacional ⁽¹⁴⁾. La prevalencia de usuarios en HD en la provincia de Ñuble hasta junio de 2011 es: en Chillán, Centro de Diálisis Vidial: 105 usuarios, HCHM: 76 usuarios, Centro Médico Renacer: 41 usuarios, Centro de Diálisis Montahue: 76 pacientes, en San Carlos, Centro de Diálisis San José: 41 usuarios, en Coelemu, Centro De Diálisis Coelemu: 28 usuarios ⁽¹⁵⁾.

En relación al GES todo beneficiario con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento. En los menores de 15 años el inicio de peritoneodiálisis se

realizará dentro de 21 días y la HD se realizará según indicación médica. En los pacientes de 15 años o más el inicio de la HD se realizará dentro de los primeros 7 días. Los criterios de inclusión del GES son: pacientes niños(as) y adultos(as) con diagnóstico confirmado de ERCT con evaluación pretratamiento confirmada para hemo o peritoneodiálisis. Los criterios de exclusión general son: cáncer activo y enfermedad crónica con esperanza de vida menor a 2 años. Las contraindicaciones relativas son: pacientes mayores de 75 años, mala adherencia al tratamiento, antecedentes de alcoholismo o drogadicción ⁽²⁾.

La HD se define como una técnica de depuración sanguínea extracorpórea que suple parcialmente las siguientes funciones: excreción de solutos, eliminación de líquido retenido, regulación del equilibrio ácido-básico y electrolítico ⁽¹⁶⁾. Es un procedimiento invasivo, que permite extraer a través de una máquina y filtro de diálisis los productos tóxicos generados por el organismo que se han acumulado en la sangre como consecuencia de una insuficiencia renal. La HD es un procedimiento que conlleva riesgos de reacciones adversas infecciosas y no infecciosas, tanto por factores propios del huésped como derivados del procedimiento. Entre los factores propios del huésped tenemos patologías como la diabetes, cardiopatías y tiempo en HD. Entre los factores asociados al procedimiento, están los relacionados a la técnica de la HD, tipo de monitor, tipo de accesos vasculares, capacitación y experiencia del equipo a cargo y algunas técnicas de atención directa, entre otros. La HD se realiza a través de un acceso transitorio o un acceso permanente. El acceso transitorio se utiliza en situaciones de emergencia, por ejemplo, en pacientes con insuficiencia renal aguda, en pacientes que requieren HD o hemoperfusión por intoxicación o sobredosis y en pacientes con ERC que necesitan de diálisis y no disponen de un acceso permanente. El acceso puede realizarse a través de catéteres tunelizados o catéteres no tunelizados. El acceso permanente se establece a través de dos mecanismos, la primera es la Fistula Arterio Venosa, que se realiza por vía quirúrgica mediante anastomosis de una arteria a una vena. Se requiere de tres a

seis semanas para poder utilizarla. La segunda, es la Fistula Protésica en la cual se interpone por vía subcutánea un material de injerto sintético entre una arteria y una vena. El tiempo de espera para poder utilizarla es de aproximadamente dos semanas. En el año 2006 el MINSAL recibió información de 17 centros de diálisis del sector público que notificó un total de 12.903 reacciones adversas de las que 1,1% fueron infecciosas. La tasa de reacciones adversas fue de 20,74 por 100 procedimientos. Las reacciones adversas con tasas más elevadas fueron hipotensión, calambres, hipertensión y cefaleas, independiente del tipo de acceso empleado ⁽¹⁷⁾.

La enfermería nefrológica siempre ha apostado por permanecer a la vanguardia en cuanto a la prestación de los mejores cuidados para el paciente renal, siendo responsable de la gestión del cuidado, capacitada para organizar, programar y ejecutar actividades derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y acciones propias del rol en una Unidad de Diálisis, utilizando adecuadamente los recursos humanos y materiales existentes, con el fin de brindar al paciente una atención integral de salud ⁽¹⁸⁾.

La satisfacción usuaria es un objetivo y también un resultado en la atención de usuarios de las redes asistenciales de salud, en la cual se prioriza contar en forma permanente con información sobre la percepción de los usuarios respecto de la satisfacción de sus necesidades y expectativas con el fin de elaborar planes de mejora de la gestión que apunten a una mayor satisfacción de la población usuaria ⁽⁵⁾.

Este indicador constituye una dimensión de la calidad muy relevante siendo uno de los cuatro Principios Orientadores de la actual Política de Salud, junto con la equidad, participación y descentralización. Es definida por el MINSAL a través de sus autoridades como el “Conjunto de acciones que permiten cumplir con calidad, equidad y eficiencia los requisitos, necesidades y exigencias de los beneficiarios del Sector Público de Salud” ⁽¹⁹⁾.

El objetivo de la asistencia sanitaria en la actualidad es proveer a los pacientes, el nivel asistencial más adecuado y de la forma más eficiente posible, de aquellos servicios que mejor preserven o restauren su estado de salud ⁽²⁰⁾. La satisfacción en atención sanitaria se consigue cuando el usuario percibe que el servicio prestado supera sus expectativas, siendo un resultado mensurable de la intervención clínica y una medida de resultado cada vez más habitual en los ensayos clínicos. Por ello, se han desarrollado escalas específicas para determinadas patologías, normalmente centradas en valoraciones de empatía, información, competencia profesional, capacidad de respuesta, accesibilidad y confort. La evaluación de la satisfacción de los pacientes permite, por un lado, identificar aquellas áreas deficitarias desde el punto de vista del paciente y, por otra parte, sirve para evaluar los resultados de los cuidados. Se ha asociado con aspectos relacionados de la salud, tan importantes como la adherencia al tratamiento y las recomendaciones de los profesionales, de esta manera las necesidades del paciente son el eje sobre el que se articulan las prestaciones asistenciales y la organización de los servicios hospitalarios ⁽³⁾.

Schutt-Ainé, R. cita a Donabedian, quien propone en su modelo, que Estructura más Proceso producen un efecto conocido como Resultado. La Estructura puede incluir la planta física, el personal, los equipos y los insumos. El Proceso puede incluir los indicadores de calidad establecidos por diferentes organizaciones internacionales y nacionales tales como: adecuación de diálisis, anemia, nutrición, control de presión arterial, entre otros. Los Resultados pueden incluir mortalidad, morbilidad, tasas de infecciones y CV del paciente. Según el autor, la Calidad en Diálisis es un atributo esencial y distintivo del proceso dialítico; que puede ser evaluado objetivamente y subjetivamente. Objetivamente midiendo y verificando los distintos aspectos del tratamiento de diálisis como la Kt/V (nomenclatura aceptada para dosis de diálisis), hemoglobina, metabolismo de Calcio y Fósforo, nutrición, etc. Subjetivamente evaluando atributos como

monitores, sillones, camas, televisión, entre otros y características como atención de médicos, cuidados de enfermería y el personal sanitario en general ⁽²¹⁾.

La toma de decisiones en el sector salud debería tener en cuenta la percepción de los usuarios, apoyada en una profunda evidencia empírica de base científica, que considere, además de los indicadores clásicos cuantitativos (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) y los costos, los indicadores cualitativos que expresan el impacto sobre la CV y la satisfacción del paciente. Se debería además analizar el proceso de atención a la salud, tanto en lo que se hace, a la evaluación de la excelencia técnica (decisiones terapéuticas, utilización de tecnologías de diagnóstico y tratamiento con fundamento sólido), así como la evaluación de la excelencia interpersonal, basada en un manejo científico, ético y humano de la relación médico-paciente. Schwartzmann, L. et al. cita el esquema de Donabedian, ya que incorpora estos distintos aspectos. A su propuesta agregan la adaptación del paciente ante la enfermedad en las variables de proceso y la valoración familiar de la “sobrecarga” que la enfermedad implica, como variable de resultados. Desde comienzos de la última década del siglo pasado, el estudio de la CVRS ha logrado captar la atención de muchos investigadores que intentan dar respuesta científica a la necesidad de incluir en las evaluaciones en salud la percepción de los usuarios respecto de su bienestar. Tradicionalmente, en medicina, se consideraban válidas sólo las observaciones del equipo médico (datos “objetivos”). Posteriormente tomó mayor importancia la consideración de los datos provenientes del paciente (datos “subjetivos”). En la actualidad se intenta dejar de lado el debate “objetivo” versus “subjetivo” revalorizándose los datos subjetivos que reflejan sentimientos y percepciones legítimas del paciente que condicionan su bienestar o malestar y su estilo de vida ⁽¹⁰⁾.

La CVRS es un concepto cada vez más importante como una medida de resultado, sobre todo en enfermedades crónicas ⁽²²⁾. Está siendo muy estudiada en los usuarios en HD, ya que aún con los avances en medicina, la percepción del

propio bienestar de estas personas se ve deteriorada. Si bien el tema de la CV o de la “buena vida” está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI. Anualmente se publican en revistas médicas más de 2.000 artículos, poniendo de manifiesto tanto el gran interés, como la amplia gama de acepciones del término. Por otra parte, la vida actual, caracterizada por un aumento en la longevidad no está necesariamente asociada a mejor CV ⁽¹⁰⁾.

La CVRS se aplica con frecuencia para evaluar el éxito terapéutico de las modalidades de tratamiento quirúrgico o de otro tipo. A pesar de ciertas dificultades en la metodología para la medición de la CVRS, numerosas encuestas y cuestionarios han sido utilizados para este propósito. El SF-36 es internacionalmente validado y usado para medir dicho parámetro ⁽²³⁾.

Esencialmente el concepto de CVRS incorpora la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud. La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar. Schwartzmann, L. et al. citan a Patrick y Erickson (1993) para definirla como “la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud”. Schwartzmann, L. et al. en sus trabajos de investigación, consideran la calidad de vida como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente. De acuerdo a este concepto, la CV en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su

evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido, y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad ⁽¹⁰⁾.

En relación a los factores Sociodemográficos que se estudiarán en esta tesis, diversas investigaciones los describen de la siguiente manera: la edad de los pacientes en HD crónica tiene una media de 64,84 años ⁽²⁴⁾, la cual interfiere con la CVRS ⁽²⁵⁾. Otro estudio demuestra que la media de edad es de 65,22 ± 9,7 años, de los cuales el 69% eran hombres y 31% mujeres ⁽²⁶⁾. Las personas que se encuentran más satisfechas ocupan los rangos de edades entre 60 a 88 años y los menos satisfechos están entre 29 y 59 años ⁽²⁰⁾. El nivel de escolaridad, según un estudio en Madrid, España fue: 8% sin estudios, 64% con estudios primarios, 16% con estudios secundarios y 12% con estudios universitarios. La mayor parte de los pacientes tuvieron niveles bajos de educación y estaban jubilados ⁽²⁶⁾. Respecto a la situación laboral u ocupación, eran empleados el 10,3%, cesantes el 10,3%, dueños de casa el 6,9%, pensionados 72,4% y ninguno estudiante. En la variable comorbilidad, la mayoría de ellos estaban en diálisis a consecuencia de Nefropatías vasculares o Diabetes. En relación al Tiempo en HD, la media en tiempo de diálisis fue de 37,32 meses, aunque hubo una desviación de 46,63 lo que implica una gran dispersión de datos ⁽²⁶⁾. En la Satisfacción Usuaría, los aspectos que más determinaban la satisfacción general con la unidad o centro de diálisis eran, la puntualidad de las sesiones de HD, el interés del personal de enfermería por los pacientes y el tiempo de espera para ser atendido por un médico. Ir en ambulancia, haber elegido modalidad de diálisis, y considerar que su opinión es tenida en cuenta, aumentaban la satisfacción ($p < 0,05$). Otra investigación, considera que la satisfacción general de los pacientes es alta, que la profesionalidad del personal sanitario es valorada positivamente, los medios de transporte, están peor valorados, consecuencia del tiempo de espera y la accesibilidad ⁽²⁵⁾. Estudios demuestran que los pacientes de diálisis estaban en general satisfechos con el nivel de atención ofrecido por el profesional de

enfermería y los describió como confiables, profesionales y bien calificados ⁽²⁷⁾. Menores niveles de satisfacción se asociaron a percibir más dolor, más limitación para las Actividades Cotidianas, más Ansiedad/Depresión, llevar más tiempo en diálisis, más horas de sesión, dializarse por catéter, haber estado trasplantado y tener menor edad ($p < 0,05$) ⁽¹⁾. Respecto a resultados sobre CVRS, los pacientes en diálisis muestran peores puntuaciones que la población general, como se ha demostrado en un estudio multicéntrico español que utiliza para su medida el cuestionario SF-36. Probablemente la enfermedad crónica avanzada y su tratamiento tienen un impacto negativo en la percepción de CV y satisfacción ⁽²⁰⁾. En relación a los resultados en una escala "general de salud" los pacientes de HD obtienen menores resultados en comparación a los pacientes de peritoneo diálisis y trasplante renal ⁽²⁴⁾. La salud física se vio afectada de manera significativa en los pacientes diabéticos en diálisis ($p < 0,005$) ⁽²⁹⁾. En base a todos los estudios e investigaciones descritos anteriormente, se concluye que frente a la enfermedad, el usuario debe pasar por un proceso de adaptación y que todos los procesos que realiza el profesional de enfermería van a afectar en el paciente. De acuerdo a esto es posible acercar el concepto de Satisfacción usuaria a una teoría de enfermería que considera el entorno, propuesta por la enfermera comunitaria y psicóloga Betty Neuman.

El modelo de los sistemas de Neuman tiene cierta similitud con la teoría de la Gestalt, la cual mantiene que el proceso homeostático es aquel por el que un organismo mantiene su equilibrio y por consiguiente, su salud, en un entorno de condiciones cambiantes. Neuman describe la adaptación como el proceso mediante el cual el organismo satisface sus necesidades. Cuando el proceso de estabilización falla en algún punto o el organismo permanece en un estado de falta de armonía durante un periodo demasiado prolongado y, por tanto, es incapaz de satisfacer sus necesidades, puede aparecer una enfermedad. La teoría de sistemas establece que todos los elementos interaccionan dentro de una organización compleja. Valiéndose del modelo conceptual de Caplan sobre los

niveles de prevención, Neuman relaciona estos niveles con la enfermería del siguiente modo: la prevención primaria contrarresta los factores estresantes del entorno que puedan ser perjudiciales antes de que aparezca la enfermedad. La prevención secundaria trata de reducir el efecto real o posible de los factores estresantes mediante un diagnóstico precoz y un tratamiento eficaz. La prevención terciaria intenta reducir los efectos de los factores estresantes que perviven tras el tratamiento ⁽³⁰⁾.

Betty Neuman describe en su modelo de sistemas, cuatro supuestos principales, el concepto de *persona*, que es el paciente/sistema, ya se trate de un individuo, una familia, un grupo, una comunidad o una entidad social. El sistema del paciente es un conjunto dinámico de relaciones establecidas entre los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales. En el modelo se considera que este sistema está en un proceso de cambio o movimiento permanente, por lo que se contempla como un individuo abierto en mutua interacción con el entorno.

Neuman opina que la *enfermería* debe aplicarse a la persona considerada como un todo. Contempla esta disciplina como una “profesión especial, en el sentido que se relaciona con todas las variables que influye sobre la respuesta del individuo al estrés”. Como la profesión de la enfermera afecta a la asistencia ofrecida, Neuman afirma que debe evaluarse el campo perceptivo tanto de la persona que presta los cuidados como del paciente. Neuman considera su obra como un modelo de bienestar. En este sentido, concibe la *salud* como un continuo que va del bienestar a la enfermedad, cuya naturaleza es dinámica y esta sujeta a un proceso de cambio permanente. “El bienestar óptimo o la estabilidad es un indicio de que se han satisfecho las necesidades de todo el sistema. Un estado de bienestar menor es consecuencia de la no satisfacción de las necesidades del sistema. En cada momento, el paciente se encuentra en un estado dinámico y gradual de bienestar o enfermedad”. El entorno y el hombre son los fenómenos básicos del modelo de los sistemas de Neuman, existiendo entre ambos una

relación recíproca. El *entorno* es el conjunto de todos los factores internos y externos que rodean al hombre/paciente e interactúan con él. Dentro del concepto de entorno adquieren particular importancia los factores estresantes (intrapersonal, interpersonal, extrapersonal), que se definen como las fuerzas del entorno que interactúan con la estabilidad del sistema y pueden modificarlo. Neuman ha señalado la existencia de tres clases importantes de entornos: interno, externo y creado. El primero es intrapersonal y en él todas las interacciones tienen lugar en el interior del paciente. Por su parte, el entorno externo es interpersonal o extrapersonal y sus interacciones se producen fuera del paciente. Finalmente, el entorno creado es sobre todo intrapersonal, pero también comprende el entorno externo y el paciente lo desarrolla de forma subconsciente, como una “expresión simbólica de la integridad del sistema”. Los entornos interno y externo se superponen entre sí y están contenidos en el entorno creado. Este último hace intervenir a todas las variables implicadas para mantener la integridad y estabilidad del sistema del paciente. El entorno creado tiene un propósito intrínseco y actúa para proporcionar un espacio de protección seguro a dicho sistema. El entorno creado se somete a un ajuste permanente para aumentar o reducir el bienestar del paciente ⁽³⁰⁾.

Basándose en esta teoría, la Satisfacción Usuaría y la CVRS, pueden ser importantes determinantes a la hora de mejorar el bienestar del usuario, la primera por conocer cómo afecta la atención otorgada, como agentes del entorno y la importancia de la retroalimentación que proporciona el usuario al personal sanitario, y la segunda, por los diversos procesos de su cotidianidad, como agentes internos, que se pueden ver afectados por el paciente y que inciden en un todo denominado salud.

1.5 MARCO EMPÍRICO

La calidad es una categoría ampliamente difundida y ha ido evolucionando desde el nivel de calidad de un producto tangible, al nivel de calidad entregada en una atención acorde a la satisfacción de las necesidades de los usuarios. Es por esto que existe un número importante de investigaciones relacionadas con el tema, llevadas a cabo en distintos ámbitos y con enfoques muy diversos.

Demographic analysis of renal failure patients presenting to the emergency unit, estudio realizado por R. Kazancioglu et al., publicado en el año 2007, nos describe las características sociodemográficas de los pacientes renales en una unidad de emergencia de Turquía. Un total de 90 pacientes con una edad media de $56,63 \pm 17,33$ años y un rango de edad de 21-80 años, fueron incluidos en el estudio. De la totalidad de la muestra, 52 eran hombres y 38 mujeres. Se observó que el 77,8% de los pacientes tenían enfermedad renal crónica, de los cuales la principal causa es la nefropatía diabética con un 27,1% ⁽³¹⁾.

Satisfacción de los pacientes en la consulta de enfermería de enfermedad renal crónica avanzada, estudio realizado por F. Pulido, P. Arribas y A. Fernández en el año 2008, en España. La muestra fue de 33 pacientes, cuya edad media fue de $65,22 \pm 9,7$ años, de los cuales, el 69% eran hombres y 31% mujeres. Con respecto al nivel de estudios el 64% de los pacientes cursó estudios primarios, el 16% estudios secundarios y el 12% estudios universitarios. Describiendo la situación laboral el 72% eran pensionados, el 10,3% trabajaba y el 10,3% era cesante. Con respecto a la satisfacción general con la atención recibida, el 62,1% estuvo muy satisfecho ⁽²⁵⁾.

VARIABLES ASOCIADAS A LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS, estudio realizado por M. Miguel et al., en el año 2009, en España a 50 pacientes. Las características sociodemográficas son las siguientes: la media de edad fue de 64,84 años, el 58% de los encuestados era de sexo masculino y el 42% de sexo femenino, la mayor parte de los pacientes tuvo niveles bajos de

educación y estaban jubilados. La media en tiempo de diálisis fue de 37,32 meses. En cuanto a los resultados de satisfacción, las medias en las puntuaciones de los veinte atributos estuvieron todas entre 3,2 y 4,04, de una escala de 1 a 5. Se encontró que a mayor tiempo en diálisis, tener sesiones de más horas, haber alcanzado mayor nivel de estudios, haber desarrollado una actividad laboral más cualificada, tener más limitaciones para realizar las actividades laborales, más dolor o malestar, o más ansiedad o depresión correlacionaron negativamente de una forma entre baja y moderada con alguno de los aspectos, disminuyendo la satisfacción de una forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Además quienes perciben más problemas para realizar las actividades cotidianas, más dolor o malestar y mayores niveles de ansiedad/ depresión tienen menores niveles de satisfacción ⁽²⁸⁾.

Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: Objetivo de calidad asistencial en enfermería, estudio publicado por M^a Hernández et al., año 2005, realizado en España a 60 pacientes. Los resultados de este estudio arrojaron que el 51,8% eran hombres, el 48,2% mujeres y el tiempo medio en hemodiálisis fue de $43,7 \pm 37,9$ meses. Con respecto al nivel de satisfacción usuaria, el 35% de los pacientes estaba muy satisfecho, el 49% de los pacientes estaba satisfecho, el 6% estaba poco satisfecho y el 10% restante no estaba satisfecho ⁽³⁾.

The importance of patient satisfaction and health-related quality of life after renal transplantation, estudio realizado por A. Yildirim en Turquía el año 2006. Sus resultados con respecto al promedio de edad de los pacientes trasplantados es de $43,59 \pm 14,48$ años, para los pacientes hemodializados $55,39 \pm 8,91$ años, y para los pacientes en diálisis peritoneal de $52,52 \pm 11,46$ años. La satisfacción de los pacientes y la CV fueron aparentemente mejor entre los hombres trasplantados, en comparación con las mujeres trasplantadas y los demás pacientes sometidos a diálisis ⁽³⁾.

Assessment of Health-Related Quality of Life in Renal Transplant Recipients and Dialysis Patients, estudio realizado por N. Maglakelidze et al., en el año 2011, Georgia, Estados Unidos, a 120 pacientes en hemodiálisis, 43 pacientes en peritoneodiálisis y 48 pacientes trasplantados renales. De los pacientes sometidos a hemodiálisis, las dimensiones Función Social ($70,31 \pm 31,14$) y Salud General ($33,23 \pm 22,69$) fueron las de mejor y peor puntuación respectivamente, en general, las dimensiones del área física obtuvieron mejores puntuaciones que las del área mental. Se pudo concluir que los pacientes trasplantados presentan mejor CV que los pacientes en HD y peritoneodiálisis ⁽²³⁾.

Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients, estudio realizado por A. Sayin, R. Mutluay, y S. Sindel en Turquía en el año 2007. Los resultados arrojaron que la edad media de los pacientes trasplantados fue de $33,15 \pm 10,61$ años, significativamente menor que los pacientes de HD con $46,91 \pm 15,77$ años. La duración media de la enfermedad renal para los hemodializados fue de $80,38 \pm 84,18$ meses. En relación a la comorbilidad, la diabetes mellitus está presente en el 13,3% de los pacientes en HD. Las dimensiones mejor evaluadas fueron Función Social ($62,62 \pm 26,01$) y Dolor Corporal ($62,84 \pm 29,27$), y la peor evaluada fue Salud General ($39,96 \pm 19,87$). Todos los grupos de pacientes tuvieron una menor CV en comparación con la población normal de Turquía ⁽³²⁾.

Calidad de vida en pacientes renales hemodializados, estudio realizado por M. Rodríguez, M. Castro y J. Merino, en el año 2005 a 90 pacientes de dos centros de diálisis de la ciudad de Concepción, Chile. Con respecto a los datos sociodemográficos, el 45,6% se encuentra entre 45 y 64 años, el 36,6% entre 65 años y más, siendo minoritario el grupo entre los 22 y 44 años con un 17,8%; la distribución por sexo fue prácticamente similar, más de la mitad poseía baja escolaridad y todos poseían algún sistema previsional. En relación a CV, en una escala transformada de 0 a 100, el puntaje mayor fue de 81,8, mientras que el valor más bajo fue de 3,25 puntos ⁽³³⁾.

Calidad de vida de pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis, estudio publicado por M. Mera en Valdivia, Chile, el año 2007, realizado a una muestra de 22 pacientes. Se pudo concluir que el 77% de los pacientes lleva entre 1 y más de 2 años en tratamiento. Con respecto a los datos sociodemográficos, el 9% se encuentra entre los 20 a 39 años, el 31,7% entre los 40 y 59 años, el 31,8% entre 60 y 69 años y el 27,2% entre los 70 años y más; del total el 54.5% son mujeres y el 27.2% son hombres. En relación a la escolaridad el 58% tiene Educación Básica Incompleta. La mayoría de los pacientes que llevan entre 1 y 2 años de tratamiento en HD perciben su CV en el rango de Regular a Mala, mientras que los pacientes que llevan más de 2 años perciben su CV en el rango de Buena a Muy Buena⁽³⁴⁾

Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario “Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36)”, estudio realizado por C. Zúñiga et al., en el año 2009, Chile, a una muestra de 224 pacientes. El promedio de edad fue 54,5 años, el 48,2% de los pacientes tenía un nivel de enseñanza básico, el 17% era trabajador activo, el 65,2% se encontraba laboralmente inactivo, de los cuales el 59,4% era jubilado y el 5,6% era cesante o con licencia por invalidez. Las comorbilidades predominantes fueron la hipertensión arterial con un 82,1%, diabetes mellitus con un 31,3% y coronariopatías con un 11,2%. Se pudo concluir que los pacientes con ERC en tratamiento con diálisis tienen menor CVRS respecto a la población general. Un alto porcentaje de los pacientes obtuvo puntajes bajo el valor referencial de 50, de una escala de 1 a 100⁽³⁵⁾.

1.6 PROPÓSITO

Describir el nivel de satisfacción usuaria y la CVRS de los pacientes en la unidad de HD del Hospital Clínico Herminda Martín (HCHM).

1.7 OBJETIVOS

1.7.1 Objetivo General

- Determinar el perfil sociodemográfico de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.

Objetivos Específicos

- Identificar la edad de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.
- Identificar el sexo de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.
- Identificar el nivel de escolaridad de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.
- Identificar la ocupación de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.
- Identificar la comorbilidad de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM
- Identificar el tiempo en hemodiálisis de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.

1.7.2 Objetivo General

- Determinar la CVRS de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.

Objetivos específicos

- Identificar la función física de los usuarios de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.
- Identificar rol físico de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.
- Identificar dolor corporal de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.
- Identificar la salud general de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.
- Identificar vitalidad de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.
- Identificar función social de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.
- Identificar rol emocional de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.
- Identificar salud mental de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.

1.7.3 Objetivo General

- Describir el nivel de satisfacción usuaria según factores sociodemográficos y CVRS de los pacientes pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.

Objetivos específicos

- Definir el nivel de satisfacción usuaria de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.

- Definir el nivel de satisfacción usuaria según edad de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.
- Definir el nivel de satisfacción usuaria según sexo de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.
- Definir el nivel de satisfacción usuaria según nivel de escolaridad de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.
- Definir el nivel de satisfacción usuaria según ocupación de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.
- Definir el nivel de satisfacción usuaria según comorbilidad de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.
- Definir el nivel de satisfacción usuaria según tiempo en hemodiálisis de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.
- Definir el nivel de satisfacción usuaria según función física de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.
- Definir el nivel de satisfacción usuaria según rol físico de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.
- Definir el nivel de satisfacción usuaria según dolor corporal de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.
- Definir el nivel de satisfacción usuaria según salud general de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.
- Definir el nivel de satisfacción usuaria según vitalidad de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.
- Definir el nivel de satisfacción usuaria según función social de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.

- Definir el nivel de satisfacción usuaria según rol emocional de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.
- Definir el nivel de satisfacción usuaria según salud mental de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM.

1.8 VARIABLES

1.8.1 Variables independientes

- Satisfacción usuaria
- Calidad de vida

1.8.2 Variables de estratificación

- Edad
- Sexo
- Nivel de escolaridad
- Ocupación
- Comorbilidad
- Tiempo en hemodiálisis (Ver Anexo 1)

2. METODOLOGIA

2.1 Diseño

Estudio descriptivo, de corte transversal.

2.2 Universo

Correspondió a 76 pacientes que se dializan en la Unidad de HD del HCHM, Chillán. Debido al tamaño reducido del universo se estudió al total de la población.

2.3.1 Criterios de inclusión: Usuarios de ambos sexos, mayores de 18 años.

2.3.2 Criterios de exclusión: Usuarios con alteración de la conciencia (Glasgow con puntaje menor a 14 puntos), con hipoacusia severa y/o derivados de otras unidades.

2.4 Unidad de análisis

Usuarios con ERCT en tratamiento de HD del HCHM, de Chillán.

2.5 Aspectos éticos

Se solicitó autorización previa a la aplicación del instrumento recolector a la Enfermera jefe de la Unidad de HD del HCHM, la señora Teresa Balboa Seguel, mediante una solicitud gestionada a través de la directora de la Escuela de Enfermería, señora Elena Espinoza Lavoz.

Previo a la aplicación de la encuesta, se pidió el consentimiento a cada uno de los sujetos en estudio, a través de un documento que contiene el objetivo del estudio, duración de la aplicación del instrumento y forma de aplicación, así como el derecho a la voluntariedad para su participación, resguardando la confidencialidad de la identidad y el derecho a rechazar o abandonar la investigación sin dar razones esperando trato digno. Se entendió por aceptada su participación con la firma o huella digital, según corresponda (Ver Anexo 2).

2.6 Recolección de datos

La recolección de datos fue realizada en la unidad de diálisis del HCHM, a través de una encuesta para medir Satisfacción usuaria y CV. Los encuestadores fueron previamente entrenados y familiarizados con los instrumentos de medición gracias a la aplicación de ellos en una muestra piloto. En cuanto a la participación de los usuarios en este estudio fue voluntario previa lectura del consentimiento informado (Ver Anexo 3)

2.7 Descripción del instrumento recolector

Cuestionario SERVQHOS

El primer instrumento que se utilizó fue el cuestionario SERVQHOS modificado, para medir satisfacción usuaria, que es una adaptación de la encuesta SERVQUAL (instrumento para evaluar la calidad percibida en empresas de servicios). Según Castillo E. la escala multidimensional SERVQUAL es una herramienta para la medición de la calidad del servicio desarrollada por V. Zeithaml, A. Parasuraman y L. Berry. Ha sido validada en América Latina por Michelsen Consulting, con el apoyo del nuevo Instituto Latinoamericano de Calidad en los Servicios ⁽³⁶⁾.

En la actualidad, la escala consta de cinco dimensiones que se utilizan para juzgar la calidad de los servicios de una organización: Confiabilidad, entendida como la habilidad de desarrollar el servicio prometido precisamente como se pactó y con exactitud. Responsabilidad, como la buena voluntad de ayudar a sus clientes y brindar un servicio rápido. Seguridad, como el conocimiento de los empleados sobre lo que hacen, su cortesía y su capacidad de transmitir confianza. Empatía, la capacidad de brindar cuidado y atención personalizada a sus clientes. Bienes materiales o tangibles, relacionada con la apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal y material de comunicación, son los aspectos físicos que el cliente percibe en la organización. Cuestiones tales como limpieza y

modernidad son evaluadas en los elementos personas, infraestructura y objetos. Para obtener un resultado numérico luego de aplicar el instrumento, se utilizó la escala ordinal de Likert. Los puntajes del cuestionario SERVQHOS son: Muy mala: 22 – 39, Mala: 40 – 56, Regular: 57 – 73, Buena: 74 – 90 y Muy buena: 91 – 110.

Cuestionario SF-12

El SF-12 es un instrumento que mide la CVRS, que se puede aplicar tanto en población general como en pacientes a partir de los 14 años. Consta de 12 preguntas agrupadas en 8 dimensiones, las cuales entregan un perfil del estado de salud percibido, es decir, el grado de bienestar y de capacidad funcional de las personas. Cada dimensión tiene una puntuación que va de 0 a 100, donde una puntuación mayor indica mejor estado de salud percibido.

Las dimensiones de la calidad de vida se pueden clasificar en dos, del área física y área mental. La primera dimensión del área física corresponde a la Función Física, la cual se refiere al grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos. Luego, el Rol físico, entendido como el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades. En tercer lugar aparece el Dolor Corporal, como la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar. La Salud General, que es la valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar. Posteriormente, en las dimensiones del área mental se encuentra: la Vitalidad, que se refiere al sentimiento de energía, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento. Luego la Función Social, que es el grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual. Más tarde el Rol Emocional, el cual corresponde al grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u

otras actividades diarias. Finalmente la Salud mental, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general⁽³⁷⁾.

El puntaje de la escala es de 0 a 100 (lo mejor es 100). Las preguntas de 3 categorías se puntúan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntúan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100. Los ítems no respondidos no se consideran (Ver Anexo 4).

2.8 Prueba piloto

La prueba piloto fue realizada en el Centro de diálisis San José de San Carlos. Se envió previamente una carta de autorización con respaldo de La Dirección de la Escuela de Enfermería al médico jefe, Dr. Boris García Rodríguez y enfermera supervisora, Sra. Elizabeth Luengo. Una vez recibida la aprobación, se llevó a cabo la aplicación del instrumento, ésta fue realizada el día lunes 18 de Abril de 2011 a 13 usuarios del centro. La duración de la encuesta fue aproximadamente de 30 minutos por cada uno. Durante la aplicación del instrumento hubo problemas de comprensión por parte de los usuarios en algunas preguntas de la encuesta del ítem III CV, corrigiéndose las preguntas 3, 8, 9 y 10 (Ver Anexo 5).

2.9 Procesamiento y análisis de los datos

Luego de la recolección de datos se creó una matriz en el programa SPSS versión 17 con el objeto de describir las variables en estudio. Para aquellas de tipo cuantitativa se aplicaron las medidas de tendencia central y dispersión: media y desviación estándar respectivamente, asumiendo distribución normal según la prueba de Shapiro Wilk. De caso contrario se describieron por medio de la mediana y rango intercuartílico.

Con el objeto de describir las variables de tipo nominal se construyeron tablas de frecuencia, las cuales incluyen la cantidad de casos y frecuencias, relativas porcentuales y porcentaje acumulado si la variable fuera de tipo ordinal.

Para estratificar la satisfacción usuaria respecto de las variables sociodemográficas y la CVRS, se construyeron tablas de contingencia en donde se muestran frecuencias observadas, relativas y relativas porcentuales.

3. ANÁLISIS

3.1 Resultados

De la población total correspondiente a 76 usuarios, fue posible encuestar a 64. De ellos, cuatro tenían hipoacusia severa, tres tenían puntaje de Glasgow menor a 14 puntos, uno tenía edad menor a 18 años y cuatro se negaron a participar, siendo el porcentaje de no respondedores de un 15,75%.

Tabla 1

Distribución de usuarios en hemodiálisis del Hospital Clínico Herminda Martín según tramos de edad

TRAMOS DE EDAD	N	%	% ACUM
18 – 35 años	12	18,8	18,8
36 – 64 años	37	57,8	76,6
Mayor o igual a 65 años	15	23,4	100,0
TOTAL	64	100,0	

FUENTE: Nivel de satisfacción usuaria y calidad de vida en salud en la Unidad de Hemodiálisis del HCHM de Chillán, 2011

La tabla 1 señala que el 76,6% de los usuarios en hemodiálisis presentó edades entre 18 y 64 años (N=49), de los cuales el 18,8% de los sujetos observados tuvo una edad entre 18 y 35 años (N=12) y el 57,8% entre 36 y 64 años (N=37). El 23,4% de la muestra fueron sujetos con edades mayores a 65 años (N=15).

Tabla 2

Distribución de usuarios en hemodiálisis del Hospital Clínico Herminda Martín según sexo

SEXO	N	%
Femenino	29	45,3
Masculino	35	54,7
TOTAL	64	100,0

FUENTE: Ídem tabla 1

En relación a la distribución de los usuarios en hemodiálisis según sexo, la tabla 2 muestra que el 54,7% de ellos fueron hombres (N=35) y el 45,3% mujeres (N=29).

Tabla 3

Distribución de usuarios en hemodiálisis del Hospital Clínico Herminda Martín según nivel de escolaridad

NIVEL DE ESCOLARIDAD	N	%	% ACUM
Sin estudios	1	1,6	1,6
Educación Básica	22	34,4	35,9
Educación Media	34	53,1	89,1
Educación Superior	7	10,9	100,0
TOTAL	64	100,0	

FUENTE: Ídem tabla 1

La tabla 3 señala que el 35,9% de los hemodializados en estudio reportó haber presentado estudios básicos (N=22), de los cuales el 1,6% indicaron no poseer estudios (N=1). Luego, el 53,1% señaló un nivel educacional medio (N=34) y un 10,9% presentó estudios superiores (N=7).

Tabla 4

Distribución de usuarios en hemodiálisis del Hospital Clínico Herminda Martín según ocupación

OCUPACIÓN	N	%	% ACUM
Estudiante	1	1,6	1,6
Dueña (o) de casa	18	28,1	29,7
Cesante	2	3,1	32,8
Trabajando (con sueldo)	14	21,9	54,7
Jubilado o Pensionado	29	45,3	100,0
TOTAL	64	100,0	

FUENTE: Ídem tabla 1

Respecto a la ocupación que desempeñan los usuarios encuestados al momento del levantamiento de los datos, la tabla 4 muestra que el 1,6% indicó ser estudiante (N=1), el 28,1% dueña(o) de casa (N=18), el 3,1% cesante (N=2), el 21,9% trabajando (N=14). El 45,3% señaló estar jubilado o pensionado (N=29).

Tabla 5

Distribución de usuarios en hemodiálisis del Hospital Clínico
Herminda Martín según comorbilidad

COMORBILIDAD	N	%	% ACUM
Hipertensión arterial	39	60,9	60,9
Diabetes mellitus	1	1,6	62,5
Ambas patologías	11	17,2	79,7
Ninguna patología	13	20,3	100,0
TOTAL	64	100,0	

FUENTE: Ídem tabla 1

En la tabla 5 se observa que el 79,7% de los usuarios presentaron algún tipo de comorbilidad (N=51), de los cuales el 60,9% presentó sólo hipertensión arterial (N=39), el 1,6% sólo diabetes mellitus (N=1) y el 17,2% ambas patologías (N=11). El 20,3% no presentó ninguna de las dos patologías (N=13).

Tabla 6

Distribución de usuarios en hemodiálisis del Hospital Clínico Herminda Martín según tiempo en hemodiálisis

TIEMPO EN HEMODIÁLISIS	N	%	% ACUM
< P ₂₅ (<32,25 meses)	16	25,0	25,0
P ₂₅ – P ₇₅ (32,25 -104,75 meses)	32	50,0	75,0
> P ₇₅ (>104,75 meses)	16	25,0	100,0
TOTAL	64	100,0	

FUENTE: Ídem tabla 1

La tabla 6 muestra el tiempo en hemodiálisis que llevan los usuarios, distribuido en percentiles. Señala que el 25% de los usuarios en hemodiálisis lleva un tiempo menor a 32,25 meses en tratamiento (N=16), el 50% lleva entre 32,25 y 104,75 meses (N=32) y el 25,0% lleva un tiempo superior a 104,75 meses en hemodiálisis (N=16).

Tabla 7

Distribución de usuarios en hemodiálisis del Hospital Clínico Herminda Martín según calidad de vida

CALIDAD DE VIDA	N	$\bar{x} \pm sd$	Mín	Máx	M _d	Shapiro-Wilk	
						Estad.	p
Función física	64	57,81 ± 36,69	0	100	50	0,860	<0,001
Rol físico	64	46,29 ± 28,84	0	100	50	0,937	0,003
Dolor corporal	64	51,25 ± 32,24	0	100	60	0,907	<0,001
Salud general	64	33,23 ± 22,69	0	100	25	0,763	<0,001
Vitalidad	64	58,98 ± 22,87	0	100	50	0,882	<0,001
Función social	64	70,31 ± 31,14	0	100	75	0,830	<0,001
Rol emocional	64	68,67 ± 27,50	0	100	75	0,895	<0,001
Salud mental	64	67,38 ± 19,87	0	100	62,5	0,946	0,007

FUENTE: Ídem tabla 1

La tabla 7 indica la percepción de los usuarios en hemodiálisis en relación a las ocho dimensiones que miden la calidad de vida. Para la dimensión Salud General, se observó una mediana de 25,0 puntos. Para las dimensiones Función Física, Rol Físico y Vitalidad, se observó una mediana de 50,0 puntos, respectivamente. La dimensión Dolor Corporal obtuvo una mediana de 60,0 puntos; Salud Mental obtuvo una mediana de 62,5 puntos; la dimensión Función Social y Rol Emocional obtuvo una mediana de 75,0 puntos.

Tabla 8

Distribución de usuarios en hemodiálisis del Hospital Clínico
Herminda Martín según satisfacción usuaria

SATISFACCIÓN USUARIA	N	%	% ACUM
Regular	3	4,7	4,7
Buena	25	39,1	43,8
Muy buena	36	56,3	100,0
TOTAL	64	100,0	

FUENTE: Ídem tabla 1

Al determinar el grado de satisfacción medido genéricamente de los usuarios que pertenecen a la Unidad de Hemodiálisis, la tabla 8 indica los resultados de las categorías regular, buena y muy buena, ya que no se observó a usuarios que calificaran la satisfacción usuaria como mala y muy mala. El 4,7% de los usuarios indicó una satisfacción regular (N=3), el 39,1% buena (N=25) y el 56,3% muy buena (N=36).

Tabla 9

Distribución de usuarios en hemodiálisis del Hospital Clínico Herminda Martín según satisfacción usuaria y tramos de edad

SATISFACCIÓN USUARIA	TRAMOS DE EDAD		
	18 – 35 años	36 – 64 años	Mayor a 64 años
Regular	0	3(8,1)	0
Buena	4(33,3)	13(35,1)	8(53,3)
Muy buena	8(66,7)	21(56,8)	7(46,7)
TOTAL	12(100,0)	37(100,0)	15(100,0)

N (%)

FUENTE: Ídem tabla 1

En relación al nivel de satisfacción usuaria y tramos de edad, la tabla 9 señala que de los usuarios entre 18 y 35 años, el 33,3% consideró una satisfacción usuaria buena (N=4) y el 66,7% muy buena (N=8). De los usuarios entre 36 y 64 años, el 8,1% consideró la satisfacción usuaria como regular (N=3), el 35,1% buena (N=13) y el 56,8% muy buena (N=21). De los usuarios mayores de 64 años, el 53,3% la consideró buena (N=8) y el 46,7% muy buena (N=7).

Tabla 10

Distribución de usuarios en hemodiálisis del Hospital Clínico Herminda Martín según satisfacción usuaria y sexo

SATISFACCIÓN USUARIA	SEXO	
	Femenino	Masculino
Regular	0	3(8,6)
Buena	11(37,9)	14(40,0)
Muy buena	18(62,1)	18(51,4)
TOTAL	29(100,0)	35(100,0)

N (%)

FUENTE: Ídem tabla 1

La tabla 10 señala que el 37,9% de las mujeres en estudio consideró una satisfacción usuaria como buena (N=11) y el 62,1% muy buena (N=18). El 8,6% de los hombres calificó la satisfacción usuaria como regular (N=3), el 40% buena (N=14) y el 51,4% muy buena (N=18).

Tabla 11

Distribución de usuarios en hemodiálisis del Hospital Clínico Herminda Martín según satisfacción usuaria y nivel de escolaridad

SATISFACCIÓN USUARIA	NIVEL DE ESCOLARIDAD			
	Sin estudios	Estudios Básicos	Estudios Medios	Estudios Superiores
Regular	0	0	2(5,9)	1(14,3)
Buena	1(100,0)	11(50,0)	8(23,5)	5(71,4)
Muy buena	0	11(50,0)	24(70,6)	1(14,3)
TOTAL	1(100,0)	22(100,0)	34(100,0)	7(100,0)

N (%)

FUENTE: Ídem tabla 1

La tabla 11 señala que el 100% de los usuarios sin estudios indicó una satisfacción usuaria buena (N=1). El 50% de los usuarios con estudios básicos indicó una satisfacción usuaria buena, e igual porcentaje, como muy buena. El 5,9% de los usuarios con estudios medios indicó una satisfacción usuaria regular (N=2), un 23,5% buena (N=8) y un 70,6% muy buena (N=24). El 14,3% de los usuarios con estudios superiores indicó una satisfacción usuaria regular (N=1), el 71,4% buena (N=5) y el 14,3% muy buena (N=1).

Tabla 12

Distribución de usuarios en hemodiálisis del Hospital Clínico Herminda Martín según satisfacción usuaria y ocupación

SATISFACCIÓN USUARIA	OCUPACIÓN				
	Estudiante	Dueña (o) de casa	Cesante	Trabajando	Jubilado o pensionado
Regular	0	0	0	2(14,3)	1(3,4)
Buena	0	5(27,8)	1(50,0)	6(42,9)	13(44,8)
Muy buena	1(100,0)	13(72,2)	1(50,0)	6(42,9)	15(51,7)
TOTAL	1(100,0)	18(100,0)	2(100,0)	14(100,0)	29(100,0)

N (%)

FUENTE: Ídem tabla 1

En relación a la distribución de usuarios según satisfacción usuaria y ocupación, la tabla 12 señala el 100% de los hemodializados que relataron ser estudiantes presentó satisfacción usuaria muy buena (N=1); de las dueñas (os) de casa, un 27,8% la calificó buena (N=5) y un 72,2% muy buena (N=13); de los usuarios cesantes un 50% la calificó buena (N=1) y un 50% muy buena (N=1); de los usuarios que se encontraban trabajando un 14,3% la consideró regular (N=2), un 42,9% buena (N=6) y un 42,9% muy buena (N=6) y de los usuarios jubilados/pensionados un 3,4% la consideró regular (N=1) y un 51,7% muy buena (N=15).

Tabla 13

Distribución de usuarios en hemodiálisis del Hospital Clínico Herminda Martín según satisfacción usuaria y comorbilidad

SATISFACCIÓN USUARIA	COMORBILIDAD			
	Hipertensión Arterial	Diabetes Mellitus	Ambas patologías	Ninguna patología
Regular	2(5,1)	0	0	1(7,7)
Buena	12(30,8)	1(100,0)	6(54,5)	6(46,2)
Muy buena	25(64,1)	0	5(45,5)	6(46,2)
TOTAL	39(100,0)	1(100,0)	11(100,0)	13(100,0)

N (%)

FUENTE: Ídem tabla 1

La tabla 14 señala la distribución de usuarios según satisfacción usuaria y comorbilidad. De los usuarios que poseen sólo hipertensión arterial, el 5,1% indicó una satisfacción usuaria regular (N=2), el 30,8% buena (N=12) y el 64,1% muy buena (N=25). De los que poseen sólo diabetes mellitus, el 100% la calificó buena (N=1). De los sujetos que poseen ambas patologías, el 54,5% la consideró buena (N=6) y el 45,5% muy buena (N=5). De los usuarios que no presentaron comorbilidad el 7,7% la consideró regular (N=1) y el 92,4% buena y muy buena (N=12).

Tabla 14

Distribución de usuarios en hemodiálisis del Hospital Clínico Herminda Martín según satisfacción usuaria y tiempo en hemodiálisis

SATISFACCIÓN USUARIA	TIEMPO EN HEMODIALISIS		
	< P ₂₅	P ₂₅ – P ₇₅	> P ₇₅
Regular	0	2 (6,3)	1 (6,3)
Buena	8 (50,0)	11(34,4)	6 (37,5)
Muy buena	8 (50,0)	19 (59,4)	9 (56,3)
TOTAL	16 (100,0)	32 (100,0)	16 (100,0)

N (%)

FUENTE: Ídem tabla 1

En la tabla 13 se señala que los usuarios que llevan en tratamiento menos de 32,25 meses (<P₂₅) el 50% calificó su satisfacción usuaria como buena (N=8) y muy buena (N=8) respectivamente. De los pacientes que llevan en tratamiento entre 32,25 y 104,75 meses (P₂₅ y P₇₅) el 6,3% la calificó como regular (N=2), el 34,4% buena (N=11) y el 59,4% muy buena (N=19). De los pacientes que llevan en tratamiento más de 104,75 meses (>P₇₅), el 6,3% presentó satisfacción usuaria como regular (N=1), el 37,5% buena (N=6) y el 56,3% muy buena (N=9).

Tabla 15

Distribución de usuarios en hemodiálisis del Hospital Clínico Herminda Martín según satisfacción y calidad de vida

SATISFACCIÓN USUARIA	CALIDAD DE VIDA							
	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Regular	100,0	50,0	60,0	50,0	75,0	100,0	75,0	75,0
Buena	50,0	50,0	40,0	25,0	50,0	75,0	75,0	75,0
Muy buena	50,0	50,0	60,0	25,0	50,0	75,0	68,75	62,50

M_d

FUENTE: Ídem tabla 1

La tabla 15 señala la distribución de usuarios en hemodiálisis según satisfacción y calidad de vida en relación a las ocho dimensiones. En los usuarios que calificaron la satisfacción como regular se observó una mediana de 50,0 puntos para las dimensiones Rol Físico y Salud General, de 60,0 puntos para Dolor Corporal, de 75,0 puntos para Vitalidad, Rol Emocional y Salud Mental y de 100,0 puntos para Función Física y Función Social. En los usuarios que calificaron la satisfacción como buena, se observó una mediana de 25,0 puntos para la dimensión Salud General, de 40,0 puntos para Dolor Corporal, de 50,0 puntos para Función Física, Rol Físico, Vitalidad, de 75,0 puntos para Función social, Rol Emocional y Salud Mental. En los usuarios que calificaron la satisfacción como muy buena se observó una mediana de 25,0 puntos para Salud General, de 50,0 puntos para Función Física, Rol

Físico y Vitalidad, de 60,0 puntos para Dolor Corporal, de 62,50 puntos para Salud Mental, de 68,75 puntos para Rol Emocional y de 75,0 puntos para Función Social.

3.2 DISCUSIÓN

El propósito de esta investigación fue describir el nivel de satisfacción usuaria y la CVRS a 76 pacientes pertenecientes a la unidad de HD del HCHM de Chillán. Del total de la muestra fue posible encuestar a 64 usuarios, de los cuales cuatro se negaron a participar y el resto no cumplía con los requisitos para ser encuestado.

La caracterización demográfica de estos pacientes mostró, que la mayoría de los usuarios (76,6%), oscila entre los 18 y 64 años de edad. Según lo reportado por M. Rodríguez en 2005, el 63,4% de los usuarios se encuentra entre los 22 y 64 años de edad, correspondiente a la suma de porcentajes del rango entre 22 y 44 años, y los de 45 y 64 años ⁽³³⁾. M. Mera en 2007 describe que el 40,7% de los usuarios se encuentra entre los 20 y 59 años de edad ⁽³⁴⁾. Los porcentajes de distribución antes mencionados, si bien no son iguales, los tramos de edad son similares entre sí. Estas cifras dan cuenta de la eficiencia de los servicios de salud, en especial del plan AUGE, a la hora de realizar un diagnóstico (Acceso) y de iniciar un tratamiento temprano (Oportunidad). Además llama profundamente la atención el gran porcentaje de jóvenes y adultos, ya que el tramo de edad constituye la fuerza laboral, esto según datos de la normativa legal descrita en la Organización Internacional del Trabajo Chile (OIT Chile), en la que muestra que las mujeres deberían jubilar a la edad de 60 años y los hombres a los 65 años ⁽³⁸⁾.

Continuando con la caracterización de los usuarios, la distribución según sexo se observa que es bastante similar, ya que el 45,3% correspondió al sexo femenino y el 54,7% restante al sexo masculino. M. Miguel el año 2009, describe que el 58% de los encuestados es de sexo masculino y el 42% es de sexo femenino ⁽¹⁾. Según M. Hernández et al. en el año 2005, el 51,8% son del sexo masculino y el 48,2% del sexo femenino ⁽³⁾. Y un tercer estudio publicado por M. Mera en 2007, plantea que el sexo masculino corresponde al 48,9% y sexo femenino al 51,1% ⁽³⁴⁾. Al analizar estos resultados se puede deducir que son

semejantes, lo que permite inferir a los autores que ninguno de los dos sexos es más prevalente para ERC, sin embargo en esta investigación hubo una pequeña inclinación hacia el sexo masculino, lo que concuerda con lo descrito por M. Hernández Meca et al. ya antes mencionada. Al recordar las principales causas de ERC, en las que se destacan la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus Tipo II ⁽¹¹⁾, revisando datos entregados por la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, en el cual la prevalencia de HTA es mayor en hombres que en mujeres, con un 28,7% y 25,3% respectivamente ⁽¹²⁾, y sumando lo confirmado por L. Martín Alfonso en el 2003, en el que se observa que el sexo masculino presenta un 31,5% de adherencia terapéutica al tratamiento antihipertensivo, versus el 68,5% del sexo femenino, permite a los autores de esta investigación explicar la leve inclinación del sexo masculino, que al parecer, es tendencia en los usuarios hemodializados ⁽³⁸⁾.

El nivel de escolaridad presentó una mayor concentración de usuarios en HD manifestó haber cursado estudios medios con un 53,1%, y estudios básicos con un 34,4%. El estudio de F. Pulido et al, del año 2008, indica que la mayor concentración de usuarios posee estudios básicos, con un 64% y sólo un 16% tiene un nivel de estudios medios ⁽²⁵⁾. Por lo cual estos datos no concuerdan. Esto puede ser debido a la selección de los usuarios para la investigación, ya que en el último estudio la media de edad fue de $65,2 \pm 9,7$ años, por lo que probablemente tuvieron menor acceso a educación media.

Respecto a la ocupación de los usuarios en tratamiento renal sustitutivo, destacó un 45,3% de jubilados o pensionados. Según lo reportado por C. Zúñiga, et al., en 2008, de los usuarios en HD, el 59.4% se encuentra jubilado, observándose concordancia entre ambos datos ⁽³⁵⁾. Esto se observa ya que, respaldado por los resultados de los pacientes de esta investigación, los usuarios presentaron una baja CV con bajo puntaje en el área física, lo que permite inferir en lo discapacitante que es el proceso de la enfermedad.

En relación a la variable comorbilidad, siendo este dato extraído desde la ficha clínica, el 60,9% de los usuarios posee hipertensión arterial y sólo el 1,6% posee diabetes mellitus. Según lo reportado por C. Zuñiga el año 2008, de una muestra de 224 pacientes, un 82,1% tenía hipertensión arterial y un 31,3% diabetes mellitus ⁽³⁵⁾. Esto concuerda, ya que si bien los porcentajes no son similares, la hipertensión arterial representa en ambos el mayor porcentaje. Estas cifras llaman la atención, ya que pueden indicar que no se está haciendo de forma correcta la pesquisa para prevenir enfermedades cardiovasculares, siendo que existen las estrategias implementadas por el MINSAL.

En la variable tiempo en hemodiálisis, el 50% llevaba entre 32,25 y 104,75 meses en tratamiento y el 25% llevaba más de 104,75 meses. Al buscar en la literatura no se encontró ningún estudio comparable. Los resultados obtenidos pueden deberse a que, independiente de la causa de ingreso, la mayoría lleva un tiempo considerable en diálisis pero a la vez la sobrevida disminuye, ya sean por factores desencadenados de la misma diálisis u otras complicaciones derivadas de la patología.

Al medir la CVRS de los usuarios hemodializados, se observó una baja puntuación en las dimensiones del área Física con respecto al área Mental. Maglakelidze et al. en su estudio publicado en 2011, muestra puntuaciones más bajas en el área Física que en el área Mental ⁽²³⁾. Dichos estudios son concordantes, esto puede atribuirse a que los usuarios sometidos a HD suelen presentar dificultad para realizar algunos esfuerzos físicos, como subir escaleras, caminar más de una hora, realizar su trabajo o actividades cotidianas, entre otros, debido a las complicaciones crónicas que sufre este tipo de pacientes, como son los trastornos cardiovasculares, anemia, trastornos de la nutrición y del metabolismo ⁽²³⁾. Por otro lado, se observó que las dimensiones Función Social (70,31 ± 31,14) y Salud General (33,23 ± 22,69) fueron las de mejor y peor puntuación, respectivamente. A. Sayin et al. del año 2007, señala que las dimensiones mejor evaluadas son, Función Social (62,62 ± 26,01) y Dolor

Corporal ($62,84 \pm 29,27$), y la peor evaluada es Salud General ($39,96 \pm 19,87$)⁽³²⁾, presentando resultados concordantes, esto se atribuye a que la salud Física de los usuarios se vio afectada principalmente en el periodo post diálisis, además la autopercepción de su salud fue relativamente baja, sin embargo, las relaciones sociales de estos usuarios no se vio notoriamente afectada.

La Satisfacción usuaria fue bien evaluada por los usuarios, los cuales la calificaron como muy buena (56,3%). Según F. Pulido, 2008, un 62,1% de los usuarios renales se encuentra muy satisfecho con la atención general recibida⁽²⁵⁾. M. Hernández et al. de 2005, utilizó el mismo cuestionario (SERVQHOS) a una población similar y se percibieron niveles altos de satisfacción (satisfacción global de 3,8 a partir de una escala de 1 a 5)⁽³⁾. Los estudios anteriormente descritos son concordantes entre sí. El usuario va siendo cada vez más exigente en sus necesidades y expectativas, estudios avalan buenas puntuaciones en el nivel de satisfacción, lo cual indica que el usuario percibe una buena atención del profesional médico y de enfermería (trato amable, rapidez, claridad de la información, interés del personal), además de otros parámetros medidos como la infraestructura y tiempos de espera.

Al analizar la satisfacción usuaria según tramos de edad, se observó que los más satisfechos se encontraban entre 18 y 35 años, en cambio los menos satisfechos fueron los usuarios que se encontraban entre los 36 y 64 años. M. Hernández et al., el año 2005, describe que los usuarios más satisfechos son aquellas entre los 60 a 88 años de edad y los menos satisfechos entre 29 y 59 años⁽³⁾. Estos estudios no son comparables, ya que los rangos de edad no son los mismos. Esto resultados pueden deberse a que la edad depende de las características de la muestra al momento de realizar el estudio, ya que los pacientes cambian a través del tiempo.

Respecto a la satisfacción usuaria según sexo, se puede apreciar que los usuarios más satisfechos fueron las mujeres con un 62,1%, contra el 51,4% de los

hombres. En la literatura no se encontraron estudios comparables con estas variables. Este resultado puede deberse, al igual que la satisfacción según edad, a las características de la muestra al momento de realizar el estudio.

Referente a la satisfacción usuaria y nivel de escolaridad se encontró que el 70,6% de los usuarios con estudios medios, calificó la satisfacción usuaria como muy buena. Según lo reportado por M. Miguel et al., en el año 2009, demuestra que a mayor nivel de estudios disminuye la satisfacción usuaria ⁽²⁸⁾. Por lo que estos datos no concuerdan. Esto puede deberse a que los usuarios con educación media tuvieron un pensamiento más crítico al evaluar las garantías del AUGE considerando todos los beneficios que este plan les otorga para su bienestar.

En la satisfacción usuaria y ocupación, el 42,9% de los pacientes que indicó estar trabajando con sueldo evaluaron la satisfacción usuaria como buena y muy buena. El estudio de M. Miguel et al., en el año 2009, indica que los usuarios que reportan estar trabajando con sueldo presentan menor satisfacción usuaria, por lo que estos datos no son concordantes ⁽²⁸⁾. Los autores infieren que las personas que se encuentran trabajando, al momento de evaluar la satisfacción, podrían tener una mejor mirada de la realidad, gracias a la autonomía y sentimiento de autorrealización que esto les conlleva, evaluando mejor el entorno en el que se desenvuelven, incluyendo redes sociales y servicios de salud.

En relación al nivel de satisfacción usuaria y tiempo en hemodiálisis, los usuarios que llevan de 32,25 meses y más, califican la satisfacción como regular, buena y muy buena, los que llevan un tiempo menor de 32,25 meses la evalúan como buena y muy buena. Según M. Montoya el año 2009, de una muestra de 50 pacientes, los que tienen más de 37,32 meses clasifican la satisfacción usuaria en forma más moderada, a diferencia de los pacientes que llevan un menor tiempo ⁽²⁸⁾. Hay alta probabilidad de que este hecho ocurra debido a que los pacientes que llevan mayor tiempo son más exigentes y demandantes, ya que conocen y manejan de mejor manera el tratamiento.

En el nivel de satisfacción usuaria y comorbilidad, los usuarios que presentaron hipertensión arterial y diabetes mellitus fueron los más satisfechos. Al buscar en la literatura no se encontraron estudios que describieran la satisfacción usuaria según comorbilidad. Cabe destacar que los usuarios que presentan enfermedades concomitantes estén más satisfechos, sin embargo, lo anterior no permite inferir ninguna justificación.

En el nivel de Satisfacción usuaria y CVRS de los usuarios, se observó que quienes calificaron la satisfacción como regular, obtuvieron un menor puntaje para las dimensiones Rol Físico y Salud General y mayor puntaje para Función Física y Función Social. De los usuarios que clasificaron la satisfacción usuaria como buena o muy buena, se observó un menor puntaje para Salud General y un mayor puntaje para Función Social y Rol Emocional, además quienes obtuvieron un mejor nivel de satisfacción, presentaron una CV más baja. M. Miguel et al., año 2009, concluye que quienes perciben más problemas para realizar las actividades cotidianas, más dolor o malestar y mayores niveles de ansiedad/ depresión, tienen menores niveles de satisfacción ⁽²⁸⁾. Por lo tanto, dichos estudios no son concordantes entre sí, demostrando que los condicionantes de la satisfacción son distintos para cada individuo. El estudio de Yildirim publicado en 2006, muestra una satisfacción usuaria regular ($60,95 \pm 5,25$) y una baja CV ($0,57 \pm 0,22$) en los usuarios sometidos a HD ⁽⁴⁾. Estos estudios no son comparables, ya que se utilizaron instrumentos de medición diferentes, con resultados a distinta escala.

Betty Neuman en su teoría de sistemas postula que el bienestar óptimo o la estabilidad es un indicio de que se han satisfecho las necesidades de todo el sistema, es por ello que en este estudio se midió tanto la satisfacción usuaria como la CV para conocer la realidad de los usuarios hemodializados, Neuman se refiere a la enfermería, como una “profesión especial, en el sentido que se relaciona con todas las variables que influyen sobre la respuesta del individuo al estrés”. Como el profesional de enfermería afecta a la asistencia ofrecida, Neuman afirma que debe evaluarse el campo perceptivo, tanto de la persona que presta los

cuidados, como del paciente. En la unidad de HD los pacientes están satisfechos, pero no en su totalidad, pues si bien hay una alta satisfacción con la atención del equipo de enfermería, los usuarios no demostraron una satisfacción con su CV, lo que permite inferir que no están en un nivel óptimo de bienestar.

4. CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

4.1 Conclusión

La evidencia registrada permite concluir que en el caso del perfil sociodemográfico de los usuarios pertenecientes a la Unidad de HD del HCHM, el mayor porcentaje de usuarios fluctúa entre los 36 y 64 años y el menor porcentaje entre los 18 y 35 años. Del total, el mayor porcentaje son hombres. En cuanto al nivel de escolaridad se puede afirmar que más del 50% posee estudios medios. En la ocupación de los usuarios, los jubilados o pensionados son los que se encuentran en mayor porcentaje.

En cuanto a la variable comorbilidad el mayor porcentaje de los usuarios, con más de un 60%, se concentró en la hipertensión arterial, a diferencia de un 1,6% correspondiente a la diabetes mellitus. En el tiempo en HD, los usuarios en tratamiento que llevan entre 32,25 y 104,75 meses representan al mayor porcentaje de la población. Con respecto a la percepción de los usuarios en HD de la CV se puede concluir que la dimensión Salud General fue la que obtuvo la menor puntuación, a diferencia de Función Social y Rol Emocional en las cuales se observa una puntuación mayor. Con respecto al nivel de satisfacción de los usuarios se puede concluir que la mayoría la calificó como muy buena. En relación al nivel de satisfacción usuaria y tramos de edad, se concluye que los usuarios más satisfechos están entre los 18 y 35 años. En relación a la distribución de usuarios según satisfacción usuaria y sexo, las mujeres son las más satisfechas. Con respecto a la satisfacción usuaria y nivel de escolaridad, los usuarios más satisfechos fueron los que presentaron estudios medios. En relación al nivel de satisfacción usuaria y ocupación, cabe destacar que las personas que reciben una remuneración, es decir, los que se encuentran trabajando y los jubilados o pensionados, clasifican la satisfacción como regular, buena y muy buena a diferencia de los usuarios que son estudiantes, dueña(o) de casa o se encuentran cesantes, que la clasifican como buena y muy buena, lo que permite concluir que

quienes reciben algún tipo de remuneración tienen menor nivel de satisfacción. En cuanto al nivel de satisfacción usuaria y tiempo en hemodiálisis, los pacientes que llevan un tratamiento de entre 32,25 y 104,75 meses son los más satisfechos. En relación al nivel de satisfacción usuaria y comorbilidad, los pacientes que poseen sólo hipertensión arterial, correspondientes al mayor porcentaje, clasifican la satisfacción usuaria como muy buena, los que presentan sólo diabetes mellitus la clasifican en buena, de los usuarios que poseen ambas patologías la clasifican en su mayoría como buena, y los pacientes que no presentan ninguna de estas patologías la clasifican como regular y buena en igual porcentaje.

Respecto de la satisfacción usuaria y CV de los usuarios, se concluyó que aquellos que indicaron un menor nivel de satisfacción usuaria presentaron mejor CV, y quienes mostraron un mayor nivel de satisfacción usuaria, obtuvieron un menor puntaje en CV.

4.2 Sugerencias

- Realizar un estudio comparativo de los usuarios en HD beneficiarios de FONASA con otros usuarios pertenecientes a ISAPRES.
- Realizar un estudio correlacional entre el nivel de satisfacción usuaria y la CVRS.
- Realizar un estudio que explique por qué el mayor porcentaje de los hemodializados se encuentra entre los 18 y 64 años de edad.
- Investigar las causas por las que los usuarios presentan bajas puntuaciones en el área física.

4.3 Limitaciones

- La dificultad que presentaron algunos usuarios a la hora de responder la encuesta, debido a los síntomas propios durante la sesión de diálisis.
- El registro incompleto encontrado en las fichas médicas de cada usuario dificultó la búsqueda de información.
- La poca cantidad de estudios que incorporen conjuntamente el nivel de satisfacción usuaria y la calidad de vida en hemodializados,

5. BIBLIOGRAFÍA

1. MIGUEL Montoya, Mercedes; VALDÉS Arias, Covadonga; RÁBANO Colino, Manuela; ARTOS Montes, Yolanda; CABELLO Valle, Pilar; DE CASTRO Prieto, Natividad; GARCÍA León, Ana; MARTÍNEZ Villoria, Azucena; ORTEGA Suárez, Francisco. Variables asociadas a la satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis. Asturias, España, año 2009
2. GOBIERNO DE CHILE, Ministerio de salud, Guía Clínica Insuficiencia Renal Crónica Terminal, Chile, año 2005.
3. HERNÁNDEZ Meca, M^a Encarnación; OCHANDO García, Antonio; LORENZO Martínez, Susana; MAS de Marco, M^a Isabel y NORIA Anguiado, Max Edgar. Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: Objetivo de calidad asistencial en enfermería. España, año 2005.
4. YILDIRIM, A. The Importance of Patient Satisfaction and Health-Related Quality of Life after Renal Transplantation, Turquía, 2006.
5. GOBIERNO DE CHILE. Ministerio de Salud. Medición nacional de satisfacción usuaria en la red pública de salud. Chile, 2009.
6. CASTRO Serralde, Edith. Panorama epidemiológico de la insuficiencia renal crónica en México, 2010
7. Revista de la sociedad Chilena de enfermería en Diálisis y Trasplante Renal. Santiago, Chile, 2 (5). 2004.
8. DIAZ, Rocío. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios, Universidad de Málaga, España. 2002
9. BASTÍAS S., Gabriel, VALDIVIA C., Gonzalo. Reforma de salud en Chile; el Plan Auge o régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). Su origen y evolución. Chile, 2007
10. SCHWARTZMANN, Laura. Calidad de Vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. Montevideo, Uruguay, 2003

11. MEZZANO A., SERGIO; AROS E., CLAUDIO. Enfermedad Renal Crónica: Clasificación, Mecanismos de progresión y Estrategias de renoprotección. Valdivia, Chile, 2005.
12. GOBIERNO DE CHILE. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud, Chile 2010.
13. GOBIERNO DE CHILE. Ministerio de Salud. Guía Clínica Diálisis Peritoneal. Chile, 2008.
14. POBLETE Badal, Hugo. XXX Cuenta De Hemodiálisis Crónica en Chile, 2010
15. BALBOA, Teresa. Estadísticas Unidad de diálisis. Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán, Junio 2011.
16. JARA, Aquiles. Hemodiálisis, Experiencia en Chile. En: CONGRESO Nacional para personas con Insuficiencia renal: 27 de Octubre de 2007, Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2007.
17. GOBIERNO DE CHILE. Hospital del Salvador. Procedimientos de Hemodiálisis, 2007.
18. ESPINOZA, María Elisa. Terapias reemplazo renal, una perspectiva de enfermería. Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica, Chile, 2010
19. GOBIERNO DE CHILE, Ministerio de salud. La Satisfacción del Usuario: Concepto y Medición, Una Herramienta de Gestión en el Sistema de Salud, Programa de Evaluación y Mejoramiento de la Calidad - DISAP – MINSAL. Chile, 1998.
20. HERNÁNDEZ Meca, M^a Encarnación; OCHANDO García, Antonio; LORENZO Martínez, Susana; MAS de Marco, M^a Isabel y NORIA Anguiado, Max Edgar. Satisfacción del paciente en diálisis y calidad de vida laboral del personal de enfermería: Marcadores de calidad, España.
21. SCHUTT-AINÉ, Ruth. Cómo Medir y Asegurar la Calidad en Diálisis. XVIII Jornadas en Enfermería Nefrológica Santiago, Chile. 28 Mayo, 2010.

22. LIEM, Ylian; BOSCH, Johanna; HUNINK, Myriam. Preference-Based Quality of Life of Patients on Renal Replacement Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis, Holanda, 2008.
23. N. MAGLAKELIDZE, T. PANTSULAIA, I. TCHOKHONELIDZE, L. MANAGADZE, AND A. CHKHOTUA. Assessment of Health-Related Quality of Life in Renal Transplant Recipients and Dialysis Patients. Georgia, EEUU, 2011.
24. FRUCTUOSO M, CASTRO R, OLIVEIRA L, PRATA C, MORGADO T. Quality of life in chronic kidney disease, Portugal, 2010.
25. PULIDO Agüero, Francisca; ARRIBAS Cobo, Patricia; FERNÁNDEZ Fuentes, Anunciación. Satisfacción de los pacientes en la consulta de enfermería de Enfermedad Renal Crónica avanzada. Madrid, España, 2008.
26. HERNÁNDEZ Meca, M^a Encarnación; OCHANDO García, Antonio; LORENZO Martínez, Susana; MAS de Marco, M^a Isabel y NORIA Anguiado, Max Edgar. Satisfacción del paciente en diálisis y Calidad de vida laboral del personal de enfermería: Marcadores de calidad. Madrid, España.
27. NIEDŹWIECKA A, NOWICKI M, TKACZYK M. Chronic dialysis patients' expectations towards dialysis nurses. Polonia, 2009.
28. MARTÍN Alfonso, Libertad, SAIRO Agramonte, Magaly, BAYARRE, Héctor. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. La Habana, Cuba, 2003.
29. GUMPRECHT J, ZELOBOWSKA K, GOSEK K, ZYWIEC J, ADAMSKI M, GRZESZCZAK W. Quality of life among diabetic and non-diabetic patients on maintenance haemodialysis. Zabrze, Polonia, 2010.
30. MARRINER T., Ann. RAILE A. y Marta. Modelos y Teorías de Enfermería. 6^o edición. Madrid, España, 2007, p. 317-323.
31. KAZANCIOGLU, RUMEYZA; KUTLU, CIGDEM; CAYMAZ MUAZZEZ, SEZER; EMEL TATLI, FUAT SAR. Demographic Analysis of Renal Failure Patients Presenting to the Emergency Unit. Turquía, 2007.

32. A. SAYIN, R. MUTLUAY, Y S. SINDEL. Quality of Life in Hemodialysis, Peritoneal Dialysis and Transplantation Patients. Ankara, Turquía, Año 2007.
33. RODRÍGUEZ Vidal, Magali, CASTRO Salas, Manuel, MERINO Escobar, José M., Calidad de vida en pacientes renales Hemodializados, Concepción, Chile, año 2005.
34. MERA Santander, Marcela Lorena. Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis Centro Médico Dial-Sur, Osorno 2006. Valdivia, Chile, año 2007.
35. ZÚÑIGA, Carlos; DAPUETO P., Juan; MÜLLER O., Hans; KIRSTEN L., Lilian; ALID A., Raquel; ORTIZ M., Liliana. Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario "Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36)". Chile, año 2009.
36. CASTILLO Morales, Eduardo. Escala Multidimensional SERVQUAL. Facultad de Ciencias Empresariales, Universidad del Bío Bío, Chile, 2005.
37. YENTZEN M., Gladys. Cuestionario de Salud Sf-36, The Short - Form 36 Health Survey. Escuela Salud Pública, Facultad Medicina, Universidad de Chile.
38. Organización Internacional del Trabajo Chile, Evolución demográfica y pensiones en Chile, Junio 2006.

6. ANEXOS

Anexo 1. Definición de variables

Variables independientes

Satisfacción usuaria

a) Definición nominal

Oliver (1980) la define como la respuesta de la persona a la evaluación de la discrepancia entre las expectativas y el resultado final percibido. Límite. Revista de filosofía y psicología. Volumen 1. nº 14, 2006 pp 195 – 214 ISSN 0718 - 1361

b) Definición operacional:

Para medir esta variable se utilizó el cuestionario SERVQHOS modificado por los autores.

Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

a) Definición Nominal

Patrick y Erickson (1993) la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. CIENCIA Y ENFERMERIA IX (2): 9-21, 2003.

c) Definición operacional:

Para medir esta variable se utilizó el cuestionario SF12.

Variables de estratificación:

Edad

a) Definición nominal

Tiempo que ha vivido una persona (RAE, 23ª Edición, 2011)

b) Definición operacional

- Entre 18 y 35 años
- Entre 36 y 64 años
- Mayor o igual a 65 años

c) Pregunta

Fecha de nacimiento

Sexo

a) Definición nominal

Se refiere a la división del género humano en dos grupos: mujer u hombre. Cada individuo pertenece a uno de estos grupos. La persona es de sexo femenino o masculino. (RAE, 23ª Edición, 2011).

b) Definición operacional

- Femenino
- Masculino

c) Pregunta

¿Cuál es su sexo?

Nivel de escolaridad

a) Definición nominal

Tiempo durante el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza.
(RAE, 23ª Edición, 2011)

b) Definición operacional

- Sin estudios
- Estudios básicos
- Estudios medios
- Estudios superiores

c) Pregunta

¿Cuántos años estudió?

Ocupación

a) Definición nominal

Trabajo, empleo, oficio. (RAE 23ª Edición, 2011)

b) Definición operacional

- Estudiante
- Dueña (o) de casa
- Trabajando (con sueldo)
- Cesante
- Jubilado

c) Pregunta

¿En este momento, cuál es su actividad Laboral?

Tiempo en hemodiálisis

a) Definición nominal

Magnitud física que permite ordenar la secuencia de los sucesos, estableciendo un pasado, un presente y un futuro, desde la fecha que inicia tratamiento hasta fecha actual.

b) Definición operacional

Se uso como punto de corte los valores de percentil 25 y 75 para estratificar la categoría en 3 rangos.

c) Pregunta

Revisión Ficha Clínica

Comorbilidad

a) Definición Nominal

Ocurrencia de más de una patología en una misma persona. Alvan Feinstein, Journal of Chronic diseases 1970

b) Definición Operacional

- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus
- Ambas patologías

c) Pregunta

Revisión Ficha Clínica

Anexo 2. INFORMACION PARA EL USUARIO Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Título del estudio.

“Nivel de Satisfacción usuaria y calidad de vida en salud en la unidad de hemodiálisis del HCHM de Chillán, 2011”.

Investigadores.

Rocío Andrea Bastías Cerda	17060807-0
Claudia Andrea Burgos Jara	16845683-2
M ^a de los Ángeles Conejeros Vásquez.	17060996-4
Juan Antonio Moncada Oyarce	16782906-6

(Alumnos de la Carrera de Enfermería de la Universidad del Bío Bío).

Docente responsable.

Sra. Ángela Astudillo, EU Magíster en Pedagogía para la Educación Superior.

Invitación a participar en el estudio

Por el presente lo invitamos a participar en un estudio de investigación. A los efectos de decidir si desea o no participar en este estudio, usted tiene derecho a saber cuál es el objetivo, como se selecciona a los pacientes, cuáles son los posibles beneficios y qué es lo que se espera de usted como participante de esta investigación. Este proceso se denomina “consentimiento informado”.

Se le leerá el presente formulario de consentimiento que le proporcionará información sobre esta investigación. Debe preguntar todo aquello que no entienda. Cuando comprenda la información y haya decidido participar, se le solicitará que coloque su nombre, firma y fecha al final de este consentimiento.

Objetivo de la investigación

Uno de los objetivos de este estudio es recabar información sobre cuál es el nivel de satisfacción usuaria en relación a las atenciones entregadas antes, durante y después de las sesiones y además, conocer su calidad de vida relacionada con la salud en el área física, psicológica, social y espiritual.

Duración del estudio

El estudio se limita simplemente a una encuesta que será realizada durante su sesión de hemodiálisis, o excepcionalmente en su domicilio, que durará aproximadamente 30 minutos.

Selección de los pacientes

De los usuarios que pertenecen a la Unidad de Hemodiálisis del HCHM fueron seleccionados los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de ERCT (Enfermedad renal crónica terminal) para medir la satisfacción usuaria y la calidad de vida relacionada con la salud.

Lugar y forma de aplicación

La encuesta podrá ser realizada en el establecimiento de diálisis o mediante visita domiciliaria. Dicha encuesta consta de 5 hojas y será aplicada por los autores de la investigación, con el fin de conocer cuál es el nivel de satisfacción y calidad de vida presente en cada usuario.

Posibles beneficios

Es importante para nosotros como profesionales conocer su nivel de satisfacción para poder mejorar los aspectos débiles de la atención, lo cual irá en beneficio de cada uno de los usuarios que pertenezcan a esta Unidad de Hemodiálisis del HCHM.

Posibles riesgos

Si bien, para poder contactarlo se requiere de sus datos personales como nombre, dirección y teléfono, a la hora de presentar la investigación y de dar a conocer los resultados de estos datos son totalmente confidenciales y ninguna de las personas que trabajan en la unidad sabrá cuál es su respuesta específica, solo sabrán los resultados en general. Es por esto que la encuesta no implica ningún riesgo para usted.

Derechos de la persona

Voluntariedad y retiro: Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted puede negarse a seguir proporcionando información para este estudio en cualquier momento. Su decisión no afectará de modo alguno la disponibilidad o calidad de su actual o futuro tratamiento.

Confidencialidad: Todos los datos obtenidos en esta encuesta con relación a su persona serán privados, garantizando discreción y confidencialidad sobre su identificación.

De la dignidad humana: Todo ser humano es en sí mismo digno y merecedor de respeto, por lo tanto las preguntas de este cuestionario serán formuladas en función de este derecho.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

He leído las declaraciones y la información detallada de este formulario de consentimiento. Todas mis preguntas concernientes al estudio me fueron contestadas. Entiendo que puedo rehusarme a participar en este estudio de investigación.

Con la firma de este formulario no renuncio a ninguno de mis derechos legales como participante de un estudio de investigación.

Acepto participar en el estudio: "Nivel de Satisfacción Usuaría y Calidad de vida en salud en la Unidad de Hemodiálisis del HCHM" realizado por alumnos de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha

Anexo 3. Carta de autorización aplicación de instrumentos.

OFICIO Nº 118/2011

MAT.: Solicita Autorización

CHILLAN, abril 19 de 2011

A: DR. RODRIGO AVENDAÑO BRANDEIS

Director – Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán

DE: SRA. ELENA ESPINOZA LAVOZ

Directora Escuela de Enfermería, Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que las estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada “**Nivel de satisfacción Usuaría y Calidad de Vida en Salud en la Unidad de Hemodiálisis del HCHM de Chillán, 2011**”, con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

▪ Rocío Bastías Cerda	17.060.807-0
▪ Claudia Burgos Jara	16.845.683-2
▪ M ^a de los Ángeles Conejeros Vásquez	17.060.996-4
▪ Juan Antonio Moncada Oyarce	16.782.906-6

Académico Guía:

Sra. Ángela Astudillo Araya, Magíster Pedagogía para la Educación Superior.

Propósito de la Tesis:

Describir el nivel de satisfacción usuaria y la calidad relacionada con vida en salud de los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis del HCHM de Chillán en el año 2011.

Objetivos Generales de la Tesis:

- Identificar el perfil socio demográfico de los usuarios pertenecientes a la Unidad de Hemodiálisis del HCHM.
- Determinar el nivel de satisfacción usuaria de los pacientes pertenecientes a la Unidad de hemodiálisis del HCHM.
- Determinar la calidad de vida relacionada con la salud de los usuarios pertenecientes a la Unidad de Hemodiálisis del HCHM.
- Describir el Nivel de Satisfacción usuaria según el perfil sociodemográfico de los usuarios pertenecientes a la Unidad de Hemodiálisis del HCHM.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan realizar la investigación, consistente en la aplicación de una encuesta a los usuarios pertenecientes a la Unidad de Hemodiálisis del Hospital que usted dirige. De contar con vuestra aprobación, la recolección de tales datos, se realizará durante el mes de mayo del año en curso, garantizando la confidencialidad y anonimato de los antecedentes personales recopilados.


Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

**ELENA ESPINOZA LAVOZ**

Directora Escuela de Enfermería

EEL/ssc.

c.c.

 Sra. Magali Palma Brevis – Subdirectora Enfermería, Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán.

Anexo 4. ENCUESTA DE SATISFACCION USUARIA MODIFICADA PARA HEMODIALISIS

Sr. Usuario, la presente encuesta tiene por objeto medir la opinión que existe entre las personas que se atienden dentro de la Unidad de hemodiálisis del HCHM, respecto de algunos puntos importantes que se relacionan con la atención entregada, su ayuda es de gran importancia. Marque con una X la alternativa que corresponda a su realidad.

Ítem I. Identificación del usuario

Fecha de nacimiento: _____ (Revisión Ficha Clínica)

- ¿Cuál es su sexo?

Femenino

Masculino

- ¿Hasta qué curso llegó?

Sin estudios

Educación Básica

Educación Media

Educación Superior

- ¿En este momento cuál es su actividad laboral?

Estudiante

Dueña (o) de casa

Cesante

Trabajando (con sueldo)

Jubilado / Pensionado

- Presencia de otra(s) Patología(s): (Revisión Ficha Clínica)

Hipertensión arterial

Diabetes Mellitus

- Tiempo en Hemodiálisis (meses): (Revisión Ficha Clínica)
-

Ítem II. Cuestionario SERVQHOS modificado

Cuerpo de preguntas relacionadas a la atención: Subraye la alternativa más cercana a su realidad.

1.- Durante su estancia en la unidad de diálisis ¿puede saber con facilidad si quienes le atienden son médicos, personal de enfermería, Técnicos o de cualquier otro tipo?

Siempre - Casi siempre- A veces - Casi nunca - Nunca

2.- Cuando usted llama para que venga el personal de la unidad de diálisis a atender sus necesidades, ¿vienen con suficiente rapidez?

Siempre - Casi siempre - A veces - Casi nunca - Nunca

3.- Durante su estancia en la unidad de diálisis ¿le explican con claridad la evolución de su estado de salud?

Siempre - Casi siempre - A veces - Casi nunca - Nunca

4.- ¿Durante su estancia en la unidad de diálisis puede comentar con el médico aquellos aspectos de su enfermedad que le preocupan?

Siempre - Casi siempre - A veces - Casi nunca - Nunca

5.- Cuando realiza alguna pregunta a los médicos ¿obtiene respuestas fáciles de entender?

No suelo preguntar - Siempre - Casi siempre - A veces - Casi nunca - Nunca

6.- Cuando realizó alguna pregunta al personal de enfermería ¿obtiene respuestas fáciles de entender?

No suelo preguntar - Siempre - Casi siempre - A veces - Casi nunca - Nunca

7.- ¿El personal de limpieza realiza su trabajo intentando no molestar?

Siempre - Casi siempre - A veces - Casi nunca - Nunca

8.- Durante el tiempo que permanece en la unidad de diálisis ¿cree que se utilizan los medios necesarios para quitarle las molestias que puedan surgir como calambres, dolor de cabeza, vómitos, etc.?

Siempre - Casi siempre - A veces - Casi nunca - Nunca

9.- ¿Tiene oportunidad de consultar al médico las dudas que tiene acerca de los informes periódicos que recibe sobre la evolución de su enfermedad?

Siempre - Casi siempre - A veces - Casi nunca - Nunca

10.- ¿Cómo describiría en general la calidad de la atención que recibe en la unidad de diálisis?

Muy buena - Buena - Regular - Mala - Muy mala

11.- ¿Cómo considera la calidad de atención de los médicos que le atienden?

Muy buena - Buena - Regular - Mala - Muy mala

12.- ¿Cómo considera la calidad de atención del profesional de enfermería que le atiende?

Muy buena - Buena - Regular - Mala - Muy mala

13.- ¿Cómo considera la calidad de atención del personal técnico paramédico que le atienden?

Muy buena - Buena – Regular - Mala - Muy mala

14 a.- ¿Recibe algún tipo de alimento cuando asiste a la unidad de hemodiálisis? (si su respuesta es SÍ, continúe con la pregunta 14 b, si su respuesta es NO siga con la pregunta 15)

Sí No

14 b.- ¿Cómo describiría en general la calidad de la comida ofrecida durante su estancia en la unidad de diálisis?

Muy buena - Buena - Regular - Mala - Muy mala

15.- ¿Cómo valoraría los medios de transportes concertados por el HCHM (Ambulancias, van) utilizados entre su domicilio y la unidad de diálisis?

No utilizo medios de transportes concertados - Muy bueno - Bueno - Regular - Malo - Muy malo

16.- ¿Cómo valoraría el tiempo de espera desde que llega a la unidad de diálisis hasta que le conectan a la máquina?

Muy bueno - Bueno - Regular - Malo - Muy malo

Cuerpo de preguntas relacionadas a la infraestructura:

1.- En general, la comodidad de la sala de diálisis es:

Muy buena – Buena – Regular – Mala - Muy mala

2.- La cantidad de asientos disponibles en la sala de diálisis son:

Muy buena – Buena – Regular – Mala - Muy mala

3.- De acuerdo a su apreciación, el aseo de la sala de diálisis es:

Muy bueno – Bueno – Regular – Malo - Muy malo

4.- La ventilación en la sala de diálisis es según su apreciación:

Muy buena - Buena – Regular - Mala - Muy mala

5.- El aseo de los baños según su apreciación es:

Muy bueno – Bueno – Regular – Malo - Muy malo

6.- La iluminación de las salas, según su apreciación es:

Muy buena – Buena – Regular – Mala - Muy mala

Ítem III. ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA MODIFICADA

Sr. Usuario, las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que Ud. podría hacer en un día normal, específicamente durante el último mes. Subraye la alternativa más cercana a su realidad.

- 1. Su salud actual, ¿Lo(a) limita para realizar esfuerzos moderados como mover una mesa, barrer, pasar la aspiradora o caminar más de una hora?**

Sí, me limita mucho - Sí, me limita un poco - No, no me limita

- 2. Su salud actual, ¿Lo(a) limita para subir varios pisos por la escalera?**

Sí, me limita mucho - Sí, me limita un poco - No, no me limita

- 3. ¿Con qué frecuencia no pudo hacer como quería su trabajo o sus actividades cotidianas a causa de su salud física?**

Siempre - Casi siempre - Algunas veces - Rara vez - Nunca

- 4. ¿Con qué frecuencia tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?**

Siempre - Casi siempre - Algunas veces - Rara vez - Nunca

- 5. Si ha tenido algún dolor, ¿Hasta qué punto éste ha interferido con sus tareas normales, incluido el trabajo dentro y fuera de la casa?**

Nada - Un poco - Regular - Bastante - Mucho - No he tenido

- 6. En general, Ud. diría que su salud es:**

Excelente - Muy buena - Buena - Regular - Mala

- 7. ¿Con qué frecuencia se sintió con mucha energía (en el último mes)?**

Siempre - Casi siempre - Algunas veces - Rara vez - Nunca

8. ¿Con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales, con familia, amigos, vecinos o grupos?

Siempre - Casi siempre - Algunas veces - Rara vez - Nunca

9. ¿Con qué frecuencia hizo menos de lo que quería en su trabajo o en actividades cotidianas por algún problema emocional?

Siempre - Casi siempre - Algunas veces - Rara vez - Nunca

10. ¿Con qué frecuencia hizo su trabajo u otras actividades con menos dedicación que el de costumbre por algún problema emocional?

Siempre - Casi siempre - Algunas veces - Rara vez - Nunca

11. ¿Con qué frecuencia Ud. se sintió tranquilo(a) y calmado(a)?

Siempre - Casi siempre - Algunas veces - Rara vez - Nunca

12. ¿Con qué frecuencia Ud. se sintió desanimado(a) y deprimido(a)?

Siempre - Casi siempre - Algunas veces - Rara vez - Nunca

Anexo 5. Carta autorización prueba piloto.

OFICIO Nº 56/2011

MAT.: Autorización prueba piloto

CHILLAN, abril 04 de 2011.

A: **DR. BORIS GARCIA**

Médico Jefe – Centro de Diálisis San José, San Carlos

DE: **SRA. ELENA ESPINOZA LAVOZ**

Directora Escuela de Enfermería, Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que las estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada “**Nivel de satisfacción usuaria y calidad de vida en salud en la Unidad de hemodiálisis del HCHM de Chillán, 2011**”, con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

▪ Rocío Bastías Cerda	17.060.807-0
▪ Claudia Burgos Jara	16.845.683-2
▪ María de los Ángeles Conejeros Vásquez	17.060.996-4
▪ Juan Antonio Moncada Oyarce	16.782.906-6

Académico Guía:

Sra. Ángela Astudillo Araya, Magíster Pedagogía para la Educación Superior.

Propósito de la Tesis:

Describir el nivel de satisfacción usuaria y la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en la unidad de hemodiálisis del HCHM de Chillán en el año 2011.

Objetivos Generales de la Tesis:

- Identificar el perfil socio demográfico de los usuarios pertenecientes a la Unidad de hemodiálisis del HCHM.
- Determinar el nivel de satisfacción usuaria de los pacientes pertenecientes a la Unidad de Hemodiálisis del HCHM.
- Determinar la calidad de vida relacionada con la salud de los usuarios pertenecientes a la Unidad de hemodiálisis del HCHM.
- Describir el Nivel de Satisfacción usuaria según el perfil sociodemográfico de los usuarios pertenecientes a la Unidad de hemodiálisis del HCHM.
- Describir el Nivel de Satisfacción usuaria según la Calidad de vida de los usuarios pertenecientes a la Unidad de hemodiálisis del HCHM.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que las estudiantes, puedan realizar una **prueba piloto**, consistente en la aplicación de un instrumento a usuarios pertenecientes al Centro de diálisis, que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de tales datos, se realizará durante el mes de abril del año en curso, resguardando la confidencialidad y anonimato de los antecedentes recolectados.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

ELENA ESPINOZA LAVOZ

Directora Escuela de Enfermería



EL/ssc.

c.c.

📁 Sra. Elizabeth Luengo Navarrete. – Enfermera Jefe, Centro de Diálisis San José, San Carlos

📁 Archivo Escuela Enfermería.