



**PERCEPCIÓN POR PARTE DE LOS ENFERMOS RENALES DE LA CALIDAD DE
LOS SERVICIOS DE DIÁLISIS EN LA PROVINCIA DE LEÓN. MEJORAS**



Solicitante de la investigación:

Asociación para la lucha contra las enfermedades renales ALCER-LEÓN

Subvenciona:

MINISTERIO DE TRABAJO ASUNTOS SOCIALES. (DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE POLÍTICAS SECTORIALES DE DISCAPACIDAD. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN Y PLANIFICACIÓN)

Gabinete de Servicios Sociales ANATER, S.L.

Departamento de investigación

Director de la investigación: Néstor Aller Fernández- Ldo. En Psicología

-INDICE DE CONTENIDOS-

INTRODUCCIÓN JUSTIFICACIÓN	3
ASPECTOS TEÓRICOS - CONCEPTUALES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA	3
INVESTIGACIÓN	8
OBJETIVOS	8
MATERIAL Y MÉTODO	9
RESULTADOS	10
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA	15
BIBLIOGRAFÍA	18
ANEXO I - TABLAS DE DATOS	20
ANEXO II - ANALISIS ESTADÍSTICO DE VARIABLES	31
ANEXO III - GRÁFICOS Y TABLAS	55
ANEXO IV - INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	70

INTRODUCCIÓN JUSTIFICACIÓN:

El presente estudio, es realizado por el departamento de investigación de la empresa Gabinete de Servicios Sociales con fondos procedentes de la subvención concedida por MINISTERIO DE TRABAJO ASUNTOS SOCIALES. (DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE POLÍTICAS SECTORIALES DE DISCAPACIDAD. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN Y PLANIFICACIÓN) a la Asociación para la lucha contra las enfermedades renales ALCER-LEÓN.

El mismo ha sido realizado, a través de encuestas telefónicas pasadas Trabajadores sociales a los socios de dicha entidad. La muestra incluye pacientes renales sometidos a diálisis, como transplantados.

En primer lugar, el estudio evalúa la calidad de vida de los enfermos renales, en situación de diálisis como transplantados y realiza a partir de los resultados obtenidos propuestas, que colaboren a la mejorar su calidad de vida.

En segundo, el estudio evalúa la percepción subjetiva que los enfermos renales sometidos de diálisis, tienen del servicio que se les presta, realizándose a partir de los resultados obtenidos, propuestas de mejora.

ASPECTOS TEORICOS - CONCEPTUALES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA:

CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

La **calidad de vida** es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura y las escalas de valores. La OMS, define la **calidad de vida** como: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. El nivel de vida son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como la renta per cápita, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos. Parece como si el concepto de calidad de vida apareciera cuando esta establecido un **bienestar social** como ocurre en los países desarrollados.

Las tres dimensiones que engloban e integran la **calidad de vida relacionada con la salud** son:

- **Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.
- **Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- **Dimensión social:** Es la percepción del individuo de la relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.

Características de la calidad de vida:

- **Concepto subjetivo:** Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
- **Concepto universal:** Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- **Concepto holístico:** La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el **modelo bio-psico-social**. El ser humano es un todo.
- **Concepto dinámico:** Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- **Interdependencia:** Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA UTILIZADOS EN LA PRESENTE INVESTIGACIÓN PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA:

Evaluación de la calidad de vida:

Hemos optado por el al ser el **Perfil de consecuencias de enfermedad (SIP)** por ser el instrumento mas frecuentemente utilizado en las investigación realizadas para evaluar la calidad de vida en enfermos renales.

Desarrollado por Bergner en 1.976 con el fin de disponer de una medida de salud que pudiera utilizarse en la asignación de servicios sanitarios, la

planificación y la formulación de políticas de salud y servir como valoración de los resultados sanitarios en la evaluación. Es un instrumento que mide la disfunción y se basa en los cambios de conducta relacionados con la enfermedad. Existen diferentes versiones pero nosotros hemos utilizado la de 136 ítems. Esta versión mide los cambios de comportamiento del individuo relacionados con la enfermedad en 12 categorías:

Sueño-descanso, trabajo, nutrición, tareas domesticas, ocio, pasatiempos, desplazamiento, movilidad, cuidado y movimiento corporal, relaciones sociales, actividad intelectual, actividad emocional y comunicación.

La puntuación en cada categoría es el resultado de la suma de los puntos de los ítems contestados en esa categoría dividido por la mayor puntuación disfuncional posible en esa área y multiplicado por 100. Solo deben marcarse los ítems con los que el paciente se identifica dejando los otros sin contestar.

A parte de las puntuaciones de cada dimensión, se obtiene una puntuación denominada, dimensión física y que engloba las dimensiones relacionadas fundamentalmente con la movilidad y desplazamiento y cuidado y movimiento corporal, así como una puntuación denominada dimensión psicosocial y que se obtiene de las categorías que afecta a relaciones sociales, comunicación, actividad intelectual y emocional. El instrumento ofrece también una Puntuación total. En resumen: el instrumento nos ofrece una valoración detallada de la calidad de vida. El instrumento nos aporta una medida del tanto por ciento de pérdida en calidad de vida, para cada una de las dimensiones objeto de medida. El instrumento tiene unos coeficientes de fiabilidad y validez adecuados. Puede verse un modelo del cuestionario utilizado en el anexo correspondiente a instrumentos y cuestionarios aplicados.

Evaluación del componente emocional:

Nos hemos decidido por su simplicidad por la **Escala de Ansiedad y depresión de Goldberg**, ya que nos aporta una medida útil de dos aspectos importantes que en la evaluación la ansiedad y depresión, dos de las psicopatologías que consideramos adquieren importancia en los enfermos renales

Cuestionario EADG Escala de Ansiedad y depresión de Goldberg, fue desarrollado en 1988 a partir de la versión modificada del Psychiatric Assessment Schedule, con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración para ser utilizada por no psiquiatras como instrumento de cribaje.

Consta de dos escalas una de ansiedad y otra de depresión, con 9 ítems y que se presentan en formato dicotómico. Se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto por respuesta afirmativa. Se interroga al paciente si ha presentado en las dos últimas semanas algunos de los síntomas a los que hace referencia. Cada subescala se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental y un segundo grupo de cinco ítems que se formulan solo si se obtiene una respuesta positiva a las preguntas de despistaje. Los puntos de

corte son ≥ 4 para la escala de ansiedad y ≥ 2 para la de depresión, no obstante en nuestra investigación con el fin de aumentar la especificidad y el poder discriminante de la prueba hemos aumentado los puntos de corte a ≥ 5 para la ansiedad y ≥ 3 para la ansiedad. La prueba está diseñada para el diagnóstico de probables casos no para el diagnóstico de los mismos. El instrumento goza de cualidades psicométricas adecuadas. Puede verse un modelo del cuestionario utilizado en el anexo correspondiente a instrumentos y cuestionarios aplicados.

CONCEPTO DE CALIDAD DE SERVICIOS

En la actualidad el término "Calidad" relacionado con las prestaciones médicas le resulta familiar a la mayoría de los profesionales de la salud. Numerosos artículos sobre calidad, aseguramiento de calidad, calidad de atención, mejoría de calidad, controles de calidad, etc. aparecen en diarios y revistas de interés general, publicaciones científicas, conferencias, simposios y normas emitidas por diversas entidades, sociedades médicas y organismos relacionados con la Salud Pública.

En 1984 "The American Medical Association" definió el cuidado de alta calidad como aquel que "contribuye consistentemente al mejoramiento o mantenimiento de calidad y/o duración de la vida". Dicha asociación identificó atributos específicos del cuidado que deberían ser examinados determinando su calidad, con especial énfasis en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, participación informada de pacientes, atención sobre las bases científicas de la medicina y el uso eficiente de los recursos. Los profesionales de la salud naturalmente tienden a definir calidad en términos relacionados con los atributos y resultados de la atención provista por los prestadores y recibida por los pacientes. Estas definiciones tienden a enfatizar la excelencia técnica con que la atención es provista.

Pero la calidad técnica de la atención de la salud tiene al menos dos dimensiones:

- a) Servicios adecuados y apropiados
- b) Utilización idónea y experta de los recursos en beneficio de los pacientes.

Si sólo se considera la estructura técnica de los servicios, el costo de la atención médica podría incrementarse continuamente sin producir mejoras correspondientes en la salud.

Quizás el cambio más importante en los últimos años ha sido el creciente reconocimiento e insistencia que la atención debe responder a los valores y preferencias de los consumidores de los servicios de salud especialmente los pacientes individuales. Así una de las definiciones de calidad más ampliamente usada en la actualidad fue formulada por "Institute of Medicine" en 1990, sostiene que calidad consiste en "el grado al cual los

servicios de salud para individuos y poblaciones incrementan la probabilidad de resultados deseables para la salud y son consistentes con el conocimiento profesional actual". En función del mejoramiento de la calidad de atención y de vida existe una confluencia de intereses entre profesionales de la salud y la población que rejerarquiza éticamente la labor de los mismos revalorizando su rol social.

Dimensiones de la calidad en la atención sanitaria:

De acuerdo a los preceptos de Donabedian la calidad de atención puede ser evaluada sobre la base de **estructura, proceso y resultado**:

En el nivel de instituciones de salud corresponde la siguiente descripción:

Estructura: Planta física, equipamiento, insumos, staff profesional y técnico, diversos materiales, credenciales y matrículas, características de los pacientes (nada asegura como son utilizados los diversos elementos).

Proceso: Manuales de procedimientos, definición de responsabilidades, modelos de cuidados médicos y técnicos, relaciones interpersonales de staff y pacientes.

Resultados:

- De la evolución clínica: estado funcional, estudios complementarios, indicadores de morbilidad, mortalidad.
- De la experiencia del paciente: estado de bienestar general y satisfacción con la atención (Introducción al concepto de "calidad de vida").

INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN ESTA INVESTIGACIÓN PARA MEDIR LA CALIDAD DE SERVICIO

En ausencia de instrumentos psicométricos apropiados para medir el componente subjetivo de calidad del servicio por parte de los enfermos renales en diálisis, por el departamento de investigación del Gabinete de Servicios sociales ANATER, se procede a la construcción del cuestionario **Percepción de calidad de los centros de diálisis**, un cuestionario en formato escala de Licker con unas puntuaciones extremas de 1-5 para cada ítem. El cuestionario abarca tres dimensiones: Instalaciones y equipos, servicio profesional y tratamiento de diálisis. Puede verse un modelo del cuestionario utilizado en el anexo correspondiente a instrumentos y cuestionarios aplicados.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA MEDICIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y VARIABLES RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD

Para la obtención de ambos tipos de variables, se construyó por el equipo de investigación un cuestionario denominado de variables

sociodemográficas y de enfermedad y que recogen las dos categorías de variables señaladas.

Los datos sociodemográficos se recogen según las características de los cuestionarios al uso datos como edad, sexo, estado civil, formación, convivencia, situación laboral.

Entre las variables relacionadas con la enfermedad, se recogen datos de situación de enfermedad (diálisis y tipo -transplante), medios de desplazamiento al centro de diálisis, tiempo por sesión, tiempo dializándose o transplantado. Puede verse un modelo del cuestionario utilizado en el anexo correspondiente a instrumentos y cuestionarios aplicados.

INVESTIGACIÓN:

INTRODUCCIÓN METODOLÓGICA.

Este estudio se ha llevado a cabo por el equipo de investigación del Gabinete de Servicios Sociales ANATER S.L, contando con la colaboración y asesoramiento de todo el equipo multidisciplinar que compone el Gabinete.

Los datos para la investigación proceden de una muestra obtenida entre enfermos renales de la Asociación para la Lucha Contra las Enfermedades Renales ALCER-LEÓN.

OBJETIVOS:

Objetivo Generales.

Evaluar la percepción subjetiva que los enfermos renales tienen de la calidad de los servicios de diálisis, así como la calidad de vida de los enfermos renales de la provincia de León.

Objetivos específicos

- Evaluar la calidad de vida de los enfermos renales en diálisis como transplantados de la provincia de León
- Evaluar la calidad del servicio de diálisis al que asisten los enfermos en la provincia de León
- Desarrollar propuestas de mejora de los servicios de diálisis
- Desarrollar propuestas para mejorar la calidad de vida de los enfermos renales de la asociación. ALCER-LEÓN.

MATERIAL Y MÉTODO:

POBLACIÓN DIANA

La investigación tiene como población diana, el grupo de enfermos renales de la provincia de León. Para la investigación se ha recurrido a una muestra de enfermos obtenida entre los miembros de la Asociación para la Lucha Contra las Enfermedades Renales ALCER-LEÓN. La asociación cuenta con 145 socios, algunos de los cuales lo son en su condición de amigos o simpatizantes y no como enfermos, por lo que han sido rechazados para el presente estudio. En total se han pasado 96 cuestionarios que engloba tanto a enfermos renales en situación de diálisis como transplantados. El total de la muestra la constituyen 36 enfermos en diálisis, 56 transplantados y 1 enfermo renal que aun no se encontraba en situación de diálisis.

VARIABLES OBJETO DE ESTUDIO.

Variables sociodemográficas y relacionadas con la enfermedad

Instrumento de medida: Cuestionario de variables sociodemográficas y de enfermedad.

Dimensiones: Sociodemográficas y de enfermedad

Variables relacionadas con la percepción de la calidad del servicio de diálisis

Instrumento de medida: Percepción de calidad de los centros de diálisis

Dimensiones: Instalaciones y equipos- servicio profesional - tratamiento de diálisis.

Calidad de vida

Instrumento de medida: Perfil de consecuencias de enfermedad (SIP)

Dimensiones: Puntuación total-Dimensión física-Dimensión Psicosocial.

Subdimensiones: Sueño-descanso, trabajo, nutrición, tareas domésticas, ocio, pasatiempos, desplazamiento, movilidad, cuidado y movimiento corporal, relaciones sociales, actividad intelectual, actividad emocional y comunicación.

Aspectos emocionales. Ansiedad depresión:

Instrumento de medida: Escala de Ansiedad y depresión de Goldberg

Dimensiones: Ansiedad-Depresión

ADMINISTRACIÓN DE CUESTIONARIOS:

Los datos del estudio de Investigación han sido recopilados entrevistadores profesionales del Gabinete de Servicios Sociales ANATER, mediante entrevistas telefónicas y domiciliarias que se han realizado entre los socios enfermos o transplantados de la Asociación ALCER-LEÓN.

La obtención de datos se realizó durante el mes de Diciembre de 2.005

PROCESAMIENTO ESTADISTICO:

Tabulación:

Los datos obtenidos mediante cuestionarios, se tabularon para su posterior procesamiento estadístico, en matrices de hojas de datos, las que pueden consultarse en el anexo I (tabla de datos) del presente trabajo.

Software utilizado:

El procesamiento estadístico, tabulación y elaboración de gráficos, se ha realizado con el paquete de análisis de datos que incorpora la aplicación MICROSOFT EXCEL 2000 para Windows.

Análisis estadísticos realizados:

Análisis descriptivo de variables.
Histogramas de frecuencias.
Correlación de Pe arzón.
ANOVA.

RESULTADOS:

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS:

Véase las gráficas correspondientes en el anexo III (Gráficos y tablas)

N = 96

Distribución por sexo: 66% Varones - 34 % Mujeres

Distribución por edad:

30-40: 5% Hombres:80% - Mujeres:20%

40-50: 25% Hombres:58% - Mujeres:42%

50-60: 26% Hombres:64% - Mujeres:36%

60-70: 20% Hombres:53% - Mujeres:47%

70-80: 20% Hombres:80% - Mujeres:20%

>80: 5% Hombres:74% - Mujeres:26%

Estado Civil:

Casados: 76%

Separados: 4%

Viudos: 0%

Solteros: 20%

Estudios:

Estudios primarios: 69%

Bachiller: 16%

FP: 9%

Diplomados: 4%

Licenciados: 2%

Situación Laboral:

Jubilados: 78%

Trabajando: 4%

Amas de casa: 4%

Parados: 4%

Convivencia:

Solo: 18%

Pareja: 34%

Cónyuge e hijos: 38%

Padres: 4%

Hijos: 4%

Otros: 2%

Análisis de varianza:

Se ha realizado ANOVA para comprobar la relación que las variables sociodemográficas tiene con los distintos aspectos de la calidad de vida y evaluados a través del SIP y EAGD. Los resultados se comentan en el apartado de variables relacionadas con la calidad de vida.

VARIABLES RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD:

Véase las gráficas correspondientes en el anexo III (Gráficos y tablas)

Situación de enfermedad:

Hemodiálisis: 35%

Diálisis peritoneal: 2%

Transplantados: 62%

Otros: 1%

Tiempo dializándose (meses):

06-12: 14%

13-24: 17%

25-48: 26%

49-72: 14%

73-96: 9%

>97: 20%

Duración sesiones de diálisis (horas):

2-3: 3%

3 1'-4: 83%

>4: 14%

Transporte a diálisis: Propio: 19% Ambulancia: 81%

En programa de transplante: Si 31% No 69%

Distribución de usuarios en Centros de diálisis:

Dialeón: 23%

Ponfedial: 32%

Hospital de León: 32%

Hospital del Bierzo: 13%

Análisis de varianza:

Se ha realizado ANOVA para comprobar la relación que las variables de enfermedad con los distintos aspectos de la calidad de vida, evaluados a través del SIP y EAGD. Los resultados se comentan en el siguiente apartado.

VARIABLES RELACIONADAS CON LA CALIDAD DE VIDA

Véase las tablas correspondientes en el anexo II (Análisis estadístico de variables)

Análisis descriptivo:

Se presentan los valores correspondientes a la *analítica estadística descriptiva* aplicada de cada una de las dimensiones del cuestionario “Perfil de consecuencias de enfermedad (SIP)” y “Escala ansiedad-depresión de Golberg” en el anexo arriba señalado. Se presentan los datos globales, así como separadamente los de los sujetos sometidos a diálisis y transplantados.

En cuanto los aspectos que afectan a la calidad de vida adquieren ya relevancia en este primer análisis, la influencia de la enfermedad renal sobre la capacidad de trabajo y realización tareas domésticas en todos los grupos, global, dializándose y transplantados. Se observa la influencia que tiene la condición de estar dializándose, sobre calidad del sueño y descanso

Ningún grupo alcanza valores de punto de corte para la ansiedad, si para la depresión el grupo de enfermos en diálisis.

Análisis correlacional:

Se presentan los valores las correlaciones de Pearson de cada una de las dimensiones del cuestionario “Perfil de consecuencias de enfermedad (SIP)” y “Escala ansiedad-depresión de Golberg” en el anexo arriba señalado. Se presentan los datos globales, así como separadamente los de los sujetos sometidos a diálisis y transplantados.

Las correlaciones estadísticamente significativas pueden verse señaladas en rojo, en la tabla correspondiente que puede ser consultada en el anexo II (Análisis estadístico de variables)

Aunque de la correlación de variables no podemos llegar a inferir relaciones de causalidad podemos considerar que el mayor grado de alteración de la calidad de vida guarda relación también con afección de los aspectos psicosociales, físicos y emocionales. Los enfermos que se encuentran en situación de diálisis, tienen mayor número de dimensiones afectadas, tanto físicas (afecta además a nutrición y movilidad) psicosociales (actividad intelectual y comunicación) y emocionales (ansiedad depresión), que el grupo de enfermos transplantados e incluso cuando se les compara con la totalidad del grupo. Los enfermos en diálisis presentan afección de los

aspectos emocionales tales como la ansiedad y depresión, circunstancia que no ocurre con el grupo de transplantados

Análisis de la varianza:

En las tablas del anexo señalado, los resultados que resultan estadísticamente significativos, vienen señalados en color rojo

Como colofón podemos señalar, los análisis ANOVA de comparación de aspectos emocionales (ansiedad depresión) en función de sexo y situación de enfermedad (diálisis transplantados), nos permiten afirmar que existen diferencias SIGNIFICATIVAS en los valores medios de ansiedad entre hombres y mujeres, siendo estos mayores para las mujeres .En ellas no se observan diferencias en función de la situación de diálisis o trasplante. En el caso de los varones las diferencias se observan en depresión siendo mayor en los varones en diálisis que en los transplantados.

También se evidencian diferencias significativas respecto a la calidad de vida en función de la situación de diálisis o trasplante. Los enfermos en situación de diálisis presentan peor calidad de vida global que transplantados. Dichas diferencias se observan en las dimensiones física, psicosocial y aspectos emocionales.

También se observan diferencias en cuanto a sueño y descanso, ocio, desplazamiento, movilidad general, movilidad corporal y comunicación.

No se observan diferencias en relaciones sociales, actividad intelectual y emocional.

Los aspectos emocionales (ansiedad depresión), no presentan diferencias en función estado civil. Si se observan diferencias en función del tiempo que los pacientes llevan en diálisis, teniendo valores promedios superiores de ansiedad aquellos que llevan entre 25 y 48 meses. Por el contrario las puntuaciones en depresión no se ven afectadas por este aspecto.

Tampoco se ven afectados los aspectos emocionales (ansiedad depresión en función de la situación laboral del afectado.

La duración del proceso de diálisis no afecta a la puntuación total, ni a las sub-dimensiones psicosocial, física , ni aspectos emocionales.

VARIABLES RELACIONADAS CON LA CALIDAD DE LOS CENTRO DE DIALISIS

Véase las tablas correspondientes en el anexo II (Análisis estadístico de variables) y el anexo III (Gráficos y tablas)

Análisis descriptivo:

Se presentan los valores correspondientes a la *analítica estadística descriptiva* aplicada de cada una de las dimensiones del cuestionario “Calidad de centros de diálisis. En el anexo de gráficos y tablas presentamos los histogramas de cada uno de los ítems del cuestionario y las puntuaciones globales referidas calidad de estructuras del centro, servicio profesional y diálisis como proceso.

Con estos primeros datos podemos ver que las medias de puntuaciones otorgadas a las tres dimensiones (estructura, servicio profesional y proceso de diálisis) son bastante buenas, siendo especialmente valorado, el grado de limpieza de las instalaciones, la amabilidad de trato recibido y la cualificación de los profesionales.

Análisis correlacional:

Se presentan los valores las correlaciones de Pearson entre las puntuaciones de cada una de las dimensiones del cuestionario “Perfil de consecuencias de enfermedad (SIP)”, “Escala ansiedad-depresión de Golberg” y puntuaciones del cuestionario de “Calidad de centros de diálisis” en el anexo arriba señalado. También se presentan los datos de correlaciones entre los ítems de calidad de centros de diálisis

Las correlaciones estadísticamente significativas pueden verse señaladas en rojo, en la tabla correspondiente que puede ser consultada en el anexo II (Análisis estadístico de variables)

No existe ninguna correlación significativa entre los valores de calidad de vida y las características de los centros de diálisis.

Puede inferirse de los resultados descriptivos y correlacionales:

El grado de limpieza de los centros es alto y en su percepción también influye la amplitud de las instalaciones y su antigüedad.

No es tan adecuadamente valorada la antigüedad y tamaño de estas.

No obstante los centros no se consideran masificados. Esta imagen de limpieza parece también extenderse a la valoración que se atribuye a tanto a la amabilidad y cualificación del equipo de profesional.

La puntuación que se otorga al equipo profesional es alta, correlacionando los valores de información aportada, amabilidad y cualificación profesional.

La calidad percibida del proceso de diálisis, resulta de una percepción global y que abarca la percepción de calidad de instalaciones, del servicio profesional, además de los factores propios de la diálisis tales como agresión del proceso y analíticas periódica que se realizan.

Análisis de la varianza:

El análisis de la varianza de un factor, no detecta diferencias significativas en cuanto a la calidad de instalaciones, servicio profesional o procesos de diálisis entre los cuatro centros estudiados dentro de la provincia. Tampoco cuando atendemos a su condición de público o privado. Una Podemos concluir que los cuatro centros estudiados presentan una calidad de servicio semejante.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA

El grupo estudiado de enfermos renales de la provincia, lo constituyen una alta proporción de varones, siendo su rango de edad mayoritario el comprendido entre 40-70 años, periodo que coincide con el de vida laboral y profesional de cualquier trabajador. No obstante la mayoría de estos enfermos se encuentra en situación de jubilación.

El nivel de formación del grupo estudiado, no es alto, la gran mayoría solo dispone de estudios primarios. Aunque mayoritariamente viven en pareja o con cónyuge e hijos, existe una proporción a considerar, casi la quinta parte que vive sólo y podría precisar de algún tipo de ayuda de terceros.

La tercera parte de estos enfermos se somete a hemodiálisis, una pequeña proporción a diálisis peritoneal y el resto ha sido transplantada. Un tercio de los dializados mantiene cierta diálisis residual.

La mayor proporción de estos llevan entre 1-4 años dializándose con una duración media por sesión de 3-4 horas. Acceden a los centros de diálisis mayoritariamente en ambulancias. Existe una proporción equitativa de enfermos, que accede a los centros de diálisis de las áreas de salud del Bierzo y de León.

Los enfermos en diálisis, son el grupo que mayores repercusiones tiene en su calidad de vida como consecuencia de la enfermedad. Especialmente afecta a su capacidad para el trabajo y realización de tareas domésticas, ligado a los largos periodos que tienen que pasar dializándose y las repercusiones de este proceso.

La diálisis repercute, tanto sobre las dimensión física, psicosocial y emocional del paciente. Se ven afectados los tres componentes en mayor medida que en el caso los enfermos transplantados.

Los enfermos que se encuentran en situación de diálisis comparado con los transplantados, tiene mayor número de dimensiones afectadas, tanto físicas (afecta además a nutrición y movilidad) psicosociales (actividad intelectual y comunicación) y emocionales (ansiedad depresión).

También se observan diferencias en cuanto a sueño y descanso, ocio, desplazamiento, movilidad general, movilidad corporal y comunicación.

No se observan diferencias en relaciones sociales, actividad intelectual y emocional.

Los aspectos emocionales (ansiedad depresión), no presentan diferencias en función estado civil, pero si se observan en función del tiempo que los pacientes llevan en diálisis, teniendo valores promedios superiores de ansiedad aquellos que llevan entre 25 y 48 meses. Por el contrario las puntuaciones en depresión no se ven afectadas por este aspecto.

Tampoco se ven afectados los aspectos emocionales (ansiedad depresión) en función de la situación laboral del afectado.

La duración del proceso de diálisis no afecta ni la puntuación total, ni a las sub-dimensiones psicosocial, física, y emocional.

La percepción que tiene el usuario sobre la calidad de los centros de diálisis en términos globales es buena, tanto en lo que se refiere a estructura de los centros, servicios profesionales y proceso de diálisis.

No se evidencia relación entre la calidad de vida de los pacientes y las características que definen la calidad percibida de los centros de diálisis.

El grado de limpieza de los centros es alto y en su percepción influye la amplitud de las instalaciones y su antigüedad. Esta imagen de limpieza parece también extenderse a la valoración que se atribuye, tanto a la amabilidad y calificación del equipo de profesional.

Se considera ajustada la oferta a la demanda del servicio, no percibiéndose masificación de estos. Tiene especial importancia para el usuario los tiempos de espera que se añaden a los que ya pierde en la realización de la diálisis.

La puntuación que se otorga al equipo profesional es alta, y guarda relación con información aportada, amabilidad y cualificación profesional.

La calidad percibida de la diálisis como proceso, resulta de una percepción global y que abarca desde la calidad de instalaciones, del servicio profesional, además de los factores propios de la diálisis, tales como agresión del proceso y analíticas periódica que se realizan al paciente.

No se detecta diferencias significativas en cuanto a la calidad de instalaciones, servicio profesional o procesos de diálisis entre los cuatro centros estudiados de la provincia

PROPUESTAS DE MEJORA :

1.-Dirigida a mejorar la calidad de vida de los enfermos:

1.1.- Mejoras dirigidas a paliar las limitaciones físicas:

Implementación de *servicios de ayuda a domicilio* que permitan ayudar superar las posibles limitaciones físicas que pudieran derivarse de la situación de enfermedad: Ayuda para tareas domésticas, movilizaciones, desplazamientos e incluso compañía

Eliminación de barreras arquitectónicas en domicilios, lugares públicos para los casos de aquellos individuos que requiriesen ayudas técnicas como consecuencia de la incapacidad física, derivada de la enfermedad

1.2.- Mejoras dirigidas a paliar las limitaciones psicosociales y emocionales:

Protección y fomento del asociacionismo, y grupos de apoyo, con el fin de mejorar las relaciones sociales y desarrollo de actividades de ocio y tiempo libre.

Atención a los aspectos psicopatológicos de la enfermedad, bien mediante la presencia de atención psicológica y/o psiquiátrica en centros o asociaciones o a través de la adecuada coordinación sanitaria con los centros de salud mental.

2.-Dirigidas a mejorar la percepción de la calidad de los centros de diálisis

2.1.- Mejoras dirigidas a los aspectos estructurales y de funcionamiento:

Eliminación de barreras arquitectónicas en los centros teniendo en cuenta las limitaciones físicas a las que hemos hecho referencia y que mejorarían el acceso a las instalaciones, por parte de aquellos pacientes con necesidad de ayudas técnicas.

La percepción del grado de *modernidad de los equipos e instalaciones* es otros de los aspectos que repercute en una adecuada imagen de calidad del servicio.

2.2.- Mejoras dirigidas a los servicios profesionales.

Inclusión de *equipos multiprofesionales* en los centros, que permitir un tratamiento holístico de la enfermedad: nutrólogos, fisioterapeutas, psicólogos, trabajadores sociales...

Entrenamiento de los equipos profesionales en habilidades sociales y de comunicación ayudaría a mejorar la relación con el paciente e incrementaría la percepción de calidad y satisfacción del usuario.

Potenciar la *información* que se facilita al paciente de todos los aspectos relacionados con su enfermedad, aspectos no solo médicos si no también nutricionales, de salud mental y social

2.2.- Mejoras dirigidas a la calidad del proceso

Reducción de los tiempos de espera para acceder al proceso. Ya que la diálisis por sí misma representa un coste de tiempo importante en la vida del paciente. Esto se realizaría aumentando el número de máquinas o mejorando los aspectos organizacionales

BIBLIOGRAFÍA:

ANGERMEYER, MC.; Killian, R. (2000). Modelos teóricos de Calidad de Vida en trastornos mentales. En: Katschnig, H.; Freeman, H.; Sartorius, N., Calidad de vida en los trastornos mentales, 19-29. Masson, Barcelona.

BADIA, X.; Salamero, M.; Alonso, J. (2002). La medida de la salud: guías de medición en español. Edimac, Barcelona.

BARGE-SCHAAPVELD, DQCM., Nicolson, NA., Deslepaul, PAEG. & De Vries, M.W. (2000). Evaluación de la calidad de vida diaria con el método de muestreo de experiencias. En: Katschnig, H.; Freeman, H.; Sartorius, N., Calidad de vida en los trastornos mentales, 93-105. Masson, Barcelona.

BERGNER, M.; Bobbit R.A.; Carter, W.B.; Gibson, B.S. (1981). The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. *Med Care*, 19:787-805). [[Medline](#)]

BONICATTO, S.; Soria J. J. (1998). WHOQOL, Los Instrumentos de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. Manual del Usuario. La Plata, CATA.

BRITO QUINTANA P. col. Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio en salud. Educación de personal de salud. O.P.S. Capítulo II pág. 33-60.

GUYATT, G.H.; Feeny, D.H.; Patrick, D. (1993). Measuring Health-Related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine*, vol. 118 (8): 622-629. [[Medline](#)]

LEPLÈGE, A. y Hunt, S. (1998). El problema de la Calidad de Vida en Medicina, *Jama* (ed. esp.), vol. 7, Nº 1: 19-23.

LEUNG, K.F. (2002). A Systemic model for Health-Related Quality of Life. *Newsletter for ISOQOL Members*. Vol. 7, 3: 2-3.

LEVI, L. (2001). Psycho-socio-economic determinants for stress and depression: A call for action. En: *Coping with stress and depression related problems in Europe*. Final Report European Union Presidency, Brussels, 25-27/10/2001: 17-20.

SADLER JOHN H. (1994). Quality Assurance: Starting a Program in Dialysis.. *Quality Assurance in Dialysis*. Kluwer Academic Pub. Pág. 1-10,

SCHWARTZMANN, L.; Olaizola, I.; Guerra A.; Dergazarian, S.; Francolino C.; Porley, G.; Ceretti, T. (1999). Validación de un instrumento para medir calidad de vida en Hemodiálisis crónica: Perfil de impacto de la enfermedad. *Revista*

Médica del Uruguay. Vol.15, Nº2. Agosto: 103-109.

TESTA M. (1996). Current Concepts: Assessment of Quality-of-Life Outcomes. N Engl J Med, Volume 334(13). March 28, 835-840.

WOOD, S. (2001). Taller de Introducción al estudio de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. 1ª. Reunión Latinoamericana de Calidad de Vida, 16-17 agosto, Montevideo, Uruguay (comunicación personal).

WRIGHT ET AL. (1996). Improving Outcomes for Maintenance Hemodialysis Patients by Using Continuous Quality Improvement. Nephrol Dial. Transplant, 25: 346,