

Su experiencia con el cuidado de diálisis en casa

Marzo 2020

La financiación para el desarrollo de este cuestionario fue proporcionada por Satellite Healthcare, un proveedor de atención renal sin fines de lucro.

Instrucciones para el cuestionario

Esta encuesta trata de sus experiencias con el cuidado de diálisis en casa a través de [SAMPLE FACILITY NAME].

Para esta encuesta, “personal de diálisis en casa” incluye enfermeros, trabajadores sociales, técnicos, nutricionistas, recepcionistas y otras personas de su centro de diálisis en casa que lo apoyan al realizarla en casa. *El “personal de diálisis en casa” no incluye a sus doctores.*

En esta encuesta, algunas preguntas se refieren a su cuidado en los últimos 6 meses. Al contestar estas preguntas, piense solamente en su experiencia en [SAMPLE FACILITY NAME], *incluso si no ha recibido cuidado allí durante los 6 meses completos.*

Conteste cada pregunta marcando el cuadrito que aparece a la izquierda de la respuesta que mejor describa cómo se siente.

1. **¿En dónde le hacen los tratamientos de diálisis actualmente?**
 - 1 En casa
 - 2 En un centro de diálisis → **Si contestó “En un centro de diálisis”, pase a la pregunta 27**
 - 3 Actualmente no recibo diálisis → **Si actualmente no recibe diálisis, pase a la pregunta 27**

2. **¿Qué tipo de diálisis realiza actualmente en casa?**
 - 1 Diálisis peritoneal
 - 2 Hemodiálisis en casa

3. **¿Cuánto tiempo ha estado recibiendo tratamiento de diálisis en casa a través de su actual centro de diálisis?**
 - 1 Menos de 3 meses → **Si contestó “Menos de 3 meses”, pase a la pregunta 27**
 - 2 Al menos 3 meses pero menos de 1 año
 - 3 Al menos 1 año pero menos de 5 años
 - 4 5 años o más
 - 5 Actualmente no recibo diálisis a través de este centro de diálisis → **Si actualmente no recibe diálisis a través de este centro de diálisis, pase a la pregunta 27**

EL PERSONAL DE DIÁLISIS EN CASA

Para las siguientes preguntas, el “personal de diálisis en casa” se refiere a los enfermeros, trabajadores sociales, técnicos, nutricionistas y recepcionistas de este centro de diálisis que lo apoyan para su diálisis en casa. El “personal de diálisis en casa” no incluye a sus doctores.

4. **En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el personal de diálisis en casa le escuchaba con atención?**
 - 1 Nunca
 - 2 A veces
 - 3 La mayoría de las veces
 - 4 Siempre

5. **En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el personal de diálisis en casa le explicaba las cosas en una forma fácil de entender?**
 - 1 Nunca
 - 2 A veces
 - 3 La mayoría de las veces
 - 4 Siempre

6. **En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el personal de diálisis en casa le mostraba respeto a lo que usted decía?**
 - 1 Nunca
 - 2 A veces
 - 3 La mayoría de las veces
 - 4 Siempre

7. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el personal de diálisis en casa pasó suficiente tiempo con usted?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 La mayoría de las veces
- 4 Siempre

8. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia se sintió apoyado cuando llamaba al personal de diálisis en casa para pedir ayuda?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 La mayoría de las veces
- 4 Siempre
- 5 No llamé al personal del centro de diálisis para pedir ayuda

9. En los últimos 6 meses, si pidió ayuda al personal de diálisis en casa, ¿con qué frecuencia recibió ayuda tan pronto como la necesitaba?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 La mayoría de las veces
- 4 Siempre
- 5 No pedí ayuda al personal de diálisis

10. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia notó problemas de comunicación entre el personal de diálisis en casa?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 La mayoría de las veces
- 4 Siempre

11. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia trabajaron bien como equipo el personal de diálisis en casa y su doctor de los riñones?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 La mayoría de las veces
- 4 Siempre

12. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia logró el personal de diálisis en casa ayudarlo a lidiar con los problemas que tuvo con la diálisis en casa?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 La mayoría de las veces
- 4 Siempre
- 5 No tuve problemas con la diálisis en casa

13. En los últimos 6 meses, ¿el personal de diálisis en casa habló con usted acerca de lo que debería comer y beber?

- 1 Sí
- 2 No

14. **¿Alguna vez el personal de diálisis en casa le ha dicho qué hacer si tiene un problema con el equipamiento de diálisis en casa?**

- 1 Sí
2 No

15. **¿Alguna vez el personal de diálisis en casa le ha dicho qué debe hacer si tiene un problema de salud cuando está en casa?**

- 1 Sí
2 No

16. **¿Alguna vez el personal de diálisis en casa le ha dicho qué hacer si usted no puede realizar la diálisis en casa en caso de una emergencia o un desastre?**

- 1 Sí
2 No

17. **Usando un número del 1 al 10, donde 1 es el peor personal de diálisis en casa posible y 10 es el mejor personal de diálisis en casa posible, ¿qué número usaría para calificar a su personal de diálisis actual?**

- 1 1 (El peor personal posible)
2 2
3 3
4 4
5 5
6 6
7 7
8 8
9 9
10 10 (El mejor personal posible)

TRATAMIENTO

18. **En los últimos 6 meses, ¿el personal de diálisis en casa y su doctor de los riñones se aseguraron de que su plan de tratamiento de diálisis en casa funcione para usted?**

- 1 Sí
2 No

Para las siguientes dos preguntas, el “tratamiento para su enfermedad de los riñones” incluye diálisis en el centro, diálisis en casa o un trasplante de riñón.

19. En los últimos 6 meses, ¿sus doctores de los riñones o el personal de diálisis en casa hablaron con usted tanto como usted lo deseaba sobre cuál era el tratamiento para su enfermedad de los riñones más adecuado para usted?

- 1 Sí
2 No

20. En los últimos 6 meses, ¿ha estado usted tan involucrado como quería en escoger el tratamiento para su enfermedad de los riñones más adecuado para usted?

- 1 Sí
2 No

Para la siguiente pregunta, su “acceso para diálisis” significa su catéter de diálisis peritoneal, fístula, injerto o catéter de hemodiálisis.

21. ¿Sabe cómo cuidar su acceso para diálisis?

- 1 Sí
2 No

22. ¿Cuán seguro se siente de su capacidad para realizar la diálisis en casa de forma segura?

- 1 Muy seguro
2 Algo seguro
3 Solo un poco seguro
4 Para nada seguro

EL CENTRO DE DIÁLISIS EN CASA

23. En los últimos 6 meses, ¿alguna vez estuvo descontento con el cuidado que recibió en el centro de diálisis en casa?

- 1 Sí → Si contestó “Sí”, pase a la pregunta 24
2 No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 26

24. En los últimos 6 meses, ¿alguna vez habló con alguien del personal del centro de diálisis en casa sobre esto?

- 1 Sí → Si contestó “Sí”, pase a la pregunta 25
2 No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 26

25. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia estuvo satisfecho con la manera en la que manejaron esas inquietudes?

- 1 Nunca
2 A veces
3 La mayoría de las veces
4 Siempre

26. Usando un número del 1 al 10, donde 1 es el peor centro de diálisis en casa posible y 10 es el mejor centro de diálisis en casa posible, ¿qué número usaría para calificar su actual centro de diálisis?

- 1 1 (El peor centro de diálisis en casa posible)
- 2 2
- 3 3
- 4 4
- 5 5
- 6 6
- 7 7
- 8 8
- 9 9
- 10 10 (El mejor centro de diálisis en casa posible)

**PREGUNTAS DEMOGRÁFICAS
("ACERCA DE USTED")**

27. En general, ¿cómo calificaría su estado de salud?

- 1 Excelente
- 2 Muy bueno
- 3 Bueno
- 4 Regular
- 5 Malo

28. En general, ¿cómo calificaría su estado de salud mental o emocional?

- 1 Excelente
- 2 Muy bueno
- 3 Bueno
- 4 Regular
- 5 Malo

29. ¿Está en tratamiento por tener la presión alta?

- 1 Sí
- 2 No

30. ¿Está en tratamiento porque tiene diabetes o el nivel de azúcar en la sangre alto?

- 1 Sí
- 2 No

31. ¿Está en tratamiento porque tiene una enfermedad cardíaca o problemas del corazón?

- 1 Sí
- 2 No

32. ¿Es usted sordo o tiene mucha dificultad para oír?

- 1 Sí
- 2 No

33. ¿Es usted ciego o tiene mucha dificultad para ver, aunque use lentes/anteojos?

- 1 Sí
- 2 No

34. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene mucha dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

- 1 Sí
- 2 No

35. ¿Tiene mucha dificultad para caminar o subir escaleras?

- 1 Sí
- 2 No

36. ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?

- 1 Sí
- 2 No

37. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultad para hacer mandados por sí mismo, como ir al consultorio de un doctor o ir de compras?

- 1 Sí
- 2 No

38. ¿Qué edad tiene?

- 1 18 a 24
- 2 25 a 34
- 3 35 a 44
- 4 45 a 54
- 5 55 a 64
- 6 65 a 74
- 7 75 a 84
- 8 85 o más

39. ¿Es usted hombre o mujer?

- 1 Hombre
- 2 Mujer
- 3 Ni hombre ni mujer

40. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado?

- 1 Sin educación formal
- 2 5° grado o menos
- 3 6°, 7° u 8° grado
- 4 Algo de preparatoria o 'high school' pero sin graduarse
- 5 Graduado de la escuela preparatoria o 'high school' o GED
- 6 Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años
- 7 Título universitario de 4 años
- 8 Título universitario de más de 4 años

41. ¿Qué idioma habla usted principalmente en el hogar?

- 1 Inglés
- 2 Español
- 3 Chino
- 4 Samoano
- 5 Ruso
- 6 Vietnamita
- 7 Portugués
- 8 Algún otro idioma (por favor, especifique):

42. ¿Es usted de origen español, hispano o latino?

- 1 No, no soy de origen español, hispano o latino
- 2 Sí, puertorriqueño
- 3 Sí, mexicano, mexicano americano, chicano
- 4 Sí, cubano
- 5 Sí, de otro origen español, hispano o latino

43. ¿Cuál es su raza? (Puede seleccionar una o más categorías.)

- 1 Blanca
- 2 Negra o africana americana
- 3 India americana o nativa de Alaska
- 4 India asiática
- 5 China
- 6 Filipina
- 7 Japonesa
- 8 Coreana
- 9 Vietnamita
- 10 Otra raza asiática
- 11 Nativa de Hawái
- 12 Guameña o Chamorro
- 13 Samoana
- 14 Otra de las islas del Pacífico

44. ¿Le ayudó alguien a llenar esta encuesta?

- 1 Sí → **Si contestó “Sí”, pase a la pregunta 45**
- 2 No → **Si contestó “No”, devuelva la encuesta con sus respuestas al proveedor**

45. ¿Quién le ayudó a llenar la encuesta?

- 1 Un miembro de su familia
- 2 Un amigo
- 3 Un miembro del personal del centro de diálisis
- 4 Otra persona (Por favor, especifique):

46. ¿Cómo le ayudó esa persona? Por favor, marque todas las respuestas que correspondan.

- 1 Me leyó las preguntas
- 2 Escribió las respuestas que yo le di
- 3 Contestó las preguntas por mí
- 4 Tradujo las preguntas a mi idioma
- 5 Me ayudó de alguna otra manera (Por favor escriba en letra tipo imprenta):

Gracias. Por favor, devuelva la encuesta en el sobre adjunto a:

**VENDOR'S NAME
STREET ADDRESS 1
STREET ADDRESS 2
CITY, STATE, ZIP**