



Revista de la Facultad de Medicina
ISSN: 2357-3848
revista_fmbog@unal.edu.co
Universidad Nacional de Colombia
Colombia

Sanabria, Mauricio; Tobón, Julia; Certuche, María Claudia; Sánchez-Pedraza, Ricardo
Adaptación transcultural del cuestionario SDIALOR para su utilización en Colombia
Revista de la Facultad de Medicina, vol. 63, núm. 1, 2015, pp. 99-106
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=576363523011>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

INVESTIGACIÓN ORIGINAL**DOI:** <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n1.41956>**Adaptación transcultural del cuestionario SDIALOR para su utilización en Colombia***Transcultural adaptation of the SDIALOR questionnaire for its use in Colombia***Mauricio Sanabria¹ • Julia Tobón² • María Claudia Certuche³ • Ricardo Sánchez-Pedraza⁴****Recibido:** 07/02/2014 **Aceptado:** 15/08/2014¹ Renal Therapy Services (RTS). Latino América. Bogotá D. C., Colombia.² Renal Therapy Services (RTS). Bogotá D. C., Colombia.³ Laboratorios Baxter. Bogotá D. C., Colombia.⁴ Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D. C., Colombia.

Correspondencia: Ricardo Sánchez-Pedraza. Carrera 79C No. 129-08. Bogotá, Colombia. Teléfono: +57 313 4190729. Correo electrónico: rsanchezpe@unal.edu.co.

| Resumen |

Antecedentes. Antes de utilizar un instrumento de medición es necesario conocer sus propiedades psicométricas. La traducción y la adaptación transcultural son las primeras fases antes de aplicar el instrumento en una población con un lenguaje o unas características culturales diferentes. La escala SDIALOR fue diseñada para medir la satisfacción con su tratamiento de los pacientes en diálisis. Su idioma original es el francés.

Objetivo. Traducir y adaptar transculturalmente al español utilizado en Colombia la versión francesa de la escala SDIALOR.

Materiales y métodos. El proceso se desarrolló siguiendo las recomendaciones metodológicas del grupo de calidad de vida de EORTC, que incluyen traducción inicial, traducción inversa y estudio piloto.

Resultados. Dentro de las opciones de respuesta de cada ítem se incluyó el enunciado “No aplica”. En cinco de los ítems –preguntas 8, 25, 28, 29 y 35– no se utilizó la traducción literal y fue necesario introducir ajustes que garantizaran comprensibilidad y equivalencia semántica. La escala puede ser respondida en un tiempo aproximado de 30 minutos.

Conclusión. Está disponible una versión en español hablado en Colombia, de la escala SDIALOR; esta versión tiene equivalencia semántica con el instrumento original y puede

utilizarse como insumo para determinar las propiedades psicométricas de la escala al aplicarse a pacientes en Colombia.

Palabras clave: Cuestionarios, Traducción, Psicometría, Reproducibilidad de Resultados, Diálisis Renal, Satisfacción del Paciente (DeCS).

.....
Sanabria M, Tobón J, Certuche MC, Sánchez-Pedraza R. Adaptación transcultural del cuestionario SDIALOR para su utilización en Colombia. Rev. Fac. Med. 2015;63(1):99-106. Spainsh. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n1.41956>.

Summary

Background. Before using a health-measuring instrument, it is necessary to know its psychometric properties. Translation and transcultural adaptation of the instrument is a first step before using a scale in a population having different language and cultural characteristics. The SDIALOR scale has been constructed to evaluate satisfaction with health care in dialysis patients. French is the original language of this instrument.

Objective. To translate and transculturally adapt for its use in Colombia the French version of the SDIALOR scale.

Materials and methods. The process was performed according to the guidelines of the EORTC quality of life group that include initial translation, back-translation and pilot study.

Results. An additional option for responding each item –not applicable (NA)– has been included. Considering that literal translation of a group of five items –8, 25, 28, 29 and 35– did not achieve semantic equivalence with the original scale, a modification of the structure of these items have been performed. Completion time of the scale is approximately 30 minutes.

Conclusions. A Colombian, Spanish language version of the SDIALOR scale, having semantic equivalence with the original instrument, is available for evaluating its psychometric properties when administered to Colombian patients.

Keywords: Questionnaires, Translating, Psychometrics, Reproducibility of Results, Renal Dialysis, Patient Satisfaction (MeSH).

Sanabria M, Tobón J, Certuche MC, Sánchez-Pedraza R. [Transcultural adaptation of the SDIALOR questionnaire for its use in Colombia]. Rev Fac. Med. 2015;63(1):99-106. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n1.41956>.

Introducción

La participación de los pacientes en la toma de decisiones relacionadas con el cuidado de su salud es un elemento fundamental cuando se aborda la medición de desenlaces tales como la satisfacción con un servicio de atención en salud; teniendo en cuenta lo anterior se ha definido la satisfacción como la calidad del servicio recibido, tal y como la percibe el paciente (1). Para algunos autores la evaluación de la satisfacción es un elemento nuclear a la hora de evaluar la calidad de los servicios de salud, ya que permite conocer aspectos relacionados con la capacidad del personal de salud o de los servicios para cumplir con las expectativas de los pacientes (2).

También se ha planteado que la satisfacción es un indicador de calidad en instituciones hospitalarias (1). Se ha propuesto que la evaluación de la calidad de los servicios de salud debe incorporar, de igual modo, una medición de la satisfacción de los pacientes y no sólo limitarse a indicadores tradicionales tales como la mortalidad y la morbilidad (3). La satisfacción es un fenómeno complejo relacionado con las características individuales del paciente, con sus características sociales y con las particularidades de la enfermedad y de los servicios de atención en salud (4).

Los anteriores planteamientos cobran especial importancia en el caso de pacientes en diálisis, ya que a menudo estos pasan tiempos prolongados en una interacción cercana con los responsables del cuidado de la salud; incluso, algunos estudios

sugieren que en los pacientes en diálisis la satisfacción con el cuidado de su salud afecta la calificación que dan a su calidad de vida (5) y se relaciona con el seguimiento de las prescripciones relacionadas con su tratamiento dialítico (6). En el caso de la enfermedad renal terminal, la incorporación de las preferencias del paciente cuando se selecciona el tratamiento es un aspecto que incluso se recomienda en guías de práctica clínica (7).

La investigación en esta área no aporta resultados concluyentes en cuanto a diferencias en mortalidad o de desenlaces intermedios entre hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP): los estudios con mayor calidad en cuanto al ajuste de covariables relacionadas con comorbilidad no encuentran diferencias en mortalidad o sugieren una ligera ventaja a favor de la HD, especialmente en los dos primeros años (8-10). En casos como este, en el que los tratamientos presentan beneficios similares en cuanto a la supervivencia y a la eficacia clínica, la perspectiva del paciente se vuelve fundamental al momento de escoger entre diferentes modalidades terapéuticas (11). Esta perspectiva particular es fundamental a la hora de medir las preferencias y el grado de satisfacción de un paciente con las características del cuidado que recibe en aspectos relacionados con su salud.

Se han desarrollado algunos instrumentos para medir de manera objetiva esta dimensión: dentro de estos se destacan las escalas Choice (12), la SEQUIS (13) y la SDIALOR (14). Otros instrumentos, como el Cuestionario de Experiencias del Paciente de Picker (15) o el Sistema de Juicios del Paciente (16), evalúan la satisfacción del paciente de manera general y no específica para pacientes con enfermedad renal. La escala Choice se ha criticado por su extensión (13) –es un instrumento que evalúa 21 dimensiones–, aspecto que compromete su utilidad al momento de medir el constructo.

La escala SEQUIS se diseñó para medir satisfacción en múltiples escenarios de atención en salud y, aunque se ha utilizado con pacientes con enfermedad renal crónica, no se encuentran estudios que hayan adelantado una validación específica de esta escala en dichas poblaciones de pacientes. La escala SDIALOR se diseñó para medir la satisfacción, específicamente, en pacientes con enfermedad renal crónica y en la validación inicial se han reportado adecuadas propiedades psicométricas; adicionalmente, su desarrollo se basó en los ítems que configuran las escalas SEQUIS y Choice. Por las anteriores razones este último instrumento fue seleccionado para efectuar su adaptación transcultural.

En Colombia no se dispone de instrumentos validados que permitan evaluar el grado de satisfacción con el tratamiento que recibe un paciente en diálisis. Contar con este tipo de

instrumentos permitirá mejorar la calidad de los cuidados en salud y evaluar la efectividad de intervenciones que apunten a ofrecer un mejor servicio. En el caso de la utilización de instrumentos desarrollados en otros contextos culturales, el primer paso para poderlos adaptar y utilizar en otros ámbitos es la adaptación transcultural.

Como esta escala fue desarrollada en un contexto diferente al colombiano, se requiere de un proceso de adaptación cultural para su uso en el contexto nacional. Este proceso va más allá de la simple traducción de la escala, pues implica garantizar la equivalencia tanto lingüística como conceptual de la versión traducida con la original (17- 18). Aunque el proceso puede variar, hay lineamientos generales como los desarrollados por la European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) (19) y la propuesta de Beaton (20), en las cuales se deben realizar traducciones directas del idioma original al idioma destino, luego traducciones inversas para garantizar la equivalencia y, posteriormente, pruebas piloto con sujetos destinatarios de la escala para revisar el parafraseo y dificultades en la comprensión de los ítems (6). En este estudio se siguieron los lineamientos propuestos por la EORTC (19) para adaptar la escala SDIALOR para su uso en Colombia, de tal manera que pueda emplearse para medir el grado de satisfacción que perciben los pacientes con los aspectos relacionados con su tratamiento de diálisis.

Materiales y métodos

Instrumento

SDIALOR es un instrumento de 41 ítems desarrollado en Francia para evaluar la satisfacción de los pacientes en diálisis. Cada uno de los ítems se califica en un sistema uniforme tipo Likert con cinco niveles. El instrumento está conformado por siete dominios: organización de los cuidados médicos (7 ítems), relación entre el nefrólogo y el médico general (2 ítems), instalaciones y ambiente (10 ítems), accesibilidad (5 ítems), cuidados paramédicos (4 ítems), información dada por el médico (6 ítems) y gestión de problemas (4 ítems).

Hay tres ítems que evalúan satisfacción global y que no se consideran dentro de la estructura factorial del instrumento. Para la calificación del instrumento se usa un procedimiento de estandarización de las sumatorias de cada ítem, de tal modo que cero representa “nada satisfecho” y 100 “completamente satisfecho”.

Procedimiento

Como primer paso se contactó a los autores de la escala, quienes, en junio de 2011, autorizaron utilizar el instrumento

SDIALOR. Para completar el proceso de adaptación transcultural se siguieron las pautas de la EORTC (19), que incluyen las etapas descritas a continuación.

Traducción directa: se realizaron dos traducciones del francés –idioma original de la escala– al español. Dicha traducción fue realizada de manera independiente por dos hispanoparlantes con probado conocimiento del francés. En dichas traducciones se incluyeron tanto los ítems como las opciones de respuesta de cada ítem de la escala.

Obtención de una versión preliminar: dos investigadores con experiencia en temas de medición de salud y uso de escalas evaluaron conjuntamente las dos versiones traducidas al español. En dicha evaluación se compararon dichas traducciones y se generó una versión a partir de un consenso que tuvo en cuenta dos criterios básicos. En primer lugar, en caso de encontrar dos traducciones idénticas no se efectúa ningún cambio; en segundo lugar, en casos de diferencias en las dos traducciones, se escoge la traducción que tenga un significado más cercano al original, aunque teniendo en cuenta el contexto cultural colombiano. En esta fase se obtuvo una versión consensuada del instrumento.

Traducción inversa: la versión obtenida en la fase previa fue traducida al francés por parte de dos hablantes nativos del Francés que tuvieran buena fluidez en el idioma español. Dichas traducciones se efectuaron de manera independiente.

Revisión de las versiones resultantes de la traducción inversa: los dos investigadores que participaron en la segunda fase evaluaron el conjunto de las traducciones iniciales –del francés al español–, versión preliminar consensuada y traducciones inversas –del español al francés–. Este conjunto de versiones se contrastó con la versión original en francés para asegurar la equivalencia semántica de las distintas versiones. En esta fase se propusieron ajustes que fueron consultados con los traductores iniciales –aquellos que participaron en la traducción directa–.

Prueba piloto: la versión generada en la fase anterior fue aplicada a una muestra no probabilística de 10 pacientes colombianos, mayores de 18 años, con enfermedad renal crónica, que se encontraran recibiendo tratamiento en alguna unidad de diálisis de BAXTER en Bogotá. Los pacientes tramitaron el instrumento y diligenciaron un formato en el que debían evaluar si cada uno de los ítems junto con las instrucciones de la escala fueron difíciles de responder, confusos, difíciles de entender, ofensivos o molestos. Adicionalmente, se solicitaba a los pacientes

que, en caso de dificultad, los redactaran de una manera diferente, de tal manera que se facilitara su comprensión e interpretación. Como resultado de este proceso se obtuvo la versión en español de la escala SDIALOR.

Resultados

Proceso de traducción: la mayoría de las versiones de las dos traducciones iniciales de los ítems mostraron equivalencia semántica.

Solamente dos de los ítems generaron discrepancias a la hora de lograr una versión de consenso: estos fueron el ítem 14 –“Réponse à souffrance et inquiétude”– y el 25 –“Accès au stationnement”–. Para el ítem 14 las dos versiones traducidas fueron: “La respuesta que le da el centro de diálisis cuando usted se siente con algún malestar o sufrimiento” y “La respuesta que le da el centro de diálisis cuando usted se encuentra sufriendo o tiene inquietudes”. Esta divergencia fue resuelta en consenso con los dos traductores al utilizar el siguiente enunciado: “La respuesta que le da el centro de diálisis cuando usted se encuentra mal por su enfermedad o tiene inquietudes”. En el caso del ítem 25 las dos versiones traducidas fueron: “La facilidad de parqueo” y “El acceso al parqueadero”. Se consideró que la versión que mejor conservaba el significado del ítem y generaba una equivalencia semántica era “La facilidad de parqueo”.

En relación con las opciones de respuesta se tuvo un consenso para traducirlas de la siguiente forma: Mala, No muy buena, Buena, Muy buena, Excelente. No se consideró necesario enfatizar palabras ni términos dentro del instrumento, como sería el caso de utilizar formatos especiales –mayúsculas, palabras subrayadas o en negrilla–. Las traducciones inversas al francés no mostraron discrepancias mayores que implicaran reformular alguno de los ítems generados en la versión preliminar del consenso inicial.

Prueba piloto: la prueba se realizó entre el 24 y el 28 de junio de 2013 en dos centros de cuidado de pacientes renales crónicos de Bogotá. Los 10 pacientes participantes tuvieron una mediana de edad de 49,5 años –rango entre 27 y 80 años– y la mayoría fue de sexo masculino, con nivel académico intermedio –bachillerato completo–. La descripción de estas variables se presenta en la tabla 1.

No se efectuaron comentarios sobre la escala de calificación de cada pregunta. Aunque algunos pacientes reportaron dificultades en la comprensión de las preguntas o algún grado de confusión con las mismas, ningún paciente sugirió refraseo de los ítems.

Tabla 1. Características de los pacientes del grupo piloto.

	n	%
Tipo de terapia de reemplazo renal		
Diálisis peritoneal ambulatoria	1	10
Diálisis peritoneal automatizada	5	50
Hemodiálisis	4	40
Escolaridad		
Bachillerato completo	5	50
Bachillerato incompleto	1	10
Primaria completa	3	30
Técnica incompleta	1	10
Estrato socioeconómico		
Dos	3	30
Tres	6	60
Cuatro	1	10
Causa de la enfermedad renal		
Diabetes	2	20
Glomerulonefritis	2	20
Hipertensión arterial	4	40

El tiempo utilizado para tramitar el cuestionario, junto con la realización de comentarios sobre las preguntas, tuvo un rango entre 15 y 35 minutos –mediana de 28 minutos–. Varias de las observaciones surgidas en este componente del estudio se relacionan con una falta de aplicabilidad de algunas situaciones representadas en el cuestionario SDIALOR cuando se evalúan en el contexto colombiano. Los comentarios efectuados por los pacientes fueron los presentados a continuación.

Preguntas 28 y 29: el nivel de tranquilidad y el silencio en la sala de diálisis, el espacio disponible en la sala de diálisis. Tres pacientes observaron que “me confunde el término sala de diálisis y lo asocio como el espacio donde se realiza en casa –sala–”, “no utilizo esa sala” y “no utilizo la sala de diálisis”.

Pregunta 8: el papel que ocupa el médico general en los cuidados de su diálisis. Hubo seis comentarios: “siempre me ve el especialista y es mejor el nefrólogo porque tiene mayor conocimiento que el médico general”, “no tengo un médico general que me vea de manera continua”, “me confunde que me preguntes sobre el médico general porque a mí siempre me ha visto es el nefrólogo, o sea el especialista”, “siempre me ve el especialista”, “me confunde que no me ve el médico general sino el nefrólogo”

y “porque nunca voy al médico general, siempre vengo acá y me atiende el nefrólogo”.

Pregunta 25: la facilidad de parqueo. Tres pacientes efectuaron los siguientes comentarios: “no tengo carro, no lo puedo responder”, “no tenemos carro” y “no traigo carro”.

Pregunta 26: el transporte al centro de diálisis. Un paciente hizo el siguiente comentario: “tengo carro propio”.

Pregunta 10: la facilidad para contactar telefónicamente su centro de diálisis. Un paciente efectuó el siguiente comentario: “es confusa porque nunca he necesitado comunicarme a la unidad”.

Pregunta 35: el acceso y calidad de los sitios para cambiarse de ropa. Cinco pacientes efectuaron los siguientes comentarios: “no requiero cambiarme de ropa”, “nunca me cambio de ropa”, “no los conozco y no los he necesitado”, “no he tenido necesidad de cambiarme de ropa en la unidad renal” y “no necesito cambiarme de ropa cuando voy a la unidad renal”.

Pregunta 33: el sillón o camilla de diálisis. Dos pacientes hicieron los siguientes comentarios: “no utilizo camilla o silla de diálisis porque la hago en casa” y “no utilizo la silla de la sala de diálisis”.

Pregunta 24: los equipos disponibles para las personas que requieren ayuda para desplazarse. Un paciente realizó el siguiente comentario: “no he utilizado ningún elemento como sillas o camillas”.

Pregunta 20: la cantidad de líquido que se retira en una sesión de diálisis. Un paciente hizo la siguiente observación: “no sé si me preguntan qué tanta cantidad de líquido saco o si me han dado la información necesaria sobre este tema”.

De acuerdo con los anteriores hallazgos, se efectuaron algunos ajustes. Se incluyó la opción “no aplica” para medir cada uno de los ítems del cuestionario. En la pregunta 8, considerando que hubo una frecuencia relativamente alta de casos en los que no había contacto con el médico general, se ajustó la pregunta a la siguiente estructura: “En caso de que sea manejado por un médico general, el papel que este ocupa en los cuidados de su diálisis”. Se asume que si no hay contacto con este profesional de la salud, se debe responder la opción “no aplica”.

Para la pregunta 10 se considera que, dando al paciente la opción de responder “no aplica”, se resuelve la dificultad que generó el ítem. En la pregunta 20 se considera que el ítem es

claro y que la observación del paciente no es pertinente. Se deja el ítem sin cambios. En la pregunta 24 se considera que, dando al paciente la opción de responder “no aplica”, se resuelve la dificultad que generó el ítem. En la pregunta 25, teniendo en cuenta la frecuencia relativamente alta de observaciones sobre este ítem, se ajustó su redacción así: “La facilidad de parqueo (en caso de que tenga carro)”. Para la pregunta 26 se considera que el ítem es claro y que la observación del paciente no es pertinente. Se deja el ítem sin cambios.

En las preguntas 28 y 29 se considera que los ítems generan confusión y se ajustan de la siguiente manera: “El nivel de tranquilidad y silencio en el sitio donde se me practica la diálisis”; “El espacio disponible en el sitio donde se me practica la diálisis”. En la pregunta 33 se considera que, dando al paciente la opción de responder “no aplica”, se resuelve la dificultad que generó el ítem. Para la pregunta 35, considerando que hubo una frecuencia relativamente alta de casos en los que los pacientes no requirieron cambiarse de ropa, se ajustó la pregunta a la siguiente estructura: “En caso de necesitar cambiarse de ropa, el acceso y calidad de los sitios para hacer este cambio.”. Se asume que si no hay necesidad de efectuar cambio de ropa, se debe responder la opción “no aplica”. De acuerdo con los anteriores ajustes se generó una versión final que se presenta en la tabla 2.

Discusión

En un proceso de adaptación transcultural se busca, mediante una serie de etapas sistemáticas, generar una versión de un instrumento en un idioma diferente del original, que conserve la equivalencia semántica, que sea comprensible y no genere confusión o ambigüedad. Hasta donde se tiene conocimiento, este es el primer trabajo en Colombia que alista un instrumento para evaluar la satisfacción con el tratamiento en pacientes en diálisis, lo cual permitirá efectuar estudios posteriores para determinar sus propiedades psicométricas.

El presente estudio ha seguido un proceso sistemático para generar una versión en español colombiano de la escala SDIALOR. Este es un instrumento del cual se han reportado adecuadas propiedades psicométricas, por lo cual sería una herramienta útil para medir la satisfacción en pacientes de Colombia.

La ventaja de la realización de una adaptación transcultural sistemática, como la reportada en el presente manuscrito, sobre una basada en un proceso poco riguroso, fue planteada en un estudio previo que comparó dos traducciones de la escala SF-36 al francés. Cuando el proceso incorporó traducciones inversas, grupos focales y aplicación de pruebas pretest, se

reportaron menos efectos de techo y menos valores perdidos que cuando el proceso no fue tan riguroso (21).

Un hallazgo de este trabajo es que el instrumento puede ser tramitado por el paciente en un tiempo razonable –30 minutos– lo cual supone una adecuada aplicabilidad de la escala. Con los resultados del presente trabajo de traducción se puede disponer de una versión en español colombiano de esta escala que pueda ser utilizada en posteriores trabajos de validación del instrumento.

Disponer de escalas con cualidades psicométricas establecidas para medir satisfacción, permitirá monitorizar las experiencias de los pacientes a lo largo del tiempo o comparar estas experiencias entre diferentes centros de atención (22).

Los estudios adelantados con este tipo de instrumentos también permitirán evaluar de manera válida, no solo el grado de satisfacción que tienen los pacientes renales terminales con su tratamiento, sino que facilitarían ubicar las variables que puedan estar relacionadas con este grado de satisfacción –existen reportes de que aspectos tales como la edad, el nivel educativo e incluso indicadores de laboratorio como los niveles de albuminemia, pueden asociarse con los puntajes de satisfacción reportados–. También se plantea la posibilidad de adelantar estudios para validar o desarrollar instrumentos que midan experiencia del paciente, una dimensión muy relacionada con la satisfacción, pero que para algunos es más objetiva ya que se enfoca sobre los reportes basados en los contactos del paciente con el personal y los sistemas encargados del cuidado de su salud (23,24).

Tabla 2. Versión colombiana de la escala SDIALOR.

1. La facilidad para contactar a su nefrólogo (médico especialista en riñones).	Mala	No muy buena	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica
2. Los cuidados y la atención que recibe del nefrólogo.	Mala	No muy buena	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica
3. La frecuencia con la cual usted se ve con el nefrólogo.	Mala	No muy buena	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica
4. La frecuencia con la cual el nefrólogo está con ánimo para hablar con sus pacientes.	Mala	No muy buena	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica
5. La precisión de las informaciones suministradas por su nefrólogo (por ejemplo, sobre sus probabilidades de mejorarse o de conseguir un trasplante).	Mala	No muy buena	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica
6. La precisión de las instrucciones que le da el nefrólogo.	Mala	No muy buena	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica
7. La forma en la cual el nefrólogo se asegura que la cantidad de diálisis que usted recibe es correcta.	Mala	No muy buena	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica
8. En caso de que sea manejado por un médico general, el papel que éste ocupa en los cuidados de su diálisis.	Malo	No muy bueno	Bueno	Muy bueno	Excelente	No aplica
9. La coordinación entre el nefrólogo y los otros médicos que se ocupan de sus cuidados.	Mala	No muy buena	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica
10. La facilidad para contactar telefónicamente su centro de diálisis.	Mala	No muy buena	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica
11. La atención que ponen los médicos y las enfermeras a la higiene teniendo en cuenta que ellos trabajan con su fistula o su catéter.	Mala	No muy buena	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica
12. La ayuda y la atención que ponen las enfermeras del centro de diálisis.	Mala	No muy buena	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica
13. La ayuda, la atención y la amabilidad del personal del centro de diálisis.	Mala	No muy buena	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica
14. La respuesta que le da el centro de diálisis cuando usted se encuentra mal por su enfermedad o tiene inquietudes.	Mala	No muy buena	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica
15. La disponibilidad de personal en el centro de diálisis para ayudarle en caso de urgencia.	Mala	No muy buena	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica
16. Las informaciones que se le han suministrado sobre la diálisis.	Malas	No muy buenas	Buenas	Muy buenas	Excelentes	No aplica
17. Las informaciones que se le han suministrado para ayudarle a escoger entre hemodiálisis y diálisis peritoneal.	Malas	No muy buenas	Buenas	Muy buenas	Excelentes	No aplica
18. La información que le han dado a propósito de la cantidad deseable de líquidos que puede beber entre las sesiones de diálisis.	Mala	No muy buena	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica
19. La información que le han suministrado en relación con la cantidad de líquido de diálisis (dializante) que se debe utilizar.	Mala	No muy buena	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica

	Mala	No muy buena	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica
20. La cantidad de líquido que se retira en una sesión de diálisis.	Mala	No muy buena	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica
21. La facilidad para contactar una trabajadora social cuando la necesita.	Mala	No muy buena	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica
22. La calidad con la que se manejan en el centro de diálisis los nuevos problemas médicos que le aparecen.	Mala	No muy buena	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica
23. La facilidad de llegada y acceso al centro de diálisis.	Mala	No muy buena	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica
24. Los equipos disponibles para las personas que requieren ayuda para desplazarse (sillas de ruedas).	Malos	No muy buenos	Buenos	Muy buenos	Excelentes	No aplica
25. La facilidad de parqueo (en caso de que tenga carro).	Mala	No muy buena	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica
26. El transporte al centro de diálisis.	Malo	No muy bueno	Bueno	Muy bueno	Excelente	No aplica
27. Los horarios disponibles en la clínica o centro de atención.	Malos	No muy buenos	Buenos	Muy buenos	Excelentes	No aplica
28. El nivel de tranquilidad y silencio en el sitio donde se me practica la diálisis.	Malo	No muy bueno	Bueno	Muy bueno	Excelente	No aplica
29. El espacio disponible en el sitio donde se me practica la diálisis.	Malo	No muy bueno	Bueno	Muy bueno	Excelente	No aplica
30. La iluminación de los espacios en el centro de diálisis.	Mala	No muy buena	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica
31. La temperatura del ambiente en el centro de diálisis.	Mala	No muy buena	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica
32. La limpieza en el centro de diálisis.	Mala	No muy buena	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica
33. El sillón o camilla de diálisis.	Malo	No muy bueno	Bueno	Muy bueno	Excelente	No aplica
34. Los refrigerios que se le han ofrecido.	Malos	No muy buenos	Buenos	Muy buenos	Excelentes	No aplica
35. En caso de necesitar cambiarse de ropa, el acceso y calidad de los sitios para este cambio.	Malo	No muy bueno	Bueno	Muy bueno	Excelente	No aplica
36. La comodidad del mobiliario en la sala de espera.	Mala	No muy buena	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica
37. El respeto a mi intimidad en el momento del examen clínico.	Malo	No muy bueno	Bueno	Muy bueno	Excelente	No aplica
38. El acceso a los datos de mi historia clínica cuando los he solicitado.	Malo	No muy bueno	Bueno	Muy bueno	Excelente	No aplica
39. La calificación general que usted da a la calidad de los servicios que usted recibe como paciente de diálisis.	Mala	No muy buena	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica
40. Si usted piensa de manera general en los servicios de diálisis, ¿qué tanto cree usted que podría mejorar la calidad de estos servicios?	Muchísimo	Mucho	Algo	Muy poco	Nada	No aplica
41. ¿Qué tanto recomendaría su centro de diálisis a un amigo o familiar que necesitara servicios de diálisis?	Nada	Muy poco	Algo	Mucho	Muchísimo	No aplica

Conflicto de intereses

Mauricio Sanabria y Julia Tobón hacen parte de la planta profesional de RTS; María Claudia Certuche es parte de la planta profesional de Laboratorios Baxter, Colombia; Ricardo Sánchez Pedraza recibió honorarios de RTS Colombia por el diseño y seguimiento del presente estudio.

Financiación

El estudio fue financiado con un presupuesto para investigación de Renal Therapy Services Colombia.

Agradecimientos

A Yalile Sánchez, trabajadora social de RTS Soledad, quien participó en la aplicación del instrumento.

Referencias

1. Nguyen Thi PL, Frimat L, Loos-Ayav C, Kessler M, Briancon S. SDIALOR: a dialysis patient satisfaction questionnaire. Nephrol Ther. 2008;4:266-77.
2. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988;260:1743-8.
3. Gasquet I. Patient satisfaction and hospital performance. Presse Med. 1999;28:1610-3.
4. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. J Public Health Med. 1992;14:236-49.
5. Kimmel PL. Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. Am J Kidney Dis. 2000;35:S132-40.
6. Kovac JA, Patel SS, Peterson RA, Kimmel PL. Patient satisfaction with care and behavioral compliance in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis. Am J Kidney Dis. 2002;39:1236-44.

7. Renal Physicians Association. Shared decision-making in the appropriate initiation of and withdrawal from dialysis. Clinical practice guideline. 2a ed. Rockville (MD): The Association; 2010.
8. Collins AJ, Hao W, Xia H, Ebben JP, Everson SE, Constantini EG, et al. Mortality risks of peritoneal dialysis and hemodialysis. *Am J Kidney Dis.* 1999;34:1065-74.
9. Heaf JG, Lokkegaard H, Madsen M. Initial survival advantage of peritoneal dialysis relative to hemodialysis. *Nephrol Dial Transplant.* 2002;17:112-7.
10. Murphy SW, Foley RN, Barrett BJ, Kent GM, Morgan J, Barré P, et al. Comparative mortality of hemodialysis and peritoneal dialysis in Canada. *Kidney Int.* 2000;57:1720-6.
11. Rubin HR, Fink NE, Plantinga LC, Sadler JH, Kliger AS, Powe NR. Patient ratings of dialysis care with peritoneal dialysis vs hemodialysis. *JAMA.* 2004;291:697-703.
12. Rubin HR, Jenckes M, Fink NE, Meyer K, Wu AW, Bass EB, et al. Patient's view of dialysis care: development of a taxonomy and rating of importance of different aspects of care. CHOICE study Choices for Healthy Outcomes in Caring for ESRD. *Am J Kidney Dis.* 1997;30:793-801.
13. Wasserfallen JB, Moinat M, Halabi G, Saudan P, Perneger TV, Feldman HI, et al. Satisfaction of patients on chronic haemodialysis and peritoneal dialysis. *Swiss Med Wkly.* 2006;136:210-7.
14. Nguyen-Thi PL, Frimat L, Loos-Ayav C, Kessler M, Briancon S. Questionnaire SDIALOR: instrument de mesure de la satisfaction des patients en dialyse. *Nephrologie & Thérapeutique.* 2008;4:266-77.
15. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from inpatient surveys in five countries. *Int J Qual Health Care.* 2002;14:353-58.
16. Meterko M, Nelson EC, Rubin HR. Patient judgments of hospital quality. Report of a pilot study. *Med Care.* 1990;28:S1-56.
17. Sprangers MA, Cull A, Bjordal K, Groenvold M, Aaronson NK. The European Organization for Research and Treatment of Cancer. Approach to quality of life assessment: guidelines for developing questionnaire modules. EORTC Study Group on Quality of Life. *Qual Life Res.* 1993;2:287-95.
18. Sprangers MA, Cull A, Groenvold M, Bjordal K, Blazeby J, Aaronson NK. The European Organization for Research and Treatment of Cancer approach to developing questionnaire modules: an update and overview. EORTC Quality of Life Study Group. *Qual Life Res.* 1998;7:291-300.
19. Dewolf L, Koller M, Velikova G, Johnson C, Scott N, Bottomley A. EORTC Quality of Life Group, Translation Procedure. 3a ed. Brussels: EORTC; 2009.
20. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976).* 2000;25:3186-91.
21. Perneger TV, Leplège A, Etter JF. Cross-cultural adaptation of a psychometric instrument: two methods compared. *J Clin Epidemiol.* 1999;52:1037-46.
22. Van der Veer SN, Jager KJ, Visserman E, Beekman RJ, Boeschoten EW, de Keizer NF, et al. Development and validation of the Consumer Quality Index instrument to measure the experience and priority of chronic dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant.* 2012;27:3284-91.
23. De Boer D, Delnoij D, Rademakers J. Do patient experiences on priority aspects of health care predict their global rating of quality of care? A study in five patient groups. *Health Expect.* 2010;13:285-97.
24. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med.* 1997;45:1829-43.