

Estimado/a señor/a:

Estaríamos muy agradecidos si quisiera participar en nuestra encuesta sobre cómo se sienten los pacientes después de la cirugía. El objetivo de la encuesta es mejorar el tratamiento del dolor después de la cirugía en este departamento.

Su participación es voluntaria y la información que nos proporcione será anónima una vez nos entregue este cuestionario. Esto significa que su nombre o cualquier otra identificación serán eliminados del cuestionario una vez entregado y no serán incluidos en ningún registro que tuviéramos.

Sus respuestas a este cuestionario no se compartirán con su equipo médico o de enfermería.

Le podemos garantizar que nuestro equipo le tratará de la misma manera tanto si decide participar en la encuesta como si no.

Muchas gracias por considerar su participación en esta encuesta.

CUESTIONARIO DEL PACIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia al dolor que usted ha experimentado desde la operación.

P1. En esta escala, indique el **peor dolor** sufrido desde la operación:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sin dolor					el peor dolor posible					

P2. En esta escala, indique el **menor dolor** sufrido desde la operación:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sin dolor					el peor dolor posible					

P3. ¿Con qué frecuencia ha experimentado **dolor intenso** desde la operación?
Rodee con un círculo el porcentaje de tiempo que mejor exprese el dolor intenso experimentado:

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
nunca dolor intenso					siempre dolor intenso					

P4. Rodee con un círculo el número que mejor describe cuánto **interfirió / impidió** el dolor que ha tenido desde la operación, en las siguientes actividades ...

a. hacer **actividades en la cama**, como girar, sentarse o cambiar de posición:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
no interfirió					interfirió completamente					

b. **respirar profundamente** o toser:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
no interfirió					interfirió completamente					

c. **dormir**:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
no interfirió					interfirió completamente					

d. ¿Se ha **levantado de la cama** desde la operación?

☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, en qué medida el **dolor interfirió o le impidió que realizara actividades fuera de la cama** como caminar, sentarse en una silla, permanecer de pie en el lavabo:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
no interfirió					interfirió completamente					

CUESTIONARIO DEL PACIENTE

P5. El dolor puede afectar a su estado de ánimo y emociones.
En esta escala, marque con un círculo el número que mejor muestre lo que **el dolor le ha hecho sentir** desde su operación ...

a. **ansioso**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

en absoluto

extremadamente

b. **indefenso**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

en absoluto

extremadamente

P6. ¿Ha tenido usted alguno de estos **efectos secundarios** desde la operación?
Rodee con un círculo el "0" si no ha tenido ninguno; en caso afirmativo, indique el número que mejor exprese la intensidad de cada efecto

a. **Náuseas**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ninguna

intensa

b. **Somnolencia**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ninguna

intensa

c. **Picor**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ninguno

intensa

d. **Mareos**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ninguno

intensa

P7. Desde su operación, ¿cuánto **alivio de dolor** ha experimentado?
Rodee con un círculo el porcentaje que mejor exprese cuánto **alivio** ha experimentado con todos los **tratamientos** combinados (tratamientos con medicinas o sin ellas):

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

sin alivio

alivio completo

P8. ¿Le habría gustado recibir **MÁS tratamiento del dolor** del que le han dado?

☐ Si ☐ No

P9. ¿Ha recibido **información** sobre las opciones del **tratamiento de su dolor**?

☐ Si ☐ No

CUESTIONARIO DEL PACIENTE

P10. ¿Se le permitió que **participara en la toma de decisiones** sobre el **tratamiento del dolor** tanto como usted quiso?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

en absoluto

completamente

P11. Rodee con un círculo el número que mejor describa su **grado de satisfacción** con los resultados del **tratamiento del dolor** desde la operación::

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

extremadamente insatisfecho

completamente satisfecho

P12. ¿Ha utilizado o recibido algún **método no farmacológico** para **aliviar** su **dolor**?

☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, indique **todos los utilizados**:

- | | | |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> compresas frías | <input type="checkbox"/> meditación | <input type="checkbox"/> respirar profundamente |
| <input type="checkbox"/> calor | <input type="checkbox"/> acupuntura | <input type="checkbox"/> rezar |
| <input type="checkbox"/> comentar su dolor con personal médico | <input type="checkbox"/> caminar | <input type="checkbox"/> masajes |
| <input type="checkbox"/> comentar su dolor con amigos o parientes | <input type="checkbox"/> relajación | <input type="checkbox"/> imágenes o visualización |
| <input type="checkbox"/> TENS (Estimulación eléctrica nerviosa transcutánea) | | |
| <input type="checkbox"/> distracción (como ver la TV, escuchar música, leer) | | |
| <input type="checkbox"/> otros (por favor describir): <input type="text"/> | | |

P13. ¿Ha tenido **dolor constante o persistente durante 3 meses** o más antes de venir al hospital para que le operasen?

☐ Si ☐ No

a. En caso afirmativo, ¿qué **intensidad de dolor** experimentó la mayor parte del tiempo?
Rodee con un círculo el número que mejor exprese el dolor:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

sin dolor

el peor dolor posible

b. En caso afirmativo, ¿**dónde** se localizaba este **dolor constante o persistente**?

- ☐ lugar de la operación ☐ en otros lugares
☐ ambos sitios (lugar de la operación y en otro lugar)

GRACIAS POR SU TIEMPO Y POR SUS COMENTARIOS

To be filled in by the research assistant

Research assistant code:

Patient was interviewed: ☐ Yes ☐ No

If yes, please mark the reason(s):

- ☐ Too ill / weak ☐ Too much pain ☐ Requested assistance ☐ Did not understand scales
☐ Technical reasons (patient has no eyeglasses / is blind; can not sit up; is illiterate; arm is in cast; etc)