

# Encuesta del paciente

Sólo para uso del personal  
Date survey completed \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Code number \_\_\_/\_\_\_

Las siguientes preguntas son acerca del dolor que usted experimentó durante las primeras 24 horas en el hospital o después de su operación.

1. ¿Experimentó usted algún dolor durante las primeras 24 horas (después de la operación) o cuando se le ingresó en el hospital?

\_\_\_ Sí      \_\_\_ No

Si ha contestado no a la número 1, por favor, deténgase ahora. Si ha contestado que sí, llene el resto del cuestionario.

Sin dolor ←—————→ El peor dolor posible

2. ¿En esta escala, cuánto dolor está experimentando ahora mismo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. En esta escala, por favor, indique el peor dolor que experimentó durante las primeras 24 horas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. En esta escala, por favor indique el mínimo de dolor que experimentó en las primeras 24 horas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. ¿Cada cuánto tiempo tenía usted un dolor entre moderado y fuerte en las primeras 24 horas?

\_\_\_ Siempre    \_\_\_ Casi siempre    \_\_\_ A menudo    \_\_\_ Casi nunca    \_\_\_ Nunca

6. Haga un círculo alrededor del número de abajo que mejor describe, durante las primeras 24 horas, la forma en que el dolor interfirió con su:

No interfiere ←—————→ Interfiere completamente

A. Actividad general

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

B. Estado de ánimo

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

C. Capacidad para caminar

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

D. Forma de comer

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

E. Forma de dormir

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

F. Tos y la respiración profunda

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. ¿Ha tenido algún efecto secundario del medicamento para el dolor?  Sí  No

Si sí, marque todo lo que sea pertinente  Somnolencia  Náuseas o vómitos  
 Estreñimiento  Comezón  
 Otro (describalo) \_\_\_\_\_

8. ¿Ha utilizado algún método que no sea un medicamento para aliviar el dolor?  Sí  No

Si sí, marque todo lo que sea pertinente  Relajación  Caminar  
 Meditación  Imaginería o visualización  
 Una compresa caliente  Tacto terapéutico  
 Una compresa fría  Respiración profunda  
 Otra (describalo) \_\_\_\_\_

9. Seleccione la frase que indique su grado de satisfacción o insatisfacción con los resultados del tratamiento para el dolor en general.

- Muy insatisfecho/a
- Insatisfecho/a
- Algo insatisfecho/a
- Algo satisfecho/a
- Satisfecho/a
- Muy satisfecho/a

10. Si está satisfecho/a, ¿qué es lo que le satisfizo? (marque todo lo que corresponda)

- No tuve demasiado dolor
- El medicamento para el dolor me alivió el dolor
- Sentí que tenía control sobre mi dolor
- Los médicos y las enfermeras parecían preocuparse mucho por mi comodidad
- Los médicos y las enfermeras estaban preparados para manejar mi dolor
- Otro (describalo) \_\_\_\_\_

11. Si usted no está satisfecho/a de ninguna forma con el tratamiento para el dolor, por favor, explique por qué (marque todo lo que corresponda).  Tenía mucho dolor

- El medicamento para el dolor no me ayudó
- Sentí que no tenía ningún control sobre mi dolor

- \_\_\_ Los médicos y las enfermeras no parecían preocuparse por mi dolor
- \_\_\_ Los médicos y las enfermeras no estaban preparados para manejar mi dolor
- \_\_\_ Tuve efectos secundarios debidos al medicamento para el dolor
- \_\_\_ Otro (describalo) \_\_\_\_\_

12. Por favor, conteste a las siguientes 7 afirmaciones marcando la casilla que se encuentre bajo el número que se aproxime más su grado de acuerdo con esa afirmación. No existen respuestas correctas ni incorrectas, sólo queremos saber lo que piensa usted.

**No estoy nada de acuerdo**   ←—————→   **Estoy muy de acuerdo**

A. El medicamento para el dolor no puede realmente controlar el dolor.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

B. La gente se hace adicta con facilidad a los medicamentos para el dolor.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

C. Los buenos pacientes evitan hablar del dolor.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

D. Es más fácil aguantar el dolor que tener que soportar los efectos secundarios que tienen los medicamentos para el dolor.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

E. Las quejas sobre el dolor pueden ser una pérdida de tiempo con mi médico que se podría aprovechar en otras cosas.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

F. El medicamento para el dolor se debe “guardar” en caso de que el dolor empeore.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

G. El experimentar dolor es una señal de que la enfermedad ha empeorado.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

13. Al principio de sus cuidados, ¿le explicó claramente un médico o una enfermera que nosotros consideramos muy importante el tratamiento del dolor y que usted se tiene que asegurar de decirles cuándo tiene dolor?

\_\_\_ Sí      \_\_\_ No

**Por favor coloque su encuesta terminada dentro del sobre que se le ha dado, s  lelo y la persona que se lo dio volver   para recogerlo.**

**Muchas gracias por su tiempo y su buena disposición para darnos su opinión acerca de sus cuidados.**

<b>Sólo para el uso del personal</b>	Age: _____	Gender: Male _____
Female _____		
Diagnosis: Medical Cancer _____	Medical Non-Cancer _____	
Surgical Cancer _____	Surgical Non-Cancer _____	
Ethnicity: Caucasian _____	African-American _____	Asian _____
Hispanic _____	American Indian _____	Other _____