

Estimado/a señor/a:

Nos gustaría invitarlo a participar en el Protocolo: "PAIN OUT Proyecto de una red internacional

para la optimización de la calidad e investigación del manejo del dolor postoperatorio en México mediante la revisión por pares". El cual consiste en responder una encuesta sobre como se sienten los pacientes después de cirugía. El objetivo es mejorar el tratamiento del dolor después de la cirugía en este departamento.

Su participación es voluntaria y la información que nos proporcione será confidencial una vez que nos entregue este cuestionario. Esto significa que su nombre o cualquier otra identificación

serán eliminados de la encuesta una vez entregado y no serán incluidos en ningún otro registro.

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

Si Usted decide participar o no, le garantizamos que nuestro equipo le tratará de la misma forma.

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, califique el peor dolor que ha sufrido después de la cirugía :

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

sin dolor

el peor dolor posible

P2. En esta escala, califique el menor dolor que ha sufrido después de la cirugía:

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

sin dolor

el peor dolor posible

P3. ¿Con que frecuencia después de la cirugía ha experimentado dolor severo?

Marque con un círculo el porcentaje de tiempo que mejor exprese el dolor intenso que ha experimentado: :

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

nunca dolor intenso

siempre dolor intenso

P4. Marque 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?
Marque 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. **Comezón**

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?
Marque 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 participar **en la toma de decisiones** sobre el **tratamiento del dolor**?

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

en absoluto

completamente

P11. Marque con un círculo el número que mejor describa su **grado de satisfacción** con los resultados del **tratamiento del dolor** después de su cirugía::

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**?

☐ Sí ☐ 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. Antes de que le realizaran su cirugía, Usted ¿Había tenido dolor constante o persistente durante 3 meses o más?

☐ Sí ☐ No

a. En caso afirmativo, ¿qué **intensidad de dolor** experimentó la mayor parte del tiempo?

Marque 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)