

# ENCUESTA PAIN

© L. FRANCK, 2004-2010

Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción sin la autorización de los autores.

## **A. Las siguientes preguntas hacen referencia a la estancia de su bebé en la Unidad Neonatal:**

1. De forma aproximada, ¿Con qué frecuencia visita a su bebé en la Unidad Neonatal?  
(Escoja una respuesta)

- Todo el día
- Varias veces al día
- Una vez al día
- Varias veces a la semana
- Una vez a la semana

2. Por favor marque con un círculo cuál es para usted la gravedad de su bebé en este momento, siendo 0 = bajo riesgo de fallecimiento y 5 = alto riesgo de fallecimiento.

(Escoja una opción)

(bajo riesgo de fallecimiento) bien 0    1    2    3    4    5 gravemente enfermo (alto riesgo de fallecimiento)

3. ¿Cuál es su grado de satisfacción con el cuidado que ha recibido su bebé hasta el momento en la Unidad Neonatal? (escoja una respuesta)

- Muy satisfecho
- Satisfecho
- Algo satisfecho
- Algo insatisfecho
- Insatisfecho
- Muy insatisfecho

## **B. Las siguientes preguntas hacen referencia al dolor. Por favor siéntase libre de añadir comentarios en los espacios disponibles.**

1. Mi bebé sintió dolor durante su estancia en la unidad neonatal.

- Si
- No
- No lo sé.

2. ¿Cuáles cree que fueron las causas del dolor de su bebé? (por favor enumérelas)

-----

3. Por favor marque con un círculo ¿cuánto dolor cree que siente su bebé en este momento?, siendo 0 = ausencia de dolor y 10 = el peor dolor posible.

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

4. Por favor marque con un círculo ¿cuál cree que fue el peor dolor que sintió su bebé desde su ingreso en la Unidad Neonatal?. (Escoja una respuesta)
- 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
5. Por favor marque con un círculo ¿cuál cree que fue el dolor más leve que sintió su bebé desde su ingreso en la Unidad Neonatal?. (Escoja una respuesta)
- 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
6. Por favor marque con un círculo el grado de dolor que esperaba que sintiera su bebé durante su estancia en la Unidad Neonatal. (Escoja una respuesta)
- 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
7. Por favor marque con un círculo ¿cuánto esperaba que mejorara el dolor de su bebé durante su estancia en la Unidad Neonatal?. (Escoja una respuesta)
- 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
8. Si cree que su bebé ha sentido dolor durante su estancia en la Unidad Neonatal, le preocupaba que su bebé pudiera: (escoja todas las que correspondan)
- Tener problemas médicos de forma inmediata
  - Tener problemas médicos en el futuro
  - Recordar haber sentido dolor
  - Reaccionar al dolor de forma diferente cuando fuese mayor
  - Otro (por favor describa) \_\_\_\_\_
  - No estaba preocupado por ninguna de estas cuestiones
9. ¿Cuánta información verbal recibió acerca del control del dolor de su bebé?
- Mucha
  - Alguna
  - Poca
  - Ninguna
10. ¿Cuánta información escrita recibió acerca del control del dolor de su bebé?
- Mucha
  - Alguna
  - Poca
  - Ninguna
11. Si recibió información verbal o escrita acerca del control del dolor de su bebé, por favor díganos ¿cuándo recibió esa información?. (Escoja todas las opciones que considere)
- Al ingreso
  - A diario
  - Antes de los procedimientos
  - Ocasionalmente
  - Otras veces (por favor indíquelas)
  - No he recibido ninguna información

12. ¿Quién le informó sobre el manejo del dolor de su hijo?(seleccione todas las que correspondan)

- Enfermera
- Médico
- Residente de enfermería
- Enfermera docente
- Médico residente
- Otro profesional de la salud (por favor indíquelo)
- Familia/amigos
- Internet
- Nadie

13. ¿Está satisfecho con la cantidad de información recibida acerca del manejo del dolor de su bebé?

- Muy satisfecho
- Satisfecho
- Algo satisfecho
- Poco satisfecho
- Insatisfecho

13a. Si no está satisfecho con la cantidad de información recibida sobre el manejo del dolor de su bebé, por favor háganoslo saber:

-----

14. Las enfermeras me han enseñado cómo reconocer en mi bebé los signos de dolor:

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Algo de acuerdo
- Poco de acuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

15. Puedo decir que mi bebé tiene dolor si presenta los siguientes signos: (escríbalos a continuación)

-----

16. Las enfermeras me enseñaron cómo consolar a mi bebé mediante: (Escoja todas las opciones que considere)

- Posicionamiento
- Chupete
- Contención
- Alimentación
- Acunar
- Música /juguetes
- Otros (por favor descríbalos) \_\_\_\_\_
- Las enfermeras no me enseñaron

17. ¿Cuánto cree que estas medidas de confort han ayudado a su bebé a controlar el dolor?

- Desapareció
- Disminuyó mucho
- Disminuyó un poco
- No hubo diferencia
- Empeoró un poco
- Empeoró mucho
- No lo sé

18. Confiaba en que los miembros del equipo podían reconocer cuando mi bebé sentía dolor:

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Algo de acuerdo
- Poco de acuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

18a. Si no confiaba en que los miembros del equipo podían reconocer cuando su bebé sentía dolor, por favor cuéntenos ¿cómo se sentía?:

-----

19. ¿Alguna vez estuvo en desacuerdo con las enfermeras o médicos sobre si su bebé sentía dolor?

- Si
- No

19a. Si es así, por favor coméntenoslo:

-----

20. Creo que las enfermeras hicieron que mi bebé estuviera mas confortable: (elija una)

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Algo de acuerdo
- Poco de acuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

20a. Si no está de acuerdo con que las enfermeras hicieran que su bebé estuviese confortable, por favor coméntenoslo:

-----

21. Mi bebé recibió medicamentos para el dolor: (escoja una)

- Si
- No
- No lo sé

22. Algunas veces mi bebé, a pesar de no tener dolor, recibió otras medicaciones para que estuviese calmado (elijá una)

- Sí
- No
- No lo sé

23. Si su bebé recibió medicación para el dolor, ¿cómo cree que esa medicación ayudó a controlar el dolor de su bebé?

- Desapareció
- Disminuyó mucho
- Disminuyó un poco
- No hubo diferencia
- Empeoró un poco
- Empeoró mucho
- No lo sé

24. Si su bebé recibió medicación para el dolor, ¿cree que la medicación ayudó a controlar el dolor de su bebé?

- Muy satisfecho
- Satisfecho
- Algo satisfecho
- Poco satisfecho
- Insatisfecho

24a. Si no cree que la medicación ayudara a su bebé a sentir menos dolor, por favor indíquelo:

-----

25. Si cree que la medicación no ayudó a su bebé, ¿se lo comentó a alguien?

- Sí (por favor, indique a quién) \_\_\_\_\_
- No

26. Si se lo comentó a alguien, ¿cuánto tiempo transcurrió hasta que un miembro del equipo hizo algo para aliviar el dolor de su bebé? (elijá una)

- Menos de 10 minutos
- 11-20 minutos
- 21-30 minutos
- 31-60 minutos
- Más de una hora
- Lo solicité pero mi hijo no lo recibió
- No pedí ayuda

27. Cuando mi bebé recibía medicación para aliviar el dolor, me preocupaba que pudiera:  
(Escoja todas las opciones que considere)

- Convertirse en adicto
- Dejar de respirar
- Estar muy adormilado
- Estar gravemente enfermo
- No fuese suficiente
- No estaba preocupado
- Otra (por favor describa)

28. Los miembros del equipo me ayudaron con mis dudas sobre el dolor de mi bebé: (elija una)

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Algo de acuerdo
- Poco de acuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

28a. si los miembros del equipo no le ayudaron, por favor coméntenoslo:

-----

29. ¿Estuvo usted presente junto a su bebé mientras se sometía a un procedimiento doloroso? (elija uno)

- Nunca
- A veces
- A menudo
- Siempre

30. ¿Le preguntaron si quería estar presente durante los procedimientos dolorosos? (Elija una)

- Nunca
- A veces
- A menudo
- Siempre
- No lo se

31. Cuando su bebé se sometía a un procedimiento doloroso, usted prefería: (elija una)

- Permanecer al lado de su bebé
- Quedarse y ayudar proporcionando medidas de confort
- Abandonar la habitación
- Otra (por favor describa) -----

32. ¿Qué grado de implicación le gustaría haber tenido en el manejo del dolor de su bebé?  
(Por favor describa)

-----

33. Díganos por favor ¿qué papel jugó usted en el manejo del dolor de su bebé?

-----

34. Por favor díganos ¿qué papel cree que debería jugar en el manejo del dolor de su bebé?

-----

35. ¿Desea saber algo más acerca del dolor infantil?

- Si
- No

35a. Si hay algo más que desee saber acerca del dolor, por favor indíquenoslo:

-----

36. ¿Hay algo más que desee comentarnos?

- Si
- No

36a. Si hay algo más que desee comentarnos, por favor indíquenoslo:

-----

37. ¿Tiene alguna sugerencia de mejora para el manejo del dolor de su bebé?

- Si
- No

37a. Si tiene alguna sugerencia, por favor indíquela a continuación:

-----

© 2004-2010 L.S. Franck. Todos los derechos reservados. All rights reserved.  
Reimpreso con permiso de: Franck L.S., Cox S., Allen A. & Winter I. (2004) Parent concerns and distress about infant pain. Archives of Disease in Childhood 89, F71–F75.  
Traducción y adaptación a español: Morales Betancourt C, Muñoz Amat B, Alonso Díaz C.  
Grupo de Dolor Neonatal. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid-España.