

agenda

para el seguimiento del
paciente con Dolor



Coordinadores: Dra. Concepción Pérez

Unidad del Dolor
Hospital de la Princesa. Madrid

Dr. Alejandro Tejedor

Coordinador del Grupo de Enfermedades
Reumatológicas de la SemFYC

Edita: Canal Editorial

Avenida de Europa 16, chalet 13
28224 Pozuelo de Alarcón. Madrid

Título original:

AGENDA PARA EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON DOLOR.

© Copyright Edición 2022: Canal Editorial

ISBN: 978-84-18568-83-1

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias o las grabaciones en cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso escrito de los titulares del copyright. "Esta obra se presenta como un servicio a la profesión médica. El contenido de la misma refleja las opiniones, criterios, conclusiones y/o hallazgos propios de su autor, los cuales pueden no coincidir necesariamente con FUNDACIÓN GRÜNENTHAL, patrocinador de la obra".

*E*l propósito principal de esta agenda es informarle y ayudarle a comprender mejor qué es el dolor, por qué se produce y cómo tratarlo.

Todos sufrimos dolor en algunas ocasiones y hay muchas personas que lo sufren durante un largo periodo de tiempo. En cualquier caso, el dolor es una experiencia individual compleja, que incluye aspectos sensoriales, emocionales e incluso sociales. Es importante comprender que un mismo dolor no será experimentado de igual forma por distintas personas.

Durante la última década ha habido muchos avances en el campo de la medicina y actualmente disponemos de diferentes tratamientos que ayudan a mejorar el abordaje del dolor y a aliviarlo, pero el tratamiento del dolor también debe ser individual.

Con esta agenda queremos hacer más sencillo el control y el seguimiento de su dolor, para ello le pedimos que la rellene y la utilice regularmente, así su médico podrá tener una herramienta muy útil para tratar de mejorar su calidad vida.

*Dra. Concepción Pérez
Dr. Alejandro Tejedor*

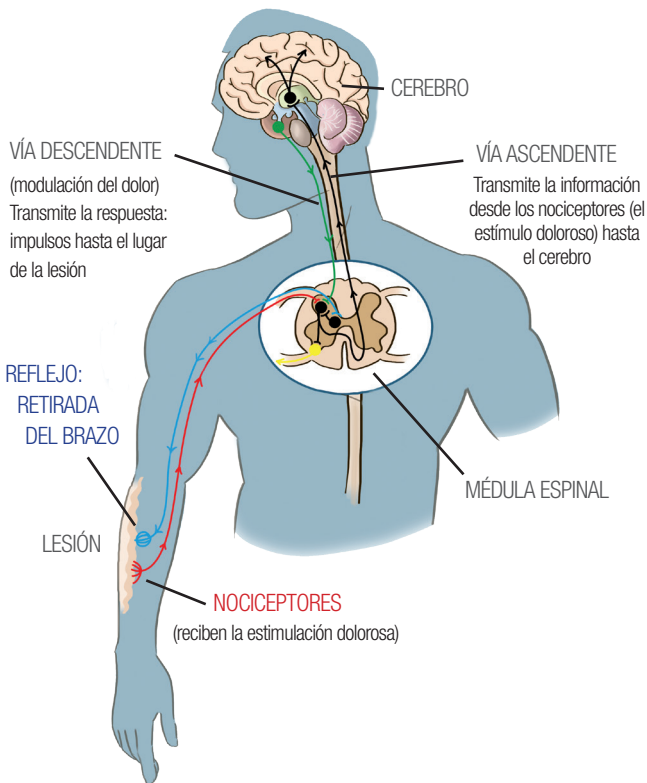
1.	¿Por qué siento dolor?	4
2.	El dolor crónico	7
3.	¿Qué hacer ante el dolor?	10
4.	¿Qué tratamientos me pueden ofrecer?	12
5.	Diario del paciente	17
6.	Hábitos saludables frente al dolor	83
7.	A tener en cuenta	86

¿POR QUÉ SIENTO DOLOR?

El dolor se produce comúnmente como señal de alarma al detectar una lesión en los tejidos o una enfermedad en nuestro cuerpo.

Esta señal de alarma desencadena una serie de mecanismos cuyo objetivo es evitar o limitar los daños. Para ello, el organismo dispone de los siguientes elementos:

- **Detectores de la señal dolorosa.** Se llaman **nociceptores** y están formados por “neuronas” (células nerviosas) especializadas en la recepción del dolor.
- **Mecanismos ultrarrápidos de protección: reflejos.** Son acciones rápidas, generadas a nivel de la médula espinal (en la columna vertebral) que producen una reacción de retirada del estímulo que produce dolor (por ejemplo, quitar la mano rápidamente al tocar una superficie ardiente); o una contractura de la musculatura que bloquea una articulación si se ha producido una lesión articular (es el caso del lumbago después de la lesión de un disco intervertebral tras un movimiento en falso).
- **Mecanismos de alerta general: estrés.** Se activan desde los centros de alerta presentes en el cerebro; esto se traduce en un aumento de la vigilancia y de las respuestas cardiovasculares, respiratorias y hormonales. El organismo se prepara para hacer frente a la amenaza que prevé al detectar una señal dolorosa (mediante la huida o la lucha).



Mecanismo de producción del dolor

- **Mecanismos de localización consciente e inconsciente de la lesión.** A nivel del cerebro se percibe dónde está el problema que nos causa dolor, si es en un lugar concreto (por ejemplo, en la piel) o difuso o incluso deslocalizado si la lesión afecta a un tejido profundo (por ejemplo, un órgano interno).
- **Mecanismos de acción frente al dolor.** Cuando el organismo es agredido reacciona activando centros especializados en el cerebro para hacer frente a la agresión, aumenta la agresividad y pueden producirse manifestaciones de cólera. Estos impulsos tienen como objetivo poner en alerta al sujeto e iniciar los comportamientos de huida o lucha para preservar la integridad corporal.
- **Mecanismos de analgesia internos.** Nuestro organismo libera sustancias analgésicas endógenas, que permiten por ejemplo no sufrir dolor a pesar de tener heridas graves.

El dolor se clasifica según: su causa, su localización y la duración del mismo. Atendiendo a este último factor podemos diferenciar:

Dolor Agudo. Forma parte del sistema protector del organismo. Dura poco tiempo – generalmente menos de dos semanas (por ejemplo, dolor de muelas, dolor por un golpe, dolor después de una operación).

Dolor Crónico. Es el dolor que dura más de 3-6 meses. Pierde su efecto protector y empieza a ser una **enfermedad en sí mismo**, no un síntoma aislado.

No existe un tiempo específico tras el cual un dolor agudo se convierte en crónico; esto depende de cada dolor y de cada persona.

También hay que saber que el nivel de dolor de las personas que tienen la misma enfermedad o lesiones similares, puede variar mucho. Algunos pueden sufrir enormemente, mientras que otros ni siquiera sienten el dolor. El dolor es una experiencia subjetiva y de cada individuo.

EL DOLOR CRÓNICO

El **dolor crónico** es consecuencia de un cambio o enfermedad persistente en los tejidos, como por ejemplo la artritis, pero otras veces es consecuencia de una alteración o cambio en el propio sistema de alarma. Esto puede suceder, por ejemplo, si ha habido una lesión en los nervios. Existe un gran número de enfermedades específicas asociadas al **dolor nervioso** como la diabetes, problemas en los vasos sanguíneos, herpes y la mayoría de los tipos de cáncer. La cirugía de mama o en la zona del tórax, o la amputación de alguna extremidad, puede dejar un dolor parecido a una **sensación de quemazón** persistente o de **descargas eléctricas**.

Lo lógico es pensar que si tratamos la enfermedad que fue el origen de las molestias, el dolor desaparecerá. El principal problema lo encontramos cuando un dolor debería desaparecer pero no lo hace, o en otros casos, cuando la enfermedad no tiene tratamiento o simplemente no se encuentra el problema que causó el dolor.

Esta situación es más frecuente de lo que se puede pensar y en estos casos tratar y mitigar el dolor son los objetivos principales, aunque frecuentemente no desaparece del todo, siempre hay alternativas para disminuir la intensidad del dolor y mejorar la calidad de vida de la persona que lo sufre.

Algunos casos de dolor crónico son:

➤ **Cefaleas y migrañas**

Una vez hechos todos los exámenes y análisis para excluir una enfermedad cerebral grave, lo único que queda por hacer es tratar el dolor.

➤ **Dolor de espalda (asociado a la edad)**

En muchos casos de estos, los riesgos y resultados desaconsejan la cirugía, por lo que el único remedio es tratar el dolor.

➤ **Dolor artrósico**

Cuando las articulaciones ya están dañadas y la cirugía no es una opción viable, el control del dolor se convierte en el principal objetivo del tratamiento.

➤ **Dolor tras una lesión traumática**

Golpes, fracturas óseas, nervios desgarrados, torceduras musculares o un dolor persistente tras una operación... la causa del dolor puede estar clara, pero la única ayuda real es el alivio del dolor.

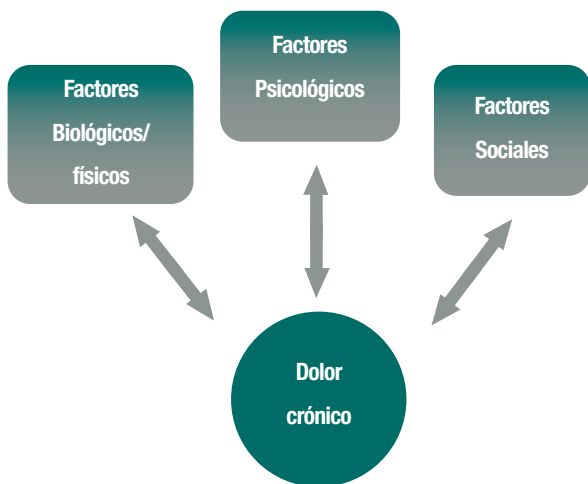
➤ **Dolor después de un herpes zóster**

Tras un herpes zóster generalmente se dañan los nervios y se puede producir un dolor crónico intenso que se convierte en el principal objetivo del tratamiento.

Es un error pensar que si la enfermedad original no puede ser curada, tampoco puede serlo el dolor. El tratamiento del dolor crónico requiere la atención de un especialista con experiencia en este campo, de la misma forma en que son fundamentales los conocimientos específicos para el tratamiento de la enfermedad original.

Para hacer frente al dolor hay que conocer más sobre él y es importante saber que a veces, con el paso del tiempo, al no experimentar mejoría, las personas tienden a volverse introvertidas y deprimirse, lo cual aumenta la soledad y el aislamiento social.

Factores que influyen o interaccionan con el dolor crónico



¿QUÉ HACER ANTE EL DOLOR?

El control del dolor es parte del tratamiento de cualquier enfermedad que curse con dolor. Es importante que hable de su dolor con el médico de atención primaria, él es quien mejor conoce su historia clínica y su entorno. Debe comentarle cualquier detalle que pueda ayudarle a descubrir la causa de su dolor y recomendarle el tratamiento más adecuado.



Dígale dónde le duele, qué intensidad siente, qué factores influyen para que su dolor empeore, cómo es su dolor: ardiente, agudo, sordo, como un cólico, punzante. . . , qué suele aliviar su dolor,...(Esta Agenda está pensada para facilitar

el seguimiento de cada paciente y para ayudarle a controlar su dolor – ver páginas posteriores).

El dolor puede ser aliviado.

Si el dolor continúa, y se considera necesario un diagnóstico del origen de su dolor, su médico le remitirá al especialista que considere más idóneo o directamente a un especialista del dolor (a una unidad de tratamiento del dolor).

Las **Unidades de Dolor** han sido establecidas en los últimos años para atender las necesidades de las personas que sufren dolor crónico. En estas unidades, los pacientes son tratados por profesionales de la salud expertos en problemas de dolor crónico intenso.

Las Unidades de Dolor ofrecen un tratamiento integral. Están formadas por equipos multidisciplinares o interdisciplinares, es decir: anestesiólogos, enfermeras, psicólogos...

En pacientes con dolor crónico intenso, el camino más efectivo suele ser la combinación de tratamientos. El dolor crónico es tan complejo que conlleva problemas físicos y psicológicos, por ello, su tratamiento también es complejo.

¿QUÉ TRATAMIENTOS ME PUEDEN OFRECER?

A veces el dolor se puede aliviar mediante analgésicos habituales, y desaparece en cuestión de horas o días, pero incluso los medicamentos más comunes, que suelen ser seguros y efectivos, pueden originar problemas como trastornos gastrointestinales, por ello siempre se debe consultar antes con el médico.

Clasificación del dolor

No todos los dolores se tratan con analgésicos, ni con el mismo tipo de analgésico. En la selección del tratamiento más adecuado, su médico tendrá en cuenta el tipo de dolor que sufre. Por ejemplo, el dolor producido por una lesión nerviosa tiene una expresión en forma de sensaciones eléctricas como calambres u hormigueo y se trata con una medicación diferente a la utilizada para otros tipos de dolor, como puede ser una torcedura o golpe en un tobillo.

Por ello, además de la clasificación del dolor según su duración (dolor agudo y dolor crónico) podemos distinguir según su causa, y por cómo se percibe:

El dolor **“nociceptivo”** es el dolor “conocido”. Lo podemos dividir en dolor **somático**, se llama así cuando afecta a la piel o más profundamente a los huesos, músculos o articulaciones. Se trata de un dolor constante, intenso, bien localizado, opresivo y/o punzante y en dolor **visceral**, que afecta a los órganos,

por ejemplo el dolor abdominal o de tórax. En este caso se trata de un dolor sordo, constante en cólico y difícil de localizar.

El dolor **“neuropático”** se produce por una lesión del sistema nervioso. Se percibe como quemazón, ardor, calambres, frío doloroso y a veces hasta molesta o duele con cosas tan inocuas como el roce de la ropa.

Además existe el dolor **“psicogénico”**. No se encuentran causas físicas que lo originen y los aspectos emocionales tienen una gran importancia.

Medicación

Hay una amplia variedad de tratamientos disponibles para paliar el dolor, aunque no todos los tratamientos funcionan por igual con cada persona debido a que el dolor es una experiencia individual. Los tratamientos deben ser siempre personalizados.



La medicación depende del tipo de dolor a tratar. Los medicamentos pueden ir desde el paracetamol, antiinflamatorios no esteroideos, fármacos anticonvulsivantes, antidepresivos, anestésicos locales, etc.

Los fármacos, en ocasiones, tienen unos efectos no deseados (efectos adversos), motivo por el cual su médico pensará cual es el tratamiento que para usted tendrá menos posibilidad de efectos adversos (o de crear problemas) y será mejor tolerado (según su edad, enfermedades asociadas, otros tratamientos...).

La medicación se administra siguiendo unas pautas establecidas, siempre con la menor dosis que pueda mantener una mejoría continua con mínimos efectos adversos. Las visitas de revisión se dedican a ajustar la dosis de la medicación o la sustitución por otra hasta que se obtengan resultados más satisfactorios.

Debe saber que algunos de los medicamentos pueden hacerle sentir sueño o mareo, estos efectos son pasajeros y generalmente desaparecen en pocos días. Normalmente este problema, si persiste, se resolverá cambiándole su médico la dosis o, si es necesario, el tipo de medicamento.

Los medicamentos "potentes" no deben de dejarse para después. Es importante tomar el medicamento que le ha indicado su médico y tal y como le ha recomendado que lo tome. Con el tiempo la cantidad de medicamentos puede variar y agregar o retirar otros.

Otras técnicas para el tratamiento del dolor

Muchas veces en las Unidades de Dolor, además de los medicamentos le ofrecerán otros tratamientos para controlar su dolor.

Hay muchas técnicas como infiltraciones, bloqueo de los nervios, catéteres epidurales o intratecales (que se colocan cerca de la zona dolorosa para administrar la medicación), estimulación de los nervios o la médula, etc. . .

Muchas de estas técnicas se realizan en sitios especiales porque necesitan de otros instrumentos de ayuda como rayos X o ecografía, que les da seguridad y más precisión.

Algunas de estas técnicas (como la estimulación medular o las bombas intratecales) son más complicadas y se realizan sólo si otros métodos más sencillos no han dado resultado.

Por supuesto que además de lo ya mencionado, su médico le puede indicar ejercicios y movimientos controlados de las extremidades con dolor para ayudar a restaurar la elasticidad de las articulaciones y músculos, para mejorar su calidad de vida.

Dado que el dolor puede tener un efecto mental sobre la vida del paciente, puede ser necesario además del tratamiento farmacológico, un **apoyo psicológico**.

Además de todos los tratamientos médicos mencionados, existen otros dirigidos al alivio del dolor crónico, como pueden ser el tratamiento quiropráctico y el osteopático (especializados en el tratamiento de las articulaciones), y métodos tradicionales chinos como la acupuntura. Si desea probar uno de estos métodos no dude en preguntar a su médico especialista en dolor. Él será la persona adecuada para aconsejarle sobre las terapias complementarias más adecuadas a su problema específico.





5

Diario del paciente

¿CÓMO UTILIZAR EL DIARIO?

En este diario encontrará:

- Hojas donde podrá describir cómo es su dolor y dónde se localiza (*1 por trimestre, ver Figura 1*).
- Tablas donde anotará, usted o su médico, el tratamiento que ha de seguir (*1 al mes, ver Figura 2*).
- Escalas para que indique la intensidad de su dolor y cómo afecta a su estado de ánimo, capacidad de trabajar, actividad general, sueño... (*1 a la semana, ver Figura 3*).

Indique cualquier detalle que observe y que luego quiera comentar con su médico, si siente molestias como náuseas, vómitos, estreñimiento, dificultad para conciliar el sueño.

Cumplir la pauta de tratamiento establecida por su médico, es el primer paso para la mejoría.

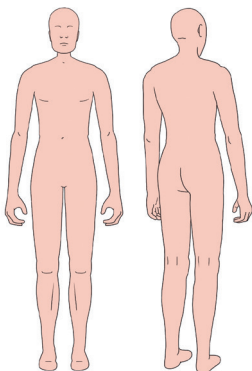
El tratamiento puede generar dudas y es conveniente comentarlas con su médico.

Lleve esta información con usted siempre que se reúna con su médico

DESCRIPCIÓN DEL DOLOR

Fecha

Indique el lugar o zona donde siente el dolor:



Descripción del dolor:

(indique lo que siente: dolor intenso, sordo, continuo, punzante, quemazón, calambres, cólico...)

.....

.....

.....

.....

¿Relaciona este dolor con algo en especial?

.....

.....

Figura 1

¿CÓMO DEBO TOMAR LA MEDICACIÓN PARA EL DOLOR?





FÁRMACO	DESAYUNO 	COMIDA 	MERIENDA 	CENA 
1.	H	H	H	H
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Figura 2

Mes

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor El peor dolor imaginable

Nivel de dolor actual

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

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

Sueño	Nada	Algo	Mucho
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

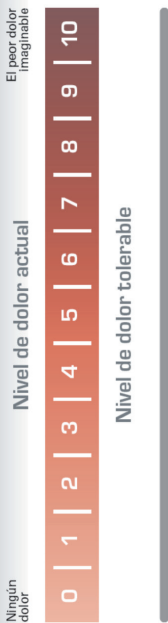
INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

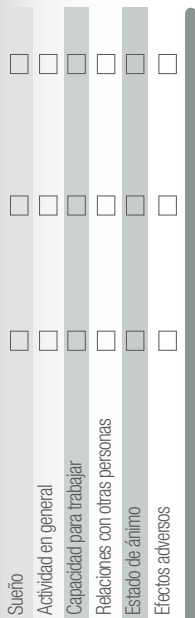
Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA



ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3



CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

> CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor El peor dolor imaginable

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

Nivel de dolor actual

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

Sueño	Nada	Algo	Mucho
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor

Nivel de dolor actual

El peor dolor imaginable

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

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

	Nada	Algo	Mucho
Sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

¿CÓMO DEBO TOMAR LA MEDICACIÓN PARA EL DOLOR?





FÁRMACO	DESAYUNO 	COMIDA 	MERIENDA 	CENA 
1.	H	H	H	H
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Figura 2

Mes

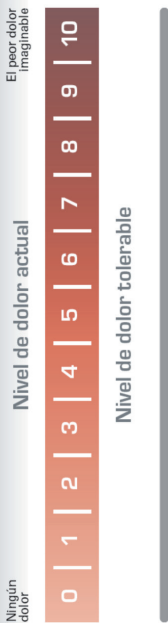
INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

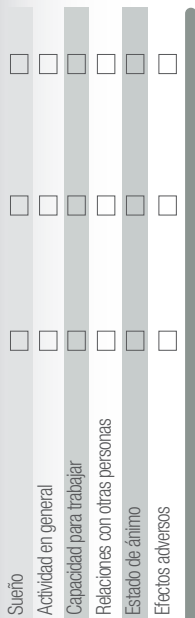
Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA



ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3



CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor El peor dolor imaginable

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

Nivel de dolor actual

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

Sueño	Nada	Algo	Mucho
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

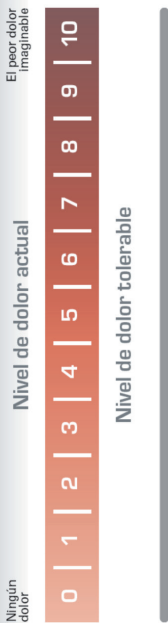
INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

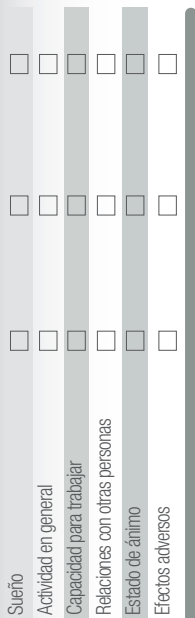
Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA



ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3



CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor El peor dolor imaginable

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

Nivel de dolor actual

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

Sueño	Nada	Algo	Mucho
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿CÓMO DEBO TOMAR LA MEDICACIÓN PARA EL DOLOR?




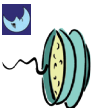
FÁRMACO	DESAYUNO 	COMIDA 	MERIENDA 	CENA 
1.	H	H	H	H
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Figura 2

Mes

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor El peor dolor imaginable

Nivel de dolor actual

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

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

Sueño	Nada	Algo	Mucho
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

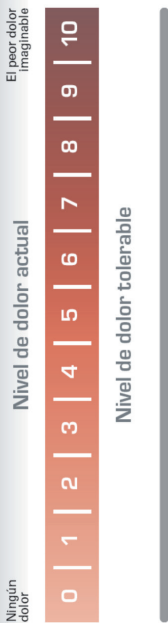
INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

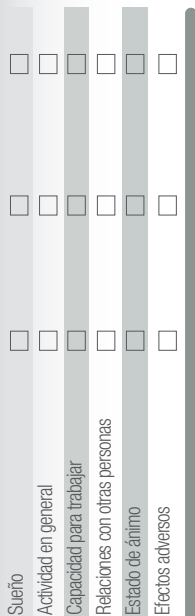
Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA



ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3



CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

> CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor El peor dolor imaginable

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

Nivel de dolor actual

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

Sueño	Nada	Algo	Mucho
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor

Nivel de dolor actual

El peor dolor imaginable

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

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

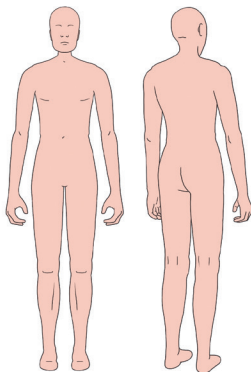
	Nada	Algo	Mucho
Sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

DESCRIPCIÓN DEL DOLOR

Fecha

Indique el lugar o zona donde siente el dolor:



Descripción del dolor:

(indique lo que siente: dolor intenso, sordo, continuo, punzante, quemazón, calambres, cólico...)

.....

.....

.....

.....

¿Relaciona este dolor con algo en especial?

.....

.....

Figura 1

¿CÓMO DEBO TOMAR LA MEDICACIÓN PARA EL DOLOR?





FÁRMACO	DESAYUNO 	COMIDA 	MERIENDA 	CENA 
1.	H	H	H	H
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Figura 2

Mes

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor El peor dolor imaginable

Nivel de dolor actual

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

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

Sueño	Nada	Algo	Mucho
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

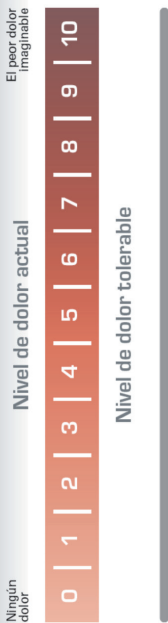
INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

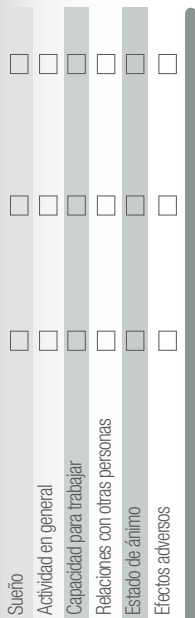
Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA



ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3



CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor El peor dolor imaginable

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

Nivel de dolor actual

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

Sueño	Nada	Algo	Mucho
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor

Nivel de dolor actual

El peor dolor imaginable

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

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

Nada

Algo

Mucho

Sueño

Actividad en general

Capacidad para trabajar

Relaciones con otras personas

Estado de ánimo

Efectos adversos

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

¿CÓMO DEBO TOMAR LA MEDICACIÓN PARA EL DOLOR?





FÁRMACO	DESAYUNO 	COMIDA 	MERIENDA 	CENA 
1.	H	H	H	H
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Figura 2

Mes

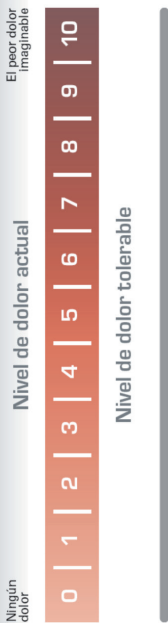
INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

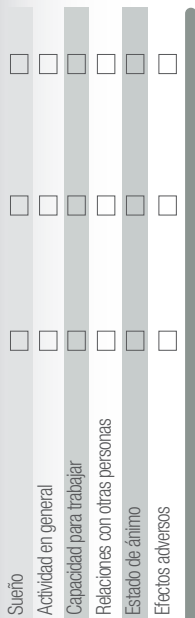
Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA



ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3



CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

> CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor El peor dolor imaginable

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

Nivel de dolor actual

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

Sueño	Nada	Algo	Mucho
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

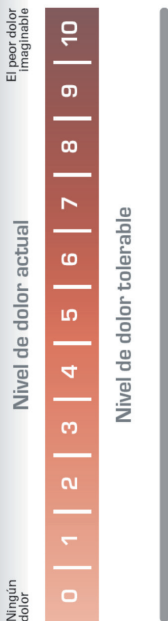
INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

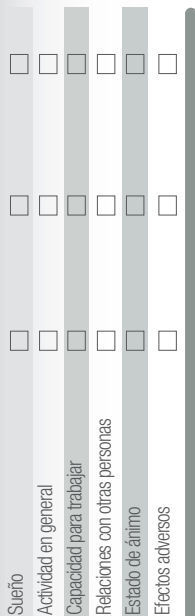
Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA



ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3



CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

> CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor El peor dolor imaginable

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

Nivel de dolor actual

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

Sueño	Nada	Algo	Mucho
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿CÓMO DEBO TOMAR LA MEDICACIÓN PARA EL DOLOR?





FÁRMACO	DESAYUNO 	COMIDA 	MERIENDA 	CENA 
1.	H	H	H	H
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Figura 2

Mes

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor El peor dolor imaginable

Nivel de dolor actual

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

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

Sueño	Nada	Algo	Mucho
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

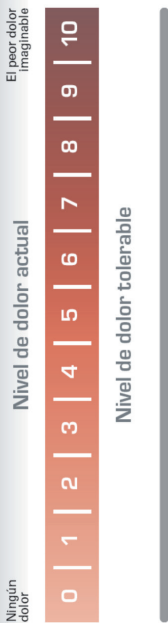
INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

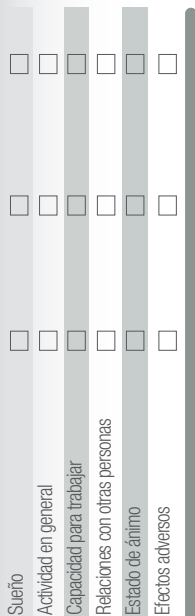
Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA



ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3



CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

> CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor El peor dolor imaginable

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

Nivel de dolor actual

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

Sueño	Nada	Algo	Mucho
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor

Nivel de dolor actual

El peor dolor imaginable

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

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

Nada

Algo

Mucho

Sueño

Actividad en general

Capacidad para trabajar

Relaciones con otras personas

Estado de ánimo

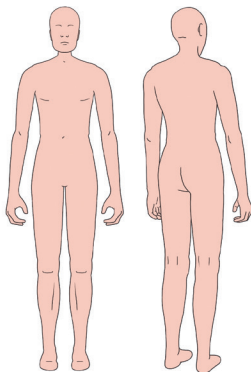
Efectos adversos

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

DESCRIPCIÓN DEL DOLOR

Fecha

Indique el lugar o zona donde siente el dolor:



Descripción del dolor:

(indique lo que siente: dolor intenso, sordo, continuo, punzante, quemazón, calambres, cólico...)

.....

.....

.....

.....

¿Relaciona este dolor con algo en especial?

.....

.....

Figura 1

¿CÓMO DEBO TOMAR LA MEDICACIÓN PARA EL DOLOR?





FÁRMACO	DESAYUNO 	COMIDA 	MERIENDA 	CENA 
1.	H	H	H	H
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Figura 2

Mes

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor El peor dolor imaginable

Nivel de dolor actual

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

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

Sueño	Nada	Algo	Mucho
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

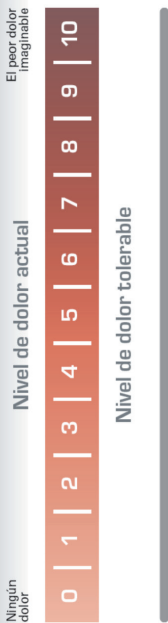
INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

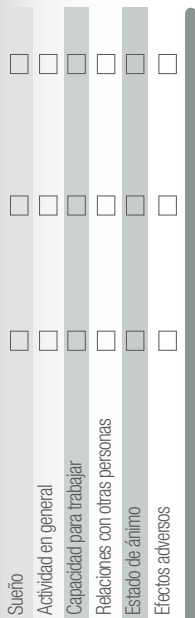
Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA



ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3



CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor El peor dolor imaginable

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

Nivel de dolor actual

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

Sueño	Nada	Algo	Mucho
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor

Nivel de dolor actual

El peor dolor imaginable

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

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

Sueño	Nada	Algo	Mucho
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

¿CÓMO DEBO TOMAR LA MEDICACIÓN PARA EL DOLOR?





FÁRMACO	DESAYUNO 	COMIDA 	MERIENDA 	CENA 
1.	H	H	H	H
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Figura 2

Mes

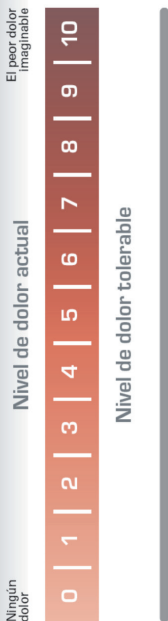
INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA



ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

Sueño	Nada	Algo	Mucho
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor El peor dolor imaginable

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

Nivel de dolor actual

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

Sueño	Nada	Algo	Mucho
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

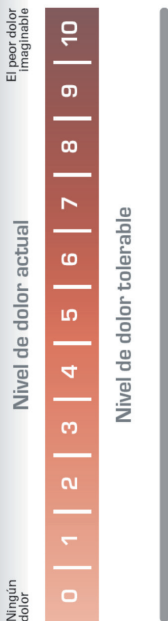
INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

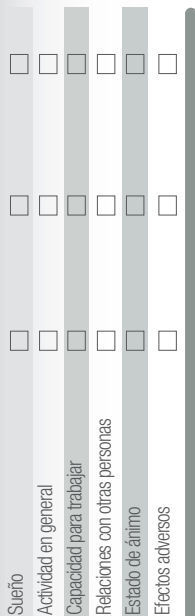
Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA



ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3



CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor El peor dolor imaginable

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

Nivel de dolor actual

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

Sueño	Nada	Algo	Mucho
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿CÓMO DEBO TOMAR LA MEDICACIÓN PARA EL DOLOR?





FÁRMACO	DESAYUNO 	COMIDA 	MERIENDA 	CENA 
1.	H	H	H	H
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Figura 2

Mes

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor El peor dolor imaginable

Nivel de dolor actual

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

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

Sueño	Nada	Algo	Mucho
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

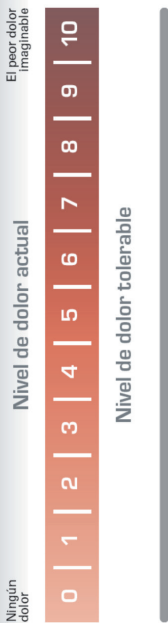
INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA



ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

Sueño	Nada	Algo	Mucho
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor El peor dolor imaginable

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

Nivel de dolor actual

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

Sueño	Nada	Algo	Mucho
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor

Nivel de dolor actual

El peor dolor imaginable

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

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

Nada

Algo

Mucho

Sueño

Actividad en general

Capacidad para trabajar

Relaciones con otras personas

Estado de ánimo

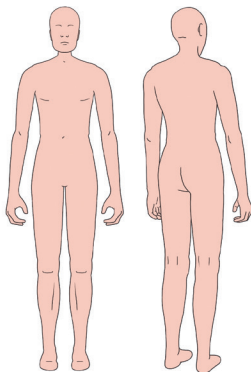
Efectos adversos

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

DESCRIPCIÓN DEL DOLOR

Fecha

Indique el lugar o zona donde siente el dolor:



Descripción del dolor:

(indique lo que siente: dolor intenso, sordo, continuo, punzante, quemazón, calambres, cólico...)

.....

.....

.....

.....

¿Relaciona este dolor con algo en especial?

.....

.....

Figura 1

¿CÓMO DEBO TOMAR LA MEDICACIÓN PARA EL DOLOR?





FÁRMACO	DESAYUNO 	COMIDA 	MERIENDA 	CENA 
1.	H	H	H	H
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Figura 2

Mes

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor El peor dolor imaginable

Nivel de dolor actual

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

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

Sueño	Nada	Algo	Mucho
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

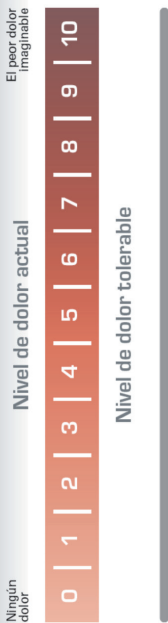
INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

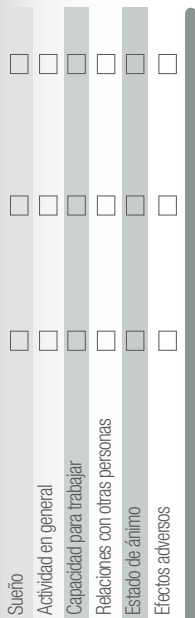
Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA



ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3



CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

> CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor El peor dolor imaginable

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

Nivel de dolor actual

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

Sueño	Nada	Algo	Mucho
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor

Nivel de dolor actual

El peor dolor imaginable

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

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

Nada

Algo

Mucho

Sueño

Actividad en general

Capacidad para trabajar

Relaciones con otras personas

Estado de ánimo

Efectos adversos

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

¿CÓMO DEBO TOMAR LA MEDICACIÓN PARA EL DOLOR?





FÁRMACO	DESAYUNO 	COMIDA 	MERIENDA 	CENA 
1.	H	H	H	H
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Figura 2

Mes

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor

Nivel de dolor actual

El peor dolor imaginable

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

Nivel de dolor tolerable

Sueño

Actividad en general

Capacidad para trabajar

Relaciones con otras personas

Estado de ánimo

Efectos adversos

Nada

Algo

Mucho

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

> CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor El peor dolor imaginable

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

Nivel de dolor actual

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

Sueño	Nada	Algo	Mucho
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

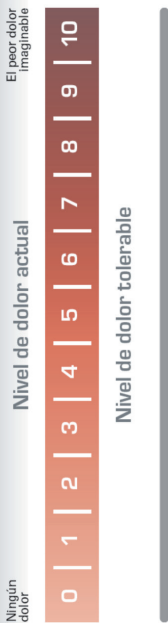
INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

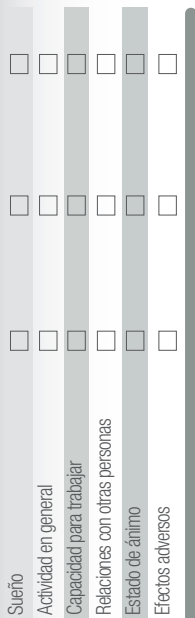
Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA



ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3



CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor El peor dolor imaginable

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

Nivel de dolor actual

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

Sueño	Nada	Algo	Mucho
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿CÓMO DEBO TOMAR LA MEDICACIÓN PARA EL DOLOR?





FÁRMACO	DESAYUNO 	COMIDA 	MERIENDA 	CENA 
1.	H	H	H	H
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Figura 2

Mes

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor El peor dolor imaginable

Nivel de dolor actual

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

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

Sueño	Nada	Algo	Mucho
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

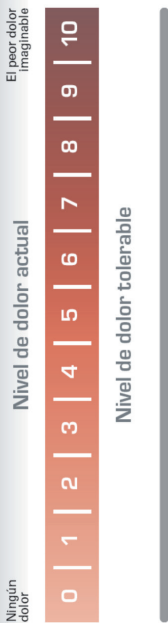
INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

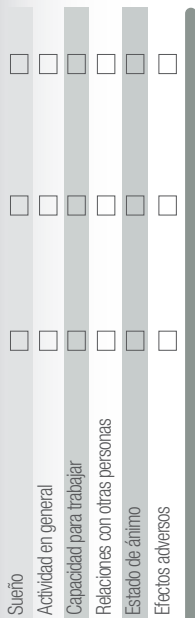
Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA



ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3



CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor

Nivel de dolor actual

El peor dolor imaginable

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

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

Sueño	Nada	Algo	Mucho
Actividad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INTENSIDAD DEL DOLOR

Semana del al

La mayor parte de la semana, me he sentido:

Señale el número donde considera que se sitúa su dolor actual

CHANGE PAIN® ESCALA

Ningún dolor

Nivel de dolor actual

El peor dolor imaginable

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

Nivel de dolor tolerable

ESCALA DE
INTENSIDAD
DEL DOLOR

Figura 3

Nada

Algo

Mucho

Sueño

Actividad en general

Capacidad para trabajar

Relaciones con otras personas

Estado de ánimo

Efectos adversos

CUESTIONARIO
BREVE
DEL DOLOR

HÁBITOS SALUDABLES FRENTE AL DOLOR

- Mantener **actividad física y mental** haciendo algo de ejercicio diario, como caminar, nadar, leer, etc.
- Para el dolor de espalda, mantener siempre una **postura correcta** al sentarse, al caminar, en la cama (ver página siguiente) y utilizar calzado adecuado.
- Es importante **aprender a relajarse**: controlando la respiración, propiciando un ambiente con luz adecuada, etc.
- Mantener la **actividad social**, relacionarse con la familia y amigos.

Si debe abandonar una actividad con la que habitualmente disfruta, intente reemplazarla con algo que le estimule o le distraiga mentalmente.

- El dolor crónico afecta no sólo al que lo sufre, sino a todos aquellos que le rodean, especialmente a la familia más cercana. Intente compartir sus sentimientos negativos con los médicos, y guarde los buenos momentos para compartirlos con su familia y amigos.

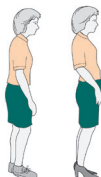
HIGIENE POSTURAL para pacientes con dolor de ESPALDA

DE PIE

BIEN



MAL



- Repartir el peso del cuerpo en ambos pies teniendo las piernas estiradas.
- Mantener la espalda recta, respetando la curvatura natural de la espalda y la cabeza con la vista al frente.

SENTADO

BIEN



MAL



- Apoyar los dos pies en el suelo y mantener las rodillas flexionadas en un ángulo de unos 90°.
- Sentarse hacia atrás de la silla, no en la punta, para así reposar la espalda en el respaldo y proteger la zona lumbar.
- Procurar tener siempre la espalda lo más recta posible sin encorvarla.

TRABAJANDO

BIEN



MAL



BIEN



MAL



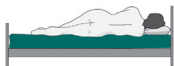
- Ya sea de pie o sentado hay que tener muy en cuenta la altura de la mesa y la distancia entre nosotros y la misma para no estar inclinados, manteniendo la espalda recta.

Gema San José. Fisioterapeuta

HIGIENE POSTURAL para pacientes con dolor de ESPALDA

DURMIENDO

BIEN



- Debemos elegir un colchón de dureza media.

Un colchón muy blando hace que el cuerpo se hunda en él y la columna se curve y uno excesivamente duro no respeta las formas naturales del cuerpo.

MAL



- Las almohadas no deben ser demasiado altas para evitar tener el cuello inclinado.



LEVANTAR Y TRANSPORTAR PESO

- Para transportar cualquier objeto pesado como bolsas, mochilas,.. se debe evitar cargarlo en un solo lado del cuerpo, siempre se debe transportar equilibrando el peso en los dos lados del cuerpo, para evitar la curvatura de la espalda.

MAL



BIEN



- Para levantar una carga de manera correcta debemos:

1. Colocamos con los pies separados a nivel de los hombros y lo más cerca posible de la carga.



2. Flexionar la espalda (agacharnos) y tomar la carga.



3. Una vez elevada debemos mantenerla siempre cercana al cuerpo y nunca hacer giros de columna con la carga en los brazos.



A TENER EN CUENTA

- **El control del dolor es parte de su tratamiento.** Hable abiertamente con su médico y con los profesionales de la salud sobre su dolor para que puedan conocer lo que siente exactamente y le ayuden a controlarlo. Es importante que lleve un registro del dolor día a día, semana a semana para comentarlo con su médico.

La mejor manera de controlar el dolor es evitar que empiece o empeore.

- **El dolor puede ser aliviado.** Hay muchos tratamientos para el control del dolor, pero siempre deben ser **personalizados**.
- **Debe tomar siempre la medicación que le recete su médico** y en la cantidad y frecuencia que le indique. De esta forma el tratamiento será más efectivo.
- **No debe abandonar el tratamiento** aunque ya se sienta bien. Espere a que se lo indique su médico.
- Se debe **tener precaución** a la hora de tomar otros medicamentos, y advertir a su médico si le tienen que recetar medicación por otro tipo de enfermedad o trastorno (ya que existen algunas posibilidades de interacción).



A large white rounded rectangle with 22 horizontal teal lines, serving as a writing area for notes.



Teléfonos y contactos de interés



ANOTE el nombre de su médico, la dirección y el teléfono de la consulta, si lo conoce:

Dr/a _____

Dirección de la consulta _____

Teléfono _____

Atención domiciliaria del Centro de Salud que le corresponda:

EMERGENCIAS - Número único europeo **112**

Urgencias Toxicológicas - Servicio Permanente **91 562 04 20**

Otros teléfonos _____

• **Sociedad Española de Dolor (área de pacientes)** •

<http://www.sedolor.es/>



CHP 110108

DOLOR.
com

www.dolor.com