Cuestionario Breve Para La Evaluación Del Dolor

Pain Research Group
Department of Neurology
University of Wisconsin - Madison
Medical School

© copyright 1991

Revised 7/95

PROTOCOL # _____ INSTITUTION _____

PATIENT SEQUENCE # _____ HOSPITAL CHART # _____

NO ESCRIBA SOBRE ESTA LINEA

Cuestionario Breve Para La Evaluación Del Dolor

Fecha: ___/___/___

Apellido: _____ Nombre: _____

Teléfono: ( ) _____ Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino

Fecha de Nacimiento: __/___/___

1) Estado Civil (actual)

1. ☐ Soltero(a)
2. ☐ Casado(a)
3. ☐ Viudo(a)
4. ☐ Separado(a)/Divorciado(a)

2) Educación (Marque con un círculo el máximo nivel de estudios que haya alcanzado)

Grado/Curso Escolar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	10	11	12	13	14	15	16	Maestría.		

Título obtenido (por favor, especifique) _____

3) Ocupación actual _____

(Especifique la posición; si actualmente no trabaja, indique su última ocupación)

4) Actividad de su esposo(a) _____

5) ¿Cuál de las siguientes definiciones se adapta mejor a su ocupación actual?

1. ☐ Empleado fuera de casa de tiempo completo
2. ☐ Empleado fuera de casa de tiempo parcial
3. ☐ Labores de la casa
4. ☐ Jubilado(a)
5. ☐ Desempleado(a)
6. ☐ Otro

6) ¿Cuánto tiempo hace que sabe el diagnóstico de su enfermedad? _____ meses

7) ¿Ha tenido dolor a causa de su enfermedad actual?

1. ☐ Sí
2. ☐ No
3. ☐ No estoy seguro(a)

8) ¿Era el dolor uno de los síntomas cuando se hizo el diagnóstico de su enfermedad?

1. ☐ Sí 2. ☐ No 3. ☐ No estoy seguro(a)

9) ¿Tuvo alguna intervención quirúrgica en el mes pasado? 1. ☐ Sí 2. ☐ No

Si su respuesta fue Sí, ¿qué clase de cirugía? _____

10) Todos hemos tenido dolor alguna vez en nuestra vida (por ejemplo, dolor de cabeza, contusiones, dolores de dientes). ¿En la última semana, ha sentido un dolor distinto a estos dolores comunes?

1. ☐ Sí 2. ☐ No

10a) ¿Ha tomado usted medicamentos en los últimos 7 días?

1. ☐ Sí 2. ☐ No

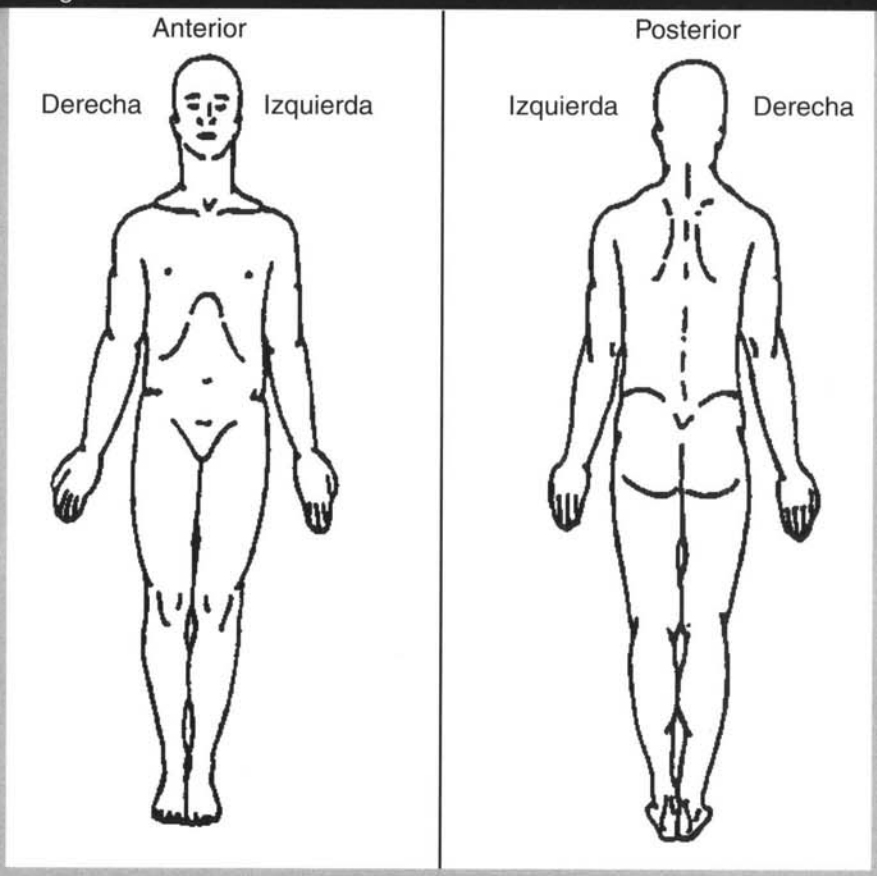
10b) Siento que ahora tengo alguna forma de dolor que requiere medicamentos cada día.

1. ☐ Sí 2. ☐ No

Si sus respuestas a las preguntas 10, 10a, y 10b fueron todas No, POR FAVOR PARE AQUI y pase a la última pagina del cuestionario y firme donde se indica, en la parte de abajo de la página.

Si alguna de sus respuestas a las preguntas 10, 10a, y 10b fue Sí, POR FAVOR, CONTINUE.

11) Indique en el dibujo, con un lápiz, donde siente el dolor. Indique con una "X" la parte del cuerpo en la cual el dolor es más grave.



12) Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad máxima de dolor sentido en la última semana.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún Dolor										El Peor Dolor Imaginable

13) Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad mínima de dolor sentido en la última semana.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún Dolor										El Peor Dolor Imaginable

14) Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad media de dolor sentido en la última semana.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún Dolor										El Peor Dolor Imaginable

15) Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad de su dolor actual.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún Dolor										El Peor Dolor Imaginable

16) ¿Qué cosas alivian su dolor (calor, reposo, medicamento, etc.)?

_____

_____

17) ¿Qué cosas empeoran su dolor (por ejemplo, caminar, estar de pie, levantar peso)?

_____

_____

18) ¿Qué tratamiento o medicamento recibe para su dolor?

_____

_____

19) En la última semana, ¿cuánto alivio ha sentido con el tratamiento o con el medicamento? Indique con un círculo el porcentaje que mejor se adapta a su alivio.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Ningún Alivio										Alivio Total

20) Si usted toma un medicamento, ¿cuántas horas pasan antes de que vuelve a sentir dolor?

1. ☐ El medicamento no alivia nada
2. ☐ Una hora
3. ☐ Dos horas
4. ☐ Tres horas
5. ☐ Cuatro horas
6. ☐ Cinco a doce horas
7. ☐ Más de doce horas
8. ☐ No tomo medicamentos para el dolor

21) Por favor, verifique la respuesta adecuada a cada una de las siguientes secciones. Creo que mi dolor se debe a:

☐ Sí ☐ No 1. Los efectos de tratamiento para mi cáncer (por ejemplo, medicamentos, cirugía, irradiación, dispositivo prostático)

☐ Sí ☐ No 2. Mi enfermedad principal (es decir, la enfermedad que en la actualidad está siendo tratada y evaluada

☐ Sí ☐ No 3. Una condición médica no relacionada a la enfermedad principal (por ejemplo, artritis).

Describa dicha condición: _____

22) Para cada una de la siguientes palabras, marque Sí o No si el adjectivo describe su dolor.

Continuo	☐ Sí	☐ No
Palpitante	☐ Sí	☐ No
Difuso	☐ Sí	☐ No
Punzante	☐ Sí	☐ No
Como Calambre	☐ Sí	☐ No
Agudo	☐ Sí	☐ No
Sensible al Tacto	☐ Sí	☐ No
Quemante	☐ Sí	☐ No
Agotador	☐ Sí	☐ No
Fatigador	☐ Sí	☐ No
Penetrante	☐ Sí	☐ No
Fastidioso	☐ Sí	☐ No
Sordo	☐ Sí	☐ No
Miserable	☐ Sí	☐ No
Insoportable	☐ Sí	☐ No

23) Haga un círculo alrededor del número que mejor describe la manera en que el dolor ha interferido, durante la última semana, con su:

A. Actividad en general

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										Interfiere por Completo

B. Estado de ánimo

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										Interfiere por Completo

C. Capacidad de caminar

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										Interfiere por Completo

D. Trabajo normal (ya sea en casa o afuera)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										Interfiere por Completo

E. Relaciones con otras personas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										Interfiere por Completo

F. Sueño

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										Interfiere por Completo

G.Capacidad de diversión

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										Interfiere por Completo

24) Prefiero tomar mi medicamento para el dolor:

1. ☐ Regularmente
2. ☐ Sólo cuando es necesario
3. ☐ No tomo medicamento para el dolor

25) Tomo mi medicamento para el dolor (en un período de 24 horas):

1. ☐ No todos los días
2. ☐ 1 a 2 veces al día
3. ☐ 3 a 4 veces al día
4. ☐ 5 a 6 veces al día
5. ☐ Más de 6 veces al día

26) ¿Cree usted que necesita un tipo de medicamento más fuerte?

1. ☐ Sí
2. ☐ No
3. ☐ Inseguro(a)

27) ¿Cree usted que necesita tomar más medicamentos para el dolor de los que su médico le ha recetado?

1. ☐ Sí
2. ☐ No
3. ☐ Inseguro(a)

28) ¿Le preocupa estar usando demasiados medicamentos para el dolor?

1. ☐ Sí
2. ☐ No
3. ☐ Inseguro(a)

Si su respuesta fue Sí, explique por qué _____

_____

29) ¿Tiene usted problemas con los efectos secundarios derivados de sus medicamentos para el dolor?

1. ☐ Sí
2. ☐ No

¿Cuáles efectos secundarios? _____

30) ¿Cree usted que necesita recibir información adicional sobre sus medicamentos para el dolor?

1. ☐ Sí
2. ☐ No

31) Otros métodos que uso para aliviar mi dolor incluyen: (por favor, marque todos los que correspondan)

Compresas calientes ☐ Compresas frías ☐ Técnicas de relajamiento

Distracción ☐ Retroalimentación biológica ☐ Hipnosis

Si hay otra causa ☐ Especifique _____

32) Los medicamentos que tomo que no son recetados por mi médico, son:

_____

_____

33) ¿En la última semana, ha tenido usted que acudir a un centro de salud o algún otro sitio de forma no planeada o de emergencia debido específicamente a algún dolor no aliviado?

1. ☐ Sí 2. ☐ No

33a) Si su respuesta fue Sí, indique por favor cuántas veces solicitó atención en cada uno de los lugares mencionados a continuación:

Sala de emergencia de un hospital _____
Clínica hospitalaria _____
Tratamiento clínico inmediato
o clínica ambulatoria (no se requiere cita) _____
Consultario médico _____
Farmacia _____
Tienda (Supermercado, etc.) _____
Otro _____
(Especifique por favor:) _____

33b) ¿Encontró alivio a su dolor mediante estas visitas no planeadas o emergencias?

1. ☐ Sí 2. ☐ No

Firma del Paciente _____

Gracias por su participación.