

# Lista de materiales

Los materiales creados especialmente para el Proyecto de educación de médicos practicantes (PPE, por su sigla en inglés) pueden ser fotocopiados tales como son, es decir, sin una autorización específica.

**Por favor, tenga en cuenta que los materiales que indican que el derecho de propiedad intelectual no pertenece al proyecto del PPE no podrán ser fotocopiados sin el consentimiento particular del propietario del derecho de propiedad intelectual.**

Todos los materiales usados en el modelo clínico se enumeran a continuación. El objeto o el contenido de cada material se indica brevemente en cursiva.

<b>Materiales profesionales</b>	Admisión hospitalaria, riesgo quirúrgico y examen físico: el dolor <i>Es un formulario para anotar los resultados iniciales de un paciente con dolor crónico.</i>	Archivo Material 1
	Planilla de seguimiento del dolor <i>Es un formulario para anotar los resultados actuales de un paciente con dolor crónico.</i>	Material 2
<b>Formularios para el paciente</b>	Historial médico <i>Recolecta información provista por la familia o el paciente en el examen inicial.</i>	Material 3
	Diario del dolor <i>La información provista por el paciente cada día sobre los problemas del dolor crónico después de la visita inicial.</i>	Material 4
	Escala de depresión geriátrica (formulario breve) <i>La escala de clasificación de la depresión de Yes Average, con instrucciones para asignar el puntaje.</i>	Material 5
	Cuestionario de seguimiento del dolor crónico <i>Recolecta la información provista por la familia o el paciente durante la visita de control.</i>	Material 6

**Folletos para el paciente**

La evaluación y el manejo del dolor crónico <i>Brinda una introducción general al modo de evaluar y manejar el dolor crónico.</i>	Material 7
Cómo llevar el diario del dolor crónico <i>Explica cómo llenar el diario del dolor crónico</i>	Material 8
El uso de medicamentos para el dolor crónico <i>Brinda una introducción general a las medicinas usadas para tratar el dolor crónico.</i>	Material 9
Cómo vivir bien si padece dolor crónico <i>Brinda una introducción general sobre cómo vivir bien con un dolor crónico.</i>	Material 10
Cómo hacer ejercicios si padece dolor crónico <i>Da consejos generales sobre cómo hacer ejercicios.</i>	Material 11
Cómo estirarse <i>Describe los estiramientos cuando se hacen ejercicios.</i>	Material 12
Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (NSAID, por su sigla en inglés) <i>Brinda una introducción general a los fármacos antiinflamatorios no esteroideos.</i>	Material 13
Los opioides y el dolor crónico <i>Brinda una introducción general al uso de opioides para tratar el dolor crónico.</i>	Material 14
Los antidepresivos para el dolor crónico <i>Brinda una introducción general a los antidepresivos que se pueden usar para tratar pacientes con dolor crónico.</i>	Material 15
El manejo del estreñimiento <i>Brinda una introducción general al modo de tratar el estreñimiento cuando se toman opioides.</i>	Material 16

**Folletos para  
el paciente  
(continuación)**

El tratamiento del dolor sin píldoras Material 17

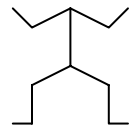
*Describe métodos alternativos para tratar el dolor crónico.*

La atención del dolor: la Declaración de Derechos y Garantías Material 18

*Describe el tipo de tratamiento para el dolor que una persona debe esperar.*



<b>Historial familiar</b> <i>(Marque con un círculo lo que corresponda.)</i> Diabetes Artritis Depresión Ansiedad Trastornos neurológicos	<b>Positivos (historial médico anterior, Revisión de sistemas, otros)</b>	
---	---	--

<b>Signos vitales</b> PS sentado ____      P ____      T ____      Peso ____ libras      Altura ____ pulg.																															
<b>Ojos</b> <input type="checkbox"/> Párpados y conjuntivas normales Pupilas <input type="checkbox"/> Pupilas simétricas y reactivas Fondo <input type="checkbox"/> Elementos positivos y discos normales Visión <input type="checkbox"/> Agudeza y áreas de visión intactas	<b>Marcha</b> <input type="checkbox"/> Prueba de postura y marcha normales <b>Extremidades</b> <input type="checkbox"/> Sin edemas  <i>Marque si es normal, haga un círculo si es de anormal Movimiento</i> <table border="1" data-bbox="820 892 1485 1144"> <thead> <tr> <th></th> <th>Margen</th> <th>Fuerza</th> <th>Tono</th> <th>Sensorial</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Brazo derecho</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Brazo izquierdo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pierna derecha</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pierna izquierda</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Columna dorsal/ Espalda</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Margen	Fuerza	Tono	Sensorial	Brazo derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brazo izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pierna derecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pierna izquierda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Columna dorsal/ Espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Margen	Fuerza	Tono	Sensorial																											
Brazo derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Brazo izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Pierna derecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Pierna izquierda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Columna dorsal/ Espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<b>Oídos, nariz y garganta</b> <input type="checkbox"/> Sin cicatrices, lesiones ni protuberancias Otoscópico <input type="checkbox"/> Canales y membranas del tímpano normales Audición <input type="checkbox"/> Normal a _____ Intranasal <input type="checkbox"/> mucosa, septum y turbinato normales Oral ant. <input type="checkbox"/> Dientes normales Orofaringe <input type="checkbox"/> Lengua, paladar y faringe normales	<b>Cognición</b> <input type="checkbox"/> Espectro cognitivo normal – Prueba: _____ Atención <input type="checkbox"/> nivel de atención y estado de alerta normales Nervios craneales <input type="checkbox"/> sin gran déficit Coordinación <input type="checkbox"/> movimiento alternativo rápido normal Reflejos profundos del tendón (DTR, en inglés) <input type="checkbox"/> simétricos, _____ (escala 0-4+) Sensación <input type="checkbox"/> propiocepción y tacto normales Carácter <input type="checkbox"/> espectro normal. Escala de deterioro global (GDS, en inglés): _____/15  																														

<p><b>Palpación del cuello</b></p> <p><input type="checkbox"/> Simétrico y sin protuberancias</p> <p>Tiroides <input type="checkbox"/> Sin agrandamiento ni sensibilidad</p> <p>Trastorno de la vena yugular (JVD, en inglés) <input type="checkbox"/> Ninguno <i>v-srodiac</i></p>	<p><b>Área corporal adolorida:</b> _____</p> <p>Examen:</p> <p>Palpación:</p> <p>Fortaleza:</p> <p>Sensación:</p> <p>Función:</p>
<p><b>Esfuerzo resp.</b> <input type="checkbox"/> Normal sin retracciones</p> <p>Percusión torácica <input type="checkbox"/> Sin mudez ni resonancia</p> <p>Palpación torácica <input type="checkbox"/> Sin fremito</p> <p>Auscultación <input type="checkbox"/> Sonidos respiratorios bilaterales normales, sin estertores</p>	<p><b>Área corporal adolorida:</b> _____</p> <p>Examen:</p> <p>Palpación:</p> <p>Fortaleza:</p> <p>Sensación:</p> <p>Función:</p>
<p><b>Palpación cardíaca</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ubicación y tamaño normales</p> <p>Ausc. cardíaca <input type="checkbox"/> Sin soplo cardíaco, galope ni frote</p> <p>Carótidas <input type="checkbox"/> Intensidad normal sin ruido</p> <p>Pulsos pedios <input type="checkbox"/> Pulso tibial posterior y pedio normales</p>	<p><b>GU masculino</b> <input type="checkbox"/> inspección y palpación normales</p> <p>Próstata <input type="checkbox"/> tamaño normal sin nódulos</p>
<p><b>Senos</b> <input type="checkbox"/> Examen y palpación normales</p> <p><b>Abdomen</b> <input type="checkbox"/> sin masas ni zonas blandas</p> <p>Hígado/Páncreas <input type="checkbox"/> sin expansión del hígado o el páncreas</p> <p>Hernia <input type="checkbox"/> no se identificó una hernia</p> <p>Ano/Recto <input type="checkbox"/> normal y sin masas</p>	<p><b>GU femenino</b> <input type="checkbox"/> genitales externos normales sin lesiones</p> <p>Examen interno <input type="checkbox"/> vejiga, uretra y vagina normales</p> <p>Cuello del útero <input type="checkbox"/> aspecto normal sin flujo</p> <p>Útero <input type="checkbox"/> tamaño y posición normales sin zonas blandas</p> <p>Adnexa <input type="checkbox"/> sin masas ni zonas blandas</p>
<p><b>Ganglios linfáticos</b></p> <p><input type="checkbox"/> cuello y axilas normales</p> <p>Lymph otras <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Descripción adicional de los resultados positivos</b></p>

<p><b>Evaluación</b></p>	<p><b>Materiales educativos</b>  <i>(Marque los materiales entregados)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> La evaluación y el manejo del dolor crónico</li> <li><input type="checkbox"/> Cómo llevar el diario del dolor</li> <li><input type="checkbox"/> El uso de medicamentos para el dolor crónico</li> <li><input type="checkbox"/> Cómo vivir bien si padece dolor crónico</li> <li><input type="checkbox"/> Cómo hacer ejercicios si padece dolor crónico</li> <li><input type="checkbox"/> Cómo estirarse</li> </ul>
<p><b>Plan</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (NSAID, por su sigla en inglés)</li> <li><input type="checkbox"/> Los opioides y el dolor crónico</li> <li><input type="checkbox"/> Los antidepresivos para el dolor crónico</li> <li><input type="checkbox"/> El manejo del estreñimiento</li> <li><input type="checkbox"/> El tratamiento del dolor sin píldoras</li> <li><input type="checkbox"/> La atención del dolor: la Declaración de Derechos y Garantías</li> </ul>

# Planilla de seguimiento del dolor

Nombre \_\_\_\_\_

## Planilla del dolor

	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
Máximo dolor								
Dolor habitual								
Comparado con el último								
Satisfacción								
Puntaje de discapacidad								
Revisión de sistemas								
Medicinas para el dolor/Cantidad por día								
Cambios de medicamentos								



# Historial médico

## ***Instrucciones***

Para poder manejar su dolor de la mejor manera posible, su doctor necesita información de su historial médico, incluidos los problemas actuales y pasados; medicamentos; hábitos de salud; e historial familiar. Por favor, responda de la mejor manera posible a las preguntas sobre cómo se siente. La información sobre su historial médico pasado se puede recolectar tanto de usted como de sus familiares.

***Mi nombre es:*** \_\_\_\_\_ ***Fecha:*** \_\_\_\_\_

***Mi número telefónico es:*** \_\_\_\_\_

## **Cuestionario de los antecedentes del dolor**

Por favor, responda las siguientes preguntas de la mejor manera posible:

1. ¿Dónde le duele? (Por ejemplo: rodillas, coyunturas, espalda, cabeza). ¿Parece que el dolor se irradia a otros lugares?
2. ¿Cómo y cuándo comenzó el dolor?
3. Cuéntenos todo lo que pueda sobre el dolor:  
¿Cómo es (sensación de quemazón, hormigueo, un dolor que se irradia a otros lugares, punzante, un malestar), a qué hora del día ocurre, por qué empieza, qué lo empeora y qué lo alivia?
4. Por favor, cuéntenos todo lo que usted sabe sobre las evaluaciones previas de su dolor, en particular, las radiografías, resonancias magnéticas u otros procedimientos que se le hayan hecho para detectar la causa.



## Cuestionario sobre el dolor crónico

Por favor, elija la respuesta más apropiada para cada pregunta.

1. ¿Cuánto le duele cuando camina?

**Para nada**                      **Un poco**                      **Moderadamente**                      **Mucho**

2. ¿Cuánto lo afecta su dolor al disfrutar su vida (sus amistades, sus viajes, sus pasatiempos y su trabajo)?

**Para nada**                      **Un poco**                      **Moderadamente**                      **Mucho**

3. ¿Cuánto le duele cuando va de compras?

**Para nada**                      **Un poco**                      **Moderadamente**                      **Mucho**

4. ¿Cuánto le duele cuando maneja?

**Para nada**                      **Un poco**                      **Moderadamente**                      **Mucho**

5. ¿Cuánto interfiere el dolor con su capacidad de hacer ejercicios?

**Para nada**                      **Un poco**                      **Moderadamente**                      **Mucho**

6. ¿Cuánto le duele cuando toma un baño?

**Para nada**                      **Un poco**                      **Moderadamente**                      **Mucho**

7. ¿Cuánto interfiere el dolor para llegar al baño a tiempo?

**Para nada**                      **Un poco**                      **Moderadamente**                      **Mucho**

8. ¿Cuánto afecta el dolor su capacidad de pensar claramente?

**Para nada**                      **Un poco**                      **Moderadamente**                      **Mucho**

9. ¿Cuánto interfiere el dolor con su sueño?

**Para nada**                      **Un poco**                      **Moderadamente**                      **Mucho**

10. ¿Cuánto afecta el dolor su apetito?

**Para nada**                      **Un poco**                      **Moderadamente**                      **Mucho**

11. ¿Cuánto afecta el dolor su carácter y ánimo?

**Para nada**                      **Un poco**                      **Moderadamente**                      **Mucho**

12. ¿Cuánto interfiere el dolor con sus relaciones familiares y sus amigos?

**Para nada**                      **Un poco**                      **Moderadamente**                      **Mucho**

13. ¿Cuánto afecta el dolor su energía?

**Para nada**                      **Un poco**                      **Moderadamente**                      **Mucho**

**Historial médico  
pasado**

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas o estados de salud? En caso afirmativo, ¿cuándo se detectó por primera vez?

<b>Problema</b>	<b>¿Cuándo?</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Dolor de cabeza	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos/Enfermedades de las coyunturas de la mandíbula inferior (TMJ, por su sigla en inglés)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de muelas	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cuello	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas para tragar	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas pulmonares crónicos	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en el pecho	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardiacos	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas estomacales/intestinales	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en la pelvis	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromialgia	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de hombros/brazos	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de espalda	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de caderas/rodillas	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor muscular	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos del sistema nervioso	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerviosismo, ataques de pánico	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas para dormir	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de hígado o renales	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Historial médico actual**

Por favor, enumere los problemas médicos que lo afectan actualmente o por los cuales está recibiendo tratamiento ahora.

<b>Problema</b>	<b>¿Cuándo comenzó?</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Historial psiquiátrico**

Por favor, indique todos los trastornos o tratamientos psiquiátricos que haya tenido, con la fecha aproximada de inicio de cada uno.

<b>Trastorno o tratamiento</b>	<b>Fecha</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Cirugías**

Por favor, detalle todas las cirugías con las fechas respectivas.

<b>Cirugía</b>	<b>Fecha</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Hospitalizaciones** Enumere los motivos de las hospitalizaciones en los últimos 10 años y el mes/año cuando tuvieron lugar.

<b>Motivo</b>	<b>Mes/Año</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Historial familiar**

Por favor, indique qué miembros de su familia han tenido alguno de los siguientes problemas médicos (aclare el parentesco con usted, no el nombre).

<b>Problema</b>	<b>Familiar(es)</b>
Diabetes	_____
Artritis	_____
Depresión	_____
Ansiedad	_____
Trastornos del sistema nervioso	_____
Problemas de dolor	_____

**Hábitos de salud**

Si usted ha fumado alguna vez, ¿cuántos paquetes por día y por cuántos años?

\_\_\_\_\_

Si ya no fuma, ¿cuándo dejó de hacerlo?

¿Consumió drogas alguna vez?

\_\_\_\_\_ No      \_\_\_\_\_ Sí

¿Bebe bebidas alcohólicas la mayoría de los días?

\_\_\_\_\_ No      \_\_\_\_\_ Sí

En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas por día toma usualmente?

(1 bebida es 1 cerveza, 6 onzas de vino o 2 onzas de bebidas fuertes)

\_\_\_\_\_

¿Ha bebido usted en exceso alguna vez (6 tragos por día o más)?

\_\_\_\_\_ No      \_\_\_\_\_ Sí



## **Historial de ejercicios**

En los últimos meses, ¿cuánto tiempo pasó cada semana haciendo ejercicios al menos moderados?

Menos de 15 min.	15 – 60 min.	60 – 120 min.	Más de 120 min.
---------------------	--------------	---------------	--------------------

*Un ejercicio moderado puede ser caminar, montar en bicicleta, nadar o hacer el trabajo pesado de la casa (pasar la aspiradora, limpiar). Por ejemplo, 30 minutos por día, 3 días por semana, serían un total de 90 minutos para toda la semana.*

¿Qué tipo de ejercicios hace?

---

---

---

---

## **Apoyo social y recursos**

1. ¿Cuánta ayuda puede usted esperar de su familia o amigos cuando está enfermo?

<b>Toda la necesaria</b>	<b>Ayuda diaria</b>	<b>Algunas veces por semana</b>	<b>Una vez por semana</b>	<b>Menos de una vez</b>
------------------------------	-------------------------	---	-------------------------------	-----------------------------

2. ¿Quién es la persona que lo ayuda usualmente cuando está enfermo?

3. ¿Contrata a gente para que lo ayuden en la casa?    Sí    No

4. ¿Tiene suficiente dinero para costear las pequeñas cosas que hacen su vida más agradable?

**Historial de medicamentos**

Por favor, enumere todos los medicamentos **recetados** que está tomando ahora.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Dosis y frecuencia diaria</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Por favor, haga una lista de todos los medicamentos **de venta libre** que está tomando ahora al menos una vez por semana.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Dosis y frecuencia diaria</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Revisión de los síntomas**

¿Ha tenido usted alguno de los siguientes problemas en los últimos meses? Por favor, descríbalos brevemente, con las fechas aproximadas. Si necesita más espacio, escriba en el reverso de la hoja. Deje el espacio en blanco si el problema no ha ocurrido.

<b>Problema</b>	<b>Descripción, fecha(s)</b>
Problemas de visión o audición	_____
Falta de energía	_____
Menor atención/Fatiga	_____
Mareos/Inestabilidad	_____
Desmayos	_____
Caídas o tropezones	_____
Boca seca	_____
Dolor o malestar en el pecho	_____
Reflujo o dolor estomacal	_____
Estreñimiento	_____
Náuseas	_____
Cambios de apetito	_____
Cambios de peso	_____
Hinchazón	_____
Sudores nocturnos	_____
Problemas para dormir	_____
Depresión	_____
Problemas de micción	_____
Confusión	_____
Trastornos sexuales	_____

# Diario del dolor

**Instrucciones** La información que usted proveerá en este diario le ayudará a usted y a su doctor a evaluar sus necesidades y hacer un seguimiento de su progreso durante el tratamiento.

1. Para cada hora indicada en la tabla, marque la línea en el punto que corresponde a su dolor.

Clasifique su dolor de Ninguno (0) a Muy intenso (10).

2. Anote los medicamentos tomados del otro lado de la hora cuando los toma.

# Diario del dolor

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Hora	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Medicina	
	Ninguno		Leve			Moderado			Intenso		Muy intenso		
Ejemplo									X		2 Tylenol		
8													
10													
12													
2													
4													
6													
8													
10													
12													
2													
4													
6													
8													
Hoy													

Marque la mejor respuesta:

Comparado con mi último diario del dolor fechado el \_\_\_ mi dolor:

Está mucho mejor    Está un poco mejor    Es igual    Está un poco peor    Está mucho peor

¿Cuán satisfecho está usted con su tratamiento actual para el dolor?

Muy satisfecho    Un poco satisfecho    Un poco insatisfecho    Muy insatisfecho

# Escala de depresión geriátrica (formulario abreviado)

**Instrucciones:** Haga un círculo en la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido en la última semana.

- |     |  |    |    |
|-----|--|----|----|
| 1.  | ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?                            | sí | no |
| 2.  | ¿Ha dejado de hacer muchas de sus actividades y pasatiempos?               | sí | no |
| 3.  | ¿Piensa que su vida está vacía?  | sí | no |
| 4.  | ¿Con cuánta frecuencia se aburre?  | sí | no |
| 5.  | ¿Está animado la mayor parte del tiempo?                                   | sí | no |
| 6.  | ¿Tiene miedo que algo malo le vaya a ocurrir?                              | sí | no |
| 7.  | ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?                                | sí | no |
| 8.  | ¿Se siente desvalido a menudo?   | sí | no |
| 9.  | ¿Prefiere quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas?              | sí | no |
| 10. | ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas? | sí | no |
| 11. | ¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?                               | sí | no |
| 12. | ¿Piensa usted que no vale nada por el modo en que se encuentra ahora?      | sí | no |
| 13. | ¿Se siente lleno de energía?   | sí | no |
| 14. | ¿Piensa que está en una situación desesperanzada?                          | sí | no |
| 15. | ¿Piensa que la mayoría de las personas están en mejor situación que usted? | sí | no |

**Puntaje total** \_\_\_\_\_

# Escala de depresión geriátrica (GDS, por su sigla en inglés)

## Instrucciones para anotar el puntaje

**Instrucciones:** Anote un punto por cada respuesta marcada; un puntaje de 5 o más sugiere depresión.

- |     |  |    |    |
|-----|--|----|----|
| 1.  | ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?                            | sí | no |
| 2.  | ¿Ha dejado de hacer muchas de sus actividades y pasatiempos?               | sí | no |
| 3.  | ¿Piensa que su vida está vacía?  | sí | no |
| 4.  | ¿Con cuánta frecuencia se aburre?  | sí | no |
| 5.  | ¿Está animado la mayor parte del tiempo?                                   | sí | no |
| 6.  | ¿Tiene miedo que algo malo le vaya a ocurrir a usted?                      | sí | no |
| 7.  | ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?                                | sí | no |
| 8.  | ¿Se siente desvalido a menudo?   | sí | no |
| 9.  | ¿Prefiere quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas?              | sí | no |
| 10. | ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas? | sí | no |
| 11. | ¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?                               | sí | no |
| 12. | ¿Piensa usted que no vale nada por el modo en que se encuentra ahora?      | sí | no |
| 13. | ¿Se siente lleno de energía?   | sí | no |
| 14. | ¿Piensa que está en una situación desesperanzada?                          | sí | no |
| 15. | ¿Piensa que la mayoría de las personas están en mejor situación que usted? | sí | no |

*Un puntaje de  $\geq 5$  sugiere depresión.*

**Puntaje total** \_\_\_\_\_

Ref. *Yes average: The use of Rating Depression Series in the Elderly*, en Poon (ed.): Evaluación clínica de la memoria en los ancianos, American Psychological Association, 1986

# Cuestionario de seguimiento del dolor crónico

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Por favor, elija la respuesta más apropiada para cada pregunta.

1. ¿Cuánto le duele cuando camina?

**Para nada**                      **Un poco**                      **Moderadamente**                      **Mucho**

2. ¿Cuánto lo afecta su dolor al disfrutar su vida (sus amistades, sus viajes, sus pasatiempos y su trabajo)?

**Para nada**                      **Un poco**                      **Moderadamente**                      **Mucho**

3. ¿Cuánto le duele cuando va de compras?

**Para nada**                      **Un poco**                      **Moderadamente**                      **Mucho**

4. ¿Cuánto le duele cuando maneja?

**Para nada**                      **Un poco**                      **Moderadamente**                      **Mucho**

5. ¿Cuánto interfiere el dolor con su capacidad de hacer ejercicios?

**Para nada**                      **Un poco**                      **Moderadamente**                      **Mucho**

6. ¿Cuánto le duele cuando toma un baño?

**Para nada**                      **Un poco**                      **Moderadamente**                      **Mucho**

7. ¿Cuánto interfiere el dolor para llegar al baño a tiempo?

**Para nada**                      **Un poco**                      **Moderadamente**                      **Mucho**

8. ¿Cuánto afecta el dolor su capacidad de pensar claramente?

**Para nada**                      **Un poco**                      **Moderadamente**                      **Mucho**

9. ¿Cuánto interfiere el dolor con su sueño?

**Para nada**                      **Un poco**                      **Moderadamente**                      **Mucho**

10. ¿Cuánto afecta el dolor su apetito?

**Para nada**                      **Un poco**                      **Moderadamente**                      **Mucho**



11. ¿Cuánto afecta el dolor su carácter y ánimo?

**Para nada                      Un poco                      Moderadamente                      Mucho**

12. ¿Cuánto interfiere el dolor con sus relaciones familiares y sus amigos?

**Para nada                      Un poco                      Moderadamente                      Mucho**

13. ¿Cuánto afecta el dolor su energía?

**Para nada                      Un poco                      Moderadamente                      Mucho**

***Medicamento(s)  
actual(es)***

Enumere los medicamentos actuales que está tomando para el dolor y con cuánta frecuencia lo hace. Usted puede decir cuántos son y con cuánta frecuencia, o cuántas píldoras usa por día para cada medicina.

**Nombre de la medicina**

**Dosis y frecuencia diaria**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Revisión de los síntomas**

¿Ha tenido usted alguno de los siguientes problemas en los últimos meses? Por favor, descríbalos brevemente, con las fechas aproximadas. Si necesita más espacio, escriba en el reverso de la hoja. Deje el espacio en blanco si el problema no ha ocurrido.

<b>Problema</b>	<b>Descripción, fecha(s)</b>
Problemas de visión o audición	_____
Falta de energía	_____
Menor atención/Fatiga	_____
Mareos/Inestabilidad	_____
Desmayos	_____
Caídas o tropezones	_____
Boca seca	_____
Dolor o malestar de pecho	_____
Reflujo o dolor de estómago	_____
Estreñimiento	_____
Náuseas	_____
Cambio de apetito	_____
Cambio de peso	_____
Hinchazón	_____
Sudores nocturnos	_____
Problemas para dormir	_____
Depresión	_____
Problemas de micción	_____
Confusión	_____
Trastornos sexuales	_____

# La evaluación y el manejo del dolor crónico

El primer paso para manejar su dolor es pedir a su médico que le haga una evaluación para que él sepa si es necesario que dirija su tratamiento.

**Historial completo** Su médico le pedirá un historial completo del dolor que usted siente y los tratamientos recibidos. Este historial incluirá preguntas tales como:

- dónde siente el dolor.
- cuánto le duele.
- cómo es el dolor.
- qué empeora y qué mejora el dolor.
- cómo el dolor afecta su vida.

**Diario del dolor** Su doctor le pedirá que usted lleve un Diario de su dolor, el cual es otra fuente importante de información. El diario le ayuda a mantenerse al corriente de cuánto dolor siente a distintas horas del día y cómo las medicinas que está tomando ahora lo están ayudando.

Usted debe intentar llevar el diario tan completo como sea posible. Si su dolor varía día a día, usted querrá llevar el diario para más de un día.

**Examen físico**

Su doctor le hará un examen físico completo de sus músculos, huesos, coyunturas y el sistema nervioso. Este examen podrá contribuir a identificar el origen de su dolor, así como cualquier enfermedad que podría causarlo o que se vería afectada por el tratamiento para el dolor.

**Exámenes médicos**

Su médico podrá recomendarle algunos exámenes para ayudar a detectar la causa de su dolor.

Las radiografías evaluarán sus huesos y coyunturas. Tanto la tomografía computarizada (CT, por su sigla en inglés) como la imagenería de resonancia magnética (MRI, por su sigla en inglés) toman fotos tridimensionales del interior de su cuerpo, y pueden ayudar a detectar el origen de algunos tipos de dolor.

La electromiografía y las pruebas de conducción nerviosa analizan cómo trabajan los músculos y los nervios. Esta técnica se utiliza cuando su doctor piensa que usted puede tener una enfermedad muscular o nerviosa. Estos exámenes ayudan a encontrar tratamientos que pueden aliviar el dolor causado por una enfermedad.

Como resultado de estas pruebas, su médico lo podrá enviar a ver a un especialista en estados particulares de dolor.

**Cómo usted debe manejar el dolor**

Después de comenzar sus tratamientos para el dolor, usted debe informar a su médico si algo lo ayuda o no. El diario del dolor puede ayudar a usted y a su doctor a controlar su progreso. Usted tendrá que llevar este diario antes de cada visita a su doctor.

Asuma un rol activo en el control de su dolor y decida qué tratamientos son efectivos para usted.

## **Glosario**

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Tomografía computarizada</b>	Imágenes de las estructuras dentro del cuerpo, creadas por un ordenador que toma los datos de varias imágenes radiográficas y los convierte en imágenes.
<b>Electromiografía</b>	La grabación eléctrica de la actividad muscular que ayuda a diagnosticar una enfermedad neuromuscular.
<b>Imagenaría de resonancia magnética</b>	Un examen que captura las imágenes de los tejidos blandos en el cuerpo.

# Cómo llevar el diario del dolor

## ***Acerca del diario del dolor***

El diario del dolor le ayuda a usted y a su doctor a mantenerse al corriente del dolor experimentado a distintas horas del día. También muestra cómo las medicinas que usted está tomando contribuyen a aliviar el dolor. Usted debe tratar de anotar tanto como sea posible. Si su dolor cambia algunos días, usted deberá llevar un diario para más de un día.

## ***Cómo usar el diario***

El diario del dolor es muy fácil de usar. Como se ilustra a continuación, las horas del día están indicadas a la izquierda de la página para anotar su nivel de dolor. Usted no tendrá que hacer una marca para cada hora indicada del día.

Diario del dolor												
Nombre											Fecha	
Hora	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Medicina
	Ninguno		Leve		Moderado		Intenso		Muy intenso			
Ejemplo	_____ X _____										2 Tylenol	
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2	_____											
4	_____											
6	_____											
8	_____											
10	_____											
12	_____											
2												

**Cómo usar el diario (continuación)**

En la parte superior de la página hay números (de 0 a 10) y palabras que describen el grado de dolor que usted está sintiendo (Ninguno, Leve, Moderado, Intenso y Muy intenso). Estas palabras le ayudarán a usted a decidir en qué lugar de la línea usted colocará su marca.

La línea de puntos que va arriba y debajo de la página es para ayudarlo a mantenerse al corriente de dónde usted se encuentra en la línea. Corta la línea del dolor casi en el punto 2 (dolor leve) y en el 8 (dolor intenso).

Al final de la página del diario, hay dos preguntas sobre su dolor:

- La primera le pide que compare su dolor actual con el que anotó la última vez. Si esta es su primera vez, no responda la pregunta.
- La segunda pregunta se refiere a su grado de satisfacción con su tratamiento para el dolor actual. Elija la mejor respuesta entre las presentadas.

**Ejemplo del diario del dolor**

En el siguiente ejemplo, la marca se coloca aproximadamente en el punto 6 de la escala de 0 a 10, el cual está próximo a la palabra “moderado”. Es decir, el dolor era un poco peor que moderado a la hora que la persona lo anotó en el diario.

Diario del dolor												
Nombre											Fecha	
Hora	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Medicina
	Ninguno		Leve		Moderado		Intenso		Muy intenso			
Ejemplo	_____ X _____										2 Tylenol	
8	_____											

No se preocupe si su “moderado” es el mismo que el “moderado” de otras personas. Sólo elija la mejor descripción o su mejor idea sobre el punto al cual corresponde su dolor en la escala de 0 a 10.

# El uso de medicamentos para el dolor crónico

Los medicamentos pueden ayudarlo a vivir mejor con el dolor. He aquí algunos de los medicamentos comunes contra el dolor y sugerencias sobre cómo utilizarlos bien.

## **Acetaminofeno (Tylenol)**

El acetaminofeno, como Tylenol, es el tratamiento inicial más seguro para un dolor leve a moderado. Si su dolor es constante, tómelo regularmente, cada 4 a 6 horas.

Sin embargo, no tome más que la cantidad recomendada. Si toma demasiado acetaminofeno, éste podrá dañar su hígado. Mantenga su cantidad **total** en 4000 mg por día (8 tabletas de resistencia extra o 12 tabletas regulares) o menos de esa cantidad. Esto incluye otras píldoras, tales como las medicinas para el resfriado, cuyos ingredientes contienen acetaminofeno.

## **Fármacos del tipo de la aspirina o fármacos antiinflamatorios no esteroideos**

Los fármacos del tipo de la aspirina se llaman “fármacos antiinflamatorios no esteroideos” (NSAID, por su sigla en inglés). A veces, ellos son mejores que el acetaminofeno, en particular para ciertos tipos de dolor. No obstante, tienen más efectos colaterales, algunos de los cuales son graves.

Su médico le ayudará a decidir si usted debe probar un fármaco antiinflamatorio no esterooidal y cuál debe ser ese fármaco.



***Analgésicos  
narcóticos u  
opioides***

Los analgésicos narcóticos, u opioides, son las medicinas más fuertes y más confiables para controlar un dolor intenso. No causan adicción al medicamento cuando usted las toma del modo prescrito por el médico. Sin embargo, los opioides tienen efectos colaterales. Mucha gente que los toma diariamente sufre de estreñimiento.

Su doctor le puede dar más información sobre el uso de opioides para el dolor intenso.

***Otras medicinas  
para el dolor***

Otras medicinas pueden aliviar el dolor y sus complicaciones. Las píldoras antidepresivas alivian el dolor y lo ayudan a usted a sentirse y a moverse mejor. Los medicamentos contra las convulsiones se usan a menudo para ciertos tipos de dolor que no mejoran con otros métodos.

***Pregunte a su  
médico***

Si usted sabe que su dolor es peor a ciertas horas o con ciertos tipos de actividades, considere tomar un medicamento más fuerte antes que el dolor empeore. Hable con su médico sobre qué medicamentos más fuertes debe tomar.

Las medicinas solo son una parte de un plan para mejorar su vida cuando el dolor se convierte en un problema. Su doctor le puede dar información sobre otras formas de vivir mejor con el dolor. Aprenda sobre su dolor y cómo controlarlo.

***Glosario***

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Acetaminofeno</b>	Un fármaco que reduce el dolor y la fiebre, pero no la inflamación.
<b>Analgésico</b>	Un fármaco que alivia el dolor.
<b>Analgésico narcótico</b>	Cualquiera de una cantidad de sustancias que tienen un efecto depresivo en el sistema nervioso.
<b>Opioide</b>	Un grupo de fármacos utilizados para tratar el dolor intenso. Pueden ser naturales, semisintéticos o sintéticos.

# Cómo vivir bien si padece un dolor crónico

## ***Las metas para una mejor vida***

El objetivo de un tratamiento del dolor crónico es ayudarlo a sentirse mejor y mejorar su calidad de vida. Tenga esto en mente cuando pruebe tratamientos para su dolor. Fíjese metas razonables y positivas para lo que desea lograr y cómo quisiera mejorar su salud y bienestar.

Usted puede asumir la responsabilidad de mejorar su vida a pesar de su dolor. Aprenda sobre su estado de salud y lo que provoca el dolor. La mayoría de las personas no deben percibir el dolor como algo temible, sino como algo que se puede controlar de modo seguro.

## ***Relajación***

Busque las maneras de relajarse y mimarse. El aprendizaje de técnicas de relajación como la meditación, ejercicios de respiración, imágenes o relajación muscular progresiva pueden ayudarlo a pasar momentos estresantes.

Trate de mantener una actitud mental abierta, y busque las oportunidades de divertirse o hacer las cosas. Recuerde que el aburrimiento empeora el dolor. Entonces, encuentre actividades, ejercicios y pláticas que lo ayudarán a desviar su atención del dolor.

No se altere demasiado cuando las cosas no vayan tan bien como usted quisiera (pocas veces sucede así). Recuerde que los malos momentos pueden hacerle valorar los mejores tiempos que vendrán.

## **Ejercicios**

Los ejercicios pueden ayudar a reducir el dolor de varias maneras. La fisioterapia, los masajes, los estiramientos y los movimientos suaves, aún en las áreas adoloridas, pueden mejorar la fortaleza y flexibilidad de sus músculos y coyunturas. Esto puede ayudar a aliviar el dolor a la larga.

Los ejercicios aeróbicos, como montar en bicicleta, caminar para mantenerse en forma o nadar, pueden liberar las endorfinas, los analgésicos naturales del cuerpo. La mayoría de las personas pueden encontrar un ejercicio aeróbico que pueden hacer en algún nivel, a pesar de su dolor. La mejor forma en que su medicamento contra el dolor puede ayudarlo es a hacer ejercicios y estar más activo.

## **Expectativas razonables**

En su trabajo y otras obligaciones, asegúrese de fijarse metas razonables. Aprenda a ahorrar energía, a tomarse el tiempo y aceptar los límites que su estado de salud establece para usted en un momento dado.

Para trabajar más cómoda y efectivamente, usted puede:

- mantener una buena postura.
- usar el equipo apropiado para su trabajo y su estado de salud.
- cambiar frecuentemente su posición.
- estirarse regularmente.

## **Medicamentos**

Cuando tome sus medicamentos, úselos como una herramienta para ayudarlo a lograr sus objetivos, no sólo para reducir el dolor. Reconozca que las medicinas sólo pueden darle la **oportunidad** de sentirse mejor.

Usted puede aprovechar la oportunidad que el alivio del dolor le da para mejorar su vida en este momento, lo cual contribuirá a que se sienta más fuerte y mejor a largo plazo.

## **Glosario**

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Endorfinas</b>	Son productos químicos que se liberan naturalmente en el cerebro para reducir el dolor, los cuales, en grandes cantidades, pueden hacer que usted se sienta relajado y/o energético.

# Cómo hacer ejercicios si padece un dolor crónico

## ***¿Por qué usted siente dolor?***

Cuando usted se lastima, su cuerpo y su mente reaccionan. Ellos protegen la parte débil de su cuerpo, y usted siente dolor cuando trata de utilizarla.

Esta protección es importante si usted sufre una lesión repentina o grave, como una cirugía o un accidente. El dolor le impide usar la parte lesionada de su cuerpo para que se pueda curar.

Si su dolor continúa por mucho tiempo después que la lesión se ha curado, usted padece de un “dolor crónico”. Su mente y su cuerpo siguen protegiendo la lesión. Pero la parte débil de su cuerpo ahora no se mejorará si usted no la utiliza. Por el contrario, solo se debilitará más.

## ***¿Por qué necesita hacer ejercicios?***

Los ejercicios harán que las partes débiles de su cuerpo sean flexibles y fuertes. Pueden ayudar a reducir su dolor a largo plazo y mejorar la calidad de su vida.

La información de este folleto le explica cómo hacer cambios en su vida que contribuirán a reducir su dolor y aumentar su capacidad de moverse.

## ***Antes de comenzar a hacer ejercicios***

Antes de comenzar un programa de ejercicios, pregunte a su doctor si usted tiene problemas de salud, como insuficiencia cardiaca. Si no tiene ningún problema cardiaco conocido, en general los ejercicios moderados son seguros.

**Antes de comenzar a hacer ejercicios (continuación)**

Antes de comenzar a ejercitar todo su cuerpo, es posible que usted tenga que trabajar en las áreas específicas que son muy débiles; por ejemplo, fortalecer sus coyunturas y músculos. Pregunte a su médico qué áreas debe ejercitar primero.

Un fisioterapeuta puede ayudarle a mejorar la fortaleza y flexibilidad de esas áreas específicas. Su médico y el terapeuta pueden decirle qué tipos de ejercicios son más seguros para usted.

**La meta de su programa de ejercicios**

Recuerde, su programa de ejercicios no es algo que usted hará por un tiempo y luego dejará de hacer. La meta es mejorar su fortaleza, flexibilidad y resistencia de por vida.

Hay muchas formas de alcanzar esta meta. Una manera correcta es que usted pueda disfrutar y adecuar los ejercicios a su estilo de vida. He aquí algunas sugerencias:

- considere actividades físicas que pueda disfrutar y que lo ayudarán a moverse mejor.
- pruebe un número de ejercicios antes de decidir cómo se ejercitará.
- no se dé por vencido si las primeras actividades físicas que prueba no son divertidas ni resultan bien.
- comience con ejercicios ligeros por periodos cortos. Con las semanas y los meses, aumente gradualmente el grado de esfuerzo y el tiempo para hacer los ejercicios; esto lo ayudará a evitar lesiones y dolor adicionales.
- haga varios tipos de ejercicios; ellos podrán expandir los beneficios (y las tensiones) a su cuerpo. La tabla al final de este folleto le indicará una lista de ejercicios.
- haga diferentes ejercicios para desarrollar la flexibilidad, fortaleza y resistencia.

## ***Flexibilidad***

Los músculos contraídos se pueden lastimar fácilmente. Por ello, usted debe aumentar su flexibilidad. He aquí algunas maneras de hacerlo:

- estire los músculos y las coyunturas contraídos.
- concéntrese en las coyunturas y los músculos más adoloridos primero.
- mueva el miembro de su cuerpo, como su pierna, a un punto donde sienta un poco de resistencia o malestar. Sujételo allí y cuente lentamente hasta 10. Repita este movimiento 4 a 10 veces.
- si tiene un problema de coyuntura o extremidad, pregunte a su médico o terapeuta cuánto debe estirarse para que esté seguro.

## ***Fortaleza***

Dos tipos de ejercicios lo ayudarán a incrementar su fortaleza muscular.

### **Ejercicio isométrico**

El ejercicio isométrico contrae los músculos sin mover las coyunturas y el cuerpo.

Pruebe este simple ejercicio isométrico.

1. Siéntese en una silla cerca de una pared.
2. Póngase de frente a la pared.
3. Trate de enderezar su pierna empujando la pared con su pie.

¿Qué sucede? La pared no se mueve, pero usted puede sentir los músculos de su pierna que están trabajando. Este ejercicio fortalecerá sus músculos, sin agregar tensión a sus coyunturas.

**Fortaleza  
(continuación)**

**Ejercicio isométrico (continuación)**

Los ejercicios isométricos pueden fortalecer todos los grupos musculares. Para comenzar:

- trabaje desde la parte de arriba de su cuerpo hacia abajo.
- contraiga cada músculo una vez y cuente hasta 5; ésta es 1 “repetición”.
- no se exceda. No intente esforzarse tan duro que sus músculos terminen por lastimarse. Si no le duele nada, usted puede hacer estos ejercicios algunas veces por día.

Cada semana agregue 1 conjunto más de ejercicios por día y 1 repetición más. Fíjese un objetivo de 6 veces por día y 10 repeticiones para cada músculo.

El ejercicio isométrico es una buena manera de empezar si sus músculos están débiles y la actividad es dolorosa. Pero no es la forma más efectiva de crear una fortaleza corporal. Para ganar la máxima fortaleza, usted también necesita un ejercicio isotónico.

**Ejercicio isotónico**

El ejercicio isotónico crea fortaleza más efectivamente porque la coyuntura se mueve mientras los músculos se contraen. Los ejemplos de ejercicio isotónico son levantar pesas y estirarse con bandas elásticas. La mayoría de las actividades diarias incluyen un ejercicio muscular isotónico.

El levantar pesas es una forma práctica y efectiva para que los músculos sean más fuertes. Los ejercicios con bandas elásticas son económicos y prácticos de usar en el hogar.

Comience con poca resistencia. Haga 4 a 6 repeticiones para grupo muscular principal, no más de dos veces por semana.



**Fortaleza  
(continuación)**

**Ejercicio isotónico (continuación)**

Si no está familiarizado con las pesas y los ejercicios de fortalecimiento, la mayoría de los centros de salud y ejercicios físicos tienen entrenadores que lo pueden ayudar a empezar. Un fisioterapeuta también le puede aconsejar qué ejercicios isotónicos serán seguros para usted.

**Resistencia**

Usted puede mejorar su resistencia con el ejercicio aeróbico, porque contribuye a su estado físico general y aumenta el tiempo en que usted puede hacer una actividad.

Con el ejercicio aeróbico, todo su cuerpo está comprometido en algún tipo de actividad física. Los ejemplos son caminar, hacer el trabajo en el jardín, bailar, nadar y montar en bicicleta.

Comience con un ejercicio que usted sepa que puede hacer de modo seguro (por ejemplo, caminar) a un ritmo cómodo. Muévase suficientemente rápido para sudar, pero no tanto que no pueda conversar. Estire los músculos antes y después de su ejercicio aeróbico.

Al principio, comience lentamente. Ejercítese por solo 15 o 30 minutos, 3 a 4 veces por día. Entonces, cada semana usted puede moverse y trabajar un poco más rápido, con un objetivo de más de 30 minutos de ejercicio, 3 o 4 veces por semana.

Demasiados ejercicios de resistencia pueden aumentar su riesgo de una lesión (no se recomienda 5 veces por semana). En cualquier momento, pare de ejercitarse y consulte con su médico si usted se mareo o tiene otros problemas.

**Qué sucede si ...** Es posible que los ejercicios no siempre sean fáciles, pero usted debe continuar con su actividad física si quiere obtener beneficios. Si experimenta dolor o problemas de salud que lo obligan a parar, haga lo siguiente:

- no renuncie. Hable con su médico o terapeuta sobre cómo resolver el problema detectado.
- tome acetaminofeno (Tylenol) o su analgésico; éste podrá ayudarlo a ejercitarse más cómodamente.
- hágase masajear o use calor y frío para aliviar los músculos adoloridos.
- persista. Si no usa regularmente su cuerpo, perderá la habilidad de hacer las cosas por usted mismo.

**Tipos de ejercicio** He aquí algunas sugerencias para los tipos de ejercicios que usted podría probar.

- Estiramientos
- Tai Chi
- Ejercicios con una silla
- Aerobismo de bajo impacto
- Ejercicio isométrico
- Bailar
- Ejercicios con pesas
- Nadar
- Resistencia con banda elástica (jalarla)
- Aerobismo acuático (en una piscina de agua tibia)
- Caminar (ir de paseo, ir de compras, pasear al perro)
- Montar en bicicleta (fija o al aire libre)
- Cinta sinfin (enfrente de la TV, en el gimnasio)
- Escaleras (úselas, son gratis)
- Yoga (para resistencia y flexibilidad)
- Deportes (uno que usted disfrute)

### **Sugerencias para los ejercicios**

He aquí algunas sugerencias para hacer ejercicios de por vida.

- Haga ejercicios diariamente (sin esforzarse mucho ni por mucho tiempo) para comenzar.
- Alterne los ejercicios de resistencia y fortalecimiento.
- Estire todos sus músculos antes y después (véase “Cómo estirarse: estiramientos mientras está sentado”).
- Una ducha o baño caliente puede aflojarlo antes de empezar.
- Comience con poca intensidad y duración y aumente lentamente su actividad.
- Haga ejercicios con un amigo o inscribábase en un gimnasio o grupo de ejercicios.
- Tenga consigo un teléfono celular.
- Ejercítese suficientemente duro para sudar, pero no tanto que no pueda conversar.
- Pida consejo si algo se lastima cuando se ejercite.

### **Glosario**

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Acetaminofeno</b>	Un fármaco que reduce el dolor y la fiebre, pero no la inflamación
<b>Isométrico</b>	Ejercicios en los cuales los músculos son tensionados, pero se pueden contraer
<b>Isotónico</b>	Ejercicios en los cuales los músculos opuestos se contraen y hay un movimiento controlado

# Cómo estirarse

Antes de comenzar a hacer ejercicios cada vez, usted debe estirar los músculos que utilizará para aumentar la flexibilidad de sus movimientos. Estos estiramientos harán trabajar sus grupos principales de músculos y lo aprontarán para la actividad física que va a realizar. Estos estiramientos también son beneficiosos durante el enfriamiento después del ejercicio.

***Estírese mientras está acostado***

## **Movimientos de tobillos**

Acuéstese en el suelo. Mueva su pie apuntando sus dedos hacia fuera y con la punta hacia el techo. Repita con el otro pie.

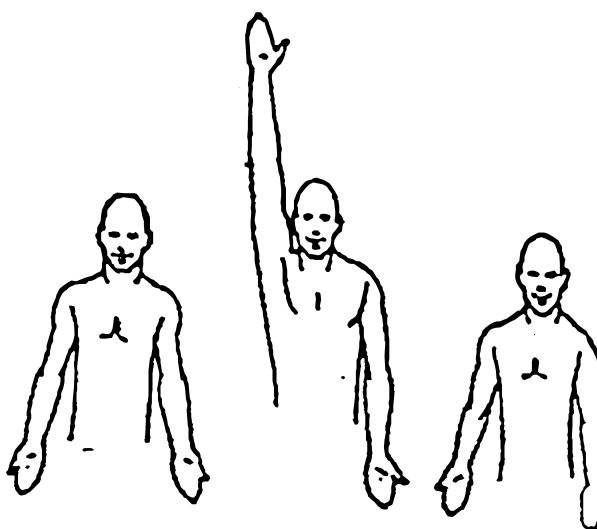
Estos ejercicios se pueden hacer también cuando está sentado. Apunte sus dedos hacia el piso y luego hacia el techo.



**Estírese mientras esté sentado**

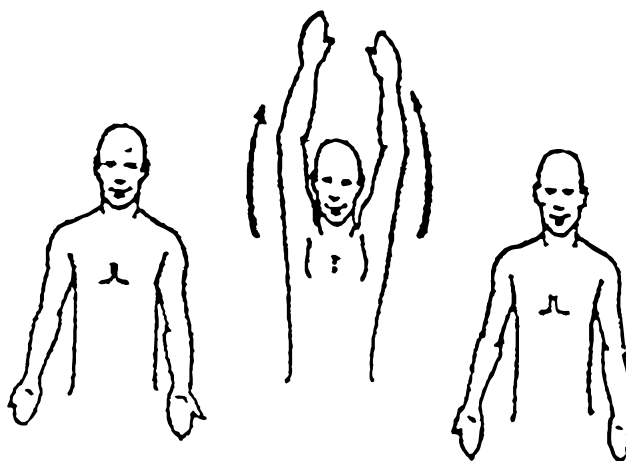
**Levante los brazos**

Levante un brazo por arriba de su cabeza tan alto como sea posible. Baje lentamente su brazo a su costado. Repita con el otro brazo.



**Levante los brazos dos veces**

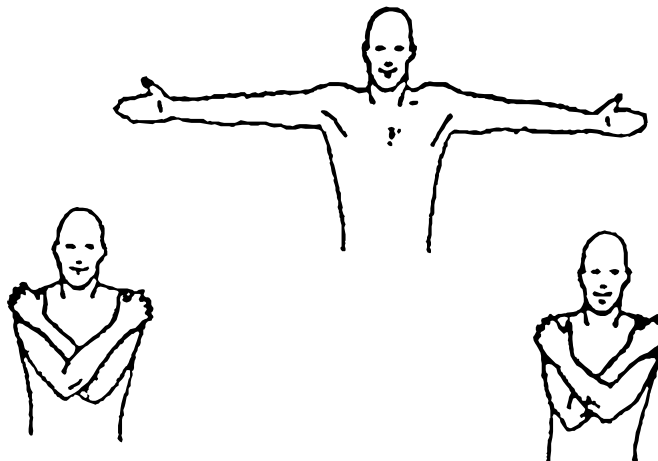
Levante ambos brazos por encima de su cabeza. Baje lentamente sus brazos a sus costados.



**Estírese mientras  
esté sentado  
(continuación)**

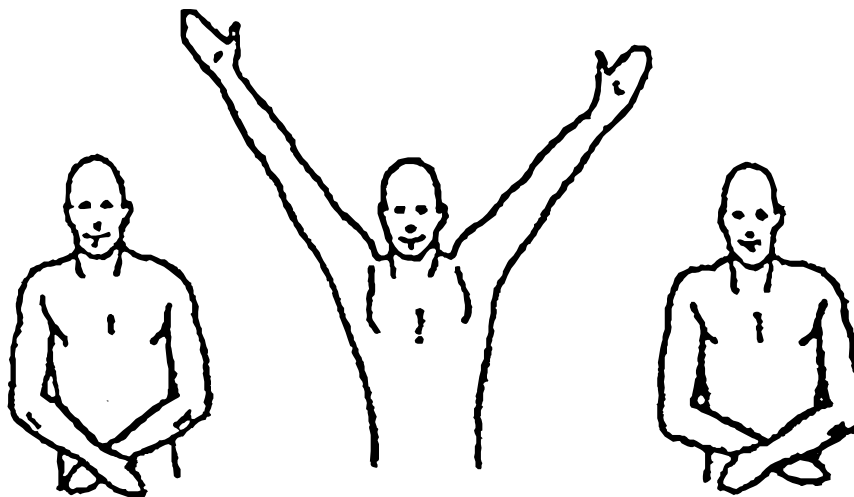
**Dése un abrazo**

Extienda sus brazos hacia fuera, luego dése un abrazo. Repita.



**Cruce los brazos**

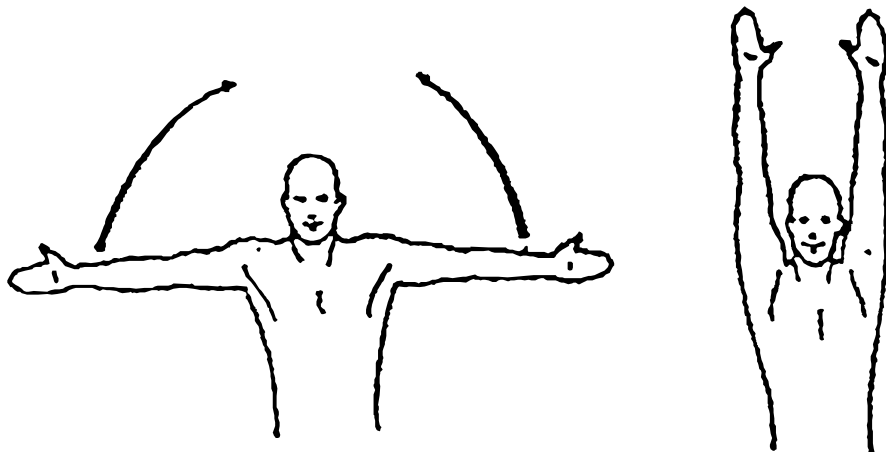
Cruce sus brazos en su regazo. Descrúcelos mientras los levanta y extiende. Baje los brazos lentamente y vuelva a cruzarlos.



**Estírese mientras  
esté sentado  
(continuación)**

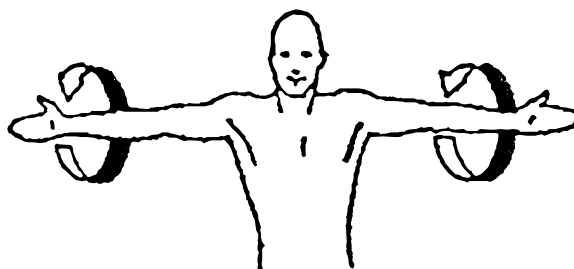
### **Levante los brazos de costado**

Comience con sus brazos extendidos a los costados, a la altura de los hombros. Levante sus brazos por encima de su cabeza y bájelos de nuevo.



### **Haga círculos con los brazos**

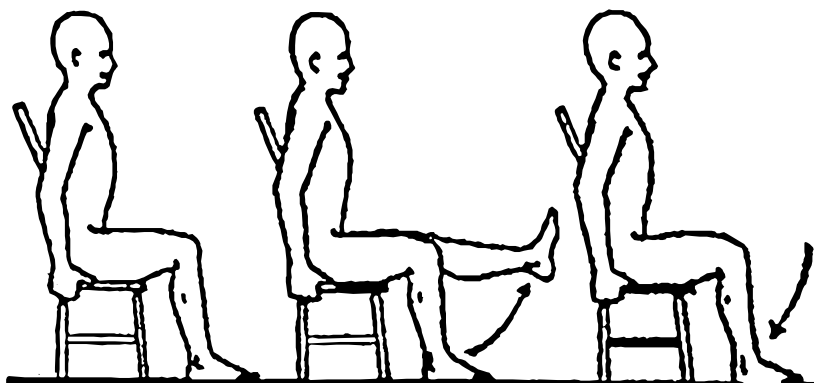
Levante los brazos a sus costados a la altura de los hombros. Mantenga sus brazos a la altura de los hombros y haga un círculo con los brazos hacia delante y hacia atrás.



**Estírese mientras  
esté sentado  
(continuación)**

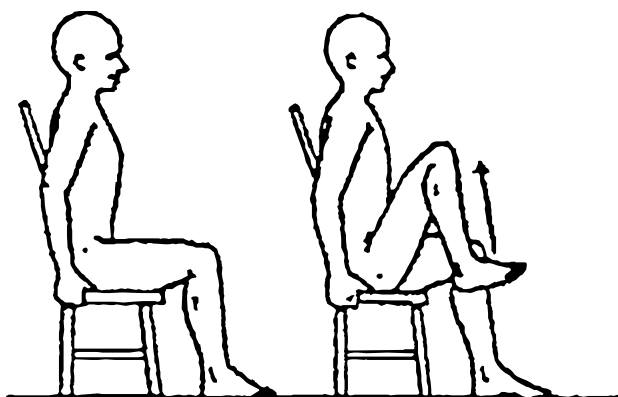
### **Elevaciones de piernas**

Extienda una pierna derecha, y luego baje lentamente la pierna.  
Repita con la otra pierna.



### **Elevaciones de rodillas**

Levante una rodilla hacia su pecho, y luego bájela al piso. Alterne  
las rodillas como si estuviera marchando en el lugar.





# Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (NSAID, por su sigla en inglés)

## **Tratamiento para el dolor**

Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (NSAID, por su sigla en inglés) con frecuencia se recomiendan para el tratamiento inicial del dolor y se pueden agregar a otros fármacos más poderosos para tratar un dolor muy intenso.

El acetaminofeno, como Tylenol, que no es un NSAID, es más seguro para el dolor y se debe probar primero. Para muchas personas, puede aliviar un dolor leve a moderado.

## **Efectos colaterales**

Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos son importantes, pero pueden tener efectos colaterales.

### **Úlceras sangrantes**

La dispepsia es un término médico para la acidez estomacal y problemas estomacales. Éste es el efecto colateral más común del tratamiento con estos fármacos antiinflamatorios que afectan a casi la mitad de las personas que los toman en dosis completas.

En cada año de tratamiento con los fármacos antiinflamatorios no esteroideos, una persona en otras cincuenta presentará una hemorragia significativa en el estómago o los intestinos. Úlceras graves se pueden producir en los individuos que no presentan síntomas de advertencia en absoluto, como la acidez estomacal. Usted se encuentra en un mayor riesgo si tiene un historial de úlceras o si toma grandes dosis de estos fármacos.

También está más expuesto si usa otros fármacos que pueden causar una hemorragia, incluidos

- Warfarina (Coumadin)
- Esteroides
- Tratamientos de osteoporosis
- Otros NSAID
- Algunos antidepresivos

**Efectos  
colaterales  
(continuación)**

Si usted está muy expuesto a tener una hemorragia, hay otras medicinas que puede tomar con estos antiinflamatorios para disminuir el riesgo.

**Otros efectos colaterales**

Los otros efectos colaterales de los fármacos antiinflamatorios no esteroidales incluyen:

- un aumento de la alta presión sanguínea.
- el empeoramiento de la insuficiencia cardiaca.
- una interferencia con los efectos benéficos de la aspirina de baja dosis utilizada para impedir una enfermedad cardiaca y una embolia cerebral.
- hinchazón.
- problemas renales y hepáticos poco comunes, que se pueden detectar a tiempo mediante análisis de sangre.

Hable con su médico sobre el uso de los fármacos antiinflamatorios no esteroidales si manifiesta alguno de estos efectos colaterales.

**Tipos de fármacos  
antiinflamatorios  
no esteroidales**

Existen varios tipos disponibles de antiinflamatorios no esteroidales. La tabla al final del folleto enumera los nombres de medicamentos de marca y genéricos. Las dosis usuales recomendadas de cualquiera de los diversos antiinflamatorios también son efectivas. No obstante, para la mayoría de las personas, estos fármacos pueden ser tóxicos después de su uso prolongado.

**Salicilatos**

Los salicilatos incluyen los analgésicos comunes, como la aspirina.

***Tipos de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (continuación)***

**Salicilatos no acetilados**

Los salicilatos no acetilados son menos costosos, y probablemente mucho más seguros, que muchos otros fármacos antiinflamatorios no esteroideos.

**Antiinflamatorios inhibidores selectivos de la cicloxigenasa-2 (COX-2)**

Los antiinflamatorios inhibidores selectivos de la cicloxigenasa-2 (COX-2) son los fármacos antiinflamatorios no esteroideos más recientes y también los más costosos. Estos fármacos controlan tanto el dolor como la artritis, pero no mucho mejor que los menos costosos fármacos antiinflamatorios no esteroideos.

Sin embargo, crean menos riesgo de úlceras y problemas estomacales. También tienen menos efectos en el estómago, riñones y la sangre. Pero estos beneficios pueden desaparecer si usted toma dosis pequeñas de aspirina para prevenir una enfermedad cardíaca o una embolia cerebral.

Los tres fármacos aprobados en esta categoría son celecoxib (Celebrex), rofecoxib (Vioxx) y valdecoxib (Bextra).

**Otros fármacos antiinflamatorios no esteroideos**

De estos otros fármacos, Ibuprofen es particularmente seguro a menores dosis.

***Los costos de los fármacos antiinflamatorios no esteroideos***

Los costos de los fármacos antiinflamatorios no esteroideos varían de menos de \$10 por mes a \$180 por mes. Los medicamentos recetados más costosos no son conocidos por ser más efectivos en general, pero podrían ser mejores para usted.

**Los costos de los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (continuación)**

A continuación hay una lista de fármacos antiinflamatorios no esteroideos, con su nombre de marca y genérico y el costo relativo.

Nombre genérico	Nombre de marca	Costo
<b>Salicilato</b>		
Aspirina con productos neutralizantes	Muchos	\$
Aspirina de liberación prolongada	Muchos	\$\$\$
Aspirina revestida entérica	Muchos	\$
<b>Salicilatos no acetilados</b>		
Trisalicilato de magnesio y colina	Trilisate	\$\$\$
Salicilato de sodio	Dolobid	\$\$
Ácido salicilsalicílico	Disalcid	\$\$
<b>Antiinflamatorios inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa-2 (COX-2)</b>		
Celecoxib	Celebrex	\$\$\$\$
Rofecoxib	Vioxx	\$\$\$\$
Valdecoxib	Bextra	\$\$\$\$
<b>Otros fármacos antiinflamatorios no esteroideos</b>		
Ibuprofen	Motrin, Rufen	\$
Naproxen	Naprosyn, Anaprox	\$\$
Fenoprofen	Nalfon	\$\$
Ketoprofen	Orudis, Oruvail	\$\$\$
Flurbiprofen	Ansaid	\$\$
Oxaprozin	Daypro	\$\$
Indomethacin	Indocin	\$\$
Tolmetin	Tolectin	\$\$
Sulindac	Clinoril	\$\$
Diclofenac	Voltaren, Cataflam	\$\$
Etodolac	Lodine	\$\$
Meclofenamate	Meclomen	\$\$\$\$\$\$\$\$
Piroxicam	Feldene	\$\$
Nambumetone	Relafen	\$\$\$\$
Costo al por menor promedio, cada US\$ representa unos \$20 a las dosis usuales.		

***Cómo elegir los fármacos antiinflamatorios no esteroidales apropiados***

Si los beneficios y los efectos colaterales de los fármacos antiinflamatorios no esteroidales no son lo que usted quisiera, pruebe un medicamento de una clase distinta. Hay docenas de estos antiinflamatorios para elegir.

Sin embargo, usted podrá darse cuenta de que un medicamento específico es más efectivo o tiene menos efectos colaterales para usted. Su médico puede ayudarlo a hacer estas elecciones.

***Glosario***

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Acetaminofeno</b>	Un fármaco que reduce el dolor y la fiebre, pero no la inflamación
<b>Dispepsia</b>	La incapacidad de digerir o la dificultad para digerir algo

# Los opioides y el dolor crónico

## ***Analgésicos narcóticos***

Los analgésicos narcóticos se llaman opioides, los cuales son los medicamentos más efectivos contra el dolor, pero también los que más se consumen en forma inapropiada. Hay una lista de fármacos usados comúnmente con nombres genéricos y de marca al final del folleto.

Todos los opioides tienen casi la misma capacidad para aliviar el dolor y los mismos problemas generales con los efectos colaterales, tolerancia y el potencial del consumo abusivo. Para utilizarlos efectivamente para aliviar el dolor, usted debe comprender algunas cosas sobre los analgésicos opioides.

## ***Los mitos sobre los medicamentos para el dolor***

### **Adicción**

El temor a la adicción es la razón principal por la cual la mayoría de las personas evitan utilizar los opioides para aliviar su dolor. La adicción es un uso compulsivo con cantidades crecientes de fármacos que continúa, a pesar de graves efectos adversos en la salud y el estilo de vida.

La adicción casi nunca se produce cuando los opioides son tomados del modo indicado para tratar el dolor crónico.

### **Tolerancia**

La tolerancia es la pérdida gradual tanto de los efectos benéficos como de los efectos colaterales de una medicina. La tolerancia se puede desarrollar con el consumo regular de un opioide.

**Los mitos sobre los medicamentos para el dolor (continuación)**

La tolerancia a los efectos colaterales, como la somnolencia producida con las dosis iniciales de opioides, es buena. A menudo, después de algunos días de uso, la somnolencia desaparecerá y le permitirá usar dosis aún más grandes de opioides para el dolor grave, sin sentirse muy somnoliento.

La tolerancia a los efectos benéficos, como la capacidad de aliviar el dolor, es un problema. Con el tiempo, el alivio del dolor producido por la cantidad de medicina que usted tomó al principio disminuirá progresivamente, pero nunca deberá desaparecer.

La tolerancia siempre se puede superar con más medicina. Si padece de dolor crónico, usted deberá encontrar un equilibrio entre el alivio del dolor, los costos y los efectos colaterales de mayores dosis.

La tolerancia nada tiene que ver con la adicción. Si su medicamento para el dolor deja de resultar, hable con su médico. Se podría deber a un cambio en su estado subyacente.

**Abstinencia**

La abstinencia es el desarrollo de ciertos síntomas predecibles cuando el uso del opioide se suspende muy rápidamente. Los síntomas de abstinencia incluyen las náuseas, sudores y ansiedad. La abstinencia nada tiene que ver con la adicción.

Usted puede evitar fácilmente la abstinencia reduciendo gradualmente la cantidad de opioides tomados hasta que puedan ser suspendidos sin causar síntomas.

**Cambios positivos**

Usted toma opioides para mejorar su dolor y su vida. Para la mayoría de las personas, esto significa reiniciar las actividades que fueron suspendidas por su enfermedad y su dolor.

**Cambios positivos (continuación)** Aproveche la oportunidad que el alivio del dolor le brinda para agregar algo positivo a su vida. Si toma opioides para eliminar su dolor sin mejorar su vida, las píldoras podrían convertirse en el centro de atención de ella y causarle más daño que beneficios.

Hable con su médico de cabecera sobre cuánto el opioide está ayudando a su carácter, funcionalidad y actitud. Si el opioide no lo está ayudando, hable con su doctor. Usted debe dejar de tomar un medicamento que solo está empeorando su vida.

**Tipos de opioides** Los opioides comunes pueden producir resultados a largo y a corto plazo. Véase la tabla al final del folleto para una lista de opioides de acción corta y de efecto prolongado.

#### **Opioides de acción corta**

La mayoría de los opioides en su forma usual son de acción corta; hacen efecto en media hora más o menos y alivian el dolor por unas cuatro horas.

Los opioides de acción corta, los cuales a menudo son combinados con un analgésico de venta libre como acetaminofeno (Tylenol), son buenos para ser utilizados antes de hacer algo que causa dolor usualmente.

El uso ocasional de los opioides de acción corta minimiza los efectos colaterales y es menos probable que cause tolerancia y síntomas de abstinencia.

#### **Opioides de efecto prolongado**

Los opioides de efecto prolongado se colocan en una tableta, cápsula o parche para la piel de liberación de tiempo especial. La medicina se libera gradualmente y da un nivel continuo de control del dolor por el tiempo efectivo específico del medicamento.



***Tipos de opioides  
(continuación)***

**Opioides de efecto prolongado (continuación)**

Las versiones orales, de efecto prolongado, se toman usualmente cada 8 a 24 horas, y el tipo del parche está diseñado para durar 3 días.

Las medicinas de efecto prolongado se usan cuando usted necesita controlar el dolor en todo momento, o al menor por un periodo más largo que las 4 horas del fármaco de acción corta.

Los opioides de efecto prolongado se pueden combinar con los medicamentos de acción corta para aumentar la eficacia del analgésico en momentos específicos del día, cuando un mejor control del dolor puede ayudarlo a funcionar mejor.

El uso continuo de opioides de efecto prolongado causará la tolerancia al medicamento.

***Efectos  
colaterales***

Los efectos colaterales de los opioides se deben prever y manejar activamente.

**Estreñimiento**

El efecto colateral más predecible del tratamiento con opioides es el estreñimiento. Si planea tomar opioides regularmente, comience un programa de evacuación intestinal cuando empiece a tomarlos y antes que usted se sienta estreñado.

Si empieza a estreñirse seriamente y siente dolor, usted podrá necesitar ayuda médica. Un programa de evacuación intestinal comienza usualmente bebiendo muchos líquidos y tomando un ablandador fecal o laxantes más fuertes.

**Efectos  
colaterales  
(continuación)**

Los otros efectos colaterales que podrá experimentar son los siguientes.

- Náuseas
- Función cerebral más lenta
- Fatiga
- Somnolencia

Estos efectos colaterales desaparecen usualmente en unos pocos días sin tratamiento. Sin embargo, usted deberá ser cuidadoso y pensar cómo evitar las caídas y los accidentes cuando la medicina lo está dejando “grogui”.

Si los efectos colaterales continúan, hable con su médico sobre otros opioides o pasos que puede seguir para minimizarlos.

**Visitas regulares  
al médico**

Usted tendrá que visitar a su médico regularmente mientras esté tomando los opioides para evaluar cuán efectivo el tratamiento es, comentar los efectos colaterales y ajustar sus medicinas.

No se olvide que lo que usted haga con su vida ahora que el dolor se ha mejorado determinará mayormente el éxito del manejo de su dolor.

**Tipos de opioides**

	Nombre genérico	Nombre de marca
<b>Acción corta</b>	morfina	MSIR, Roxanol
	oxicodona	OxyIR, Oxyfast, Endocodone
	oxicodona (con acetaminofeno)	Roxilox, Roxicet, Percocet, Tylox, Endocet
	hidrocodona (con acetaminofeno)	Vicodin, Lorcet, Lortab, Zydone, Hydrocet, Norco
	hidromorfona	Dilaudid, Hydrostat
<b>Efecto prolongado</b>	morfina	MSContin, Oramorph SR, Kadian, Avinza
	oxicodona	Oxycontin
	Fentanyl	Parche <i>Duragesic</i>

## **Glosario**

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Acetaminofeno</b>	Un fármaco que reduce el dolor y la fiebre, pero no la inflamación.
<b>Analgesico</b>	Un medicamento que alivia el dolor.
<b>Analgesico narcótico</b>	Cualquiera de una cantidad de sustancias que tiene un efecto depresivo en el sistema nervioso.
<b>Opioide</b>	Un grupo de fármacos utilizados para tratar un dolor grave; pueden ser naturales, semisintéticos o sintéticos.

# Los antidepresivos para el dolor crónico

## **Los antidepresivos**

La depresión es muy común en las personas con dolor crónico; éste la puede causar o empeorar en los individuos que ya están deprimidos. La depresión puede afectar la manera en que las personas manejan el dolor.

Hay muchos tipos de antidepresivos; un grupo de ellos se llama antidepresivos tricíclicos (TCA, por su sigla en inglés). Se ha comprobado que éstos ayudan a las personas con dolor crónico a sentirse y funcionar mejor.

Otro grupo se llama Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI, por su sigla en inglés). Se ha comprobado que los medicamentos de este grupo también contribuyen a tratar el dolor.

## **Los antidepresivos tricíclicos y los adultos mayores**

### **Acerca de los antidepresivos tricíclicos**

Los antidepresivos tricíclicos más viejos y mejor comprobados son la amitriptilina, la imipramina y el Doxepin. Ellos son los más accesibles, pero pueden producir somnolencia, estreñimiento y problemas estomacales y cardiacos. Debido a sus efectos colaterales, son los menos recomendados para los adultos mayores.

Otros antidepresivos tricíclicos, tales como la nortriptilina y desipramina, tienen muy pocos efectos colaterales. Son buenas opciones para adultos mayores con otros problemas de salud. Si usted tiene algún tipo de glaucoma, pregunte a su médico sobre el uso de los antidepresivos tricíclicos.

**Los antidepresivos tricíclicos y los adultos mayores (continuación)**

**Los efectos colaterales de los antidepresivos tricíclicos**

Los antidepresivos tricíclicos ayudan a las personas con dolor crónico a funcionar y sentirse mejor. Pero quizás ellos no sean buenos para todas las personas debido a sus efectos colaterales.

Los beneficios de estos medicamentos podrían tardar semanas en manifestarse, mientras que los efectos colaterales empiezan con la primera píldora. Es importante que usted espere que los beneficios comiencen antes de decidir si el medicamento es apropiado para usted.

Algunos efectos colaterales, como la somnolencia, se mejoran después de los primeros días; entonces solo tiene que ser paciente. Otros efectos, como el estreñimiento, se pueden mejorar si toma un ablandador fecal o un laxante leve. Es posible que quiera tener a mano un laxante leve, como Sennokot o leche de magnesio.

**Efectos colaterales**

A continuación, hay una lista de los efectos colaterales comunes y menos comunes de los antidepresivos tricíclicos (TCA).

<b>Efectos colaterales de los TCA</b>		
<b>Efectos colaterales comunes</b>		
Somnolencia	Boca seca	
Confusión mental	Estreñimiento	
<b>Efectos colaterales menos comunes</b>		
<b>Estomacales</b>	<b>Cardiacos</b>	<b>Sistema nervioso</b>
Náuseas	Ritmo cardiaco acelerado	Temblores
Acidez estomacal	Presión sanguínea baja	Mareos
Aumento del apetito	Palpitaciones	Somnolencia
Disminución del apetito		

**Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los adultos mayores**

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI) son un grupo más nuevo de antidepresivos y son más fáciles de tomar y tolerar en general. Los inhibidores comunes incluyen:

- Paroxetina (Paxil)
- Venlafaxina (Effexor)
- Fluvoxamine (Luvox)
- Nefazodona (Serzone)
- Fluoxetina (Prozac)
- Citalopram (Celexa)

**Los efectos colaterales de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina**

Estos fármacos también tienen efectos colaterales, los cuales incluyen los siguientes.

Efectos colaterales de los SSRI		
Sentirse enfermo	Vómitos	Irritabilidad
Indigestión	Ansiedad	Diarrea
Dolor abdominal	Somnolencia	Estado de sopor
Jaquecas	Estreñimiento	Temblores
Mareos	Pérdida del apetito	Disminución de peso
Aumento de peso	Boca seca	Trastorno de la función sexual ( <i>este también es un síntoma de la depresión</i> )
Aumento del apetito	Bajo nivel de sodio	

**Cómo elegir un fármaco**

Hay muchas opciones de fármacos que tienen más de un efecto colateral y menos de otros. Si ya tiene problemas en una de las áreas arriba mencionadas, infórmele a su médico para que pueda elegir el fármaco apropiado para usted.

Si no puede manejar los efectos colaterales, hable con su médico sobre la siguiente mejor alternativa de medicamentos.

***El uso de  
antidepresivos***

He aquí algunos de los pasos que su médico puede tomar al prescribir un medicamento. Puede:

1. elegir el mejor fármaco para probar.
2. aumentar gradualmente la dosis a una cantidad efectiva (los efectos colaterales se manejan mejor con una baja dosis que se aumenta gradualmente).
3. decidir sobre el beneficio del medicamento después de un mes más o menos de tratamiento con una dosis completa.

Si usted no puede seguir estos pasos con el primer medicamento que prueba debido a los efectos colaterales, no renuncie. Su médico lo ayudará a decidir cuál probará a continuación.

En general, un antidepresivo efectivo podrá contribuir a que su vida mejore a pesar del dolor crónico. Bien vale el esfuerzo encontrar el antidepresivo apropiado.

# El manejo del estreñimiento

## ***El dolor y el estreñimiento***

El estreñimiento se convierte a menudo en un problema si usted padece de dolor crónico. Esto se debe a que usted tiende a limitar su actividad y disminuir la cantidad de comida y líquidos que ingiere.

Usted también puede tomar medicamentos para el dolor, antiácidos, suplementos de hierro y antidepresivos. Cualquiera de ellos puede hacer que sus heces sean duras y secas y que tengan dificultades para pasar.

## ***Los pasos para manejar su estreñimiento***

Lo primero que debe hacer para que sus intestinos funcionen mejor es comer, tomar líquidos y hacer ejercicios con frecuencia. Usted a menudo contribuye a impedir o aliviar el estreñimiento si:

- come alimentos con alto contenido de fibras.
- bebe muchos líquidos, en particular agua.
- hace ejercicios regularmente.

### **Su dieta**

Usted debe comer alimentos con alto contenido de fibras. La clave es comenzar por pequeñas cantidades (una cucharada sopera) y aumentar la ingestión de fibras en pequeñas cantidades cada semana. De esta manera, no se hinchará mucho ni tendrá tantos retortijones.

Usted puede agregar salvado de trigo sin procesar a otros alimentos, tales como budines, yogurt y alimentos horneados. Puede comer cereales con alto contenido de fibra cada día y hasta usar estos cereales para hacer bollos (*muffins*) con alto contenido de fibra.



**Los pasos para  
manejar su  
estreñimiento  
(continuación)**

**Su dieta (continuación)**

Muchos cereales no tienen mucha fibra en absoluto. Por ello, lea las etiquetas de los productos para determinar cuántas fibras los cereales contienen realmente. Algunas de las marcas de cereales con mayor contenido de fibras incluyen:

- Fiber One
- All-Bran
- 100% Bran
- Fiber-All
- Bran Buds

He aquí una receta para un suplemento de alto contenido de fibras:

- 1 taza de puré de manzana
- 1 taza de salvado de trigo sin procesar o *Miller's bran*
- 3/4 taza de jugo de ciruelas

Mezcle todos los ingredientes juntos y póngalos en el refrigerador. Tome 1 cucharada sopera por 1 semana. Luego, aumente la cantidad en 1 cucharada sopera por día hasta que comience a producir heces blandas. Continúe con esa cantidad a partir de entonces.

También puede mezclar el puré de manzanas y el salvado juntos. Asegúrese de beber ½ a 1 vaso de jugo de ciruela seca, además de tomar el suplemento. También puede agregar puré de banana o frutas secas, como pasas de uvas o higos para aumentar el contenido de fibras.

**Líquidos**

Asegúrese de beber mucha agua u otros líquidos. Si no toma al menos dos cuartos por día de líquidos, el mayor volumen sólido sin líquido en realidad puede empeorar sus intestinos.

**Los pasos para manejar su estreñimiento (continuación)**

**Ejercicios**

La actividad física también contribuye a estimular el movimiento intestinal. El caminar diariamente o hacer ejercicios simples en una silla pueden tener efecto en los intestinos perezosos.

**Tipos de medicinas para el estreñimiento**

Si la dieta y el ejercicio no eliminan su estreñimiento, usted podrá también tomar medicinas para ir de cuerpo. Hay varios tipos que puede probar. Cada uno de ellos tiene un efecto distinto en el estreñimiento; por ello, usted debe consultar a su médico para encontrar la medicina apropiada para usted.

**Formación de volúmenes**

Estas medicinas actúan del mismo modo que el salvado; aumentan la cantidad de heces formadas. Si toma estas medicinas, usted debe beber muchos líquidos; de otro modo, podrían causar más problemas que soluciones. Además, estas medicinas podrían no funcionar bien si usted está tomando opioides.

**Emolientes**

Los emolientes son humectantes o lubricantes. Una hez humectada es más fácil de manejar que una dura o seca. El aceite mineral también es un buen emoliente, pero es peligroso si se lo toma por boca. Hasta una diminuta cantidad que llega al pulmón puede causar neumonía.

**Hiperomolar**

Estas medicinas inyectan agua en la hez, suavizándola. La leche de magnesia, el citrato de magnesia, la lactulosa, el Sorbitol y la glicerina son los ingredientes comunes en este grupo.

***Tipos de  
medicinas para el  
estreñimiento  
(continuación)***

**Estimulantes**

Éstas son las medicinas más efectivas para el estreñimiento. Senna, Bisacodyl y el áloe vera son los ingredientes más comunes en este tipo.

Los estimulantes se deben usar solamente cuando es probable que las otras medicinas y tratamientos no funcionen; por ejemplo, en el caso del estreñimiento causado por opioides. Si los estimulantes se usan de más, ellos pueden dañar la capacidad natural de ir de cuerpo.

**Supositorios**

Muchos de los tipos arriba mencionados están disponibles como supositorios. Estos en general actúan y dejan de actuar más rápidamente, lo cual permite controlar el movimiento intestinal un poco más fácilmente.

**Enemas**

Los hiperomolares y emolientes se pueden administrar como un enema para estimular el movimiento intestinal. El agua del enema, la lubricación del ingrediente y el llenado con más agua del intestino son particularmente útiles cuando hay heces duras al final del colon.

# El tratamiento del dolor sin píldoras

Las píldoras para el dolor se necesitan usualmente para controlar un dolor intenso. Pero algunos tipos de dolor pueden ser aliviados mediante otros tratamientos o medicinas que no se utilizan usualmente para el dolor. He aquí algunos tratamientos que pueden ayudar a manejar su dolor.

## ***Ejercicios***

La actividad física regular lo mantiene saludable y ayuda a su cuerpo a funcionar de la mejor manera. Puede ayudar a controlar la enfermedad, mejorar la salud mental y reducir los efectos del envejecimiento en su cuerpo.

Un programa de ejercicios que pueda disfrutar y que sea efectivo es una parte importante del manejo de su dolor.

## ***Técnicas psicológicas***

Es muy importante que usted sienta que puede controlar su dolor; edúquese en los distintos modos de manejarlo y controlarlo. Los grupos de autoayuda, consejeros y sus doctores pueden ayudarlo a aprender cómo lograr este sentido de control.

La meditación, relajación, oración y creación de imágenes, entre otras, son técnicas que pueden darle una sensación de control. Usted puede aprender sobre estas técnicas en libros, en el Internet y mediante programas comunitarios que prestan estos servicios a las personas que padecen de dolor.

Una combinación de las técnicas psicológicas, ejercicios y medicamentos le da una forma eficaz de manejar su dolor.

## ***Tratamiento para la depresión***

Muchas personas que padecen de dolor también pueden tener depresión. Si usted está deprimido, el tratamiento puede ayudarlo a sentirse y funcionar mejor.

### ***Tratamientos físicos***

Los tratamientos físicos, como el calor, el frío, los masajes, la manipulación quiropráctica y la acupuntura pueden aliviar ciertos tipos de dolor.

- El calor puede aflojar las coyunturas rígidas y aliviar los músculos adoloridos.
- El frío es bueno para reducir la hinchazón y el dolor de una actividad intensa.

Discuta con su médico estos tipos de tratamientos y determine cuál alivia su dolor.

### ***Estimulación nerviosa y anestésicos***

La estimulación o adormecimiento de los nervios en un área corporal adolorida a veces ayuda. Su doctor puede prescribirle un aparato llamado TENS que estimula eléctricamente los nervios.

Los estimulantes nerviosos aplicados a la piel como una crema de capsaicina o un anestésico local, tal como un parche de lidocaína, a veces puede aliviar el dolor.

### ***Otras medicinas para aliviar el dolor***

Otras medicinas que no se usan principalmente para aliviar el dolor también pueden ayudar. Los medicamentos contra las convulsiones y para el ritmo cardíaco y los anestésicos locales ayudan a algunas personas a aliviar el dolor.

Su médico le puede decir si usted debe usar uno de éstos.

# La atención del dolor: la Declaración de Derechos y Garantías

## ***Sus derechos y garantías***

Si usted siente dolor, usted tiene derecho:

- a que sus quejas de dolor sean tomadas en cuenta seriamente y tratadas con dignidad y respeto por los médicos, enfermeros, farmacéuticos y otros profesionales de la salud.
- a que su dolor sea evaluado completamente y tratado con prontitud.
- a que su proveedor de cuidados médicos le informe lo que puede estar causándole el dolor y los posibles tratamientos, así como los beneficios, riesgos y los costos de cada uno.
- a participar activamente en la toma de decisiones sobre cómo manejar su dolor.
- a hacer que su dolor sea reevaluado regularmente y que se reajuste su tratamiento si su dolor no se ha aliviado.
- a ser enviado a un especialista en dolor si éste continúa.
- a obtener respuestas claras y rápidas a sus preguntas, a tomarse tiempo para decidir cuestiones y a negarse a efectuar un tipo de tratamiento particular, si así lo eligiera.

Aunque estos derechos no siempre son requeridos por la ley, ellos son los que usted debe esperar y exigir, si fuera necesario, para la atención de su cuidado.

***Hable con su  
proveedor de  
cuidados médicos***

¿Cómo habla usted con su proveedor de cuidados médicos sobre el dolor?

- ¡Diga lo que piensa! Infórmele a su médico, enfermera o trabajador social que usted siente dolor.
- Diga a su médico, enfermera o trabajador social dónde le duele.
  - ¿Siente dolor en un lugar o en varios?
  - ¿Parece que el dolor se irradiara?
- Describa cuánto le duele usando una escala de 0 a 10, en la cual usted no siente ningún dolor (0) o siente el peor dolor imaginable (10).
- Describa lo que empeora o mejora su dolor.
  - ¿Es el dolor constante o se quita en algún momento?
  - ¿Empeora el dolor cuando usted se mueve de cierta manera?
  - ¿Qué otras cosas lo empeoran o mejoran?
- Describa cómo es su dolor. Use palabras específicas tales como agudo; como una cuchillada; sordo; una sensación de dolor o quemazón; como una descarga; hormiguelo; un dolor que se irradia a otros lugares; intenso; o como una presión.
- Explique cómo el dolor interfiere con su vida diaria.
  - ¿Puede dormir?
  - ¿Puede trabajar?
  - ¿Puede hacer ejercicios?
  - ¿Puede participar en actividades sociales?
  - ¿Puede concentrarse?
  - ¿Cómo está de ánimo?

***Hable con su  
proveedor de  
cuidados médicos  
(continuación)***

- Informe a su doctor, enfermera o trabajador social sobre los tratamientos para el dolor que ha recibido.
  - ¿Ha tomado medicamentos o lo han operado?
  - ¿Ha probado de hacer masajes o meditación?
  - ¿Se ha aplicado calor o frío? ¿Ha hecho ejercicios?
  - Explique qué tratamiento funcionó y cuál no.

***Información  
adicional***

***American Pain Foundation***

*[Fundación Norteamericana de Asistencia para el Dolor]*

201 N. Charles Street, Suite 710

Baltimore, MD 21201-4111

Número gratuito: (888) 615-7246

Fax: (410) 385-1832

Sitio web: <http://www.painfoundation.org>

Correo electrónico: [info@painfoundation.org](mailto:info@painfoundation.org)