



**TLAXCALA**  
GOBIERNO DEL ESTADO  
2011 - 2016



**SALUD DE TLAXCALA**

**CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS**

Nombre del paciente .....

Unidad o Servicio .....

Fecha de nacimiento ..... Edad ..... Sexo .....

Fecha ..... No. De expediente .....

Diagnostico .....

**ESCALAS FUNCIONALES**

**Escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)** Sistema de evaluación de síntomas de Edmonton.

Mínimo síntoma	Intensidad	Máximo síntoma
Sin dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo dolor
Sin cansancio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo cansancio
Sin náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima náusea
Sin depresión	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima depresión
Sin ansiedad	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima ansiedad
Sin somnolencia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima somnolencia
Buen apetito	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sin apetito
Máximo bienestar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo malestar
Sin falta de aire	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima falta de aire
Sin dificultad para dormir	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dificultad para dormir



**ESCALA PRONÓSTICA PALIATIVA (PALLIATIVE PROGNOSTIC SCORE-PAP SCORE)**

<b>Variable</b>	<b>Puntos</b>
<b>Disnea</b>	
Presente	1
Ausente	0
<b>Anorexia</b>	
Presente	1,5
Ausente	0
<b>Estimación Clínica (semanas)</b>	
>12	0
11-12	2
9-10	2,5
7-8	2,5
5-6	4,5
3-4	6
1-2	8,5
<b>Índice de Karnofsky</b>	
$\geq 30$	0
10-20	2,5
<b>Leucocitos totales por mm<sup>3</sup></b>	
$\leq 8.500$	0
8.501-11.000	0,5
>11.000	1,5
<b>Porcentaje de linfocitos</b>	
<12	2,5
12-19,9	1
$\geq 20$	0



<b>Grupos de riesgo</b>	<b>Total de puntos</b>
A (probabilidad de sobrevivir a 30 días >70%)	0 - 5,5
B (probabilidad de sobrevivir a 30 días 30-70%)	5,6 - 11
C (probabilidad de sobrevivir a 30 días <30%)	11,1 17,5

### ESCALA DE VALORACIÓN FUNCIONAL DE KARNOFSKY

<b>Escala</b>	<b>Valoración funcional</b>
100	Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad
90	Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad
80	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo
60	Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo
50	Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día
40	Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día
30	Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo
20	Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo
10	Moribundo
0	Fallecido



**TLAXCALA**  
GOBIERNO DEL ESTADO  
2011 - 2016



**SALUD DE TLAXCALA**

**ESCALA DE BARTHEL**

<b>Actividad</b>	<b>Valoración</b>
<b>Comer</b>	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente
<b>Lavarse</b>	5 independiente 0 dependiente
<b>Arreglarse</b>	5 independiente 0 dependiente
<b>Vestirse</b>	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente
<b>Micción</b>	10 continente 5 accidente ocasional 0 incontinente
<b>Deposición</b>	10 continente  5 accidente ocasional 0 incontinente
<b>Ir al WC</b>	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente
<b>Trasladarse sillón / cama</b>	15 independiente 10 mínima ayuda 5 gran ayuda 0 dependiente
<b>Deambulaci3n</b>	15 independiente 10 necesita ayuda 5 independiente en silla de ruedas 0 dependiente



**Subir y bajar escaleras**

10 independiente  
5 necesita ayuda  
0 dependiente

**Puntuación**

100	≥ 60	55/40	35/20	<20
Independiente	Dependiente leve	Dependiente moderado	Dependiente severo	Dependiente total

**ESCALA DE ECOG**

Estado de Actividad de la escala ECOG

- 0 - Completamente activo, capaz de realizar toda actividad previa a la enfermedad sin restricciones.
- 1 - Restringido en la actividad física enérgica, pero está en régimen ambulatorio y es capaz de realizar el trabajo de naturaleza ligera o sedentaria (como trabajo de la casa ligero, o trabajo de oficina).
- 2 - En régimen ambulatorio y capaz de cuidar de sí mismo, pero incapaz de realizar ninguna actividad de trabajo. Tiene que quedarse encamado durante < 50% de las horas de vigilia.
- 3 - Capacidad limitada de cuidar de sí mismo, confinado a la cama o una silla durante más del 50% de las horas de vigilia.
- 4 - Totalmente incapaz. No puede cuidar de sí mismo. Totalmente confinado a la cama o una silla.
- 5 - Muerto.





**CUESTIONARIO BREVE DEL DOLOR (CBD)**

1. Indique en el diagrama las zonas donde siente dolor sombreando la parte afectada. Marque una cruz en la zona que más le duele.

Delante		Detrás	
Derecha	Izquierda	Izquierda	Derecha

2. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *máxima* de su dolor en la última semana.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------------

3. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *mínima* de su dolor en la última semana.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------------

4. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *media* de su dolor.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------------

5. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad de su dolor *ahora mismo*.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------------

6. ¿Qué tipo de cosas le alivia el dolor (p. ej., caminar, estar de pie, levantar algo)?

---

7. ¿Qué tipo de cosas empeora el dolor (p. ej., caminar, estar de pie, levantar algo)?

---



8. ¿Qué tratamiento o medicación está recibiendo para el dolor?

9. En la última semana, ¿hasta qué punto le han aliviado los tratamientos o medicación para el dolor? Por favor, rodee con un círculo el porcentaje que corresponda al grado de alivio que ha sentido.

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

10. Si toma medicación, ¿cuánto tarda en volver a sentir dolor?

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| 1. La medicación para el dolor no me ayuda nada | 5. 4h                               |
| 2. 1h   | 6. De 5 a 12h                       |
| 3. 2h   | 7. Más de 12h                       |
| 4. 3h   | 8. No tomo medicación para el dolor |

11. Marque con una cruz la casilla que considere adecuada para cada una de las respuestas.

Creo que mi dolor es debido a:

Sí No A. Los efectos del tratamiento (p. ej., medicación, operación, radiación, prótesis)

Sí No B. Mi enfermedad principal (la enfermedad que actualmente se está tratando y evaluando)

Sí No C. Una situación no relacionada con mi enfermedad principal (p. ej., artrosis)

Por favor, describa esta situación:

12. Para cada una de las siguientes palabras, marque con una cruz «sí» o «no» si ese adjetivo se aplica a su dolor.

Dolorido/continuo    Sí No    Mortificante (calambre)    Sí No

Palpitante    Sí No    Agudo    Sí No

Irradiante    Sí No    Sensible    Sí No

Punzante    Sí No    Quemante    Sí No

Agotador    Sí No

Fatigoso (pesado)    Sí No    Entumecido (adormecido)    Sí No

Penetrante    Sí No    Penoso    Sí No

Persistente    Sí No    Insoportable    Sí No





13. Rodee con un círculo el número que mejor describa hasta qué punto el dolor le ha afectado en los siguientes aspectos de la vida, durante la última semana.

A. Actividades en general

No me	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ha afectado											Me ha afectado por completo

B. Estado de ánimo

No me	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ha afectado											Me ha afectado por completo

C. Capacidad de caminar

No me	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ha afectado											Me ha afectado por completo

D. Trabajo habitual (incluye tanto el trabajo fuera de casa como las tareas domésticas)

No me	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ha afectado											Me ha afectado por completo

E. Relaciones con otras personas

No me	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ha afectado											Me ha afectado por completo

F. Sueño

No me	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ha afectado											Me ha afectado por completo



G. Disfrutar de la vida

No me	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ha afectado											Me ha afectado por completo

**14.** Prefiero tomar mi medicación para el dolor:

1. De forma regular
2. Sólo cuando lo necesito
3. No tomo medicación para el dolor

**15.** Tomo mi medicación para el dolor (en un período de un día):

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

**16.** ¿Cree que necesita una medicación más fuerte para el dolor?

1. Sí 2. No 3. No lo sé

**17.** ¿Cree que debería tomar más dosis de la medicación para el dolor que las que le ha recetado el médico?

1. Sí 2. No 3. No lo sé

**18.** ¿Está preocupado/a porque toma demasiada medicación para el dolor?

1. Sí 2. No 3. No lo sé

Si la respuesta es «sí», ¿por qué?

---

**19.** ¿Tiene problemas con los efectos secundarios de su medicación para el dolor?

1. Sí 2. No

¿Qué efectos secundarios?

---

**20.** ¿Cree que necesita recibir más información sobre su medicación para el dolor?

1. Sí 2. No

**21.** Otros métodos que uso para aliviar mi dolor son (por favor, marque con una cruz todo lo que se le aplique):

Compresas calientes    Compresas frías    Técnicas de relajación

Distracción    Biofeedback    Hipnosis

Otros Por favor, especifique \_\_\_\_\_

**22.** Otras medicaciones no recetadas por mi médico y que tomo para el dolor son:

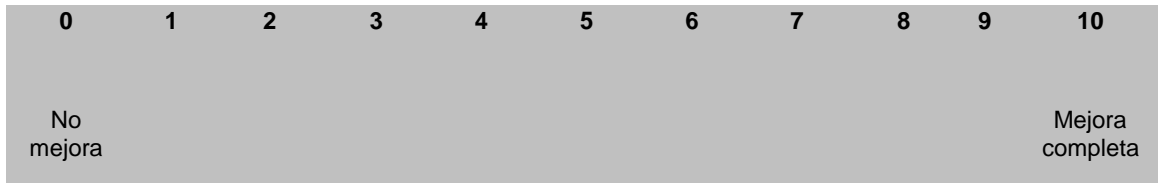


**TLAXCALA**  
GOBIERNO DEL ESTADO  
2011 - 2016



**SALUD DE TLAXCALA**

### ESCALA VISUAL ANALÓGICA DE MEJORA



### ESCALAS DEL ESTADO DE CONCIENCIA

#### ESCALA DE RAMSAY

Nivel I	Paciente agitado, angustiado
Nivel II	Paciente tranquilo, orientado y colaborador
Nivel III	Paciente con respuesta a estímulos verbales
Nivel IV	Paciente con respuesta rápida a la presión glabellar o estímulo doloroso
Nivel V	Paciente con respuesta perezosa a la presión glabellar o estímulo doloroso
Nivel VI	Paciente sin respuesta



Escala Global Deterioration Scale (GDS) y Functional Assessment Staging (FAST), correspondencia en EA, adaptado de la traducción al castellano del grupo de estudio de neurología de la conducta y demencias (guía SEN, 2002).

Estadio GDS	Estadio FAST y diagnóstico clínico	Características
GDS 1. Ausencia de alteración cognitiva	1. Adulto normal	Ausencia de dificultades objetivas o subjetivas
GDS 2. Defecto cognitivo muy leve	2. Adulto normal de edad	Quejas de pérdida de memoria. No se objetiva déficit en el examen clínico. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.
GDS 3. Defecto cognitivo leve	3. EA incipiente	<p>Primeros defectos claros</p> <p>Manifestación en una o más de estas áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Haberse perdido en un lugar no familiar</li> <li>Evidencia de rendimiento laboral pobre</li> <li>Dificultad incipiente para evocar nombres de personas</li> <li>Tras la lectura retiene escaso material</li> <li>Olvida la ubicación, pierde o coloca erróneamente objetos de valor</li> <li>Escasa capacidad para recordar a personas nuevas que ha conocido</li> <li>Disminución de la capacidad organizativa</li> </ul> <p>Se observa evidencia objetiva de defectos de memoria únicamente en una entrevista intensiva.</p>
GDS 4. Defecto cognitivo moderado	4. EA leve	<p>Disminución de la capacidad para realizar tareas complejas</p> <p>Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa:</p>



	Conocimiento disminuido de acontecimientos actuales y recientes
	El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su historia personal.
	Dificultad de concentración evidente en la sustracción seriada

Estadio GDS	Estadio FAST y diagnóstico clínico	Características
		Discapacidad disminuida para viajar, controlar su economía, etc.
		Frecuentemente no hay defectos en:
		Desorientación en tiempo y persona

Reconocimiento de caras y personas

		familiares
		Discapacidad de viajar a lugares conocidos
		La negación es el mecanismo de defensa predominante
GDS 5. Defecto cognitivo moderadamente grave	5. EA moderada	El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia. Requiere asistencia para escoger su ropa. Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares). Es frecuente cierta desorientación en tiempo o en lugar.
GDS 6. Defecto cognitivo grave	6. EA moderada-grave	Dificultad para contar al revés desde 40 de 4 en 4 o desde 20 de 2 en 2. Sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos Se viste incorrectamente sin asistencia o indicaciones. Olvida a veces el nombre de su esposa de quien depende para vivir algunos datos del pasado. Desorientación temporo-espacial. Dificultad para contar



		de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y falta de voluntad (abulia cognoscitiva).
	6a	Se viste incorrectamente sin asistencia o indicaciones.
	6b	Incapaz de bañarse correctamente.
	6c	Incapaz de utilizar el bacinilla.
	6d	Incontinencia urinaria.
	6e	Incontinencia fecal.
GDS 7. Defecto cognitivo muy grave	7. EA grave	Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales y motoras. Con frecuencia se observan signos neurológicos
	7a	Incapaz de decir más de media docena de palabras.
	7b	Sólo es capaz de decir una palabra inteligible.
	7c	Incapacidad de deambular sin ayuda.
	7d	Incapacidad para mantenerse sentado sin ayuda.
	7e	Pérdida de capacidad de sonreír.
	7f	Pérdida de capacidad de mantener la cabeza erguida.



**TLAXCALA**  
GOBIERNO DEL ESTADO  
2011 - 2016



**SALUD DE TLAXCALA**

CAM (Confusion Assessment method)

## ESCALA DIAGNÓSTICA DE DELIRIO

### 1. - Comienzo agudo y curso fluctuante

¿Ha observado un cambio agudo en el estado mental del paciente? SÍ/NO ( Si es NO, no seguir el test)

### 2.- Alteración de la atención

El paciente ¿Se distrae con facilidad y/o tiene dificultad para seguir una conversación?

SI/NO

(si es NO, no seguir el test)

### 3.- Pensamiento desorganizado

¿El paciente manifiesta ideas o conversaciones incoherentes o confunde a las personas que le rodean?  
SI/NO

### 4.- Alteración del nivel de conciencia

¿Está alterado el nivel de conciencia del paciente? (Nota: nivel de conciencia: vigilante, letárgico, estuporoso)

SI/NO



## Cuestionario DN4

(Versión española del cuestionario Dolour Neuropathique 4<sup>1</sup>)

Responda a las cuatro preguntas siguientes marcando sí o no en la casilla correspondiente.

### ENTREVISTA AL PACIENTE

Pregunta 1: ¿Tiene su dolor alguna de estas características?

	Si	No
1 Quemazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Sensación de frío doloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Descargas eléctricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta 2: ¿Tiene en la zona donde le duele alguno de estos síntomas?

	Si	No
4 Hormigueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Pinchazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Escozor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### EXPLORACIÓN DEL PACIENTE

Pregunta 3: ¿Se evidencia en la exploración alguno de estos signos en la zona dolorosa?

	Si	No
8 Hipoestesia al tacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Hipoestesia al pinchazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta 4: ¿El dolor se provoca o intensifica por?

	Si	No
10 El roce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Versión Francesa (Francia): Bouhassira D, et al. Pain 2005; 114: 29-36.  
Versión Española (España): Pérez C, et al. EFIC 2006.