

# Cuestionario breve para la evaluación del dolor (BPI- Sf)



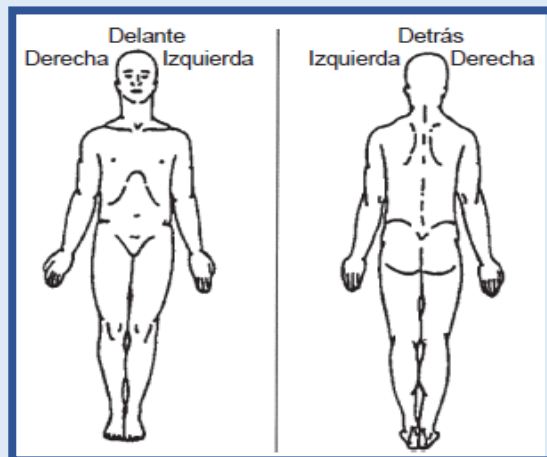
Datos de identificación del paciente

FECHA:

Por favor, lea atentamente y conteste a las siguientes preguntas:

1. Todos hemos tenido dolor alguna vez en nuestra vida (por ejemplo, dolor de cabeza, dolor de muelas). ¿En la actualidad, ha sentido un dolor distinto a estos dolores comunes?      **SÍ**                       **NO**

2. Indique en el dibujo, con un lápiz, dónde siente dolor. Indique con una "X" la parte del cuerpo en la que el dolor es más grave:



3. Clasifique su dolor haciendo un circulo alrededor del número que mejor describe la intensidad **máxima** de dolor sentido en las últimas 24 horas:  
(0 = ningún dolor; 10 = el peor dolor imaginable)

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

4. Clasifique su dolor haciendo un circulo alrededor del número que mejor describe la intensidad **mínima** de dolor sentido en las últimas 24 horas:  
(0 = ningún dolor; 10 = el peor dolor imaginable)

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

5. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad **media** de dolor en las últimas 24 horas:  
(0 = ningún dolor; 10 = el peor dolor imaginable)

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

6. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad de su dolor **actual**:  
(0 = ningún dolor; 10 = el peor dolor imaginable)

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

7. ¿Qué tratamiento o medicación recibe para su dolor?

---



---



---

8. En las últimas 24 horas, ¿cuánto alivio ha sentido con el tratamiento o con el medicamento?  
(=% = ningún alivio; 100% = alivio total)

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

9. Haga in círculo alrededor del número que mejor describe la manera en que el dolor ha interferido durante las últimas 24 horas en su:

<b>A. Actividad en general</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	No interfiere										Interfiere por completo
<b>B. Estado de ánimo</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	No interfiere										Interfiere por completo
<b>C. Capacidad para caminar</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	No interfiere										Interfiere por completo
<b>D. Trabajos habituales (en casa o fuera)</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	No interfiere										Interfiere por completo
<b>E. Relaciones con otras personas</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	No interfiere										Interfiere por completo
<b>F. Sueño</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	No interfiere										Interfiere por completo
<b>G. Capacidad de diversión</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	No interfiere										Interfiere por completo

## OBSERVACIONES:

Adaptado de Bermeño y col (2008). *Más de cien escalas en Neurología*. Ed. Aula Médica Ediciones.

Disponible en: [http://www.neuroloxia.com/wp-content/uploads/2009/06/escalas\\_en\\_neurologia\\_marzo.pdf](http://www.neuroloxia.com/wp-content/uploads/2009/06/escalas_en_neurologia_marzo.pdf)