

Plan de automanejo del dolor

Nombre _____

Fecha _____

Banderas verdes: Todo en orden

Su nivel de comodidad es _____ Escala de 0–10;
0 = sin dolor y 10 = el peor dolor que ha tenido

Si:

- ✓ Puede realizar las actividades básicas y descansar cómodamente
- ✓ No tiene ningún dolor nuevo
- ✓ Está tomando medicamentos opioides para el dolor y defeca por lo menos cada 2 o 3 días



Lo que ello podría indicar:

- ✓ Está controlando el dolor en un nivel aceptable para usted
- ✓ Continúe tomando sus medicamentos según lo prescrito
- ✓ Continúe empleando _____ (hielo, calor, terapia, relajación, etc.), junto con sus medicamentos
- ✓ No deje de asistir a todas sus citas médicas
- ✓ Continúe realizando ejercicio regularmente según lo prescrito

Banderas amarillas: Precaución

Si experimenta **cualquiera** de los siguientes:

- ✓ Dolor que supera su nivel de comodidad con sus tratamientos habituales
- ✓ No puede realizar las actividades básicas o descansar cómodamente
- ✓ Un nuevo dolor que nunca tuvo
- ✓ Si está tomando medicamentos opioides y no ha defecado en 2 o 3 días
- ✓ Está durmiendo más que de costumbre
- ✓ Siente ganas de vomitar
- ✓ No puede tomar sus medicamentos



Lo que ello podría indicar:

- ✓ Es posible que sea necesario cambiar su plan de control del dolor
Llame a su servicio domiciliario de enfermería o a su médico de cabecera

Servicio domiciliario de enfermería: _____

Teléfono: _____

Médico: _____

Teléfono: _____

Conozca los signos de advertencia: Cansancio mental, emocional o físico

Si observa un indicador de Precaución de la Zona amarilla, colabore estrechamente con su equipo de atención médica

Banderas rojas: Deténgase y piense

Si:

- ✓ Sus tratamientos habituales no lo alivian
- ✓ Tiene un dolor nuevo e intenso
- ✓ Está tomando un medicamento opioide y no ha defecado por más de 3 días
- ✓ Está extremadamente somnoliento
- ✓ Está vomitando
- ✓ Está confundido



Lo que ello podría indicar:

- ✓ ***Debe ser evaluado por un profesional médico inmediatamente***
- ✓ ***Llame al consultorio de su proveedor de atención médica o a su servicio domiciliario de enfermería***
- ✓ ***Pida que lo lleven a la sala de emergencias más cercana o llame al 9-1-1***