

# Manual de Aplicación del **Espiditest** para la terapéutica del dolor en España



INSTITUTO ZAMBON DE LUCHA  
CONTRA EL DOLOR EN ESPAÑA  
C/ Dr. Teófilo Hernando Ortega, 2 - 28040 (Madrid)  
e-mail: estudios@bernardkrief.com

P2418



INSTITUTO ZAMBON DE LUCHA  
CONTRA EL DOLOR EN ESPAÑA





## PRESENTACIÓN

El Instituto Zambon de Lucha contra el Dolor en España promueve desde su creación en el año 2.000 distintas actividades encaminadas a desarrollar conceptos y nuevas metodologías sobre el Diagnóstico y Control del Dolor, por un lado, informando, y formando a Médicos, Farmacéuticos, Personal de Enfermería y Pacientes; por otro, divulgando documentación científica y estudios sobre la materia, y finalmente, investigando o propiciando la investigación a nuevas soluciones.

Las actividades del Instituto Zambon se iniciaron con el PROGRAMA CONTROL DOLOR 2000 con la colaboración de las siguientes sociedades:

- 1 Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo
- 2 Asociación Española de Pediatría
- 3 Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos
- 4 Federación de Sociedades Españolas de Oncología
- 5 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor
- 6 Sociedad Española de Cuidados Paliativos
- 7 Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias
- 8 Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física
- 9 Sociedad Española del Dolor
- 10 Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria
- 11 Sociedad Española de Geriatria y Gerontología
- 12 Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
- 13 Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
- 14 Sociedad Española de Medicina General
- 15 Sociedad Española de Medicina Interna
- 16 Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista
- 17 Sociedad Española de Reumatología
- 18 Sociedad Española de Toxicomanía
- 19 Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología
- 20 Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

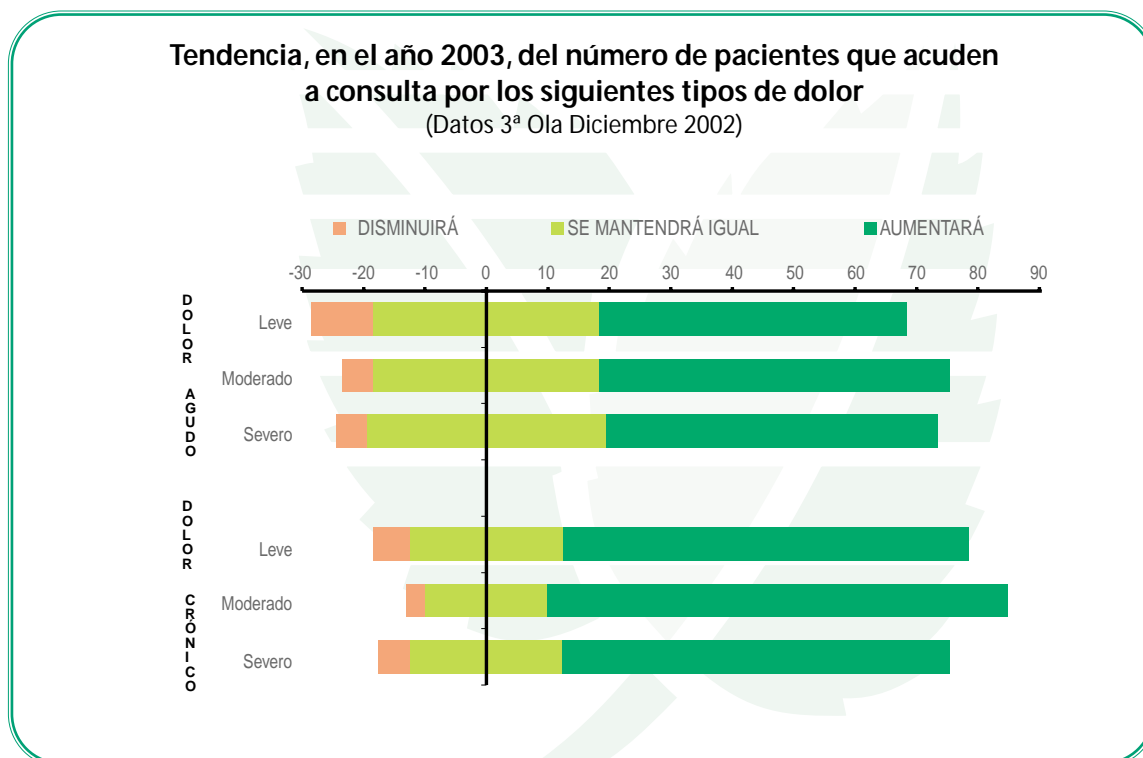
De entre las múltiples actividades realizadas dentro del Programa Control Dolor 2000 cabe resaltar el ESTUDIO LONGITUDINAL DELPHI, desarrollado mediante un Estudio de Base y 3 olas Delphi (2000-2003) por el Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief, sobre "La problemática de la Comunicación Médico-Paciente en Dolor y la Situación Asistencial al Dolor agudo y crónico en España".

Del Estudio de Base, realizado a 501 médicos, se deducía:

- 1º.- La alta prevalencia e incidencia del dolor en las consultas (100%)
- 2º.- La falta de tiempo del médico para atender a los pacientes (40%)
- 3º.- La falta de comunicación (60%)
- 4º.- Problemas de gastrolesividad en el tratamiento.
- 5º.- Falta de formación e información para el médico y el paciente.

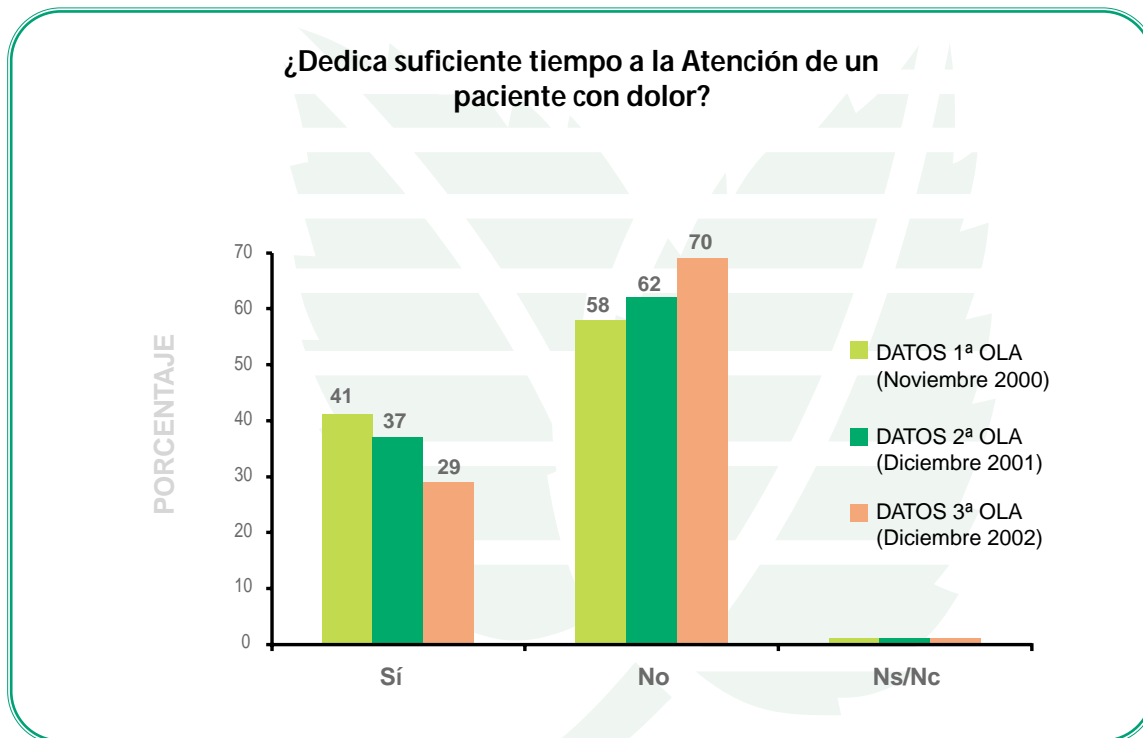
Gracias al Programa Control Dolor 2000 y tras el análisis de la evolución observada a lo largo de los 3 años (tres Olas del Estudio Delphi), se llega a las siguientes conclusiones:

- 1º.- Debido a la concienciación general, se incrementa el número de pacientes que consultan sobre dolor a los médicos.

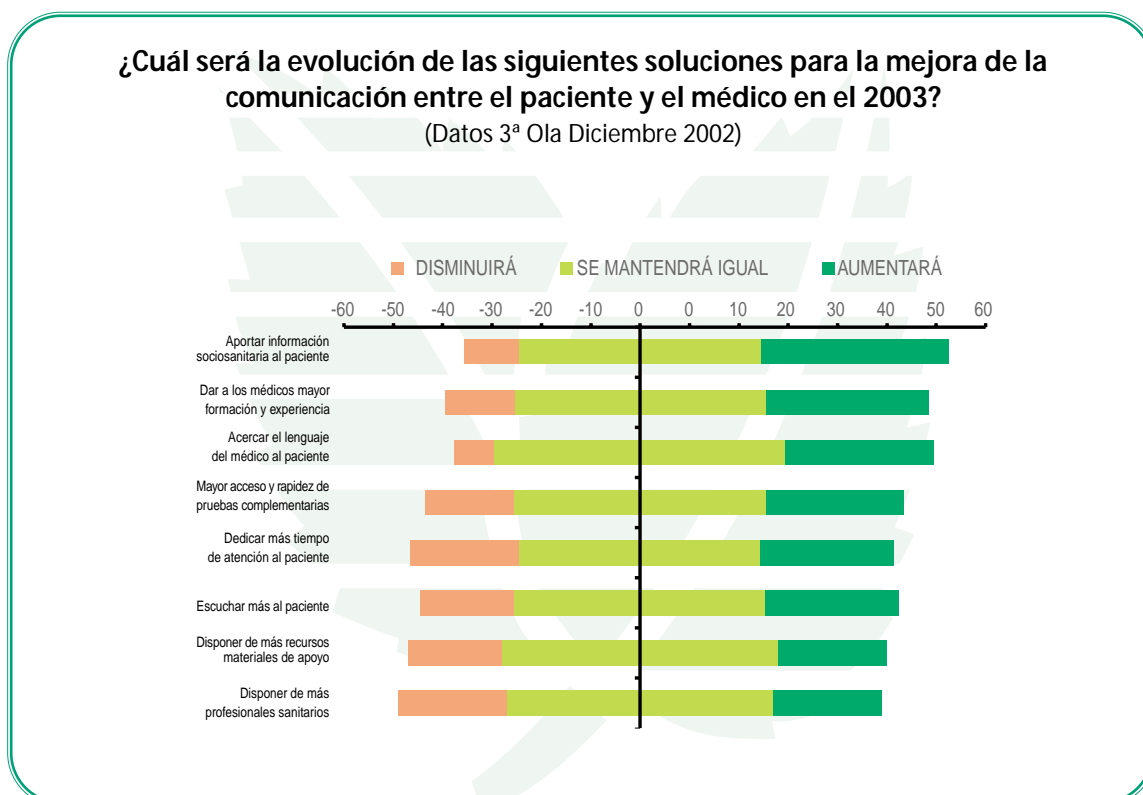




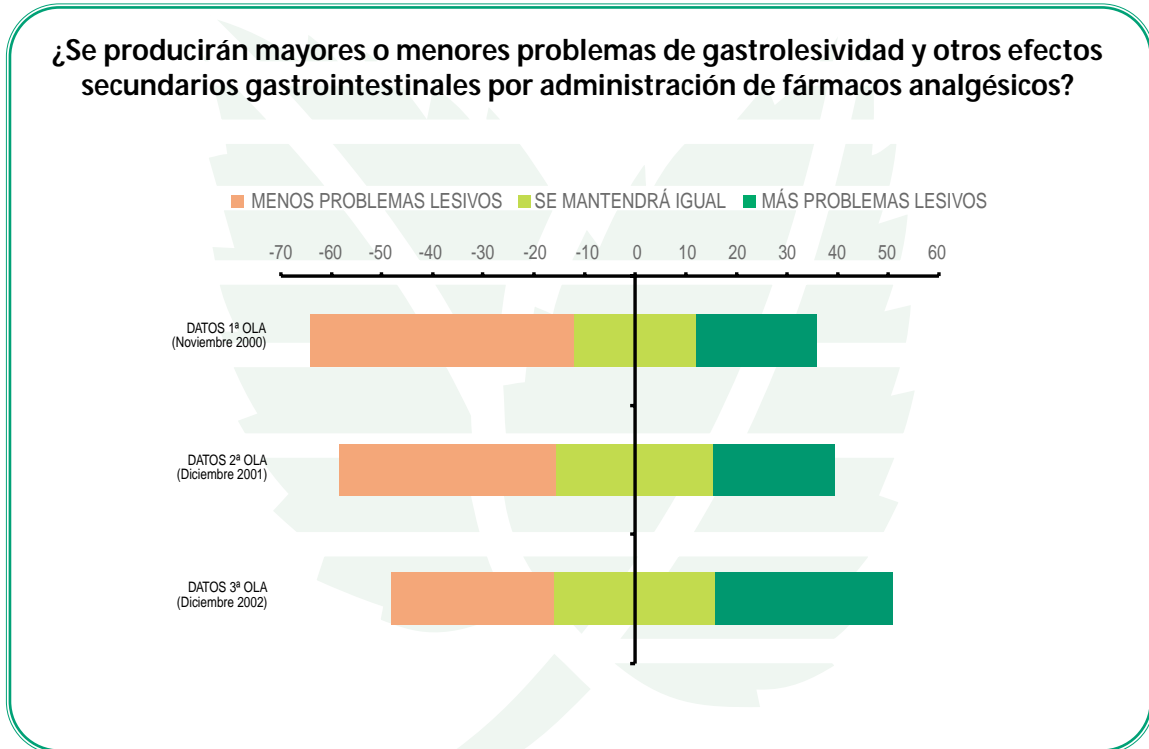
2°.- Empeora el tiempo de dedicación del médico.



3°.- Mejora de la información y formación del médico sobre el dolor.



**4°.-** Empeora la visión sobre la aparición de efectos gastrolesivos a los tratamientos analgésicos.





## TEST DE CALIDAD DE VIDA

A partir de las conclusiones observadas en el estudio Delphi donde se apreciaban deficiencias de Comunicación entre Médico y Paciente, el Instituto Zambon de Lucha contra el Dolor en España puso en marcha la creación de un Test de Calidad de Vida español en el Dolor que permite al médico entender el papel que el dolor juega en las actividades cotidianas de su paciente, facilitando de esta forma la **Comunicación Médico-Paciente en Dolor**.

En la actualidad, el **Instituto Zambon de Lucha contra el Dolor en España** continuando en la línea de años precedentes ha puesto en marcha el Proyecto Control Dolor 2005, y dentro del mismo presenta el **TEST DE CALIDAD DE VIDA** que pretende ser un instrumento de ayuda y orientación terapéutica que permita entender la vivencia del dolor y mejorar el pronóstico de los pacientes, permitiendo:

1. **Clasificar de forma objetiva y cuantitativa al paciente con dolor en 3 tipologías distintas en función de su Calidad de Vida** y así ayudar al médico a entender cómo su paciente vive el dolor.
2. **Sugerir/recomendar una posible guía orientativa para el tratamiento a seguir en función de la tipología de paciente y de la patología diagnosticada** a través de los **Algoritmos de Tratamiento**:
  - a. **Atención Primaria**, definidos por **Semergen**
  - b. **Atención Hospitalaria**, definidos por la Unidad del Dolor de la **Clínica Universitaria de Navarra**

El Test, en sus dos versiones, completa "Espiditest" y abreviada "Fast-Espiditest", se inició con un estudio de Calidad de Vida en dolor, en el año 2001, con 504 pacientes de los siguientes Hospitales:

Hospital General Universitario Gregorio Marañón  
Hospital Clínico San Carlos  
Hospital Universitario Vall D'Hebron  
Hospital del Mar

Este Test de Calidad de Vida contó con la colaboración de la Sociedad Española del Dolor y el desarrollo por parte del Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief.

A partir de dicho Estudio, se construyó el TEST DE CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON DOLOR, que fue validado en el periodo 2002-2003 con una muestra aleatoria de 1.390 pacientes a nivel nacional.

La validación ha permitido clasificar a los pacientes en 3 grupos o tipologías de pacientes con dolor según su calidad de vida:

*Dolor Leve*  
*Dolor Moderado*  
*Dolor Intenso*

Una vez validado, la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN) para Atención Primaria y la Unidad de Dolor de la Clínica Universitaria de Navarra para Atención Hospitalaria, han desarrollado los ALGORITMOS ORIENTATIVOS DE TRATAMIENTO a través de unas Fichas Terapéuticas en función de la tipología de paciente según su calidad de vida y de la patología diagnosticada.



## ¿CÓMO UTILIZAR EL TEST DE CALIDAD DE VIDA?

Tanto el Espiditest como los Algoritmos de Tratamiento son concebidos como un **instrumento de ayuda y orientación** al médico, tanto en Atención Primaria como a nivel Hospitalario en la atención al paciente con dolor.

El Espiditest es un test que mide la calidad de vida del paciente con dolor en España, y permite no sólo **clasificar al paciente** en función de su calidad de vida, sino también **orientar el tratamiento** a partir de los Algoritmos de Tratamiento recogidos en las Fichas Terapéuticas y, consiguientemente, mejorar el pronóstico del paciente con dolor.

Este Test, desarrollado por el Instituto Zambon de Lucha contra el Dolor, validado en sus dos versiones:

- versión completa, **Espiditest**: 9 preguntas (21 items)
- versión reducida, **Fast- Espiditest**: 4 preguntas (6 items)

distribuye a los PACIENTES en 3 CLUSTERS o tipología de paciente según su calidad de vida:

*Dolor Leve*  
*Dolor Moderado*  
*Dolor Intenso*

# CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES CON DOLOR EN ESPAÑA

(Cluster con 1.390 pacientes)



**GRUPO A (53 %)**  
**(CLUSTER 1)**

**DOLOR LEVE**

- Buen estado de salud, a pesar de las molestias actuales.
- Su estado de salud comparada con la de hace un año es más o menos igual.
- Consideran que no requieren ayuda.
- Pueden ser autosuficientes, sin requerir ayuda.
- El dolor es de intensidad leve, describiéndolo como "ligero" y "molesto".
- El dolor en general no les dificulta su trabajo habitual.
- Apenas tiene dificultad para realizar esfuerzos moderados.
- Su dolor no le causa problemas en su vida familiar y sexual.
- No cree que su salud vaya a empeorar.
- Se considera tan sano como cualquiera.
- Valoran su salud de buena.
- Casi siempre se siente lleno de vitalidad.
- Tienden a minimizar el dolor.
- Duermen regularmente.
- El dolor no le ha dificultado su trabajo habitual.
- Pocas veces se sintió desanimado y triste.
- Alguna vez se sintió cansado/agotado.

**GRUPO B (29 %)**  
**(CLUSTER 2)**

**DOLOR MODERADO**

- Mal estado de salud, además siente que va a empeorar.
- Requieren ayuda ocasional.
- El dolor es molesto y frecuente.
- El dolor les ha dificultado con regularidad su trabajo habitual.
- Con bastante frecuencia tienen dificultad para realizar esfuerzos moderados.
- Su dolor le ha podido causar en alguna ocasión problemas en su vida familiar y sexual.
- La mayoría de las veces no se considera tan sano como cualquiera.
- Algunas veces se siente lleno de vitalidad y energía.
- Algunas veces se sintió desanimado y triste.
- Algunas veces se sintió cansado/agotado.
- Mayor capacidad de sufrimiento.
- Duermen mal.
- Le cuesta estar de pie.
- Últimamente puede enfadarse con mayor facilidad.

**GRUPO C (18 %)**  
**(CLUSTER 3)**

**DOLOR INTENSO**

- Una actitud pesimista frente al dolor.
- El peor estado de salud.
- Su salud actual es peor que la de hace un año.
- Requieren ayuda frecuentemente.
- El dolor es intenso, valorándolo como muy frecuente o continuo.
- El dolor les ha dificultado bastante o mucho su trabajo habitual.
- Su dolor les impide realizar esfuerzos moderados.
- Su estado de salud le causa problemas en su vida familiar y sexual.
- Cree que se pone enfermo más fácilmente que otras personas y que su salud va a empeorar.
- No se considera tan sano como cualquiera.
- Casi nunca se siente lleno de vitalidad y energía.
- Muchas veces se sintió desanimado y triste.
- Casi siempre se sintió cansado/agotado.
- Últimamente se enfada con facilidad.
- Duermen muy mal, necesitan hipnóticos para dormir.
- Siempre está fatigado.
- Le cuesta mucho estar de pie.
- Tiene dolor constantemente.
- Puede llegar a pensar que es una carga para los demás.

Espiditest		
De 0 a 48 puntos	De 49 a 62 puntos	De 63 puntos en adelante
Fast-Espiditest		
De 0 a 15 puntos	De 16 a 24 puntos	De 25 puntos en adelante



Estos grupos están constituidos por individuos que se "unen" o se "distancian" entre sí, según lo similar que resulten comparativamente sus respuestas a los diferentes ítems del cuestionario.

Una vez cumplimentado el **Test de Calidad de Vida** y obtenida la clasificación del paciente en función de su Calidad de Vida, pueden consultarse, para obtener una orientación del tratamiento a seguir los **ALGORITMOS DE TRATAMIENTO** a través de las fichas terapéuticas, en función de la tipología del paciente y de la patología diagnosticada.

Se dispone de Algoritmos de tratamiento enfocados tanto para la **Atención Hospitalaria como para Atención Primaria** en las siguientes patologías:

1. **Dolor Reumático**
2. **Dolor Traumático**
3. **Dolor Radicular agudo**
4. **Dolor Lumbar agudo**
5. **Dolor de Garganta**
6. **Dolor causado por Sinusitis**
7. **Dolor de Oído (externo, medio, otalgia refleja)**
8. **Dolor Dental**
9. **Dolor Menstrual**

Los Algoritmos del ámbito Hospitalario han sido dirigidos por el Dr. Juan Pérez-Cajaraville, Responsable de la Unidad del Dolor de la Clínica Universitaria de Navarra, y para Atención Primaria por la SEMERGEN con un grupo de trabajo dirigido por el Dr. Emilio Blanco Tarrío, Presidente de SEMERGEN de Castilla y León y Presidente del Grupo de Dolor de SEMERGEN, y por el Dr. Felipe Chavida García, Presidente de la Fundación.

Al final de este folleto se adjuntan las **Fichas Terapéuticas** correspondientes a los Algoritmos de Atención Primaria (pag. de 11 a 21).

## ¿CÓMO CUMPLIMENTAR EL TEST DE CALIDAD DE VIDA?

El paciente debe responder las preguntas planteadas en el Espiditest o en su lugar el Fast-Espiditest. A partir de la suma de las puntuaciones de las respuestas que da el paciente se obtiene un resultado total que permite clasificar al paciente en función de su Calidad de Vida en uno de los 3 clusters definidos.

A partir de dicha clasificación y en función de la patología diagnosticada encontrará unas recomendaciones del tratamiento a seguir en las Fichas Terapéuticas pudiendo así mismo escoger entre el ámbito de Atención Primaria o Atención Hospitalaria.

Puede cumplimentar el Espiditest siguiendo varias vías:

- 1) **Cumplimentar a mano el Test** adjunto, sumar la puntuación de las respuestas, y con el resultado obtener la clasificación de su paciente según su Calidad de Vida. A continuación si lo desea puede consultar la FICHA TERAPÉUTICA correspondiente a la patología motivo de consulta del paciente y ver el tratamiento recomendado en función de la tipología de paciente.

Encontrará las fichas terapéuticas correspondientes a Atención Primaria al final de este folleto, en el CD adjunto y en la web:  
[www.institutozambondolor.com](http://www.institutozambondolor.com), disponible a partir de enero de 2005.

Las Fichas terapéuticas de Atención Hospitalaria las encontrará en el CD adjunto o en la web: [www.institutozambondolor.com](http://www.institutozambondolor.com)




- 2) **Insertar el CD** adjunto, seleccionar en el MENU Espiditest o Fast-Espiditest, cumplimentarlo en el ordenador siguiendo las instrucciones y automáticamente le saldrá el resultado de la puntuación del mismo, la tipología del paciente y las pautas de tratamiento recomendadas.

- 3) Acceder a la página web: [www.institutozambondolor.com](http://www.institutozambondolor.com) y seguir el mismo proceso de cumplimentación descrito en el CD.



# Algoritmos de Tratamiento de Atención Primaria

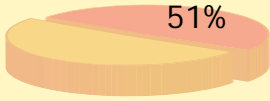
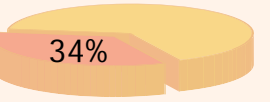

## DOLOR REUMÁTICO

		INTENSIDAD DEL DOLOR	PAUTAS DE TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
<p>Espiditest 9 PREGUNTAS</p> <p>Fast-Espiditest 4 PREGUNTAS</p>	<p>≤ 50</p> <p>≤ 17</p>	<p><b>DOLOR LEVE</b></p> <p>(Lo padece el 29% de los pacientes con esta patología)</p> 	<p>Métodos no farmacológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Corregir la obesidad</li> <li>Fisioterapia</li> <li>Terapia ocupacional</li> </ul> <p>+</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Paracetamol 1 gr c/6h</li> </ul>	<p>Otras actuaciones en el campo de la rehabilitación pueden ser la termoterapia y la electroterapia</p>
	<p>51-64</p> <p>18-24</p>	<p><b>DOLOR MODERADO</b></p> <p>(Lo padece el 38% de los pacientes con esta patología)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>AINes (como Ibuprofeno arginato, etc..) +/- GASTROPROTECCIÓN</li> <li>Relajantes musculares</li> </ul> <p>Si no cede: AINes (como Ibuprofeno arginato, etc..) +/- gastroprotección + Tramadol</p> <p>Además, medidas no farmacológicas, incluyendo reposo y la descarga de las articulaciones afectadas.</p>	<p>Factores de riesgo gastrointestinal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Edad mayor de 60 años</li> <li>Antecedentes de enfermedad g-i</li> <li>Dosis altas</li> <li>Tratamientos con corticoides</li> <li>Tipo de AINE</li> <li>Pacientes anticoagulados</li> </ul> <p>Para la gastroprotección añadir misoprostol o inhibidor de la bomba de protones si hay riesgo gastrointestinal o sustituir AINEs clásicos por inhibidor selectivo COX-2.</p>
	<p>≥ 65</p> <p>≥ 25</p>	<p><b>DOLOR INTENSO</b></p> <p>(Lo padece el 33% de los pacientes con esta patología)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>AINes (como Ibuprofeno arginato, etc..) +/- GASTROPROTECCIÓN + OPIOIDES POTENTES (Buprenorfina o Fentanilo transdérmicos)</li> <li>Medidas no farmacológicas</li> </ul> <p><b>Interconsulta con reumatología si no cede</b></p>	<p>El inicio del tratamiento con opioides potentes requiere consentimiento verbal informado, fracaso de otros tratamientos, descartar cuadros psiquiátricos o dependencias y preferiblemente un periodo de monitorización.</p> <p>Es recomendable comenzar con dosis muy bajas y asociar los primeros días antieméticos.</p>

MEJOR CALIDAD DE VIDA




PEOR CALIDAD DE VIDA

# DOLOR TRAUMÁTICO

		INTENSIDAD DEL DOLOR	PAUTAS DE TRATAMIENTO	OBSERVACIONES	
<p>MEJOR CALIDAD DE VIDA</p> <p>↑</p> <p>↓</p> <p>PEOR CALIDAD DE VIDA</p>	<p>Espiditest 9 PREGUNTAS</p> <p>Fast-Espiditest 4 PREGUNTAS</p>	<p><b>DOLOR LEVE</b> (Lo padece el 51% de los pacientes con esta patología)</p> 	<p>Métodos no farmacológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ No hay signos inflamatorios</li> <li>■ No exploración radiológica</li> </ul> <p>1º Reposo relativo</p> <p>2º Paracetamol 500-1000 mg c/6 h o AINEs clásicos como Ibuprofeno arginato 400-600 mg c/6h, Diclofenaco 50 mg c/6h, Naproxeno 500 mg c/6h, con gastroprotección si riesgo gastrointestinal.</p>	<p><b>SI NO HAY MEJORÍA UNA VEZ PAUTADO EL TRATAMIENTO, TANTO PARA EL DOLOR LEVE COMO PARA EL MODERADO:</b></p> <p>↓</p> <p><b>EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS</b> Radiología simple y/o funcionales</p>	
	≤ 47	≤ 15	<p><b>DOLOR MODERADO</b> (Lo padece el 34% de los pacientes con esta patología)</p> 	<p>Inflamación leve-moderada Radiografías, 2 proyecciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Articular: AP y Axial</li> <li>■ Extraarticular: AP y L</li> </ul> <p>1. Reposo relativo +/- inmovilización.</p> <p>2. Frio local.</p> <p>3. AINEs clásicos pautados: Ibuprofeno arginato, Diclofenaco, Piroxicam +/- gastroprotección si riesgo g-i; Puede ser conveniente la vía parenteral de inicio, Diclofenaco 75 mg IM, Ketorolaco 30 mg IM.</p>	<p>↓</p> <p><b>NO MEJORÍA</b></p> <p>↓</p> <p><b>INTERCONSULTA CON TRAUMATOLOGÍA (COT)</b></p>
	48-62	16-23	<p><b>DOLOR INTENSO</b> (Lo padece el 16% de los pacientes con esta patología)</p> 	<p>Signos inflamatorios graves Deformidad Radiografías, 2 proyecciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Articular: AP y Axial</li> <li>■ Extraarticular: AP y L</li> </ul> <p>1. Inmovilización</p> <p>2. Traslado a Hospital con analgesia vía iv.</p> <p>El traslado se puede realizar diluyendo 1 ó 2 amp. de 100 mg de Tramadol en 100 cc de suero fisiológico y pasándolo en 20 minutos. Es posible utilizar también por esta vía y diluido un AINE como Ketorolaco o también diluido Metamizol (no mezclados).</p>	
≥ 63	≥ 24				



# DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO: Dolor Radicular Agudo

		INTENSIDAD DEL DOLOR	PAUTAS DE TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
Espiditest 9 PREGUNTAS	Fast-Espiditest 4 PREGUNTAS	<b>DOLOR LEVE</b> (Lo padece el 28% de los pacientes con esta patología)	<ul style="list-style-type: none"><li>■ AINEs clásicos como Ibuprofeno arginato, Diclofenaco o Piroxicam, pautados.</li><li>■ Protección gástrica si riesgo gastrointestinal.</li></ul>	<b>SI NO HAY MEJORÍA UNA VEZ PAUTADO EL TRATAMIENTO, TANTO PARA EL DOLOR LEVE COMO PARA EL MODERADO:</b>  ↓ <b>No mejoría o pérdida de fuerza</b>  ↓
≤ 50	≤ 17			
MEJOR CALIDAD DE VIDA		<b>DOLOR MODERADO</b> (Lo padece el 40% de los pacientes con esta patología)	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Reposo</li><li>■ AINEs clásicos (como Ibuprofeno arginato, etc..) o Paracetamol</li><li>■ Protección gástrica</li><li>■ Miorrelajantes</li></ul> <p style="text-align: center;">} <b>Dexametasona 8 mg Inyectable, ciclo corto de tres días</b></p>	<b>Interconsulta con Traumatología (COT)</b>  La artrosis y las hernias discales son la causa más frecuentes de radiculopatía. Es muy <b>IMPORTANTE</b> tener en cuenta que el dolor radicular puede ser la primera manifestación de un proceso tumoral, por ejemplo, un cáncer de colon o de próstata, siendo imprescindible el diagnóstico precoz. También pueden ser causa los traumatismos y las infecciones.
51-64	18-24			
PEOR CALIDAD DE VIDA		<b>DOLOR INTENSO</b> (Lo padece el 31% de los pacientes con esta patología)	<b>Interconsulta con Traumatología (COT)</b>	El dolor radicular agudo es un dolor neuropático, que en la mayoría de las ocasiones se asocia a un dolor somático.
≥ 65	≥ 25			

## DOLOR MUSCULOESQUÉLETICO: Dolor Lumbar Agudo

		INTENSIDAD DEL DOLOR	PAUTAS DE TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
Espiditest 9 PREGUNTAS	Fast-Espiditest 4 PREGUNTAS			
	≤ 50	≤ 17		
	51-64	18-24		
≥ 65	≥ 25			

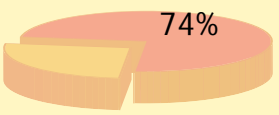
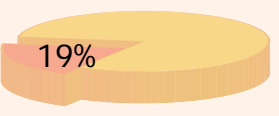

MEJOR CALIDAD DE VIDA	MEJOR CALIDAD DE VIDA	MEJOR CALIDAD DE VIDA	MEJOR CALIDAD DE VIDA	MEJOR CALIDAD DE VIDA
<b>DOLOR LEVE</b> (Lo padece el 28% de los pacientes con esta patología)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Analgésicos simples: Paracetamol 1g c/6h</li> <li>■ Miorrelajantes</li> <li>■ Calor lumbar</li> </ul>	<p><b>SI NO SE PRODUCE MEJORÍA NI EN DOLOR LEVE, NI EN MODERADO, NI EN INTENSO:</b></p> <p><b>Radiografía Ap y L Lumbar:</b></p> <p>Signos de artrosis: - Disminución amplitud discal - Osteofitos - Esclerosis facetaria</p>	<p>28%</p>	<p>- Fractura - Imágenes osteolíticas</p> <p>- Reposo - AINEs o analgésicos - Protección gástrica - Miorrelajantes - Calor lumbar - Faja lumbar en periodos cortos</p>
<b>DOLOR MODERADO</b> (Lo padece el 40% de los pacientes con esta patología)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Reposo</li> <li>■ AINEs (como Ibuprofeno arginato, etc.) o analgésicos simples</li> <li>■ Protección gástrica si riesgo gastrointestinal</li> <li>■ Miorrelajantes</li> <li>■ Calor lumbar</li> <li>■ Faja lumbar en periodos cortos</li> </ul>	<p>No mejoría</p> <p>Interconsulta con Traumatología (COT)</p> <p>Las causas del dolor lumbar pueden ser mecánicas, las más frecuentes, no mecánicas, inflamatorias, infecciosas o tumorales o referidas, originadas en vísceras abdominales o pélvicas. Es muy importante el diagnóstico diferencial y detectar aquellos pacientes susceptibles de patología grave o tumoral.</p>	<p>40%</p>	
<b>DOLOR INTENSO</b> (Lo padece el 31% de los pacientes con esta patología)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Reposo</li> <li>■ AINEs (como Ibuprofeno arginato, etc.) o analgésicos</li> <li>■ Protección gástrica</li> <li>■ Miorrelajantes</li> <li>■ Calor lumbar</li> <li>■ Faja lumbar en periodos cortos</li> </ul>		<p>31%</p>	
<b>PEOR CALIDAD DE VIDA</b>	<b>PEOR CALIDAD DE VIDA</b>	<b>PEOR CALIDAD DE VIDA</b>	<b>PEOR CALIDAD DE VIDA</b>	<b>PEOR CALIDAD DE VIDA</b>



# DOLOR OTORRINOLARINGOLÓGICO: Patología Oído Externo

		INTENSIDAD DEL DOLOR	PAUTAS DEL TRATAMIENTO	OBSERVACIONES				
<p>Espiditest 9 PREGUNTAS</p> <p>Fast-Espiditest 4 PREGUNTAS</p>	<p>MEJOR CALIDAD DE VIDA</p> <p>MEJOR CALIDAD DE VIDA</p> <p>PEOR CALIDAD DE VIDA</p>	<p><b>DOLOR LEVE</b> (Lo padece el 74% de los pacientes con esta patología)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Compresas frías o calientes sobre el oído afectado. Evitar entrada de agua.</li> <li>■ Gotas tópicas (Antipirina, Benzocaína y Glicerina). <b>NO USAR ANTE SOSPECHA DE PERFORACIÓN TIMPÁNICA</b> (Evidencia visual, exudado).</li> <li>■ Evitar uso de tapones para oídos.</li> <li>■ Limpieza (bajo visión microscópica) de otorrea en conducto auditivo externo.</li> </ul>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TRATAMIENTO ESPECÍFICO</th> <th>CRITERIOS PARA INTERCONSULTA CON ORL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>           1. Tratamiento antibiótico tópico (Ciprofloxacino, Neomicina-Polimixina B, Gentamicina). Generalmente los preparados contienen corticoides.            2. Otomicosis: Tratamiento tópico con ác. acético o alcohol boricado a saturación.         </td> <td>           1. Pacientes diabéticos.            2. Inmunodeprimidos o en mal estado general.            3. Pacientes con malformaciones craneofaciales.            4. Clínica compatible con afectación de estructuras vecinas: trismus, parálisis facial.         </td> </tr> </tbody> </table>	TRATAMIENTO ESPECÍFICO	CRITERIOS PARA INTERCONSULTA CON ORL	1. Tratamiento antibiótico tópico (Ciprofloxacino, Neomicina-Polimixina B, Gentamicina). Generalmente los preparados contienen corticoides. 2. Otomicosis: Tratamiento tópico con ác. acético o alcohol boricado a saturación.	1. Pacientes diabéticos. 2. Inmunodeprimidos o en mal estado general. 3. Pacientes con malformaciones craneofaciales. 4. Clínica compatible con afectación de estructuras vecinas: trismus, parálisis facial.
		TRATAMIENTO ESPECÍFICO	CRITERIOS PARA INTERCONSULTA CON ORL					
		1. Tratamiento antibiótico tópico (Ciprofloxacino, Neomicina-Polimixina B, Gentamicina). Generalmente los preparados contienen corticoides. 2. Otomicosis: Tratamiento tópico con ác. acético o alcohol boricado a saturación.	1. Pacientes diabéticos. 2. Inmunodeprimidos o en mal estado general. 3. Pacientes con malformaciones craneofaciales. 4. Clínica compatible con afectación de estructuras vecinas: trismus, parálisis facial.					
<p>≤ 46</p> <p>≤ 14</p>	<p>DOLOR MODERADO</p> <p>(Lo padece el 19% de los pacientes con esta patología)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ibuprofeno arginato.</li> <li>■ Naproxeno.</li> <li>■ Podremos asociar Tramadol y fármacos coadyuvantes.</li> </ul>	<p>ANTE SOSPECHA DE PERFORACIÓN TIMPÁNICA, EL ATB. TÓPICO MENOS OTOTÓXICO ES EL CIPROFLOXACINO.</p> <p>3. Antibiótico oral en caso de diabéticos (Levofloxacino) o síntomas sistémicos (1ª el: Amoxicilina-clavulánico o la Cloxacilina).</p> <p>5. Ausencia de mejoría clínica 48 horas después de recibir antibiótico o antifúngico tópico.</p>					
<p>47-65</p> <p>15-24</p>	<p>DOLOR INTENSO</p> <p>(Lo padece el 7% de los pacientes con esta patología)</p>	<p>Combinación Analgésica: Ibuprofeno arginato</p> <p>+</p> <p>Fármacos de 2º y 3º escalón</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tramadol</li> <li>■ Morfina</li> </ul>						
<p>≥ 66</p> <p>≥ 25</p>								

## DOLOR OTORRINOLARINGOLÓGICO: Patología Oído Medio


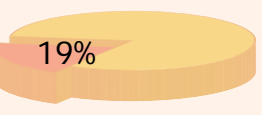
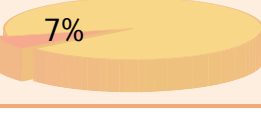
		INTENSIDAD DEL DOLOR	PAUTAS DE TRATAMIENTO	OBSERVACIONES				
<p>Espiditest 9 PREGUNTAS</p> <p>Fast-Espiditest 4 PREGUNTAS</p>	<p>MEJOR CALIDAD DE VIDA</p> <p>MEJOR CALIDAD DE VIDA</p> <p>PEOR CALIDAD DE VIDA</p>	<p><b>DOLOR LEVE</b> (Lo padece el 74% de los pacientes con esta patología)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Compresas frías o calientes sobre el oído afectado. Evitar entrada de agua.</li> <li>■ Gotas tópicas (Antipirina, Benzocaína y Glicerina). <b>NO USAR ANTE SOSPECHA DE PERFORACIÓN TIMPÁNICA.</b></li> <li>■ Evitar uso de tapones para oídos.</li> <li>■ Paracetamol o Ibuprofeno arginato.</li> </ul>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TRATAMIENTO ESPECÍFICO</th> <th>CRITERIOS PARA INTERCONSULTA CON ORL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>                     1. Otitis media aguda y serosa: (y subaguda)                      1ª elección:                      - Amoxicilina                      - TMP/SMX alérgicos β-lac:  <i>Eritromicina</i>                      2ª elección:                      - Amoxicilina clavulánico                      - Cefuroxima-axetilo                      - Cefpodoxima                      - Ceftriaxona (I.M.)                 </td> <td>                     1. Pacientes de alto riesgo:                      Malformaciones craneofaciales, Sdr. de Down, etc.                      2. Otitis media aguda recurrente (&gt; 3 episodios en 6 meses ó &gt; 4 en 1 año) que no cede a tratamiento atb.                 </td> </tr> </tbody> </table>	TRATAMIENTO ESPECÍFICO	CRITERIOS PARA INTERCONSULTA CON ORL	1. Otitis media aguda y serosa: (y subaguda) 1ª elección: - Amoxicilina - TMP/SMX alérgicos β-lac: <i>Eritromicina</i> 2ª elección: - Amoxicilina clavulánico - Cefuroxima-axetilo - Cefpodoxima - Ceftriaxona (I.M.)	1. Pacientes de alto riesgo: Malformaciones craneofaciales, Sdr. de Down, etc. 2. Otitis media aguda recurrente (> 3 episodios en 6 meses ó > 4 en 1 año) que no cede a tratamiento atb.
		TRATAMIENTO ESPECÍFICO	CRITERIOS PARA INTERCONSULTA CON ORL					
		1. Otitis media aguda y serosa: (y subaguda) 1ª elección: - Amoxicilina - TMP/SMX alérgicos β-lac: <i>Eritromicina</i> 2ª elección: - Amoxicilina clavulánico - Cefuroxima-axetilo - Cefpodoxima - Ceftriaxona (I.M.)	1. Pacientes de alto riesgo: Malformaciones craneofaciales, Sdr. de Down, etc. 2. Otitis media aguda recurrente (> 3 episodios en 6 meses ó > 4 en 1 año) que no cede a tratamiento atb.					
<p>≤ 46</p> <p>≤ 14</p>	<p><b>DOLOR MODERADO</b> (Lo padece el 19% de los pacientes con esta patología)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ibuprofeno arginato</li> <li>■ Combinación analgésica:                      + Ibuprofeno arginato                      + Tramadol</li> </ul> <p>Podremos asociar fármacos coadyuvantes.</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>                     2. Otitis media crónica:                      - Ciprofloxacino V.o/Vii 500 mg/ 12-24 h.                      - Gotas tópicas de Neomicina-polimixina B o Ciprofloxacino (es el menos ototóxico).                      - Cirugía: timpanoplastia con/sin mastoidectomía                 </td> <td>                     3. Otitis aguda refractaria, con síntomas moderados o severos que no responden a dos tandas de tratamiento atb.                      4. Otitis media serosa de 3 meses de evolución.                      5. Episodios de otorrea en el contexto de una otitis media crónica.                 </td> </tr> </tbody> </table>	2. Otitis media crónica: - Ciprofloxacino V.o/Vii 500 mg/ 12-24 h. - Gotas tópicas de Neomicina-polimixina B o Ciprofloxacino (es el menos ototóxico). - Cirugía: timpanoplastia con/sin mastoidectomía	3. Otitis aguda refractaria, con síntomas moderados o severos que no responden a dos tandas de tratamiento atb. 4. Otitis media serosa de 3 meses de evolución. 5. Episodios de otorrea en el contexto de una otitis media crónica.			
2. Otitis media crónica: - Ciprofloxacino V.o/Vii 500 mg/ 12-24 h. - Gotas tópicas de Neomicina-polimixina B o Ciprofloxacino (es el menos ototóxico). - Cirugía: timpanoplastia con/sin mastoidectomía	3. Otitis aguda refractaria, con síntomas moderados o severos que no responden a dos tandas de tratamiento atb. 4. Otitis media serosa de 3 meses de evolución. 5. Episodios de otorrea en el contexto de una otitis media crónica.							
<p>47-65</p> <p>15-24</p>	<p><b>DOLOR INTENSO</b> (Lo padece el 7% de los pacientes con esta patología)</p> 	<p><b>Interconsulta con ORL para Miringotomía urgente</b>                      Diagnóstico y terapéutica: en caso de dolor intenso o no referir mejoría significativa con analgésicos habituales. Se realizará en la consulta previa anestesia tópica con fenol.                      En los niños y en pacientes no colaboradores se puede realizar bajo anestesia general sin intubación.</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td>                     6. Complicaciones: mastoiditis, parálisis facial, trombosis seno lateral, laberinitis, afectación SNC.                 </td> </tr> </tbody> </table>		6. Complicaciones: mastoiditis, parálisis facial, trombosis seno lateral, laberinitis, afectación SNC.			
	6. Complicaciones: mastoiditis, parálisis facial, trombosis seno lateral, laberinitis, afectación SNC.							
<p>≥ 66</p> <p>≥ 25</p>								



# DOLOR OTORRINOLARINGOLÓGICO: otalgia Refleja


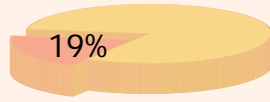
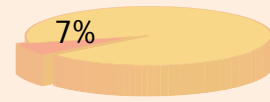
		INTENSIDAD DEL DOLOR	PAUTAS DE TRATAMIENTO	OBSERVACIONES						
<p>MEJOR CALIDAD DE VIDA</p> <p>↑</p> <p>↓</p> <p>PEOR CALIDAD DE VIDA</p>	<p>Espiditest 9 PREGUNTAS</p> <p>Fast-Espiditest 4 PREGUNTAS</p>	<p><b>DOLOR LEVE</b> (Lo padece el 74 % de los pacientes con esta patología)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ibuprofeno arginato</li> <li>Naproxeno</li> </ul>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TRATAMIENTO ESPECÍFICO</th> <th>CRITERIOS PARA INTERCONSULTA CON ORL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>           1. Articulación temporomandibular (ATM): <b>Interconsulta con ORL</b>            2. Otalgia odontogémica: terapia antibiótica (flora mixta) revisión estomatólogo si no hay mejoría clínica.            3. Otalgia secundaria a procesos ORL: amigdalitis, faringitis (antibiótico amplio espectro).         </td> <td>           1. Para realizar diagnóstico diferencial:            1.1 Otalgia secundaria procesos infecciosos orofaríngeos.            1.2 Otalgia secundaria procesos neoplásicos hipofaríngeos: descartar neoplasia de hipofaringe en fumador/bebedor con otalgia refleja de 15 días de evolución sin signos de infección.         </td> </tr> <tr> <td>           4. Neuralgias:            - neuralgia geniculada de Hunt.            - neuralgia timpánica.            - neuralgia del nervio auriculotemporal.            - neuralgia de Arnold.             Tto. Carbamazepina y derivar especialista         </td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	TRATAMIENTO ESPECÍFICO	CRITERIOS PARA INTERCONSULTA CON ORL	1. Articulación temporomandibular (ATM): <b>Interconsulta con ORL</b> 2. Otalgia odontogémica: terapia antibiótica (flora mixta) revisión estomatólogo si no hay mejoría clínica. 3. Otalgia secundaria a procesos ORL: amigdalitis, faringitis (antibiótico amplio espectro).	1. Para realizar diagnóstico diferencial: 1.1 Otalgia secundaria procesos infecciosos orofaríngeos. 1.2 Otalgia secundaria procesos neoplásicos hipofaríngeos: descartar neoplasia de hipofaringe en fumador/bebedor con otalgia refleja de 15 días de evolución sin signos de infección.	4. Neuralgias: - neuralgia geniculada de Hunt. - neuralgia timpánica. - neuralgia del nervio auriculotemporal. - neuralgia de Arnold.  Tto. Carbamazepina y derivar especialista	
	TRATAMIENTO ESPECÍFICO	CRITERIOS PARA INTERCONSULTA CON ORL								
	1. Articulación temporomandibular (ATM): <b>Interconsulta con ORL</b> 2. Otalgia odontogémica: terapia antibiótica (flora mixta) revisión estomatólogo si no hay mejoría clínica. 3. Otalgia secundaria a procesos ORL: amigdalitis, faringitis (antibiótico amplio espectro).	1. Para realizar diagnóstico diferencial: 1.1 Otalgia secundaria procesos infecciosos orofaríngeos. 1.2 Otalgia secundaria procesos neoplásicos hipofaríngeos: descartar neoplasia de hipofaringe en fumador/bebedor con otalgia refleja de 15 días de evolución sin signos de infección.								
4. Neuralgias: - neuralgia geniculada de Hunt. - neuralgia timpánica. - neuralgia del nervio auriculotemporal. - neuralgia de Arnold.  Tto. Carbamazepina y derivar especialista										
<p>≤ 46</p> <p>≤ 14</p>	<p><b>DOLOR MODERADO</b> (Lo padece el 19 % de los pacientes con esta patología)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Metamizol magnésico</li> </ul> <p>El dolor nocturno se puede tratar con coadyuvantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diacepam</li> <li>Loracepam</li> </ul>								
<p>47-65</p> <p>15-24</p>	<p><b>DOLOR INTENSO</b> (Lo padece el 7 % de los pacientes con esta patología)</p>	<p>INTERCONSULTA CON ORL</p>								
<p>≥ 66</p> <p>≥ 25</p>										

## DOLOR OTORRINOLARINGOLÓGICO: Dolor Sinusitis



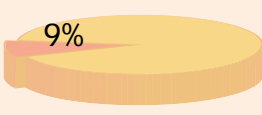
		INTENSIDAD DEL DOLOR	PAUTAS DE TRATAMIENTO	OBSERVACIONES					
Espiditest 9 PREGUNTAS	Fast-Espiditest 4 PREGUNTAS	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">MEJOR CALIDAD DE VIDA</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">PEOR CALIDAD DE VIDA</p>	<p><b>DOLOR LEVE</b> (Lo padece el 74% de los pacientes con esta patología)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento atb. oral (10-14 días).</li> <li>Hidratación adecuada.</li> <li>Incrementar la humedad en el hogar.</li> <li>Aplicar compresas calientes en la cara.</li> <li>Irrigación salina nasal (agua de mar)</li> <li>Dormir con la cabeza elevada.</li> <li>Descongestionante nasal:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>* Pseudoefedrina</li> <li>* Oximetazolina</li> </ul> </li> <li>Ibuprofeno arginato</li> </ul>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TRATAMIENTO ESPECÍFICO</th> <th>CRITERIOS PARA INTERCONSULTA CON ORL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <b>1. Sinusitis aguda/subaguda:</b>  <b>1.1 Síntomas leves y sin historia de atb. en últimas 6 semanas:</b>                              - Amoxicilina                              - Amoxicilina-clav                              - Cefuroxima-axetilo                               Alergias β-lac.                              - TMP/SMX                              - Doxicilina                              - Azitromicina                              - Claritromicina                              - Eritromicina  <b>1.2 Síntomas moderados y sin historia de atb. en últimas 6 semanas:</b>                              - ídem que en leves.                               Alergias β-lac.                              - Levofloxacino                              - Moxifloxacino  <b>1.3 Síntomas leves o moderados y con atb. en las últimas 6 semanas:</b>                              - Levofloxacino                              - Moxifloxacino                              - Amoxicilina (3.5gr/día)                              o Clindamicina + Cefuroxima-axetilo  <b>2. Sinusitis crónica:</b>                              - Cirugía endoscópica nasal Cadwell-Luc  <b>3. Alergia fúngica:</b>                              - Cir. endoscópica                              - Corticoides V.O/IN                         </td> <td>                             1. Sinusitis crónica.                              2. Pacientes diabéticos o inmunodeprimidos.                              3. Afectación de seno frontal.                              4. Inflamación o eritema de tejidos subcutáneos.                              5. Alteraciones visuales.                              6. Alteración motilidad ocular.                              7. Proptosis.                              8. Edema orbitario, preorbitario.                              9. Clínica neurológica.                         </td> </tr> </tbody> </table>	TRATAMIENTO ESPECÍFICO	CRITERIOS PARA INTERCONSULTA CON ORL	<b>1. Sinusitis aguda/subaguda:</b> <b>1.1 Síntomas leves y sin historia de atb. en últimas 6 semanas:</b> - Amoxicilina - Amoxicilina-clav - Cefuroxima-axetilo  Alergias β-lac. - TMP/SMX - Doxicilina - Azitromicina - Claritromicina - Eritromicina <b>1.2 Síntomas moderados y sin historia de atb. en últimas 6 semanas:</b> - ídem que en leves.  Alergias β-lac. - Levofloxacino - Moxifloxacino <b>1.3 Síntomas leves o moderados y con atb. en las últimas 6 semanas:</b> - Levofloxacino - Moxifloxacino - Amoxicilina (3.5gr/día) o Clindamicina + Cefuroxima-axetilo <b>2. Sinusitis crónica:</b> - Cirugía endoscópica nasal Cadwell-Luc <b>3. Alergia fúngica:</b> - Cir. endoscópica - Corticoides V.O/IN	1. Sinusitis crónica. 2. Pacientes diabéticos o inmunodeprimidos. 3. Afectación de seno frontal. 4. Inflamación o eritema de tejidos subcutáneos. 5. Alteraciones visuales. 6. Alteración motilidad ocular. 7. Proptosis. 8. Edema orbitario, preorbitario. 9. Clínica neurológica.
	TRATAMIENTO ESPECÍFICO		CRITERIOS PARA INTERCONSULTA CON ORL						
	<b>1. Sinusitis aguda/subaguda:</b> <b>1.1 Síntomas leves y sin historia de atb. en últimas 6 semanas:</b> - Amoxicilina - Amoxicilina-clav - Cefuroxima-axetilo  Alergias β-lac. - TMP/SMX - Doxicilina - Azitromicina - Claritromicina - Eritromicina <b>1.2 Síntomas moderados y sin historia de atb. en últimas 6 semanas:</b> - ídem que en leves.  Alergias β-lac. - Levofloxacino - Moxifloxacino <b>1.3 Síntomas leves o moderados y con atb. en las últimas 6 semanas:</b> - Levofloxacino - Moxifloxacino - Amoxicilina (3.5gr/día) o Clindamicina + Cefuroxima-axetilo <b>2. Sinusitis crónica:</b> - Cirugía endoscópica nasal Cadwell-Luc <b>3. Alergia fúngica:</b> - Cir. endoscópica - Corticoides V.O/IN		1. Sinusitis crónica. 2. Pacientes diabéticos o inmunodeprimidos. 3. Afectación de seno frontal. 4. Inflamación o eritema de tejidos subcutáneos. 5. Alteraciones visuales. 6. Alteración motilidad ocular. 7. Proptosis. 8. Edema orbitario, preorbitario. 9. Clínica neurológica.						
≤ 46	≤ 14	<p><b>DOLOR MODERADO</b> (Lo padece el 19% de los pacientes con esta patología)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento atb. oral (10-14 días)</li> <li>Esteroides nasales:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>* Budesonida</li> <li>* Mometasona</li> <li>* Fluorato</li> </ul> </li> <li>Corticoides V.O: Prednisona</li> <li>Paracetamol</li> <li>Ibuprofeno arginato</li> <li>Podremos asociar Tramadol, Codeína y fármacos co-adyuvantes</li> </ul>						
47-65	15-24	<p><b>DOLOR INTENSO</b> (Lo padece el 7% de los pacientes con esta patología)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento atb. oral (10-14 días)</li> <li>Primera opción:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibuprofeno arginato</li> <li>- Naproxeno</li> <li>- Corticoides (Dexametasona) vía oral. Pauta corta.</li> </ul> </li> <li>Segunda opción:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tramadol o/iv</li> <li>- Diclofenaco i.m.</li> <li>- Dexametasona V.O</li> </ul> </li> <li>Tercera opción:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Morfina</li> <li>- Fentanilo</li> <li>- Metamizol i.v</li> <li>- Dexametasona i.v</li> </ul> </li> </ul>						
≥ 66	≥ 25								



# DOLOR OTORRINOLARINGOLÓGICO: Dolor Garganta

		INTENSIDAD DEL DOLOR	PAUTAS DE TRATAMIENTO	OBSERVACIONES				
<p>Espiditest 9 PREGUNTAS</p> <p>Fast-Espiditest 4 PREGUNTAS</p>	<p>MEJOR CALIDAD DE VIDA</p> <p>MEJOR CALIDAD DE VIDA</p> <p>PEOR CALIDAD DE VIDA</p>	<p><b>DOLOR LEVE</b></p> <p>(Lo padece el 74% de los pacientes con esta patología)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Paracetamol</li> <li>■ No usar aspirina en niños.</li> <li>■ Gárgaras con agua y sal (agua fría).</li> <li>■ Tomar bebidas calientes y alimentos blandos.</li> <li>■ Humidificador.</li> <li>■ Preparados comerciales antisépticos-analgésicos: (colutorios). Clorhexidina, Benzocaína, Tetracaína.</li> </ul>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TRATAMIENTO ESPECÍFICO</th> <th>CRITERIOS PARA INTERCONSULTA CON ORL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ol style="list-style-type: none"> <li>En las causas infecciosas (inespecíficas), el tratamiento de primera elección son los antibióticos β-lactámicos (Penicilina, Amoxicilina).</li> <li>En la mononucleosis infecciosa, evitar Amoxicilina y Ampicilina.</li> <li>RGE: pantecta 40 mg./día (en ayunas) 1-3 meses.</li> <li>Sdr. De Eagle: en casos no controlables con medicación, exéresis de apófisis estiloides.</li> <li>Resto de las causas: tratamiento específico.</li> </ol> </td> <td> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Factores predisponentes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- H<sup>+</sup> de fiebre reumática.</li> <li>- Seropositivo</li> <li>- Tto. con QT</li> <li>- Inmunodeprimido</li> <li>- Diabetes Mellitus</li> <li>- Embarazo</li> <li>- Dolor de garganta &gt; 5 días</li> <li>- Síntomas a pesar de 7d. de tto. atb.</li> <li>- Faringitis estreptocócica recurrente (cultivo + para estreptococo a las 4 semanas de terminar el tto. atb.)</li> </ul> </li> <li><b>Clínica que sugiere atención especializada:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor muy severo</li> <li>- Dificultad para respirar</li> <li>- Dificultad para alimentarse</li> <li>- Erupciones cutáneas</li> <li>- Hematuria</li> <li>- Hemoptisis</li> <li>- Masa cervical</li> <li>- Disfonía que dura más de dos semanas</li> <li>- Trismus</li> <li>- Complicaciones de la amigdalitis: absceso, flemón</li> </ul> </li> </ol> </td> </tr> </tbody> </table>	TRATAMIENTO ESPECÍFICO	CRITERIOS PARA INTERCONSULTA CON ORL	<ol style="list-style-type: none"> <li>En las causas infecciosas (inespecíficas), el tratamiento de primera elección son los antibióticos β-lactámicos (Penicilina, Amoxicilina).</li> <li>En la mononucleosis infecciosa, evitar Amoxicilina y Ampicilina.</li> <li>RGE: pantecta 40 mg./día (en ayunas) 1-3 meses.</li> <li>Sdr. De Eagle: en casos no controlables con medicación, exéresis de apófisis estiloides.</li> <li>Resto de las causas: tratamiento específico.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Factores predisponentes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- H<sup>+</sup> de fiebre reumática.</li> <li>- Seropositivo</li> <li>- Tto. con QT</li> <li>- Inmunodeprimido</li> <li>- Diabetes Mellitus</li> <li>- Embarazo</li> <li>- Dolor de garganta &gt; 5 días</li> <li>- Síntomas a pesar de 7d. de tto. atb.</li> <li>- Faringitis estreptocócica recurrente (cultivo + para estreptococo a las 4 semanas de terminar el tto. atb.)</li> </ul> </li> <li><b>Clínica que sugiere atención especializada:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor muy severo</li> <li>- Dificultad para respirar</li> <li>- Dificultad para alimentarse</li> <li>- Erupciones cutáneas</li> <li>- Hematuria</li> <li>- Hemoptisis</li> <li>- Masa cervical</li> <li>- Disfonía que dura más de dos semanas</li> <li>- Trismus</li> <li>- Complicaciones de la amigdalitis: absceso, flemón</li> </ul> </li> </ol>
		TRATAMIENTO ESPECÍFICO	CRITERIOS PARA INTERCONSULTA CON ORL					
		<ol style="list-style-type: none"> <li>En las causas infecciosas (inespecíficas), el tratamiento de primera elección son los antibióticos β-lactámicos (Penicilina, Amoxicilina).</li> <li>En la mononucleosis infecciosa, evitar Amoxicilina y Ampicilina.</li> <li>RGE: pantecta 40 mg./día (en ayunas) 1-3 meses.</li> <li>Sdr. De Eagle: en casos no controlables con medicación, exéresis de apófisis estiloides.</li> <li>Resto de las causas: tratamiento específico.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Factores predisponentes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- H<sup>+</sup> de fiebre reumática.</li> <li>- Seropositivo</li> <li>- Tto. con QT</li> <li>- Inmunodeprimido</li> <li>- Diabetes Mellitus</li> <li>- Embarazo</li> <li>- Dolor de garganta &gt; 5 días</li> <li>- Síntomas a pesar de 7d. de tto. atb.</li> <li>- Faringitis estreptocócica recurrente (cultivo + para estreptococo a las 4 semanas de terminar el tto. atb.)</li> </ul> </li> <li><b>Clínica que sugiere atención especializada:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor muy severo</li> <li>- Dificultad para respirar</li> <li>- Dificultad para alimentarse</li> <li>- Erupciones cutáneas</li> <li>- Hematuria</li> <li>- Hemoptisis</li> <li>- Masa cervical</li> <li>- Disfonía que dura más de dos semanas</li> <li>- Trismus</li> <li>- Complicaciones de la amigdalitis: absceso, flemón</li> </ul> </li> </ol>					
<p>≤ 46</p> <p>≤ 14</p>	<p><b>DOLOR MODERADO</b></p> <p>(Lo padece el 19% de los pacientes con esta patología)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ibuprofeno arginato</li> <li>■ Tramadol o Codeína</li> </ul>						
<p>47-65</p> <p>15-24</p>	<p><b>DOLOR INTENSO</b></p> <p>(Lo padece el 7% de los pacientes con esta patología)</p> 	<p>La odinofagia intensa que impide la ingesta de líquidos y sólidos, requiere ingreso hospitalario (sueroterapia y tto. I.V.) y requiere descartar patología más grave.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Metamizol</li> <li>- Dexametasona</li> <li>- Opioides como Morfina y Fentanilo transdérmico son buenas opciones</li> </ul>						
<p>≥ 66</p> <p>≥ 25</p>								

## DOLOR DENTAL

		INTENSIDAD DEL DOLOR	PAUTAS DE TRATAMIENTO	OBSERVACIONES	
Espiditest 9 PREGUNTAS	Fast-Espiditest 4 PREGUNTAS				
	≤ 46	≤ 15	<p><b>DOLOR LEVE</b></p> <p>(Lo padece el <b>78%</b> de los pacientes con esta patología)</p> 	<p>Paracetamol de 500 mg. a 1g/6 h. v.o. o AINEs clásicos como Ibuprofeno arginato 400-600 mg c/6h ó Diclofenaco 50 mg c/6h +/- gastroprotección si riesgo g-i.</p> <p>Habitualmente es necesario el uso concomitante de antibióticos.</p> <p>Es necesario tener en cuenta los dolores anginosos irradiados a cuello y maxilar inferior.</p>	<p>Historia Clínica, Exploración Oral, Criterios de Gravedad</p> <p>Valoración de la intensidad del dolor y tratamiento sintomático</p> <p>Derivación a Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial</p>
	47-65	16-22	<p><b>DOLOR MODERADO</b></p> <p>(Lo padece el <b>13%</b> de los pacientes con esta patología)</p> 	<p>Puede ser necesaria la vía parenteral de inicio, Metamizol, 2g vía IM, Ketorolaco 30 mg IM, o Diclofenaco 75 mg IM.</p> <p>Continuar con AINEs clásicos como Ibuprofeno arginato o Diclofenaco +/- gastroprotección. Si no cede añadir opioide de potencia débil como Tramadol vía oral.</p>	<p>Valoración por Odontostomatólogo</p> <p>Tratamiento Etiológico</p>
≥ 66	≥ 23	<p><b>DOLOR INTENSO</b></p> <p>(Lo padece el <b>9%</b> de los pacientes con esta patología)</p> 	<p>Puede ser necesaria la vía parenteral de inicio, Metamizol, 2g vía IM, Ketorolaco 30 mg IM, o Diclofenaco 75 mg IM, asociado a un opioide débil como Tramadol 100 mg vía subc.</p> <p>Continuar con AINEs pautados, como Ibuprofeno arginato, Diclofenaco o Ketorolaco +/- gastroprotección si riesgo g-i. Puede asociarse Tramadol vía oral.</p>		

MEJOR CALIDAD DE VIDA

PEOR CALIDAD DE VIDA



# DOLOR MENSTRUAL

		INTENSIDAD DEL DOLOR	PAUTAS DE TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
<b>Espiditest</b> 9 PREGUNTAS  ≤ 46  47-62  ≥ 63	<b>Fast-Espiditest</b> 4 PREGUNTAS  ≤ 14  15-22  ≥ 23	<b>DOLOR LEVE</b> (Lo padece el 86 % de los pacientes con esta patología)  	CONFIRMADO EL DIAGNÓSTICO DE DISMENORREA, SIENDO ÉSTA LEVE O MODERADA:  AINEs: Ibuprofeno arginato 400-600 mg c/6h ó Naproxeno 500mg c/12h.  NO MEJORÍA      MEJORÍA	La dismenorrea es un dolor abdominal o pélvico que aparece inmediatamente antes o coincidiendo con la menstruación. En la mayor parte de los casos es primaria, sin organicidad demostrable.  NO MEJORÍA  INTERCONSULTA CON GINECOLOGÍA
		<b>DOLOR MODERADO</b> (Lo padece el 9 % de los pacientes con esta patología)  	Valorar dosis Valorar – coadyuvantes Valorar Anovulatorios	
		<b>DOLOR INTENSO</b> (Lo padece el 5 % de los pacientes con esta patología)  	DISMENORREA PRIMARIA INTENSA  INTERCONSULTA CON GINECOLOGÍA	

MEJOR CALIDAD DE VIDA

PEOR CALIDAD DE VIDA

Hasta aquí el Instituto Zambon de Lucha Contra el Dolor le ha proporcionado una sencilla herramienta construida y validada en España, con el objetivo de facilitar la Comunicación Médico-Paciente de forma que pueda entender y valorar mejor cómo su paciente vive el dolor.

## BASE DATOS ESPAÑOLA SOBRE DOLOR

El Instituto Zambón de Lucha contra el dolor tiene un objetivo más ambicioso, al que usted puede contribuir, si lo considera, es la creación de la mayor Base de Datos Epidemiológica sobre Dolor que jamás se ha construido en España. Y usted podrá acceder cuando lo desee a la información existente en la misma.

El Instituto Zambon de Lucha contra el Dolor en España y con la ayuda de diferentes Sociedades Científicas, y dentro del proyecto Control Dolor 2005, creará a partir de enero del 2005 la mayor base de datos epidemiológica sobre dolor.

Encontrará información sobre esta base de datos en la web ([www.institutozambondolor.com](http://www.institutozambondolor.com)), disponible a partir de enero 2005.

La composición de dicha Base de Datos incluirá la información necesaria para que cada una de las Sociedades Científicas que participe en el proyecto pueda disponer de una valoración completa sobre el Dolor, referido al ámbito de su especialidad. Cada Sociedad podrá explotar dicha Base de Datos para los estudios que promueva.

La Base de Datos contendrá información epidemiológica sobre dolor, y será una Base de Datos de libre acceso, que incorporará información tabulada sobre los aspectos más relevantes relacionados con el Dolor en España, que contribuirá a un mejor conocimiento de la problemática del dolor y su repercusión en la calidad de vida de los pacientes.