

HALEON

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LOS 9 ESTADOS DEL DOLOR MÁS COMÚN



Material exclusivo para profesionales de la salud.
Si tiene dudas, preguntas o quiere reportar una situación desfavorable con el
producto, contáctenos 01-8000-127333 o mystory.co@haleon.com.
PM-CO-NOBR-25-00002

¿Qué es el protocolo de tratamiento del dolor?



DEFINICIÓN

- **Se define** como el plan preciso y detallado para el estudio del dolor y/o el esquema de tratamiento del dolor¹



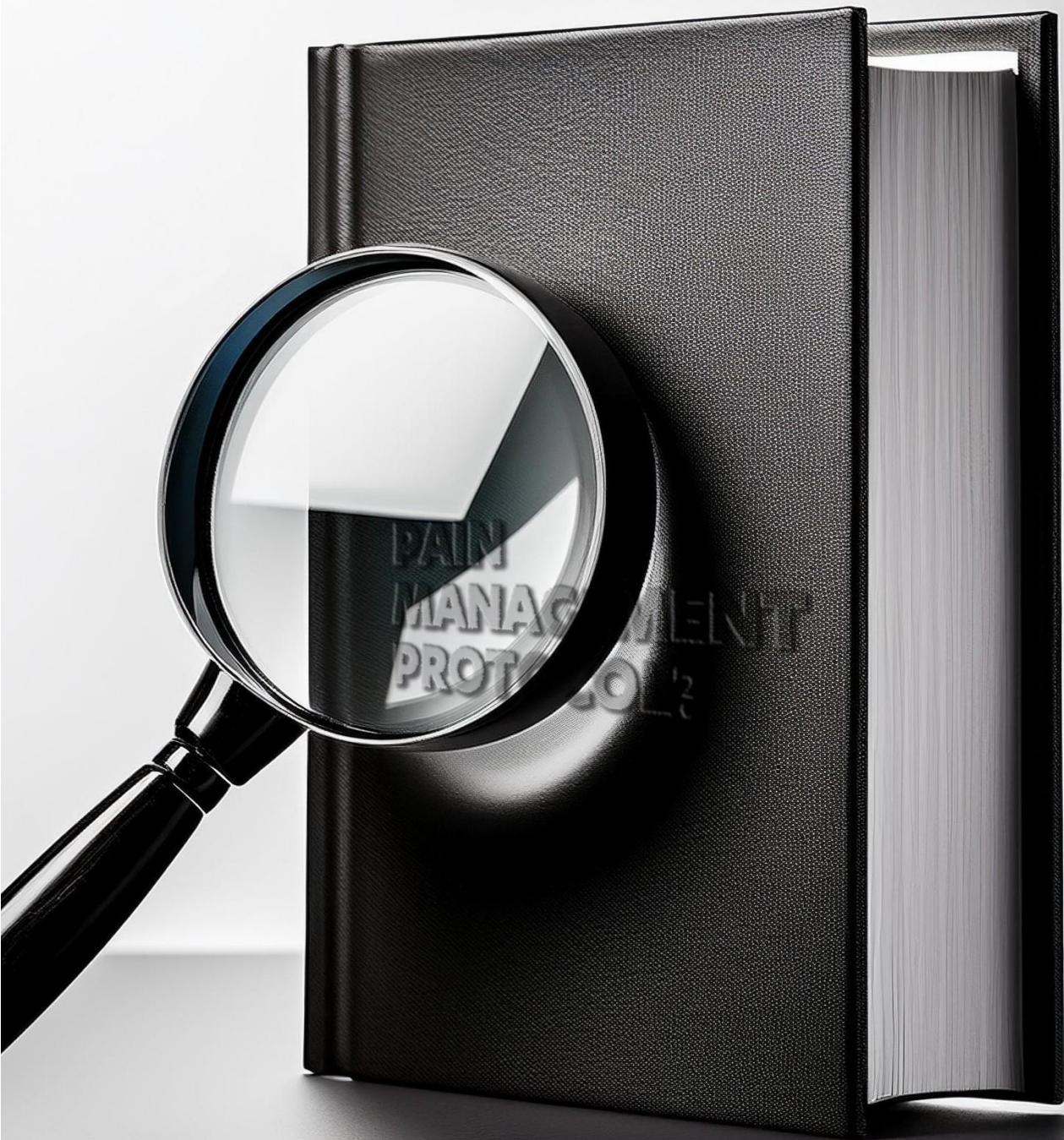
FORMULACIÓN

- **Se formula** mediante un proceso riguroso que implica la evaluación crítica de los estudios de investigación, guías de práctica clínica y el consenso de un panel de expertos²



IMPORTANCIA

- **Orienta** a los profesionales de la salud para que tomen decisiones sobre la atención o el tratamiento del dolor a través de una descripción detallada de los pasos específicos a seguir²
- **Eleva** el estándar de calidad en la atención al paciente al proporcionar un plan claro para el tratamiento y minimizar los errores médicos²
- **Desempeña** un papel importante en la formación continua de los profesionales de la salud, manteniéndolos actualizados con las últimas prácticas fundamentadas²



¿CÓMO SE LEE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL DOLOR?

¿Cómo se lee un protocolo de manejo del dolor?

El dolor se puede tratar de manera efectiva utilizando el enfoque de 3 pasos del protocolo:

PASO 1

EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

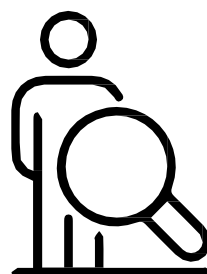
El primer paso es hacer una evaluación total del dolor. Comience su evaluación planteando al paciente algunas preguntas esenciales sobre su historial de dolor (como el inicio, la ubicación, la duración, la intensidad y factores agravantes y aliviantes)



Luego, evalúe el tipo de dolor con base en la etiología, la ubicación anatómica, la duración y la intensidad.

Por último, identificar los síntomas del paciente o los casos que requieren remisión.

Estos pueden incluir, entre otros, traumatismos, fiebre, pérdida de peso y dolor neurogénico

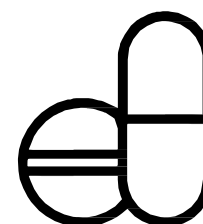


PASO 2

IDENTIFICAR OPCIONES DE TRATAMIENTO

Inicie el paso 2 para personalizar el tratamiento planteando algunas preguntas relacionadas con los medicamentos actuales y anteriores (tanto prescritos como de venta libre; dosis, efectividad, efectos secundarios y preferencia del paciente por cualquier tratamiento específico), enfermedad concomitante y factores agravantes o aliviantes

Considerar las posibles interacciones farmacológicas entre los AINEs orales/acetaminofén y otras clases como los antidepresivos, antihipertensivos, antiepilépticos, corticosteroides, etc.



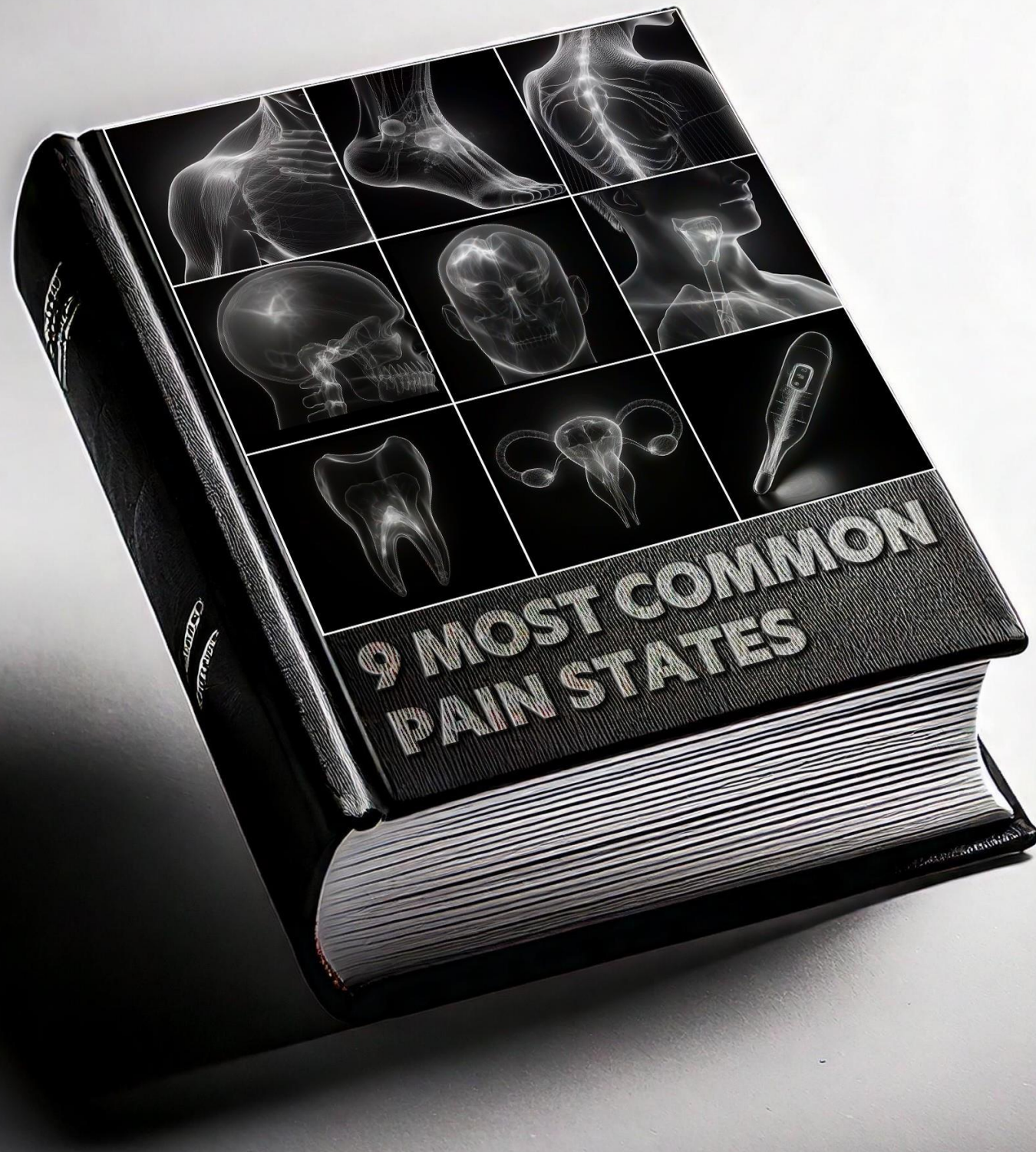
Al seleccionar analgésicos, considere comorbilidades como enfermedad renal crónica, enfermedad hepática, úlcera péptica y enfermedad cardiovascular

PASO 3

RECOMENDAR UN TRATAMIENTO

Por último, con base en la información obtenida por el paciente en los pasos 1 y 2, recomendar el (los) tratamiento(s) no farmacológico(s) y/o farmacológico(s) para el tratamiento óptimo del dolor





PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LOS 9 ESTADOS DE DOLOR MAS COMÚN

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| 1) Dolor musculoesquelético | 5) Migraña en adultos |
| 2) Osteoartritis | 6) Dolor de garganta agudo en adultos |
| 3) Lumbalgia inespecífica en adultos | 7) Dolor dental en adultos |
| 4) Cefalea en adultos | 8) Dolor menstrual |
| | 9) Fiebre en niños menores de 5 años |

PONE UN
ALTO EN LA VIDA
EN CURSO
JOVEN O VIEJO

DOLORES
CORPORALES
INTERRUMPEN EL SUEÑO
MALESTAR
INSOPORTABLE
MALA POSTURA
TE AISLA
TE RESTRINGE
TE INMOVILIZA
AFECTA LA VIDA SOCIAL

CRÓNICO
ENOJADO E
IRRITABLE
DOLOR DE CUERPO COMPLETO
INFLAMACIÓN
AGOTAMIENTO
DISTINCIÓN
SENSACIÓN DE DEBILIDAD
CRÓNICA
INCOMODIDAD

1

PROTOCOLO DEL DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO

Para el tratamiento de lesiones musculoesqueléticas agudas, excepto dolor lumbar, en adultos

PASO 1

EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

PASO 2

IDENTIFICAR OPCIONES DE TRATAMIENTO

PASO 3

RECOMENDAR UN TRATAMIENTO

PASO 1 EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

Plantear preguntas (Antecedentes de dolor)



Plantee a su paciente estas 6 preguntas esenciales¹⁻³

1. **Aparición de dolor reciente** (cuándo comenzó el dolor, qué estaba haciendo el paciente cuando comenzó el dolor y si la aparición del dolor fue repentina/gradual/una exacerbación de un problema crónico)
2. **Factores agravantes y aliviante**s (qué hace que el dolor mejore y empeore, cómo afecta la actividad física o la posición al dolor, y si cualquier terapia o medicamento no farmacológico alivia el dolor)
3. **Calidad de la experiencia de dolor** (pídale al paciente que describa el dolor agudo/vago/opresivo/ardor/lacerante, o alguna otra sensación, junto con el patrón, como intermitente, constante o palpitante)
4. **Ubicación del dolor** (dónde se siente el dolor en el cuerpo y si se irradia o se mueve a cualquier otra zona)
5. **Gravedad del dolor** [pedir al paciente que describa la intensidad del dolor al inicio y durante las exacerbaciones agudas, utilizar una escala de dolor como la Escala Visual Analógica (EVA), la escala de calificación numérica (NRS) y la escala de calificación verbal (VRS)]
6. **Circunstancias del dolor original** [cuándo comenzó el dolor original, bajo qué circunstancias, duración, inicio (repentino/gradual), frecuencia, si es agudo/crónico]

Evaluar el tipo de dolor

EL DOLOR SE CLASIFICA EN FUNCIÓN DE



Duración Ubicación Intensidad Etiología

Evalúe el tipo de dolor de su paciente con base en estos 4 factores¹³⁻¹⁵

1. **Etiología subyacente** (nociceptiva/inflamatoria/neuropática/dolor mixto/idiopática)
2. **Localización anatómica** (somática/visceral)
3. **Duración** (Agudo, crónico o exacerbación aguda de dolor crónico)
4. **Intensidad** (leve/moderada/grave)

PASO 1 EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

Identificar los síntomas/casos que requieren remisión^{1,3,4}



1. **Señales de alerta que indican enfermedades subyacentes más graves** [como enfermedad sistémica (fiebre/pérdida de peso), dolor nocturno que causa insomnio, edad avanzada al inicio de los síntomas, antecedentes de cáncer y duración del dolor > 3 meses]
 2. **Condiciones de emergencia** (dolor de la columna vertebral y de las piernas con síntomas neurológicos y cambios en la función de la vejiga o del intestino, dolor de la columna vertebral con irradiación en banda, aumento del dolor y alteración de la marcha, y aparición repentina de una articulación dolorosa inflamada y caliente con restricción multidireccional del movimiento)
 3. **Otras razones** (aumento del dolor y empeoramiento progresivo de los síntomas que no responden al tratamiento farmacológico o a la medicación)
-

PASO 2 IDENTIFICAR OPCIONES DE TRATAMIENTO

Plantee preguntas para personalizar el tratamiento del dolor musculoesquelético



Plantee a su paciente estas 5 preguntas esenciales:

1. ¿Está tomando algún medicamento de venta controlada o de venta libre? En caso afirmativo, ¿cuáles son y en qué dosis?
2. ¿Tiene condiciones médicas preexistentes?
3. ¿Cómo ha tratado su dolor musculoesquelético anteriormente?
4. ¿Cuáles son los desencadenantes del dolor musculoesquelético?
5. ¿Cuáles son los factores agravantes o aliviadores?

Evaluar los medicamentos que se deben usar con precaución con AINEs orales o acetaminofén⁵⁻⁷



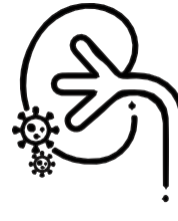
1. **Aumento del riesgo de hemorragia** [AINEs orales cuando se utilizan con algunos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS), antidepresivos tricíclicos, ácido acetilsalicílico (ASA), corticosteroides y Warfarina]
2. **Disminución de la eficacia antihipertensiva** [AINEs orales cuando se usan con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA), bloqueantes del receptor de angiotensina II (ARA), diuréticos y betabloqueantes]
3. **Aumento de los niveles del medicamento** (AINEs orales cuando se usan con litio y metotrexato)
4. **Aumento del riesgo de toxicidad por acetaminofén** [acetaminofén cuando se usa con medicamentos para la epilepsia (por ejemplo, carbamazepina), otros inductores de la enzima P450 (por ejemplo, isoniazida, rifampicina) y alcohol]

PASO 2 IDENTIFICAR OPCIONES DE TRATAMIENTO

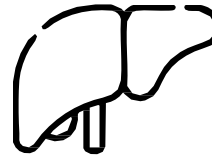
Evalúe los analgésicos a utilizar en pacientes con comorbilidades⁵⁻¹¹



1. Enfermedad renal crónica
(p. ej. Los AINEs tienen efectos de clase nefrotóxica y deben evitarse en pacientes con síntomas de insuficiencia renal)



2. Enfermedad hepática
(por ejemplo, los AINEs pueden causar lesión hepática aguda de severidad variable)



3. Úlcera péptica (p. ej., el uso crónico de AINEs puede causar reacciones adversas graves en el tracto gastrointestinal superior, incluyendo úlcera péptica y hemorragia gastrointestinal)



4. Enfermedad cardiovascular (p. ej., todos los AINEs sin aspirina pueden estar asociados con un posible aumento del riesgo trombótico CV, los AINEs están contraindicados en pacientes que se han sometido a cirugía de revascularización miocárdica)



Plantee preguntas sobre el tratamiento anterior

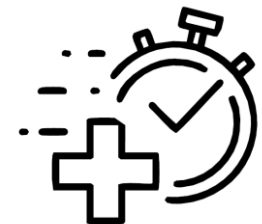


Plantee al paciente estas 2 preguntas esenciales sobre su tratamiento anterior:

1. Hable sobre su tratamiento previo para el dolor musculoesquelético
(cuál fue la dosis, fue eficaz y si tuvo algún efecto secundario)



2. ¿Tiene alguna preferencia por algún tratamiento específico?



PASO 3 RECOMENDAR UN TRATAMIENTO

Recomendaciones no farmacológicas para el tratamiento del dolor musculoesquelético^{1,2,12}



1. **Modalidades físicas** [estas incluyen ejercicios de fortalecimiento y acondicionamiento, terapia local de calor o frío, terapias manuales (manipulación espinal, masaje y técnicas de movilización), técnicas de estimulación (acupuntura, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea) y estimulación nerviosa eléctrica percutánea]
2. **Medios físicos psicosociales** (como educación del paciente, técnicas de reducción del estrés, grupos de apoyo y biorretroalimentación)

Recomendaciones farmacológicas para el tratamiento del dolor musculoesquelético^{12,13,15-21}



1. **Analgésicos no opioides** [AINEs tópicos (diclofenaco) con o sin gel de mentol, acetaminofén oral para el dolor leve a moderado, AINEs orales,
2. **Analgésicos opioides** (tramadol oral y codeína oral + acetaminofén oral)
3. **Analgésicos coadyuvantes** [anticonvulsivos (gabapentina TID; pregabalina BID), antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) e inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (duloxetina).

MOVIMIENTO
RESTRINGIDO
RIGIDEZ
DESÁNIMO
ANGUSTIA
PROBLEMAS
PARA DORMIR
RIGIDEZ
PROBLEMAS DE
POSTURA
ESPASMOS
DEBILIDAD
EN LAS PIERNAS
DIFICULTAD PARA
CAMINAR
LETARGO
PÉRDIDA DE
APETITO
NEURALGIA

2

PROTOCOLO PARA LA OSTEOARTRITIS (ARTROSIS)

PASO 1

EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

PASO 2

IDENTIFICAR OPCIONES DE TRATAMIENTO

PASO 3

RECOMENDAR UN TRATAMIENTO

PASO 1 EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

Plantear preguntas (Antecedentes de dolor)



Plantee a su paciente estas 2 preguntas esenciales:^{1,2,9}

1. **¿Puede hablarme de sus síntomas de osteoartritis (artrosis)?** [dónde se encuentra el dolor, tiene dolor articular relacionado con la actividad que **eleva** con el reposo, tiene rigidez articular matutina que dura más de 30 minutos, hay un rechinar/crujido/agrietamiento que ocurre mientras se mueve la articulación, qué tan intenso es el dolor en una escala de 0 (sin dolor) a 10 (más grave)]
2. **¿Tiene algún otro síntoma?** (el paciente puede experimentar una variedad de síntomas adicionales como depresión y ansiedad, alteraciones del sueño, dolor crónico generalizado y deterioro de las habilidades de afrontamiento)

Evaluar el tipo de artrosis



Evalúe el tipo de artrosis de su paciente según los siguientes criterios:¹⁰

1. **Rodilla** [Presencia de ≥ 5 de 9 factores (edad > 50 años, rigidez articular < 30 minutos, crepitación, sensibilidad ósea, agrandamiento óseo, ausencia de calor palpable, ERS < 40 mm/hora, RF $< 1:40$, líquido sinovial claro/viscoso o recuento de leucocitos $< 2000/\text{mm}^3$)]
2. **Mano** [Presencia de ≥ 3 de 4 factores (agrandamiento del tejido duro de ≥ 2 de 10 articulaciones seleccionadas, agrandamiento del tejido duro de ≥ 2 articulaciones interfalángicas distales, < 3 articulaciones metacarpofalángicas inflamadas, deformidad de ≥ 1 de 10 articulaciones seleccionadas). Las articulaciones seleccionadas incluyen la primera articulación carpometacarpiana y la segunda y tercera articulaciones interfalángicas distales y proximales de cada mano.
3. **Cadera** [Presencia de ≥ 2 de los 3 factores (ESR < 20 mm/hora, osteofitos femorales o acetabulares, estrechamiento del espacio articular (superior, axial y/o medial)]



PASO 1 EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

Identificar los síntomas/casos que requieren remisión



Identifique los síntomas/casos de su paciente que requieran remisión, tales como:^{2,3}

1. **Traumatismo sintomático reciente**
 2. **Dolor agudo intenso**
 3. **Empeoramiento rápido de los síntomas**
 4. **Traumatismo menor en pacientes ancianos u osteoporóticos (posible fractura)**
 5. **Fiebre u otros signos de infección (articulación hinchada y caliente)**
 6. **Presencia de erupción cutánea (rash)**
 7. **Debilidad muscular local o difusa**
 8. **Síntomas de ardor, entumecimiento u hormigueo (posible dolor neurogénico)**
 9. **Inflamación de las articulaciones y/o rigidez matutina durante > 30 min (posible artritis reumatoide)**
 10. **Consulte a los especialistas en dolor articular problemático para una revisión médica oportuna, ejercicio apropiado (por ejemplo, fisioterapeutas) y/o especialistas en pérdida de peso (por ejemplo, dietistas), y podólogos para problemas de dolor articular en las extremidades inferiores**
-

PASO 2 IDENTIFICAR OPCIONES DE TRATAMIENTO

Plantar preguntas para personalizar el tratamiento de la osteoartritis



Plantee a su paciente estas 5 preguntas esenciales:

1. ¿Está tomando algún medicamento de venta controlada o de venta libre? En caso afirmativo, ¿cuáles son y en qué dosis?
2. ¿Tiene condiciones médicas preexistentes?
3. ¿Cómo ha manejado su dolor de artrosis antes?
4. ¿Cuáles son los factores agravantes o aliviadores?

Evalúe los medicamentos que se deben usar con precaución con AINEs orales o acetaminofén^{4,11,12}



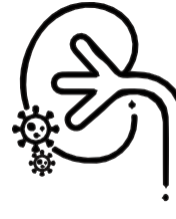
1. **Aumento del riesgo de hemorragia** [AINEs orales cuando se utilizan con algunos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS), antidepresivos tricíclicos, ácido acetilsalicílico (ASA), corticosteroides, Warfarina y *ginkgo biloba*]
2. **Disminución de la eficacia antihipertensiva** [AINEs orales cuando se usan con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ARA), bloqueantes del receptor de angiotensina II (ARA), diuréticos y betabloqueantes]
3. **Aumento de los niveles del medicamento** (AINEs orales cuando se usan con litio y metotrexato)
4. **Aumento del riesgo de toxicidad por acetaminofén** [Acetaminofén cuando se usa con medicamentos para la epilepsia (por ejemplo, carbamazepina), otros inductores de la enzima P450 (por ejemplo, isoniazida, rifampicina) y alcohol]

PASO 2 IDENTIFICAR OPCIONES DE TRATAMIENTO

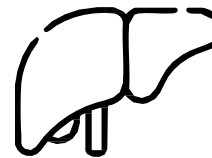
Evalúe los analgésicos a utilizar en pacientes con comorbilidades⁴⁻⁸



1. Enfermedad renal crónica (p. ej. Los AINEs tienen efectos de clase nefrotóxica y deben evitarse en pacientes con síntomas de insuficiencia renal)



2. Enfermedad hepática (por ejemplo, los AINEs pueden causar lesión hepática aguda de severidad variable)



3. Úlcera péptica (p. ej., el uso crónico de AINEs puede causar reacciones adversas graves en el tracto gastrointestinal superior, incluyendo úlcera péptica y hemorragia gastrointestinal)



4. Enfermedad cardiovascular (p. ej., todos los AINEs sin aspirina pueden estar asociados con un posible aumento del riesgo trombótico CV, los AINEs están contraindicados en pacientes que se han sometido a cirugía de revascularización miocárdica)



Plantee preguntas sobre el tratamiento anterior



Plantee al paciente estas 2 preguntas esenciales sobre su tratamiento anterior:

1. ¿Qué ha usado antes para tratar la OsteoArtritis (Artrosis)?
(Cuál fue la dosis, fue eficaz y tuvo algún efecto secundario)
2. ¿Tiene alguna preferencia por algún tratamiento específico?

PASO 3 RECOMENDAR UN TRATAMIENTO

Recomendaciones de tratamiento no farmacológico para el dolor de la artrosis^{1,9,13}



Las recomendaciones de tratamiento no farmacológico para el dolor de artrosis de su paciente incluyen:

1. **Ejercicios terapéuticos** (enfoque personalizado para el fortalecimiento muscular local, caminar como un ejercicio aeróbico, ciclismo supervisado)



2. **Control del peso** (asesoramiento sobre la pérdida de peso para mejorar la calidad de vida y la función física, apoyo para $\geq 5\%$ del objetivo de pérdida de peso corporal)



3. **Dispositivos** (uso de bastón, rodilleras tibio femorales, ayudas para caminar, calzado adecuado, dispositivos de asistencia y adaptaciones en el hogar y el trabajo)



4. **Programas de autoconfianza y autogestión** [incluye sesiones grupales que combinan el desarrollo de habilidades (establecimiento de objetivos, resolución de problemas, pensamiento positivo), educación sobre la enfermedad, efectos farmacológicos y efectos secundarios, medidas de protección conjunta y objetivos y enfoques de acondicionamiento físico/ejercicio)]



5. **Tai chi** (práctica tradicional china de mente y cuerpo que combina meditación con movimientos lentos, suaves y elegantes, respiración diafragmática profunda y relajación para pacientes con artrosis de rodilla y/o cadera)



6. **Ortesis de mano** [soporte y protección para articulaciones o partes del cuerpo para pacientes con artrosis de la primera articulación carpometacarpiana (CMC)]



PASO 3 RECOMENDAR UN TRATAMIENTO

Recomendaciones de tratamiento farmacológico para el dolor de la artrosis de la mano, rodilla y cadera^{1,9,14-16}



1. **Analgésicos no opioides** [AINEs tópicos (Diclofenaco); AINEs orales (ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco, meloxicam y celecoxib)]

2. **Capsaicina tópica**

3. **Acetaminofén** se recomienda la dosis más baja, durante el menor tiempo posible

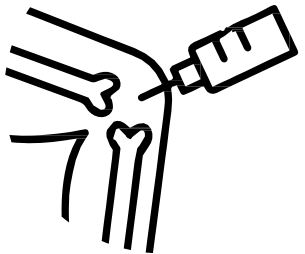


4. **Duloxetina**

5. **Tramadol** se recomienda la dosis más baja, durante el menor tiempo posible

6. **Inyección de glucocorticoide intraarticular**

7. **Esteroides intraarticulares**



SIEMPRE
PRESENTE
CONSCIENTE DE SÍ MISMO
CONFINADO EN CASA
TE RESTRINGE
DISMINUCIÓN GRADUAL
DE LA SOCIALIZACIÓN
DEPRESIÓN
LIMITA LAS TAREAS SIMPLES
SENSACIÓN
DE INUTILIDAD
DOLOR Y MOLESTIAS
DESGASTE
PARECER UN INVÁLIDO
CONSTANTE
RECORDATORIO
DEL ENVEJECIMIENTO
TE RETIRA DE LAS ACTIVIDADES
FRUSTRANTE
RIGIDEZ
CAMBIA QUIÉN SOY
EN DECLIVE
YA NO SOY YO MISMO
 AISLAMIENTO

3

PROTOCOLO DE DOLOR POR LUMBAGO INESPECÍFICO EN ADULTOS

PASO 1

EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

PASO 2

IDENTIFICAR OPCIONES DE TRATAMIENTO

PASO 3

RECOMENDAR UN TRATAMIENTO

PASO 1 EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

Plantear preguntas (Antecedentes de dolor)



Plantee a su paciente estas 3 preguntas esenciales¹⁻⁵

1. ¿Puede hablarme de sus síntomas de lumbago?

[Describa su dolor (por ejemplo, agudo, doloroso, ardiente), ¿cuál es la ubicación exacta de su dolor de espalda?, ¿cuándo comenzó el dolor y cuánto tiempo ha tenido el dolor?, ¿qué estaba haciendo cuando notó el dolor por primera vez?, ¿qué tan intenso es el dolor?, ¿qué hace que el dolor empeore o mejore?]

2. ¿Tiene algún otro síntoma?

[Busque síntomas de alerta que requieran remisión médica, si el dolor crónico es hereditario (p. ej., artritis o lumbago)?]

3. ¿Es el primer episodio o un episodio recurrente?

(los episodios recurrentes son más dolorosos con aumento de los síntomas)

Evaluar el lumbago



Evalúe el tipo de lumbago del paciente:^{1,2,5,13}

(El lumbago con frecuencia se clasifica y se trata en función de la duración de los síntomas, la causa potencial, la presencia o ausencia de síntomas radicales y las anomalías anatómicas o radiográficas correspondientes)

1. Aguda (ocurre repentinamente y generalmente dura menos de 4 semanas)

2. Subagudo (puede aparecer repentinamente o con el tiempo y dura de 4 a 12 semanas)

3. Crónica (puede aparecer rápida o lentamente y dura más de 12 semanas y ocurre diariamente)

- El lumbago suele ser inespecífico o mecánico.
- El lumbago mecánico surge intrínsecamente de la columna vertebral, los discos intervertebrales o los tejidos blandos circundantes.
- El lumbago agudo a menudo es inespecífico y, por lo tanto, no puede atribuirse a una causa definida.

- Por lo general, el lumbago no radicular no se irradia más allá de la rodilla.
- El lumbago radicular se irradia desde la espalda y la cadera hacia las piernas, parestesia (hormigueo, entumecimiento) y/o debilidad y es el resultado del pinzamiento de la raíz nerviosa (compresión).

PASO 1 EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

Identificar los síntomas/casos que requieran remisión^{1-4,6,12}



1. Dolor que dura más de 6 semanas
2. Dolor que se irradia por debajo de la rodilla
3. Dolor radicular que se irradia hacia las piernas en la distribución de una raíz nerviosa lumbar o sacra y a menudo se acompaña de deficiencias sensitivas y motoras.
4. Traumatismo mayor o traumatismo menor en ancianos
5. Fiebre, escalofríos, sudores nocturnos, malestar general o pérdida de peso no deseada
6. Uso prolongado de corticosteroides
7. Dolor que se produce por la noche, despierta al paciente del sueño o es implacable a pesar de la analgesia y el descanso apropiados
8. Dolor que empeora al toser, sentarse y se alivia al permanecer en decúbito supino
9. Paciente que notifica un inicio repentino o progresivo de nueva retención urinaria, incontinencia fecal con lumbago

PASO 2 IDENTIFICAR OPCIONES DE TRATAMIENTO

Plantear preguntas para personalizar el tratamiento del lumbago



Plantee a su paciente estas 4 preguntas esenciales:

1. ¿Está tomando algún medicamento de venta controlada o de venta libre? En caso afirmativo, ¿cuáles son y en qué dosis?
2. ¿Tiene condiciones médicas preexistentes?
3. ¿Cómo ha manejado su lumbago antes?
4. ¿Cuáles son los factores agravantes o aliviadores?

Evaluar los medicamentos que se deben usar con precaución con AINEs orales o acetaminofén^{7,14,15}



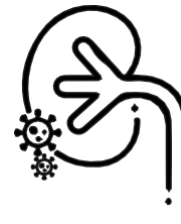
1. **Aumento del riesgo de hemorragia** [AINEs orales cuando se utilizan con algunos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS), antidepresivos tricíclicos, ácido acetilsalicílico (ASA), corticosteroides, Warfarina y *ginkgo biloba*]
2. **Disminución de la eficacia antihipertensiva** [AINEs orales cuando se usan con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE), bloqueantes del receptor de angiotensina II (ARA), diuréticos y betabloqueantes]
3. **Aumento de los niveles del medicamento** (AINEs orales cuando se usan con litio y metotrexato)
4. **Aumento del riesgo de toxicidad por acetaminofén** [Acetaminofén cuando se usa con medicamentos para la epilepsia (por ejemplo, carbamazepina), otros inductores de la enzima P450 (por ejemplo, isoniazida, rifampicina) y alcohol]

PASO 2 IDENTIFICAR OPCIONES DE TRATAMIENTO

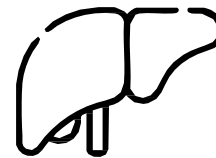
Evalúe los analgésicos a utilizar en pacientes con comorbilidades⁷⁻¹¹



1. Enfermedad renal crónica
(p. ej. Los AINEs tienen efectos de clase nefrotóxica y deben evitarse en pacientes con síntomas de insuficiencia renal)



2. Enfermedad hepática
(por ejemplo, los AINEs pueden causar lesión hepática aguda de severidad variable)



3. Úlcera péptica (p. ej., el uso crónico de AINEs puede causar reacciones adversas graves en el tracto gastrointestinal superior, incluyendo úlcera péptica y hemorragia gastrointestinal)



4. Enfermedad cardiovascular (p. ej., todos los AINEs sin aspirina pueden estar asociados con un posible aumento del riesgo trombótico CV, los AINEs están contraindicados en pacientes que se han sometido a cirugía de revascularización miocárdica)



Plantee preguntas sobre el tratamiento anterior



Plantee al paciente estas 2 preguntas esenciales sobre su tratamiento anterior:

1. ¿Qué ha usado antes para tratar el lumbago?
(Cuál fue la dosis, fue eficaz y tuvo algún efecto secundario)
2. ¿Tiene alguna preferencia por algún tratamiento específico?

PASO 3 RECOMENDAR UN TRATAMIENTO

Recomendaciones terapéuticas no farmacológicas para el lumbago^{1-4,6,12,13,16}



1. Educación del paciente y autocuidado

(Uso de folletos/asesoramiento para concientizar a los pacientes con fundamentos sobre el tratamiento del lumbago consejos para mantenerse activo, evitar torcerse y agacharse, evitar el reposo en cama tanto como sea posible y volver a las actividades normales lo antes posible)



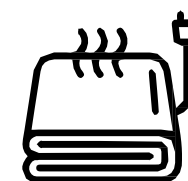
2. Ejercicio y fisioterapia (para disminuir el dolor y fortalecer los músculos que apoyan la espalda para mejorar la movilidad, la postura y la posición)



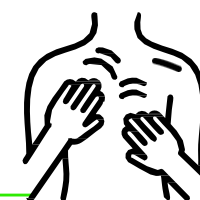
3. Cambios en el estilo de vida (mover el cuerpo adecuadamente, especialmente al levantar objetos pesados, empujar o jalar; evitar actividades que causan o aumentan el dolor; practicar hábitos saludables como ejercicio, relajación, sueño regular, dieta saludable y dejar de fumar)



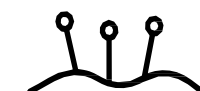
4. Calor (uso de envoltura térmica para reducir el dolor y la discapacidad)



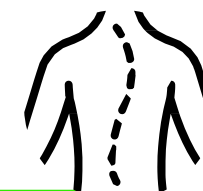
5. Masaje (produce un efecto de pequeño a moderado sobre el dolor y la función)



6. Acupuntura (opción razonable para los pacientes que tienen acceso)



7. Manipulación de la columna vertebral (produce una modesta mejoría en el dolor y la función)



PASO 3 RECOMENDAR UN TRATAMIENTO

Recomendaciones de tratamiento farmacológico para el lumbago^{6,12,13,17,18-22}



1. Para el lumbago agudo y subagudo

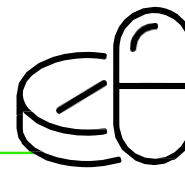
Analgésicos no opioides

Ibuprofeno: Se recomienda la dosis más baja durante el menor tiempo posible.



Acetaminofén

Alternativa adecuada para pacientes que no pueden tomar AINEs (es decir, debido a alergia u otra intolerancia, enfermedad renal crónica, hipertensión, úlcera péptica o enfermedad cardiovascular)



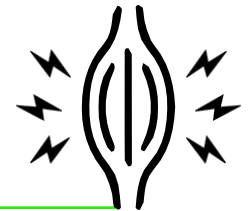
2. Para el lumbago crónico

AINEs (igual que el tratamiento del dolor agudo)



Relajantes musculoesqueléticos

[Ciclobenzaprina, Tizanidina]. Se recomienda la dosis efectiva más baja y la frecuencia de administración



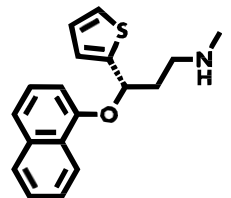
Tramadol

Se recomienda la dosis más baja efectiva de opioides de liberación inmediata durante el período más corto posible.



Duloxetina

La duloxetina se prefiere sobre el tramadol en pacientes con abuso de drogas o problemas de mal uso.



AGOTAMIENTO
DE LA ENERGÍA
SIEMPRE PRESENTE

TENSO

PRIVACIÓN DE SUEÑO
SOBRETRABAJADO

NERVIOSO

ESTRÉS LABORAL

NEGACIÓN

AVERGONZADO

NO QUIERO PARECER DÉBIL

UNA SOLA VEZ

ANSIOSO

DEMASIADO ESTRESADO

MALA EXPERIENCIA PREVIA

SIMPLEMENTE

AGUANTÁNDOLO

NO HAY TIEMPO

DEMASIADO OCUPADO PARA

ENCARARLO

TRATÓ DE

IGNORARLO

NO PARECÍA

LO SUFICIENTEMENTE IMPORTANTE

UNA SOLA VEZ

4

PROTOCOLO PARA EL DOLOR DE CABEZA EN ADULTOS

PASO 1

EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

PASO 2

IDENTIFICAR OPCIONES DE TRATAMIENTO

PASO 3

RECOMENDAR UN TRATAMIENTO

PASO 1 EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

Plantear preguntas (Antecedentes de dolor)



Plantee a su paciente estas 3 preguntas esenciales:^{1,2}

1. **¿Puede hablarme de sus síntomas de la cefalea?**
[frecuencia de la cefalea (episódica o diaria, número de días al mes), ubicación del dolor y si se irradia a cualquier otra ubicación, intensidad del dolor en una escala de 0 a 10 (0 = sin dolor y 10 = más intenso), calidad del dolor (palpitante, pulsante, punzante, etc.)]
2. **¿Tiene algún otro síntoma?** (buscar síntomas de alerta que requieran remisión al médico)
3. **¿Le han diagnosticado anteriormente cefaleas?**
por tensión, cefaleas en racimo o migrañas?

Evaluar el tipo de cefalea



Evalúe el tipo de cefalea de su paciente:¹⁻³

1. **Cefalea por tensión** [dolor bilateral, puede ser de presión/tensión (no pulsátil), intensidad leve o moderada, no agravada por las actividades rutinarias diarias, de 30 minutos a duración continua]
2. **Migraña** (con o sin aura) [dolor unilateral o bilateral, puede ser pulsátil (palpitante o punzante en jóvenes de 12 a 17 años), de intensidad moderada o grave, agravado por las actividades rutinarias diarias, dura de 4 a 72 horas en adultos y de 1 a 72 horas en jóvenes de 12 a 17 años]
3. **Cefalea en racimos** [unilateral (alrededor del ojo, por encima del ojo y a lo largo del lado de la cabeza/cara), naturaleza variable (puede ser aguda, terebrante, ardiente, pulsátil o tensa), intensidad grave, causa inquietud o agitación, 15-180 minutos de duración]

PASO 1 EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

Evaluar el tipo de cefalea



Evalúe el tipo de cefalea de su paciente:¹⁻³

4. Cefalea crónica [migraña crónica o cefalea por tensión crónica (al menos 15 días de cefalea al mes durante > 3 meses con la descripción clínica anterior, en ausencia de uso excesivo de medicamentos); cefalea en racimos crónica (ataques que ocurren durante más de 1 año sin remisión, o períodos de remisión que duran <3 meses)]

5. Cefalea por uso excesivo de medicamentos (MOH, por sus siglas en inglés) [El síndrome clínico de la cefalea exacerbado por el uso excesivo de medicamentos de alivio agudo es la cefalea por migraña y/o tensión; Ergotamina/ triptanos/opioides tomados durante 10 o más días al mes, o 15 días para analgésicos simples, durante > 3 meses]

Identificar los síntomas/casos que requieren remisión¹



1. Considerar la posibilidad de nuevos estudios al paciente y/o remisión para pacientes que presenten cefalea y cualquiera de los siguientes:

Empeoramiento de la cefalea con fiebre, cefalea de inicio repentino que alcanza la intensidad máxima en 5 minutos, déficit neurológico de inicio reciente, disfunción cognitiva de inicio reciente, cambio en la personalidad, alteración del nivel de conciencia, traumatismo craneal reciente (típicamente en los últimos 3 meses), cefalea desencadenada por tos/ intentar exhalar con la nariz y la boca taponadas/ estornudos, cefalea desencadenada por ejercicio, cefalea ortostática (cefalea que cambia con la postura), síntomas sugestivos de arteritis de células gigantes, síntomas y signos de glaucoma agudo de ángulo estrecho, un cambio sustancial en las características de su cefalea

2. Considerar la posibilidad de nuevas investigaciones y/o remisión para pacientes que presenten cefalea de inicio reciente y cualquiera de los siguientes: Inmunidad comprometida causada, por ejemplo, por el VIH o los medicamentos inmunosupresores, edad inferior a 20 años y antecedentes de neoplasias malignas, antecedentes de neoplasias malignas que se sabe que producen metástasis en el cerebro, vómitos sin otra causa evidente

PASO 2 IDENTIFICAR OPCIONES DE TRATAMIENTO

Plantear preguntas para personalizar el tratamiento de la cefalea



Plantee a su paciente estas 5 preguntas esenciales:

1. ¿Está tomando algún medicamento de venta controlada o de venta libre? En caso afirmativo, ¿cuáles son y en qué dosis?
2. ¿Tiene condiciones médicas preexistentes?
3. ¿Cómo ha tratado su cefalea antes?
4. ¿Cuáles son los factores agravantes o aliviadores?
5. ¿Hay antecedentes familiares de cefalea?

Evaluar los medicamentos que se deben usar con precaución con AINEs orales o acetaminofén^{5,6,7}



1. **Aumento del riesgo de hemorragia** [AINEs orales cuando se utilizan con algunos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS), antidepresivos tricíclicos, ácido acetilsalicílico (ASA), corticosteroides, Warfarina y *ginkgo biloba*]
2. **Disminución de la eficacia antihipertensiva** [AINEs orales cuando se usan con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE), bloqueantes del receptor de angiotensina II (ARA), diuréticos y betabloqueantes]
3. **Aumento de los niveles del medicamento** (AINEs orales cuando se usan con litio y metotrexato)
4. **Aumento del riesgo de toxicidad por acetaminofén** [Acetaminofén cuando se usa con medicamentos para la epilepsia (por ejemplo, carbamazepina), otros inductores de la enzima P450 (por ejemplo, isoniazida, rifampicina) y alcohol]

PASO 2 IDENTIFICAR OPCIONES DE TRATAMIENTO

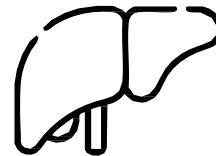
Evaluar los analgésicos a utilizar en pacientes con comorbilidades^{5,8-11}



1. Enfermedad renal crónica
(p. ej. Los AINEs tienen efectos de clase nefrotóxica y deben evitarse en pacientes con síntomas de insuficiencia renal)



2. Enfermedad hepática
(por ejemplo, los AINEs pueden causar lesión hepática aguda de severidad variable)



3. Úlcera péptica (p. ej., el uso crónico de AINEs puede causar reacciones adversas graves en el tracto gastrointestinal superior, incluyendo úlcera péptica y hemorragia gastrointestinal)



4. Enfermedad cardiovascular (p. ej., todos los AINEs sin aspirina pueden estar asociados con un posible aumento del riesgo trombótico CV, los AINEs están contraindicados en pacientes que se han sometido a cirugía de revascularización miocárdica)



Plantear preguntas sobre el tratamiento anterior



Plantee al paciente estas 2 preguntas esenciales sobre su tratamiento anterior:

- 1. ¿Qué ha usado antes para tratar el lumbago?**
(Cuál fue la dosis, fue eficaz y tuvo algún efecto secundario)
- 2. ¿Tiene alguna preferencia por algún tratamiento específico?**

PASO 3 RECOMENDAR UN TRATAMIENTO

Recomendaciones terapéuticas no farmacológicas para la cefalea (todos los tipos)^{1,12-14}



- 1. Evitar los desencadenantes** (los desencadenantes comunes de la cefalea incluyen ciertos alimentos, falta de sueño, comidas omitidas, deshidratación, humo de segunda mano, olores fuertes como perfumes)
- 2. Uso de un diario de cefaleas para registrar lo siguiente durante un mínimo de 8 semanas:** (Frecuencia, duración y gravedad de las cefaleas; cualquier síntoma asociado; todos los medicamentos de venta controlada y de venta libre tomados para aliviar las cefaleas; posibles desencadenantes; relación de las cefaleas con la menstruación)
- 3. Cambios en el estilo de vida** [no omitir comidas, especialmente el desayuno; dormir al menos 7 horas todas las noches; hacer ejercicio durante 30 minutos al día; beber de 6 a 8 vasos de agua al día; identificar y evitar los desencadenantes de la cefalea (pueden incluir alimentos y bebidas con cafeína, así como muchos tipos de papas fritas y otros alimentos “chatarra”)]
- 4. Descansar en una habitación fresca, oscura y tranquila según sea necesario**
- 5. Usar estrategias de relajación para reducir el estrés**
- 6. Aplicar compresas frías en la frente o en las sienes**

PASO 3 RECOMENDAR UN TRATAMIENTO

Recomendaciones terapéuticas farmacológicas para la cefalea (por tensión, en racimo y por MOH)^{1,2,4,8,15-24}



1. Tratamiento agudo de la cefalea por tensión

[acetaminofén: Recomendado como tratamiento de primera línea según varias directrices; AINEs- ibuprofeno, naproxeno sódico, diclofenaco, ketoprofeno.

Para todos los AINEs sin aspirina, se recomienda el uso de la dosis más baja durante el período más corto de tiempo. Los analgésicos combinados que contienen cafeína son medicamentos de segunda elección. La combinación de cafeína con ibuprofeno y acetaminofén aumenta la eficacia, pero posiblemente también el riesgo de desarrollar cefalea por abuso de medicamentos]

2. Tratamiento agudo de la cefalea en racimo

[inyección subcutánea de sumatriptán con alivio significativo; oxígeno de alto flujo, utilizando una mascarilla no respirable para abortar los ataques agudos de cefalea en racimos; a menudo se usa oxígeno junto con triptanos en pacientes con ataques múltiples]

3. Tratamiento de la cefalea por uso excesivo de medicamentos (MOH)

(restringir los medicamentos para la cefalea aguda a no más de 2 días en una semana minimiza el potencial de desarrollar MOH; intervención educativa; programa estructurado de desintoxicación)

FALTA DE
SUEÑO
PARÁLISIS INDUCIDA
POR ESTRÉS
¿NO SE PUEDE
CONCENTRAR?
FUERTE IMPACTO
DURA DE HORAS A DÍAS
VISIÓN
DOBLE
NÁUSEAS
MIGRAÑA
NO PUEDE FUNCIONAR
TENSIÓN
INSUFRIBLE
CEGAMIENTO
NO PUEDO VER BIEN
SENSACIÓN DE DESMAYO
YA NO SOY YO
FÍSICAMENTE ENFERMO

5

PROTOCOLO DE MIGRAÑA EN ADULTOS

PASO 1

EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

PASO 2

IDENTIFICAR OPCIONES DE TRATAMIENTO

PASO 3

RECOMENDAR UN TRATAMIENTO

PASO 1 EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

Plantear preguntas (Antecedentes de dolor)



Plantee a su paciente estas 3 preguntas esenciales:^{1,2}

1. **¿Puede hablarme de sus síntomas de la cefalea?** [cefalea recurrente de intensidad moderada a grave, dolor unilateral y/o pulsátil, duración del episodio de cefalea (es de 4 a 72 horas si no se trata o no se trata con éxito), si la intensidad de la cefalea es incapacitante, si el inicio de los síntomas fue en la pubertad o alrededor de ella]
2. **¿Tiene algún otro síntoma?** (sensibilidad a la luz y/o al sonido, si la cefalea se acompaña de náuseas y/o vómitos, cualquier alteración visual con cefalea, buscar síntomas de alerta roja que requieran remisión médica)
3. **¿Tiene antecedentes familiares de migraña?**

Evaluar el topo de migraña^{2,13}



1. Migraña sin aura:

- 1) Al menos 5 ataques que cumplan los criterios 2-5
- 2) Ataques de cefalea que duren de 4 a 72 h cuando no se tratan o no se tratan con éxito
- 3) La cefalea tiene al menos 2 de las 4 características (ubicación unilateral, calidad pulsátil, intensidad del dolor moderada o intensa, agravamiento por/que provoca la evitación de la actividad física habitual, como caminar o subir escaleras)
- 4) Durante la cefalea, al menos 1 de las 4 características (náuseas y/o vómitos, fotofobia y fonofobia)
- 5) No hay mejor explicación por otro diagnóstico del ICHD-3¹³

2. Migraña con aura:

- 1) Al menos 2 ataques que cumplan los criterios 2 y 3
- 2) Uno o más de los síntomas del aura totalmente reversibles (visuales, sensoriales, del habla y/o del lenguaje, motores, tronco encefálico, retinianos)
- 3) Al menos 3 de las 6 características (al menos un síntoma de aura se extiende gradualmente durante ≥ 5 min, dos o más síntomas de aura ocurren en sucesión, cada síntoma de aura individual dura 5-60 min, al menos un síntoma de aura es unilateral, al menos un síntoma de aura es positivo, el aura se acompaña o sigue con cefalea dentro de los 60 min)
- 4) No hay mejor explicación por otro diagnóstico del ICHD-3¹³

PASO 1 EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

Evaluar el topo de migraña^{2,13}



3. Migraña crónica:

- 1) Cefalea tipo migraña o por tensión al menos 15 días al mes durante > 3 meses que cumple los criterios 2 y 3
- 2) Los ataques ocurren en un individuo que ha tenido al menos 5 ataques que cumplen con los criterios de migraña sin aura y/o de migraña con aura
- 3) En ≥ 8 días/mes durante > 3 meses, se cumple cualquiera de los criterios (criterios 3 y 4 para la migraña sin aura, criterios 2 y 3 para la migraña con aura, que el paciente cree que es migraña al inicio y se alivia con un triptano o un derivado del cornezuelo del centeno)
- 4) No hay mejor explicación por otro diagnóstico del ICHD-3

4. Cefalea por uso excesivo de medicamentos (MOH):

- 1) Cefalea ≥ 15 días/mes en un individuo con un trastorno de cefalea preexistente
- 2) Uso excesivo regular durante > 3 meses de uno o más medicamentos que se pueden tomar para el tratamiento agudo y/o sintomático de la cefalea (ingesta regular de uno o más analgésicos no opioides ≥ 15 días/mes durante ≥ 3 meses o cualquier otro medicamento agudo o combinación de medicamentos ≥ 10 días/mes durante ≥ 3 meses)
- 3) No hay mejor explicación por otro diagnóstico del ICHD-3

* ICHD: Clasificación internacional de los trastornos de cefalea

Identificar los síntomas/casos que requieren remisión



Identificar los síntomas/circunstancias de su paciente que requieren remisión:²

1. **Antecedentes del paciente:** Cefalea en trueno, aura atípica, traumatismo craneal, cefalea progresiva, cefalea agravada por posturas o maniobras que aumentan la presión intracraneal, cefalea provocada por estornudos, tos o ejercicio, cefalea asociada con pérdida de peso y/o cambios en la memoria o la personalidad, cefalea de inicio a > 50 años de edad
2. **Exploración física:** Fiebre inexplicable, rigidez de cuello, síntomas neurológicos focales, pérdida de peso, deterioro de la memoria y/o alteración de la conciencia o la personalidad

PASO 2 IDENTIFICAR OPCIONES DE TRATAMIENTO

Plantear preguntas para personalizar el tratamiento de la migraña



Plantee a su paciente estas 5 preguntas esenciales:

1. ¿Está tomando algún medicamento de venta controlada o de venta libre? En caso afirmativo, ¿cuáles son y en qué dosis?
2. ¿Tiene condiciones médicas preexistentes?
3. ¿Cómo ha tratado su cefalea antes?
4. ¿Cuáles son los desencadenantes de su cefalea?
5. ¿Cuáles son los factores agravantes o aliviadores?
6. ¿Hay antecedentes familiares de migraña?

Evaluar los medicamentos que se deben usar con precaución con AINEs orales o acetaminofén^{3-5,14}



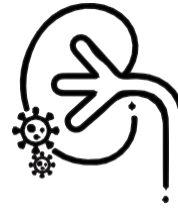
1. **Aumento del riesgo de hemorragia** [AINEs orales cuando se utilizan con algunos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS), antidepresivos tricíclicos, ácido acetilsalicílico (ASA), corticosteroides, Warfarina y ginkgo biloba]
2. **Disminución de la eficacia antihipertensiva** [AINEs orales cuando se usan con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE), bloqueantes del receptor de angiotensina II (ARA), diuréticos y betabloqueantes]
3. **Aumento de los niveles del medicamento** (AINEs orales cuando se usan con litio y metotrexato)
4. **Aumento del riesgo de toxicidad por acetaminofén** [acetaminofén cuando se usa con medicamentos para la epilepsia (p. ej., carbamazepina), otros inductores de la enzima P450 (p. ej., isoniazida, rifampicina) y alcohol]

PASO 2 IDENTIFICAR OPCIONES DE TRATAMIENTO

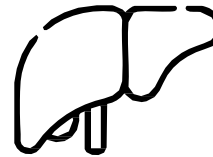
Evaluar los analgésicos a utilizar en pacientes con comorbilidades⁵⁻⁹



1. Enfermedad renal crónica
(p. ej. Los AINEs tienen efectos de clase nefrotóxicos y deben evitarse en pacientes con síntomas de insuficiencia renal)



2. Enfermedad hepática
(por ejemplo, los AINEs pueden causar lesión hepática aguda de severidad variable)



3. Úlcera péptica (p. ej., el uso crónico de AINEs puede causar reacciones adversas graves en el tracto gastrointestinal superior, incluyendo úlcera péptica y hemorragia gastrointestinal)



4. Enfermedad cardiovascular (p. ej., todos los AINEs sin aspirina pueden estar asociados con un posible aumento del riesgo trombótico CV, los AINEs están contraindicados en pacientes que se han sometido a cirugía de revascularización miocárdica)



Plantear preguntas sobre el tratamiento anterior



Plantee al paciente estas 2 preguntas esenciales sobre su tratamiento anterior:

1. ¿Qué ha usado antes para tratar su cefalea por migraña? (Cuál fue la dosis, fue eficaz y tuvo algún efecto secundario)
2. ¿Tiene alguna preferencia por algún tratamiento específico?

PASO 3 RECOMENDAR UN TRATAMIENTO

Recomendaciones terapéuticas no farmacológicas para la migraña



Las recomendaciones de tratamiento no farmacológico incluyen:^{2,10}

- 1. Evitar los desencadenantes** [Usar un diario para identificar y evitar los desencadenantes importantes, como los ambientales (cambios climáticos, disminución de la presión atmosférica, baja temperatura y alta humedad), la sensibilidad a los olores (perfumes, humo de cigarrillo y productos de limpieza), los desencadenantes del ruido (ruido de vecindario de carreteras, ferrocarriles, etc.)]
- 2. Buenas prácticas de higiene del sueño** [Dormitorios convenientes con menos estimulaciones (como televisión, teléfono celular, luz y ruido) y despertarse en un rango de tiempo específico por las mañanas, incluso los fines de semana]
- 3. Modificaciones de la dieta** [Prevenir el hambre y el ayuno, tener comidas regulares, apegarse a comidas frecuentes (por ejemplo, 5-6 comidas pequeñas por día), consumir alimentos que proporcionan un nivel estable de glucosa en sangre (alimentos de digestión lenta), cocinar alimentos en lugar de comer alimentos procesados o rápidos, ingesta adecuada de líquidos e hidratación, dieta baja en grasas, usar un diario de alimentos para identificar los desencadenantes de los alimentos (vino tinto y alcohol, chocolate, cafeína en productos como café, té, refrescos de cola, etc.)]
- 4. Ejercicio regular y moderado** [Ejercicios aeróbicos (como montar en bicicleta y caminar) después de un calentamiento cuidadoso. Evite el ejercicio durante sus ataques de cefalea]
- 5. Manejo del estrés** (hacer frente a factores estresantes, resolución de problemas, apoyo social, cambios en las situaciones de vida y el estilo de vida, ejercicio y evitar ciertas situaciones que causan estrés y ansiedad graves)
- 6. Reducción de peso para recuperar un peso corporal ideal** (podría ser una intervención útil para controlar los ataques de migraña, especialmente en pacientes obesos)
- 7. La educación del paciente** es una parte importante del manejo de los ataques de migraña hormonal

PASO 3 RECOMENDAR UN TRATAMIENTO

Recomendaciones de tratamiento farmacológico para la cefalea tipo migraña



Las recomendaciones de tratamiento farmacológico incluyen:^{1,2,11,12}

1. **Ofrecer medicación aguda** a todas las personas que experimenten ataques de migraña
2. **Usar medicamentos agudos al principio de la fase de cefalea del ataque**, ya que la efectividad depende del uso oportuno con la dosis correcta
3. **Advierta a los pacientes que el uso frecuente y repetido de la medicación aguda** puede provocar cefalea por uso excesivo de medicación
4. **Use AINEs como medicamento de primera línea** [aspirina; ibuprofeno o diclofenaco]
5. **Cuando los AINEs están contraindicados, usar acetaminofén** (buen perfil de seguridad a niveles terapéuticos)
6. **Para el tratamiento agudo de la migraña en el embarazo, use acetaminofén** como medicamento de primera línea
7. **Use triptanos como medicamento de segunda línea** [sumatriptán; zolmitriptán; almotriptán; eletriptán; frovatriptán; naratriptán; rizatriptán]
8. **Considere la posibilidad de combinar triptanos con AINEs de acción rápida** para evitar recaídas
9. **Considere los gepantes** [ubrogepante; rimegepante o diclofenaco] y ditanes [lasmiditan] como medicamentos de tercera línea.
10. **Usar antieméticos procinéticos** (domperidona o metoclopramida) como medicamentos orales adjuntos para las náuseas y/o vómitos
11. **Evite los alcaloides del cornezuelo, los opioides y los barbitúricos por vía oral.**

DÉBIL
INSEGURO
INEVITABLE
FRUSTRANTE
AISLAMIENTO
CANSADO
INVISIBLE
MALENTENDIDO
PREOCUPANTE
SOLITARIO
RELACIONES TENSAS
SOBREPENSAMIENTO
ANSIOSO
PRESIÓN CONSTANTE
DESGASTADO
CAÓTICO
CRÓNICO
NO PUEDE FUNCIONAR
LA VIDA CARECE
DE ALEGRÍA
QUITA LOS PLACERES SIMPLES
QUIERO LLORAR
ME SIENTO IMPOTENTE
UN DRENAJE CONSTANTE

6 PROTOCOLO DE DOLOR DE GARGANTA AGUDO EN ADULTOS

PASO 1

EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

PASO 2

IDENTIFICAR OPCIONES DE TRATAMIENTO

PASO 3

RECOMENDAR UN TRATAMIENTO

PASO 1 EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

Plantear preguntas (Antecedentes de dolor)



Plantee a su paciente estas 2 preguntas esenciales:^{1,8,10}

1. **¿Puede hablarme de sus síntomas de dolor de garganta?**
(duración, gravedad y si experimenta ronquera, tos y fiebre)
2. **Otras preguntas:**
 - ¿Usted fuma? En caso afirmativo, tipo de tabaco, número de cigarrillos al día y duración del tabaquismo
 - ¿El dolor de garganta va acompañado de otros síntomas de resfriado (cefalea, rinitis, fiebre)?
 - ¿Comenzó el dolor de garganta después de una sobrecarga excesiva de las cuerdas vocales o después de una larga estadía en una habitación con humo o inhalación de sustancias químicas?

Evaluar el tipo de dolor de garganta^{8,12-15}



1. **Síntomas sugestivos del dolor de garganta de origen bacteriano [infección por estreptococos del grupo A (GAS)]:**
Fiebre, dolor al tragar, dolor de garganta que puede comenzar muy rápidamente y puede lucir rojo, manchas blancas de pus en las amígdalas, amígdalas rojas e inflamadas, pequeñas manchas rojas en el techo de la boca llamadas petequias e inflamación de los ganglios linfáticos en la parte frontal del cuello.
2. **Síntomas virales del dolor de garganta:** Tos, secreción nasal, ronquera (cambios en la voz que la hacen sonar respiratoria, áspera o tensa) y conjuntivitis (ojo rosado)

PASO 1 EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

Evaluar el tipo de dolor de garganta^{8,12-15}



- La evaluación del estado del paciente y la probabilidad de infección estreptocócica se realice de acuerdo con los criterios de **FeverPAIN*** o **CENTOR** (o Mclsaac)**. Las puntuaciones más altas sugieren síntomas más graves y una probable causa bacteriana (estreptocócica).

*** Criterios FeverPAIN** (Cada criterio coloca 1 punto, máximo de 5): **Fiebre** (durante las 24 horas previas), purulencia (pus en las amígdalas), atender rápidamente (dentro de los 3 días posteriores al inicio de los síntomas), amígdalas gravemente inflamadas, sin tos ni rinitis (inflamación de las membranas mucosas de la nariz)

Puntuación y porcentaje de probabilidad de aislar estreptococos: 0 o 1= 13-18 %; 2 o 3= 34-40 %; 4 o 5= 62-65 %

**** Criterios CENTOR** (Cada criterio tiene una puntuación de 1 punto, máximo de 4): Exudado amigdalino, linfadenopatía cervical anterior dolorosa a la palpación (agrandamiento anormal de los ganglios linfáticos de la cabeza y el cuello) o linfadenitis (agrandamiento de uno o más ganglios linfáticos, generalmente debido a infección), antecedentes de fiebre (más de 38 °C), ausencia de tos

Puntuación y porcentaje de probabilidad de aislar estreptococos: 0 a 2= 3-17 %; 3 o 4= 32-56 %; 4 o 5= 62-65 %

Identificar los síntomas/casos que requieren remisión¹



Síntomas de alerta o casos que requieren remisión: Dolor de garganta intenso o que dura más de una semana; dificultad para tragar, respirar y abrir la boca; dolor en las articulaciones; dolor de oídos; erupción cutánea; fiebre superior a 101 F (38,3 ° C); sangre en la saliva o la flema; dolor de garganta recurrente con frecuencia; un bulto en el cuello; ronquera que dura más de dos semanas; hinchazón en el cuello o la cara.

PASO 2 IDENTIFICAR OPCIONES DE TRATAMIENTO

Plantear preguntas para personalizar el tratamiento del dolor de garganta



Plantee a su paciente estas preguntas esenciales:

1. ¿Está tomando medicamentos de venta controlada y de venta libre con regularidad?
En caso afirmativo, ¿cuáles son y en qué dosis?
2. ¿Ya ha tomado algún medicamento para aliviar los síntomas?

Evaluar los medicamentos que se deben usar con precaución con AINEs orales o acetaminofén^{3,16,17}



1. **Aumento del riesgo de hemorragia** [AINEs orales cuando se utilizan con algunos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS), antidepresivos tricíclicos, ácido acetilsalicílico (ASA), corticosteroides, Warfarina y ginkgo biloba]
2. **Disminución de la eficacia antihipertensiva** [AINEs orales cuando se usan con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE), bloqueantes del receptor de angiotensina II (ARA), diuréticos y betabloqueantes]
3. **Aumento de los niveles del medicamento** (AINEs orales cuando se usan con litio y metotrexato)
4. **Aumento del riesgo de toxicidad por acetaminofén** [Acetaminofén cuando se usa con medicamentos para la epilepsia (por ejemplo, carbamazepina), otros inductores de la enzima P450 (por ejemplo, isoniazida, rifampicina) y alcohol]

PASO 2 IDENTIFICAR OPCIONES DE TRATAMIENTO

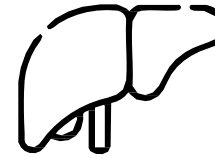
Evalúe los analgésicos a utilizar en pacientes con comorbilidades³⁻⁷



1. Enfermedad renal crónica
(p. ej. Los AINEs tienen efectos de clase nefrotóxicos y deben evitarse en pacientes con síntomas de insuficiencia renal)



2. Enfermedad hepática
(por ejemplo, los AINEs pueden causar lesión hepática aguda de severidad variable)



3. Úlcera péptica (p. ej., el uso crónico de AINEs puede causar reacciones adversas graves en el tracto gastrointestinal superior, incluyendo úlcera péptica y hemorragia gastrointestinal)



4. Enfermedad cardiovascular (p. ej., todos los AINEs sin aspirina pueden estar asociados con un posible aumento del riesgo trombótico CV, los AINEs están contraindicados en pacientes que se han sometido a cirugía de revascularización miocárdica)



Plantee preguntas sobre el tratamiento anterior



Plantee al paciente estas 2 preguntas esenciales sobre su tratamiento anterior:

1. ¿Qué ha tomado antes para tratar el dolor de garganta? (Cuál fue la dosis, fue eficaz y tuvo algún efecto secundario)
2. ¿Tiene alguna preferencia por algún tratamiento específico?

PASO 3 RECOMENDAR UN TRATAMIENTO

Recomendaciones terapéuticas no farmacológicas para el dolor de garganta^{1,8,9}



1. Se recomienda mantenerse hidratado mediante la ingesta de grandes cantidades de líquidos calientes. Los líquidos mantienen la garganta húmeda y previenen la deshidratación (evite la cafeína y el alcohol). Pruebe con bebidas calientes y reconfortantes como caldo, té sin cafeína o agua tibia con miel para calmar el dolor de garganta.
2. **Hacer gárgaras con soluciones antisépticas** debe realizarse cada 2-3 horas
3. **Se recomienda evitar** el consumo de tabaco, alcohol y alimentos picantes, fríos o excesivamente calientes.
4. **Enjuagarse la boca con agua tibia** antes de la administración tópica de medicamentos para el alivio sintomático del dolor de garganta (aerosoles, pastillas),
5. **Los medicamentos en forma de pastillas y caramelos** deben mantenerse en la boca hasta su completa disolución
6. **El uso de un humidificador de aire frío** puede ayudar a eliminar el aire seco que puede irritar aún más la garganta. Asegúrese de limpiar el humidificador regularmente para que no crezca moho ni bacterias. O siéntese durante varios minutos en un baño de vapor.
7. **Se recomienda evitar** los irritantes, como el humo del tabaco y los productos de limpieza que pueden irritar la garganta.

PASO 3 RECOMENDAR UN TRATAMIENTO

Recomendaciones de tratamiento farmacológico para el dolor de garganta^{2,11-13, 16-21}



1. El **acetaminofén** está recomendado por las principales directrices para el tratamiento de la fiebre y el dolor
2. El **ibuprofeno** se recomienda en las principales directrices para el tratamiento de la fiebre y el dolor
3. **Antibióticos para la infección estreptocócica del grupo A en pacientes sin alergia a la penicilina** incluye penicilina V (es necesario modificar la dosis en pacientes con enfermedad renal terminal); amoxicilina (dosis más baja recomendada en pacientes con enfermedad renal)
4. **Antibióticos para la infección estreptocócica del grupo A en pacientes con alergia a la penicilina** incluye cefalexina oral* (contraindicado en pacientes con alergia conocida al grupo de antibióticos cefalosporina, dosis más baja recomendada en pacientes con enfermedad renal); cefadroxilo (contraindicado en pacientes con alergia conocida al grupo de antibióticos cefalosporina, se debe usar con precaución en presencia de insuficiencia renal significativa).

* Evitar en individuos con hipersensibilidad inmediata a la penicilina.

NO PUEDE
TRAGAR
NO PUEDE HABLAR
FALTA AL
TRABAJO
TOS IRRITABLE
MAL ALIENTO
FATIGA
DIFICULTAD
PARA RESPIRAR
ESCALOFRÍOS
AISLADO DE
SERES QUERIDOS
NO PUEDE HACER
ACTIVIDADES FÍSICAS
AFECTACIÓN DEL SUEÑO



PROTOCOLO DE DOLOR DENTAL EN ADULTOS

PASO 1

EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

PASO 2

IDENTIFICAR OPCIONES DE TRATAMIENTO

PASO 3

RECOMENDAR UN TRATAMIENTO

PASO 1 EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

Plantear preguntas (Antecedentes de dolor)



Plantee a su paciente estas 3 preguntas esenciales:^{1,15}

1. **¿Puede hablarme de sus síntomas de dolor dental?** [Ubicación (¿dónde es el dolor?), inicio (¿cuándo comenzó el dolor?), calidad (¿puede describir el dolor?, ¿se propaga a alguna parte?), otros problemas (¿tiene algún otro problema junto con el dolor? ¿tiene fiebre? ¿le duele más cuando muerde algo? ¿el dolor empezó tras algún trauma?), patrón (¿cuánto dura el dolor?), estímulo (¿algo lo empeora o lo mejora?), gravedad (¿qué tan grave es el dolor?)]
2. **¿Tiene algún otro síntoma?** [Síntomas de alerta que requieren remisión médica, (por ejemplo, hinchazón, dificultad para respirar, etc.)]
3. **¿Se ha sometido a algún procedimiento dental?** Si es así, ¿cuál y cuándo? [Algunos síntomas pueden estar relacionados con una infección o inflamación posterior al procedimiento (por ejemplo, hinchazón, formación de pus)]

Evaluar el tipo de dolor dental^{1,2,15}



1. **Dolor pulpar:** Causas [hipersensibilidad debida al esmalte agrietado, exposición de la dentina debido al desgaste/abrasión o fractura/procedimiento dental u otras causas, exposición a traumatismos dentales, pulpitis (inflamación de la pulpa debido a una infección), razones sistémicas (por ejemplo, anemia falciforme)], estímulos para el dolor [picaduras, estímulos calientes o fríos (hipersensibilidad térmica) y dolor persistente después de presionar], calidad e intensidad del dolor (dolor agudo, punzante o sordo, pulsátil, dolor mal localizado de duración variable; depende de la gravedad)]

PASO 1 EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

Evaluar el tipo de dolor dental^{1,2,15}



2. **Dolor periodontal:** Causas [periodontitis (inflamación debida a traumatismo, infección, enfermedad o posoperatoria), causa no inflamatoria (quistes periodontales o radiculares y tumores)], estímulos del dolor (estímulos mecánicos, térmicos o químicos), calidad e intensidad del dolor (dolor leve a intenso que varía desde dolor solo tras la estimulación hasta un dolor constante y no provocado que empeora con el estímulo, puede irradiarse a otras áreas)]
3. **Dolor gingival:** Causas [gingivitis (inflamación debida a traumatismo, infección, hipersensibilidad o autoinmunidad), neoplasias malignas], calidad e intensidad del dolor [Normalmente no doloroso, puede aparecer algo de dolor durante la inflamación aguda (debido a infección, traumatismo y reacciones inmunitarias sistémicas o locales)] Las causas no odontogénicas del dolor también pueden presentarse como dolor dental. Estos pacientes pueden describir el dolor como un dolor que no está "en" el diente, sino como "entre, detrás o debajo" del diente, y las encías pueden ser sensibles a la presión.

Identificar síntomas/casos que requieran remisión^{1-3,15,16}



1. **Síntomas de alerta o casos asociados con dolor dental que requieren remisión:** Periodontitis no tratada, lesiones dentales, sangrado posextracción, osteítis alveolar, úlceras aftosas o úlceras bucales, neuralgia del trigémino, trastorno de la articulación temporomandibular, sinusitis maxilar, bruxismo, cefaleas en racimos o dolor neuropático. Otras razones para la remisión incluyen las opciones de tratamiento habituales que parecen ineficaces, el dolor no parece ser de origen neurológico, una descripción inusual del dolor (por ejemplo, picor, ardor, electricidad, hormigueo), dolor desencadenado o aumentado al aplicar presión sobre ciertos músculos de la cabeza o el cuello, dolor presente junto con alucinaciones o delirios, o dolor asociado con movimientos involuntarios inusuales.

PASO 2 IDENTIFICAR OPCIONES DE TRATAMIENTO

Plantear preguntas para personalizar el tratamiento del dolor dental



Plantee a su paciente estas 5 preguntas esenciales:

1. ¿Está tomando medicamentos de venta controlada y de venta libre con regularidad? En caso afirmativo, ¿cuáles son y en qué dosis?
2. ¿Tiene condiciones médicas preexistentes?
3. ¿Qué ha tomado antes para su dolor dental?
4. ¿Cuáles son los factores agravantes o aliviadores?
5. ¿Se ha sometido a algún procedimiento dental recientemente?

Evaluar los medicamentos que se deben usar con precaución con AINEs orales o acetaminofén^{4-6,12,17,18}



1. **Aumento del riesgo de hemorragia** [AINEs orales cuando se usan con algunos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS), antidepresivos tricíclicos, corticosteroides, Warfarina y alcohol]
2. **Disminución de la eficacia antihipertensiva** [AINEs orales cuando se usan con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE), bloqueantes del receptor de angiotensina II (ARA), diuréticos y betabloqueantes]
3. **Aumento de los niveles del medicamento** (AINEs orales cuando se usan con litio y metotrexato)
4. **Aumento del riesgo de toxicidad por acetaminofén** [Acetaminofén cuando se usa con medicamentos para la epilepsia (por ejemplo, carbamazepina), otros inductores de la enzima P450 (por ejemplo, isoniazida, rifampicina) y alcohol]

PASO 2 IDENTIFICAR OPCIONES DE TRATAMIENTO

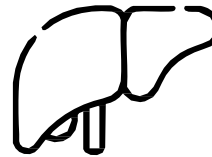
Evaluar los analgésicos a utilizar en pacientes con comorbilidades^{4,7-11,19,20}



1. Enfermedad renal crónica
(por ejemplo, los AINEs tienen efectos de clase nefrotóxicos y deben evitarse en pacientes con síntomas de insuficiencia renal)



2. Enfermedad hepática
(por ejemplo, los AINEs pueden causar lesión hepática aguda de severidad variable)



3. Úlcera péptica (p. ej., el uso crónico de AINEs puede causar reacciones adversas graves en el tracto gastrointestinal superior, incluyendo úlcera péptica y hemorragia gastrointestinal)



4. Enfermedad cardiovascular (p. ej., todos los AINEs sin aspirina pueden estar asociados con un posible aumento del riesgo trombótico CV, los AINEs están contraindicados en pacientes que se han sometido a cirugía de revascularización miocárdica)



Plantear preguntas sobre el tratamiento anterior



Plantee al paciente estas 2 preguntas esenciales sobre su tratamiento anterior:

1. ¿Qué ha tomado antes para tratar su dolor dental? (Cuál fue la dosis, fue eficaz y tuvo algún efecto secundario)
2. ¿Tiene alguna preferencia por algún tratamiento específico?

PASO 3 RECOMENDAR UN TRATAMIENTO

Recomendaciones terapéuticas no farmacológicas para el dolor dental¹



1. **Evitar estímulos comunes** como bebidas o alimentos calientes, fríos, ácidos y dulces.
2. **Uso de crema de dientes desensibilizante** como opción temporal
3. **Uso de agua tibia con sal, un anestésico tópico o un enjuague bucal de clorhexidina** en el caso de úlceras

Recomendaciones de tratamiento farmacológico para el dolor dental^{11-14,21-27}



1. **Para el dolor dental posoperatorio agudo en adolescentes, adultos y adultos mayores sometidos a una extracción dental simple:**
 - AINEs solos [Ibuprofeno o naproxeno. Cuando el dolor no se alivia con ibuprofeno, use naproxeno]
 - Cuando los AINEs están contraindicados, usar acetaminofén
 - Cuando los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos solos no son suficientes, usar medicamentos antiinflamatorios no esteroideos más una combinación de acetaminofén (ibuprofeno + acetaminofén o naproxeno + acetaminofén)

PASO 3 RECOMENDAR UN TRATAMIENTO

Recomendaciones de tratamiento farmacológico para el dolor dental^{11-14,21-27}



2. Para el dolor dental posoperatorio agudo en adolescentes, adultos y adultos mayores sometidos a extracción(s) dental(es) quirúrgica(s): La terapia de primera línea es la misma que para la extracción simple de dientes

- AINEs solos (p. ej., ibuprofeno o naproxeno sodio) o en combinación con acetaminofén.
- Cuando los AINEs están contraindicados, iniciar el tratamiento con una dosis terapéutica completa de acetaminofén.
- Para el control inadecuado del dolor postoperatorio después del tratamiento de primera línea con AINEs solos [AINEs (por ejemplo, ibuprofeno o naproxeno sódico) acetaminofén + acetaminofén con un opioide (por ejemplo, hidrocodona o oxicodona)].
- Para el control inadecuado del dolor posoperatorio después del tratamiento de primera línea con AINEs más la combinación de acetaminofén [Sustituir la prescripción inicial de AINEs (por ejemplo, ibuprofeno o naproxeno sódico) acetaminofén + acetaminofén con un opioide (por ejemplo, hidrocodona o oxicodona)].
- Para el control inadecuado del dolor postoperatorio después de acetaminofén para pacientes en los que los AINEs están contraindicados [acetaminofén + acetaminofén con un opioide (por ejemplo, hidrocodona o oxicodona)]. No se recomienda el uso rutinario de recetas retardadas de opioides (es decir, recetas solo en caso de dolor inesperado).

FUERTE
DOLOR
PUNZANTE
RESTRINGE SOCIALMENTE
SENTIR VERGÜENZA
DRENANTE
FALTA DE ENERGÍA
PROLONGADO
TEMA TABÚ
DÍAS DE DOLOR DE
ESPALDA SORDO
DEBILITANTE
DIFICULTAD
PARA MOVERSE
INCOMODIDAD
PARA HABLARLO
CALAMBRES QUE REMUEVEN
EL ESTÓMAGO
INCOMPRENDIDA
RIGIDEZ
AGOTADOR
DIFICULTAD PARA
CONCENTRARSE
BAJO ESTADO DE ÁNIMO

8

PROTOCOLO DEL DOLOR MESTRUAL

PASO 1

EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

PASO 2

IDENTIFICAR OPCIONES DE TRATAMIENTO

PASO 3

RECOMENDAR UN TRATAMIENTO

PASO 1 EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

Plantear preguntas (Antecedentes de dolor)

Plantee a su paciente estas 5 preguntas esenciales:



1. ¿Puede hablarme de sus síntomas de dolor menstrual (dismenorrea)?^{1-3,10}

[Tipo de dolor (calambre/cólico/intenso/constante o esporádico); ubicación (¿se irradia hacia la parte interna del muslo o la espalda?; inicio (¿el dolor comienza poco antes de la menstruación y continúa hasta 72 horas, mejorando a medida que avanza la menstruación?); síntomas asociados (junto con el dolor abdominal, experimenta síntomas como náuseas, vómitos, diarrea, fatiga, irritabilidad, mareos, hinchazón, cefalea, dolor en la parte inferior de la espalda y síntomas emocionales?); aumento o disminución del apetito con dolor menstrual]

2. Otras preguntas^{2,10}

[Hace cuánto tiempo comenzó la menstruación y el ciclo es regular?; ¿Cuándo se hizo dolorosa la menstruación?; ¿Hay otros síntomas? (depresión, ansiedad, etc.); ¿Los síntomas ocurren solo durante la menstruación o también en otros momentos del ciclo?]

Evaluar el tipo de dolor menstrual



1. Dismenorrea primaria¹:

- Menstruación dolorosa en ausencia de patología pélvica
- El dolor comienza característicamente cuando los adolescentes alcanzan ciclos ovulatorios (por lo general dentro de los 6-12 meses de la menarquia)
- La fisiopatología está relacionada con prostaglandinas y leucotrienos (ambos mediadores inflamatorios)

2. Dismenorrea secundaria¹:

- Menstruaciones dolorosas debido a patología pélvica o a una afección médica reconocida
- La causa más común de dismenorrea secundaria es la endometriosis
- Otras causas de dismenorrea secundaria incluyen adenomiosis, infección, miomas uterinos, malformaciones müllerianas, anomalías obstructivas del tracto reproductivo, pólipos uterinos o quistes ováricos.

PASO 1 EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

Identificar los síntomas/casos que requieren remisión



1. Los síntomas o circunstancias de alerta (con diagnóstico/afección probable) asociados con dolor menstrual que requiere remisión incluyen^{1,4}
 - Infertilidad, dolor con las relaciones sexuales, la micción o las deposiciones (endometriosis)
 - Aparición y resolución repentinas; si se tuerce, puede causar torsión ovárica (quistes ováricos)
 - Sangrado vaginal irregular (pólipos uterinos)
 - Menstruaciones abundantes y prolongadas; posible estreñimiento o dificultad para vaciar la vejiga; más común en las personas mayores (leiomiomas uterinos)
 - Sangrado abundante, coágulos sanguíneos, dolor durante las relaciones sexuales, dolor a la palpación abdominal; más frecuente en las personas mayores (adenomiosis)
 - Dolor abdominal, fiebre, secreción y olor vaginales, dolor durante las relaciones sexuales, sangrado después de las relaciones sexuales (enfermedad inflamatoria pélvica)
 - Antecedentes de cirugía, infertilidad, obstrucción intestinal, deposiciones dolorosas, dolor con cambio de posición (adherencias pélvicas)
 - Hinchazón, micción frecuente, náuseas (masas pélvicas)

PASO 2 IDENTIFICAR OPCIONES DE TRATAMIENTO

Plantear preguntas para personalizar el tratamiento del dolor menstrual



Plantee a su paciente estas preguntas esenciales:

1. ¿Está tomando medicamentos de venta controlada y de venta libre con regularidad? En caso afirmativo, ¿cuáles son y en qué dosis?
2. ¿Ya ha tomado algún medicamento para aliviar los síntomas?

Evaluar los medicamentos que se deben usar con precaución con AINEs orales o acetaminofén^{5,12,13}



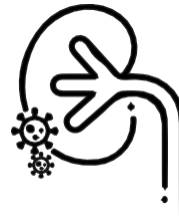
1. **Aumento del riesgo de hemorragia** [AINEs orales cuando se utilizan con algunos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS), antidepresivos tricíclicos, ácido acetilsalicílico, corticosteroides, Warfarina, *ginkgo biloba*]
2. **Disminución de la eficacia antihipertensiva** [AINEs orales cuando se usan con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE), bloqueantes del receptor de angiotensina II (ARA), diuréticos y betabloqueantes]
3. **Aumento de los niveles del medicamento** (AINEs orales cuando se usan con litio y metotrexato)
4. **Aumento del riesgo de toxicidad por acetaminofén** [Acetaminofén cuando se usa con medicamentos para la epilepsia (por ejemplo, carbamazepina), otros inductores de la enzima P450 (por ejemplo, isoniazida, rifampicina) y alcohol]

PASO 2 IDENTIFICAR OPCIONES DE TRATAMIENTO

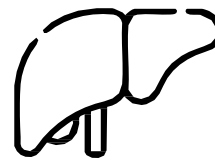
Evaluar los analgésicos a utilizar en pacientes con comorbilidades⁵⁻⁹



1. Enfermedad renal crónica
(por ejemplo, los AINEs tienen efectos de clase nefrotóxicos y deben evitarse en pacientes con síntomas de insuficiencia renal)



2. Enfermedad hepática
(por ejemplo, los AINEs pueden causar lesión hepática aguda de severidad variable)



3. Úlcera péptica (p. ej., el uso crónico de AINEs puede causar reacciones adversas graves en el tracto gastrointestinal superior, incluyendo úlcera péptica y hemorragia gastrointestinal)



4. Enfermedad cardiovascular (p. ej., todos los AINEs sin aspirina pueden estar asociados con un posible aumento del riesgo trombótico CV, los AINEs están contraindicados en pacientes que se han sometido a cirugía de revascularización miocárdica)



Plantear preguntas sobre el tratamiento anterior



Plantee al paciente estas 3 preguntas esenciales sobre su tratamiento anterior:

- 1. ¿Qué ha tomado antes para tratar el dolor menstrual?**
(Cuál fue la dosis, fue eficaz y tuvo algún efecto secundario)
- 2. ¿Tiene alguna preferencia por algún tratamiento específico?**
- 3. ¿Ha utilizado algún tratamiento alternativo para aliviar el dolor menstrual?**

PASO 3 RECOMENDAR UN TRATAMIENTO

Recomendaciones de tratamiento no farmacológico para el dolor menstrual



Las recomendaciones de tratamiento no farmacológico incluyen^{1,2}

1. Es probable que el **ejercicio regular** mejore los síntomas de la dismenorrea y debe recomendarse
2. **Tratamiento complementario o alternativo:**
 - Calor local en forma de almohadillas o parches calientes (aplicados en la parte inferior del abdomen)
 - Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea de alta frecuencia-TENS (implica el uso de electrodos para estimular la piel en diversas frecuencias e intensidades en un intento de disminuir la percepción del dolor)
 - Estimulación del punto de acupuntura (acupresión y acupuntura)
 - Entrenamiento de relajación
 - Los suplementos dietéticos para los que puede haber evidencia limitada que sugiera un beneficio potencial incluyen jengibre, fenogreco, aceite de pescado, aceite de pescado más vitamina B1, valeriana, vitamina B1 sola, zataria y sulfato de zinc

PASO 3 RECOMENDAR UN TRATAMIENTO

Recomendaciones de tratamiento farmacológico para el dolor menstrual



Las recomendaciones de tratamiento farmacológico para la dismenorrea primaria incluyen^{1-3, 5-10,14,15, 16}

- 1. Solo AINEs** [ibuprofeno; naproxeno; ácido mefenámico; celecoxib]. Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos son más eficaces cuando se inician antes del inicio de la menstruación y continúan durante los primeros días de sangrado.
- 2. Acetaminofén**
El acetaminofén es un analgésico de elección para los pacientes con dismenorrea que no desean anticonceptivos hormonales y no pueden tolerar los AINEs para su trastorno gastrointestinal.
- 3. Anticonceptivos hormonales** [anticonceptivos hormonales combinados con etinilestradiol; anticonceptivos solo de progestina (implante de progestina, acetato de medroxiprogesterona de depósito intramuscular o subcutáneo y sistema intrauterino liberador de levonorgestrel; parches transdérmicos anticonceptivos o anillo vaginal]. Por lo general, se recomiendan anticonceptivos hormonales para las mujeres con dismenorrea que necesitan anticonceptivos, para las que el uso de anticonceptivos es aceptable, o para las que no pueden tolerar o no responden a los AINEs.

Nota: Los AINEs se pueden continuar o agregar a la terapia hormonal según sea necesario.



9 FIEBRE EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

PASO 1

EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

PASO 2

IDENTIFICAR OPCIONES DE TRATAMIENTO

PASO 3

RECOMENDAR UN TRATAMIENTO

PASO 1 EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

Plantear preguntas (Antecedentes de dolor)

Plantee preguntas al padre/cuidador del niño estas 7 preguntas esenciales^{1,6}



1. ¿El niño es mayor de 3 meses?
 2. ¿Está comiendo y bebiendo normalmente?
 3. ¿Se está comportando normalmente?
 4. ¿Respira normalmente?
 5. ¿Ha tenido fiebre ($\geq 37,5$ °C) durante más de dos días?
 6. ¿El niño ha tenido convulsiones?
 7. ¿Le preocupa mucho la salud del niño?
- Una respuesta negativa a cualquiera de las preguntas 1 a 4 y/o un Sí a cualquiera de las preguntas 5 a 7 indica la remisión inmediata a un médico o clínica
 - Todos los niños menores de 3 meses con fiebre deben remitirse a un médico

Evaluar las afecciones potencialmente mortales, los signos de deshidratación y las infecciones/afecciones graves específicas como fuente de fiebre y sus signos y síntomas asociados^{1-3,7}



1. **Evaluar cualquier afección potencialmente mortal** y derivar inmediatamente para atención médica de emergencia. Estos incluyen vías respiratorias comprometidas, respiración o circulación; y disminución del nivel de conciencia
2. **Evaluar los signos de deshidratación:** Los signos incluyen tiempo de llenado capilar prolongado (> 3 seg.), turgencia anormal de la piel, patrón respiratorio anormal, pulso débil y extremidades frías

PASO 1 EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

Identificar los síntomas/casos que requieren remisión



Evaluar al niño para detectar afecciones potencialmente mortales, signos de deshidratación, infecciones/afecciones graves, sus signos y síntomas^{1-3,7}

3. **Evaluar el riesgo de enfermedad grave** en niños febriles menores de 5 años en función de los parámetros (color de la piel/labios/lengua, actividad, respiración, hidratación y otros) utilizando el sistema de color del semáforo (riesgo bajo en verde, riesgo intermedio en naranja, riesgo alto en rojo)

4. **Identificar infecciones/afecciones graves específicas como fuente de fiebre y sus signos y síntomas asociados**

- **Enfermedad meningocócica** [Erupción cutánea (rash) sin palidez, en particular con 1 o más de los siguientes síntomas: niño de aspecto enfermo, lesiones de más de 2 mm de diámetro (púrpura), tiempo de llenado capilar de más o igual a 3 segundos, rigidez del cuello]
- **Meningitis bacteriana** (rigidez de cuello, fontanela abultada, disminución del nivel de conciencia, estado epiléptico convulsivo)
- **Encefalitis por herpes simple** (signos neurológicos focales, convulsiones focales, disminución del nivel de conciencia)
- **Neumonía** [Taquipnea (frecuencia respiratoria superior a 60 respiraciones por minuto para la edad de 0 a 5 meses; más de 50 respiraciones por minuto para la edad de 6 a 12 meses; más de 40 respiraciones por minuto para la edad > 12 meses), crepitancias en el pecho, aleteo nasal, tiraje,, cianosis, saturación de oxígeno menor o igual al 95 %]
- **Infección del tracto urinario** [Dolor al orinar (disuria), micción más frecuente, orinar de nuevo, orina maloliente (maloliente), orina más oscura, orina turbia, hematuria franca (sangre visible en la orina), disminución de la ingesta de líquidos, escalofríos, dolor o sensibilidad abdominal, antecedentes de infección confirmada del tracto urinario]
- **Artritis séptica u osteomielitis** (hinchazón de una extremidad o articulación, no usar una extremidad, no cargar peso)
- **Enfermedad de Kawasaki** (fiebre durante más de 5 días y al menos 4 de: inyección conjuntival bilateral, cambio en las membranas mucosas, cambio en las extremidades, erupción polimorfa, linfadenopatía cervical)

PASO 1 EVALUAR LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

Identificar los síntomas/casos que requieren remisión



1. Los niños con fiebre deben recibir atención médica inmediata en estos casos¹

- el color de la piel, los labios o la lengua se vuelve azul
- no responde a los signos sociales, no se despierta cuando se le despierta o tiene un llanto débil, agudo o continuo
- hay quejidos espiratorios o retracciones del pecho hacia el cuerpo;
- la piel parece seca;
- tiene < 3 meses de edad y fiebre > 37,5 °C;
- tiene una erupción coloreada, rigidez en el cuello o convulsiones.

PASO 2 IDENTIFICAR CONSIDERACIONES DE TRATAMIENTO²⁻⁶

Medicamentos que limitan el tratamiento:



- **La aspirina no debe usarse** en niños o adolescentes ≤ 18 años. Se ha asociado con el síndrome de Reye y puede aumentar la probabilidad de sangrado en infecciones con riesgo de hemorragia
- **En niños asmáticos con fiebre**, el acetaminofén no parece empeorar los síntomas del asma
- **El acetaminofén debe evitarse** en niños con enfermedad hepática grave
- **El ibuprofeno debe evitarse** en niños con úlceras o hemorragias gastrointestinales activas y en niños con antecedentes de estos trastornos
- **El ibuprofeno debe usarse** con precaución en niños con asma
- **El ibuprofeno no debe administrarse** a niños deshidratados o con insuficiencia renal grave
- **El acetaminofén y el ibuprofeno** no se recomiendan para el tratamiento profiláctico de la fiebre, las molestias o el dolor asociados con las vacunas

Condiciones médicas que limitan el tratamiento:



Se recomienda **precaución** al utilizar antipiréticos en enfermedades crónicas como la insuficiencia hepática y renal preexistente o en casos de diabetes, enfermedad cardíaca y desnutrición grave.

PASO 3 RECOMENDAR UN TRATAMIENTO

Recomendaciones terapéuticas no farmacológicas para la fiebre en niños < 5 años



Las recomendaciones de tratamiento no farmacológico incluyen¹⁻⁶

1. El uso de alcohol no es un método de enfriamiento apropiado

2. Aconsejar a los padres/cuidadores sobre la medición correcta de la temperatura corporal:

- No utilice rutinariamente las vías oral y rectal para medir la temperatura corporal de los niños de 0 a 5 años
- En los niños de 4 semanas a 5 años, medir la temperatura corporal mediante un termómetro electrónico o un termómetro químico de puntos en la axila, o un termómetro timpánico infrarrojo.
- En bebés menores de 4 semanas de edad, medir la temperatura corporal con un termómetro electrónico en la axila

3. Aconsejar a los padres sobre el manejo de la fiebre en el hogar:

- No se recomienda el uso de esponjas tibias
- No vista al niño con demasiada o muy poca ropa, ni lo envuelva en mantas pesadas.
- Proporcione al niño líquidos con frecuencia (cuando se amamanta a un bebé o niño, el líquido más apropiado es la leche materna).
- Anime al niño a beber más líquidos y considere la posibilidad de buscar asesoramiento adicional si detecta signos de deshidratación.
- Identifique una erupción que no palidece a la presión.
- Revise al niño durante la noche
- Detecte los signos de deshidratación buscando fontanelas hundidas, boca seca, ojos hundidos, ausencia de lágrimas o mal aspecto general,
- Mantenga al niño alejado de la guardería o la escuela mientras la fiebre persiste, pero para notificar la enfermedad a la escuela o guardería.

PASO 3 RECOMENDAR UN TRATAMIENTO

Recomendaciones terapéuticas no farmacológicas para la fiebre en niños < 5 años



Las recomendaciones de tratamiento no farmacológico incluyen¹⁻⁶

4. Proporcione instrucciones claras sobre cómo administrar el medicamento:

- Advierta a los padres que no excedan la dosis prescrita o el intervalo de dosificación.
- Agite el frasco antes de verter
- Nunca mida el medicamento usando una cucharadita/cucharada de café. Utilice únicamente el dispositivo de medición suministrado
- Nunca permita que los niños beban medicamentos directamente del frasco
- Almacene todos los medicamentos fuera del alcance de los niños

5. Aconsejar a los padres sobre el uso correcto de la medicación antipirética:

- Se deben utilizar antipiréticos para que el niño se sienta más cómodo y no se deben utilizar de forma rutinaria con el único objetivo de reducir la temperatura.
- Las dosis deben medirse cuidadosamente para evitar una sobredosis o una dosificación
- Si la temperatura no desciende después de una dosis, no administre otra dosis inmediatamente. Espere a que pase el intervalo de administración adecuado y administre solo otra dosis a la hora correcta.
- Si el niño vomita inmediatamente después de tomar una dosis de medicamento, se puede administrar otra dosis.
- No se debe despertar a los niños que están dormidos únicamente para administrar antipiréticos
- Evite los productos combinados y los “medicamentos para la tos y el resfriado”, que complican la dosificación y pueden aumentar el riesgo de sobredosis y efectos secundarios.
- Los medicamentos antipiréticos no deben administrarse durante más de 2 días sin consultar a un médico.

PASO 3 RECOMENDAR UN TRATAMIENTO

Recomendaciones terapéuticas no farmacológicas para la fiebre en niños < 5 años



Las recomendaciones de tratamiento no farmacológico incluyen¹⁻⁶

6. Asesorar a los padres sobre cuándo buscar ayuda de un profesional de la salud

- si el niño tiene un ataque, desarrolla una erupción cutánea que no palidece, si los padres/cuidadores están más preocupados o sienten que el niño está peor que cuando habían consultado previamente, la fiebre dura 5 días o más

Recomendaciones terapéuticas farmacológicas para la fiebre en niños < 5 años



Las recomendaciones de tratamiento farmacológico incluyen¹⁻⁴

1. Los antipiréticos están indicados para mejorar la comodidad general del niño febril.

2. Considere el uso de acetaminofén o ibuprofeno en niños con fiebre que parecen angustiados

3. Los antipiréticos no deben utilizarse con el objetivo de reducir la temperatura corporal en niños con fiebre

4. Cuando use acetaminofén o ibuprofeno en niños con fiebre:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Continúe solo mientras el niño parezca angustiado | <ul style="list-style-type: none"> • Las dosis deben calcularse según el peso de la dosis de acetaminofén infantil o dosis de ibuprofeno |
| <ul style="list-style-type: none"> • Considere cambiar al otro agente si la angustia del niño no se alivia | |
| <ul style="list-style-type: none"> • No administre ambos medicamentos simultáneamente | <ul style="list-style-type: none"> • Evite la combinación de antipiréticos y “medicamentos para la tos y el resfriado” |
| <ul style="list-style-type: none"> • Solo se debe considerar la alternancia de estos medicamentos si la angustia persiste o reaparece antes de la siguiente dosis | |

¿CUÁL ES EL USO DE PROTOCOLOS PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR?

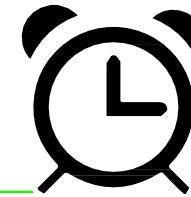


¿Cuál es el uso del protocolo en el tratamiento del dolor?^{1,2}

Ayuda a realizar una evaluación del dolor de alta calidad



Acorta el tiempo necesario para administrar analgésicos



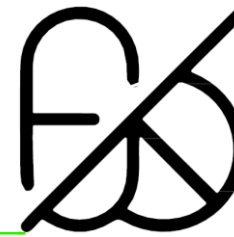
Proporciona un alivio del dolor más rápido y superior



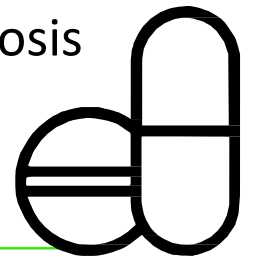
Conduce a la temprana movilidad



Resultados en menos efectos secundarios de la medicación



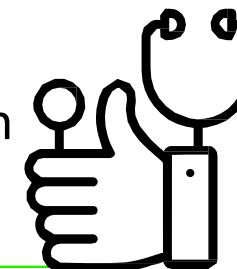
Ayuda a ajustar las dosis del medicamento para el dolor



Promueve el uso de enfoques no farmacológicos



Aumenta la satisfacción del paciente



Referencias:

1. PROTOCOLO DE DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO

1. Atchison JW, et al. NSAIDs for Musculoskeletal Pain Management: Current Perspectives and Novel Strategies to Improve Safety. J Manag Care Pharm. 2013 Nov;19(9 Suppl A):10.18553/jmcp.2013.19.s9.1. doi: 10.18553/jmcp.2013.19.s9.1.
2. Cleveland Clinic. Musculoskeletal Pain. Última revisión 10/03/2021. Disponible en <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/14526-musculoskeletal-pain>. Consultado en diciembre de 2023.
3. International Pharmaceutical Federation (FIP). Empowering self-care: A handbook for pharmacists. The Hague: International Pharmaceutical Federation; 2022.
4. Urgent and Emergency Musculoskeletal Conditions Requiring Onward Referral. Actualizado el 3 de diciembre de 2020 Versión 2. Disponible en <https://arma.uk.net/wpcontent/uploads/2021/01/Urgent-emergency-MSK-conditions-requiring-onward-referral-2.pdf>.
5. Moore N, Pollack C, Butkerait P. Adverse drug reactions and drug-drug interactions with over-the-counter NSAIDs. Ther Clin Risk Manag. 2015 Jul 15; 11:1061-75.
6. Vostinaru O. Adverse Effects and Drug Interactions of the Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs [Internet]. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs. InTech; 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.68198>. Consultado en diciembre de 2023.
7. Agrawal S, Khazaeni B. Acetaminophen Toxicity. [Actualizado el 9 de junio de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2023 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441917/>.
8. John Alchin, Arti Dhar, Kamran Siddiqui & Paul J. Christo (2022) Why paracetamol (acetaminophen) is a suitable first choice for treating mild to moderate acute pain in adults with liver, kidney or cardiovascular disease, gastrointestinal disorders, asthma, or who are older, Current Medical Research and Opinion, 38:5, 811-825, DOI: 10.1080/03007995.2022.2049551.
9. Meunier L, Larrey D. Recent Advances in Hepatotoxicity of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs. Ann Hepatol. 2018 Mar 1;17(2):187-191.
10. McEvoy L, Carr DF, Pirmohamed M. Pharmacogenomics of NSAID-Induced Upper Gastrointestinal Toxicity. Front Pharmacol. 2021 Jun 21; 12:684162.
11. Ghlichloo I, Gerriets V. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) [Updated 2023 May 1]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2023 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547742/>. Consultado en diciembre de 2023.
12. Qaseem A, et al. Nonpharmacologic and Pharmacologic Management of Acute Pain From Non-Low Back, Musculoskeletal Injuries in Adults: A Clinical Guideline From the American College of Physicians and American Academy of Family Physicians. Ann Intern Med. 2020 Nov 3;173(9):739-748. doi: 10.7326/M19-3602. Epub 2020 Aug 18. Erratum in: Ann Intern Med. 2023 Apr;176(4):584.
13. PAMI- Pain assessment and management initiative. Basics of Pain Assessment and Management. Actualizado el 20 de mayo de 2019. Disponible en <https://pami.emergency.med.jax.ufl.edu/wordpress/files/2019/10/PAMI-Basic-Principles-of-Pain-Management-final.pdf>. Consultado en diciembre de 2023.
14. Kandle PF, Murray IV, et al. Fisiología, Dolor. [Actualizado el 24 de julio de 2023]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2023 Jan-.Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539789/>.
15. El-Tallawy SN, Nalamasu R, Salem GI, LeQuang JAK, Pergolizzi JV, Christo PJ. Management of Musculoskeletal Pain: An Update with Emphasis on Chronic Musculoskeletal Pain. Pain Ther. 2021 Jun;10(1):181-209.
16. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic pain. Edinburgh: SIGN; 2013, revisado 2019. (SIGN publication no. 136). <https://www.sign.ac.uk/assets/sign136.pdf>.
17. Quintero GC. Review about gabapentin misuse, interactions, contraindications and side effects. J Exp Pharmacol. 2017 Feb 9; 9:13-21. doi:10.2147/JEP.S124391.
18. Maurer PM, Bartkowski RR. Drug interactions of clinical significance with opioid analgesics. Drug Saf. 1993 Jan;8(1):30-48.
19. Lyrica interactions: Alcohol, medications, and other factors. Última revisión médica el 22 de julio de 2022. Disponible en <https://www.medicalnewstoday.com/articles/drugs-lyrica-interacciones>. Consultado en diciembre de 2023.
20. Moraczewski J, Awosika AO, Aedma KK. Antidepresivos tricíclicos. [Actualizado el 17 de agosto de 2023]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2023 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557791/>.
21. Mayo clinic- Serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs). Escribió una opinión el 05 oct. 2019. Disponible en <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/in-depth/antidepressants/art-20044970>. Consultado en diciembre de 2023.

Referencias:

2. PROTOCOLO PARA LA OSTEOARTRITIS

1. Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC et al. American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. Arthritis Care Res (Hoboken). 2020 Feb;72(2):149-162. doi: 10.1002/acr.24131.
2. Kielly J, Davis EM, Marra C. Practice guidelines for pharmacists: The management of osteoarthritis. Can Pharm J (Ott). 2017 May 1;150(3):156-168. doi: 10.1177/1715163517702168.
3. Elizabeth Cottrell et al. Appropriate community pharmacy management of joint pain. The Pharmaceutical Journal. 26 de agosto de 2021.
4. Moore N, Pollack C, Butkerait P. Adverse drug reactions and drug-drug interactions with over-the-counter NSAIDs. Ther Clin Risk Manag. 2015 Jul 15; 11:1061-75.
5. John Alchin, Arti Dhar, Kamran Siddiqui & Paul J. Christo (2022) Why paracetamol (acetaminophen) is a suitable first choice for treating mild to moderate acute pain in adults with liver, kidney or cardiovascular disease, gastrointestinal disorders, asthma, or who are older, Current Medical Research and Opinion, 38:5, 811-825, DOI: 10.1080/03007995.2022.2049551.
6. Meunier L, Larrey D. Recent Advances in Hepatotoxicity of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs. Ann Hepatol. 2018 Mar 1;17(2):187-191.
7. McEvoy L, Carr DF, Pirmohamed M. Pharmacogenomics of NSAID-Induced Upper Gastrointestinal Toxicity. Front Pharmacol. 2021 Jun 21; 12:684162.
8. Ghlichloo I, Gerriets V. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) [Updated 2023 May 1]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2023 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547742/>. Consultado en diciembre de 2023.
9. Osteoarthritis in over 16s: diagnosis and management. Londres: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2022 Oct 19. (NICE Guideline, No. 226.) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK588843/>. Consultado el 24 de enero de 2024.
10. Scott, D. (2006). Osteoarthritis and rheumatoid arthritis- Clinical focus.
11. Vostinaru O. Adverse Effects and Drug Interactions of the Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs [Internet]. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs. InTech; 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.68198>. Consultado en diciembre de 2023.
12. Agrawal S, Khazaeni B. Acetaminophen Toxicity. [Actualizado el 9 de junio de 2023]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2023 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441917/>.
13. Moseng T, Vliet Vlieland TPM, Battista S, et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis: Actualización del año 2023. Ann Rheum Dis. 2024 Jan 11: ard-2023-225041. doi: 10.1136/ard-2023-225041.
14. Celeste VanAtta et al. Guiding Osteoarthritis Management. US Pharm. 2023;48(3):17-21.
15. Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage. 2019 Nov;27(11):1578-1589. doi: 10.1016/j.joca.2019.06.011.
16. Zhang W, Doherty M. EULAR recommendations for knee and hip osteoarthritis: a critique of the methodology. Br J Sports Med. 2006 Aug;40(8):664-9. doi: 10.1136/bjsm.2004.016840.

Referencias:

3. PROTOCOLO DE DOLOR POR LUMBAGO INESPECÍFICO EN ADULTOS

1. Casazza BA. Diagnosis and treatment of acute low back pain. Am Fam Physician. 2012 Feb 15;85(4):343-50.
2. Della-Giustina D. Acute low back pain: recognizing the “red flags” in the workup. Volume 53 - Issue 6 - June 2013.
3. Verhagen AP, et al. Red flags presented in current low back pain guidelines: a review. Eur Spine J. 2016 Sep;25(9):2788-802. doi: 10.1007/s00586-016-4684-0.
4. National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases. Back Pain. Disponible en <https://www.niams.nih.gov/health-topics/back-pain>. Consultado el 16 de enero de 2024
5. Organización Mundial de la Salud. Low Back Pain. 19th June 2023. Disponible en Doi [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/low-back-pain#:~:text=Low%20back%20pain%20\(LBP\)%20has,LBP%2C%20including%20children%20and%20adolescents](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/low-back-pain#:~:text=Low%20back%20pain%20(LBP)%20has,LBP%2C%20including%20children%20and%20adolescents). Consultado el 16 de enero de 2024.
6. Oliveira CB, et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. Eur Spine J. 2018 Nov;27(11):2791-2803. doi: 10.1007/s00586-018-5673-2.
7. Moore N, Pollack C, Butkerait P. Adverse drug reactions and drug-drug interactions with over-the-counter NSAIDs. Ther Clin Risk Manag. 2015 Jul 15; 11:1061-75.
8. John Alchin, Arti Dhar, Kamran Siddiqui & Paul J. Christo (2022) Why paracetamol (acetaminophen) is a suitable first choice for treating mild to moderate acute pain in adults with liver, kidney or cardiovascular disease, gastrointestinal disorders, asthma, or who are older, Current Medical Research and Opinion, 38:5, 811-825, DOI: 10.1080/03007995.2022.2049551.
9. Meunier L, Larrey D. Recent Advances in Hepatotoxicity of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs. Ann Hepatol. 2018 Mar 1;17(2):187-191.
10. McEvoy L, Carr DF, Pirmohamed M. Pharmacogenomics of NSAID-Induced Upper Gastrointestinal Toxicity. Front Pharmacol. 2021 Jun 21; 12:684162.
11. Ghlichloo I, Gerriets V. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) [Updated 2023 May 1]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2023 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547742/>. Consultado en diciembre de 2023.
12. Derek Gyllenhammer et al. The Community Pharmacist's Role in Managing Lower Back Pain. US Pharm. 2017;42(8):35-38.
13. Quaseem et al. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2017 Apr 4;166(7):514-530. doi: 10.7326/M16-2367.
14. Vostinaru O. Adverse Effects and Drug Interactions of the Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs [Internet]. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs. InTech; 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.68198>. Consultado en diciembre de 2023.
15. Agrawal S, Khazaeni B. Acetaminophen Toxicity. [Actualizado el 9 de junio de 2023]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2023 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441917/>.
16. Corp N, et al. Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines. Eur J Pain. 2021 Feb;25(2):275-295. doi: 10.1002/ejp.1679.
17. Mena Alrais Dellarocca. Evidence-Based Management of Nonspecific Low Back Pain in Adults. March 2021. Continuing Education for Pharmacists & Pharmacy Technician. Disponible en: <https://journalce.powerpak.com/ce/evidence-based-management-of-nonspecific>. Consultado el 17 de enero de 2024.
18. Baroncini A, et al. Nonopioid pharmacological management of acute low back pain: A level I of evidence systematic review. J Orthop Res. 2023 Aug;41(8):1781-1791. doi: 10.1002/jor.25508.
19. Koes B, Schreijenberg M, Tkachev A. Paracetamol for low back pain: the state of the research field. Expert Rev Clin Pharmacol. 2020 Sep;13(9):1059-1066. doi: 10.1080/17512433.2020.1817738.
20. Cyclobenzaprine HCL- Interactions. Disponible en <https://www.webmd.com/drugs/2/drug-8888-8087/cyclobenzaprine-oral/cyclobenzaprine-oral/details>. Consultado el 16 de enero de 2024.
21. Tizanidine HCL- Interactions. Disponible en <https://www.webmd.com/drugs/2/drug-1024/tizanidine-oral/details>. Consultado el 16 de enero de 2024.
22. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management NICE guideline [NG59] Fecha de publicación: 30 noviembre 2016 Última actualización: 11 de diciembre de 2020.

Referencias:

4. PROTOCOLO DE LA CEFALEA EN ADULTOS

1. Headaches in over 12s: diagnosis and management. Londres: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021 Dec 17. (NICE Guideline, No. 150.) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553317/>. Consultado el 6 de diciembre de 2023.
2. British Association for the study of Headache. (BASH) NATIONAL HEADACHE MANAGEMENT SYSTEM FOR ADULTS 2019. Disponible en <https://headache.org.uk/wp-content/uploads/2023/02/bash-guideline-2019.pdf>. Consultado el 6 de diciembre de 2023.
3. Headaches. Cleveland Clinic. Última revisión 29/08/2022. Disponible en <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9639-headaches>. Consultado en diciembre de 2023.
4. Toward Optimized Practice Institute of Health Economics. Primary care management of headache in adults: Clinical practice guideline, 2nd edn, pp.1–76, <https://actt.albertadoctors.org/media/uqlh1yin/headache-guideline.pdf> 2016, Accessed December 2023.
5. Moore N, Pollack C, Butkerait P. Adverse drug reactions and drug-drug interactions with over-the-counter NSAIDs. Ther Clin Risk Manag. 2015 Jul 15; 11:1061-75.
6. Vostinaru O. Adverse Effects and Drug Interactions of the Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs [Internet]. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs. InTech; 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.68198>. Consultado en diciembre de 2023.
7. Agrawal S, Khazaeni B. Acetaminophen Toxicity. [Actualizado el 9 de junio de 2023]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2023 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441917/>.
8. John Alchin, Arti Dhar, Kamran Siddiqui & Paul J. Christo (2022) Why paracetamol (acetaminophen) is a suitable first choice for treating mild to moderate acute pain in adults with liver, kidney or cardiovascular disease, gastrointestinal disorders, asthma, or who are older, Current Medical Research and Opinion, 38:5, 811-825, DOI: 10.1080/03007995.2022.2049551.
9. Meunier L, Larrey D. Recent Advances in Hepatotoxicity of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs. Ann Hepatol. 2018 Mar 1;17(2):187-191.
10. McEvoy L, Carr DF, Pirmohamed M. Pharmacogenomics of NSAID-Induced Upper Gastrointestinal Toxicity. Front Pharmacol. 2021 Jun 21; 12:684162.
11. Ghlichloo I, Gerriets V. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) [Updated 2023 May 1]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2023 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547742/>. Consultado en diciembre de 2023.
12. Cleveland Clinic. Headache Medicine. Última revisión 11/24/2021. Disponible en <https://my.clevelandclinic.org/health/drugs/9652-headache-medicine>. Consultado el 7 de diciembre de 2023.
13. Ford B, Dore M, Harris E. Outpatient Primary Care Management of Headaches: Guidelines from the VA/DoD. Am Fam Physician. 2021 sep 1;104(3):316-320.
14. Pharmacy Times. Staying Ahead of Headache Management: Tips for Pharmacists on Patient Recommendations. Revisado el 6 de noviembre de 2023 Disponible en <https://www.pharmacytimes.com/view/staying-ahead-of-headache-management-tips-for-pharmaceuts-on-patient-recommendations>. Consultado el 7 de diciembre de 2023.
15. Hagen M, Alchin J. Nonprescription drugs recommended in guidelines for common pain conditions. Pain Manag. 2020 Mar;10(2):117-129.
16. Alnasser, A., Alhumrran, H., Alfehaid, M. et al. Paracetamol versus ibuprofen in treating episodic tension-type headache: a systematic review and network meta-analysis. Sci Rep 13, 21532 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41598-023-48910-y>.
17. Derry S, Wiffen PJ, Moore RA. Aspirin for acute treatment of episodic tension-type headache in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jan 13;1(1):CD011888. doi: 10.1002/jor.25508.
18. Vaz JM, Alves BM, Duarte DB, Marques LA, Santana RS. Quality appraisal of existing guidelines for the management of headache disorders by the AGREE II's method. Cephalalgia. 2022 Mar;42(3):239-249.
19. Bindu S, Mazumder S, Bandyopadhyay U. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and organ damage: A current perspective. Biochem Pharmacol. 2020 Oct; 180:114147.
20. Bendtsen L, Evers S, Linde M, Mitsikostas DD, Sandrini G, Schoenen J; EFNS. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache - report of an EFNS task force. Eur J Neurol. 2010 Nov;17(11):1318-25.
21. Diclofenac oral tablets. 9 de diciembre de 2022 Disponible en <https://www.medicalnewstoday.com/articles/drugs-diclofenac-tablets#interactions>. Consultado en diciembre de 2023.
22. What to know about ibuprofen. 8 de febrero de 2023 Disponible en <https://www.medicalnewstoday.com/articles/161071#interactions>. Consultado en diciembre de 2023.
23. What to know about naproxen. Actualizado el 27 de junio de 2023. Disponible en <https://www.medicalnewstoday.com/articles/324917#interactions>. Consultado en diciembre de 2023.
24. Ketoprofen-Interactions. Disponible en <https://www.webmd.com/drugs/2/drug-5995-8186/ketoprofen-oral/ketoprofen-oral/details>. Consultado en diciembre de 2023.

Referencias:

5. PROTOCOLO DE DOLOR DE MIGRAÑA EN ADULTOS

1. Mayans L, Walling A. Acute Migraine Headache: Treatment Strategies. Am Fam Physician. 2018 Feb 15;97(4):243-251.
2. Eigenbrodt AK, Ashina H, Khan S, et al. Diagnosis and management of migraine in ten steps. Nat Rev Neurol. 2021 Aug;17(8):501-514.
3. Moore N, Pollack C, Butkerait P. Adverse drug reactions and drug-drug interactions with over-the-counter NSAIDs. Ther Clin Risk Manag. 2015 Jul 15; 11:1061-75.
4. Vostinaru O. Adverse Effects and Drug Interactions of the Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs [Internet]. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs. InTech; 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.68198>. Consultado en diciembre de 2023.
5. Agrawal S, Khazaeni B. Acetaminophen Toxicity. [Actualizado el 9 de junio de 2023]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2023 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441917/>.
6. John Alchin, Arti Dhar, Kamran Siddiqui & Paul J. Christo (2022) Why paracetamol (acetaminophen) is a suitable first choice for treating mild to moderate acute pain in adults with liver, kidney or cardiovascular disease, gastrointestinal disorders, asthma, or who are older, Current Medical Research and Opinion, 38:5, 811-825, DOI: 10.1080/03007995.2022.2049551.
7. Meunier L, Larrey D. Recent Advances in Hepatotoxicity of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs. Ann Hepatol. 2018 Mar 1;17(2):187-191.
8. McEvoy L, Carr DF, Pirmohamed M. Pharmacogenomics of NSAID-Induced Upper Gastrointestinal Toxicity. Front Pharmacol. 2021 Jun 21; 12:684162.
9. Ghlichloo I, Gerriets V. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) [Updated 2023 May 1]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2023 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547742/>. Consultado en diciembre de 2023.
10. Haghdoost F, Togha M. Migraine management: Non-pharmacological points for patients and health care professionals. Open Med (Wars). 2022 Nov 23;17(1):1869-1882.
11. Ailani J, Burch RC, Robbins MS; Board of Directors of the American Headache Society. The American Headache Society Consensus Statement: Update on integrating new migraine treatments into clinical practice. Headache. 2021 Jul;61(7):1021-1039. doi: 10.1111/head.14153.
12. Diener H-C, Holle-Lee D, Nägel S, et al. Treatment of Migraine Attacks and Prevention of Migraine: Guidelines by the German Migraine and Headache Society and the German Society of Neurology. Clinical and Translational Neuroscience. 2019; 3(1):3.
13. The International Classification of Headache Disorders 3rd edition. Disponible en <https://ichd-3.org/1-migraine/>. Consultado el 12 de enero de 2024.
14. Migraine Drug Interactions FAQs- Reviewed on June 17, 2021. Disponible en <https://americanmigrainefoundation.org/resource-library/migraine-drug-interactions-faq/>. Consultado el 12 de enero de 2024.

Referencias:

6. PROTOCOLO DE DOLOR DE GARGANTA AGUDO EN ADULTOS

1. Sore Throat. Adaptado de <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/sore-throat/symptoms-causes/syc-20351635>. Consultado el 8 de febrero de 2024.
2. Gunnarsson RK, Ebell M, Centor R. et al. Best management of patients with an acute sore throat - a critical analysis of current evidence and a consensus of experts from different countries and traditions. *Infect Dis (Lond)*. 2023 Jun;55(6):384-395.
3. Moore N, Pollack C, Butkerait P. Adverse drug reactions and drug-drug interactions with over-the-counter NSAIDs. *Ther Clin Risk Manag*. 2015 Jul 15; 11:1061-75.
4. John Alchin, Arti Dhar, Kamran Siddiqui & Paul J. Christo (2022) Why paracetamol (acetaminophen) is a suitable first choice for treating mild to moderate acute pain in adults with liver, kidney or cardiovascular disease, gastrointestinal disorders, asthma, or who are older, *Current Medical Research and Opinion*, 38:5, 811-825, DOI: 10.1080/03007995.2022.2049551.
5. Meunier L, Larrey D. Recent Advances in Hepatotoxicity of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs. *Ann Hepatol*. 2018 Mar 1;17(2):187-191.
6. McEvoy L, Carr DF, Pirmohamed M. Pharmacogenomics of NSAID-Induced Upper Gastrointestinal Toxicity. *Front Pharmacol*. 2021 Jun 21; 12:684162.
7. Ghlichloo I, Gerriets V. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) [Updated 2023 May 1]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2023 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547742/>. Consultado en diciembre de 2023.
8. Propisnova, Viktoriia & Zhulai, Tetiana & Grześkowiak, Edmund & Szkutnik-Fiedler, Danuta. Sore throat: diagnosis and treatment world standards and approaches to pharmaceutical care in Ukraine. *Acta Poloniae Pharmaceutica - Drug Research*. 2023, 80. 521-530.
9. Sore throat. Disponible en <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/sore-garganta/diagnostico-tratamiento/DRC-20351640>. Accessed 7th Feb. 2024.
10. Sheena Rughani. Case-based learning: sore throat. *The Pharmaceutical Journal*, 17 September 2019.
11. Krüger K, Töpfner N, Berner R, Windfuhr J, Oltrogge JH: Clinical practice guideline: Sore throat. *Dtsch Arztebl Int* 2021; 118: 188–94.
12. ESCMID Sore Throat Guideline Group; Pelucchi C, Grigoryan L, Galeone C, Esposito S, Huovinen P, Little P, Verheij T. Guideline for the management of acute sore throat. *Clin Microbiol Infect*. 2012 Apr;18 Suppl 1:1-28.
13. Randel A; Infectious Disease Society of America. IDSA Updates Guideline for Managing Group A Streptococcal Pharyngitis. *Am Fam Physician*. 2013 Sep 1;88(5):338-40.
14. Centers for Disease control and Prevention. (CDC) Sore Throat. Disponible en: <https://www.cdc.gov/antibiotic-use/sore-throat.html>. Última revisión: 6 de octubre de 2021 Consultado el 7 de febrero de 2024.
15. Coutinho G, Duerden M, Sessa A, Caretta-Barradas S, Altiner A. Worldwide comparison of treatment guidelines for sore throat. *Int J Clin Pract*. 2021 May;75(5):e13879.
16. Vostinaru O. Adverse Effects and Drug Interactions of the Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs [Internet]. *Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs*. InTech; 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.68198>. Consultado en diciembre de 2023.
17. Agrawal S, Khazaeni B. Acetaminophen Toxicity. [Actualizado el 9 de junio de 2023]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2023 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441917/>.
18. Yip DW, Gerriets V. Penicillin. [Actualizado el 19 de mayo de 2022]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554560/>.
19. Amoxicillin, oral tablet. Medical News Today. Disponible en <https://www.medicalnewstoday.com/articles/amoxicillin-oral-tablet>. Consultado el 8 de febrero de 2024.
20. What is cephalexin? Medical News Today. Disponible en <https://www.medicalnewstoday.com/articles/322404>. Consultado el 8 de febrero de 2024.
21. DURICEF prescribing information. Disponible en https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2002/50512s441bl.pdf. Consultado el 8 de febrero de 2024.

Referencias:

7. PROTOCOLO DE DOLOR DENTAL EN ADULTOS

1. Timmerman A, Parashos P. Management of dental pain in primary care. Aust Prescr. 2020 Apr;43(2):39-44.
2. Renton T, Wilson NH. Understanding and managing dental and orofacial pain in general practice. Br J Gen Pract. 2016 May;66(646):236-7.
3. Garispe A, Sorensen C, Sorensen JR. Dental Emergencies. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2024 [consultado el 26 de enero de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589664/>.
4. Moore N, Pollack C, Butkerait P. Adverse drug reactions and drug-drug interactions with over-the-counter NSAIDs. Ther Clin Risk Manag. 2015 Jul 15;11:1061-75.
5. Vostinaru O. Adverse Effects and Drug Interactions of the Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs. In: Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs [Internet]. IntechOpen; 2017 [consultado el 28 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.intechopen.com/chapters/54761>.
6. Agrawal S, Khazaeni B. Acetaminophen Toxicity. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2024 [consultado el 28 de enero de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441917/>.
7. Alchin J, Dhar A, Siddiqui K, Christo PJ. Why paracetamol (acetaminophen) is a suitable first choice for treating mild to moderate acute pain in adults with liver, kidney or cardiovascular disease, gastrointestinal disorders, asthma, or who are older. Curr Med Res Opin. 2022 May;38(5):811-25.
8. Meunier L, Larrey D. Recent Advances in Hepatotoxicity of Non Steroidal Anti-Inflammatory Drugs. Ann Hepatol. 2018 Mar 1;17(2):187-91.
9. McEvoy L, Carr DF, Pirmohamed M. Pharmacogenomics of NSAID-Induced Upper Gastrointestinal Toxicity. Front Pharmacol. 2021;12:684162.
10. Ghlichloo I, Gerriets V. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs). In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2024 [consultado el 28 de enero de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547742/>.
11. Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GT, Chou R. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022. MMWR Recomm Rep. 2022 Nov 4;71(3):1-95.
12. American Dental Association. ADA Dental Drug Handbook: A Quick Reference. Chicago, IL: American Dental Association; 2019.
13. Carrasco-Labra A, Polk DE, Urquhart O, Aghaloo T, Claytor JW, Dhar V, et al. Evidence-based clinical practice guideline for the pharmacologic management of acute dental pain in adolescents, adults, and older adults: A report from the American Dental Association Science and Research Institute, the University of Pittsburgh, and the University of Pennsylvania. J Am Dent Assoc. 2024 Feb 1;155(2):102-117.e9.
14. Advil dual action prescribing information [Internet]. [consultado el 29 de enero de 2024] Disponible en: [https://www.advil.com/content/dam/cf-consumer-healthcare/bp-advil-v2/en_US/pdf/LBL_00000551_WEB_READY_ADVIL_DUAL_ACTION_WITHACETAMINOPHEN_\(VERSION_11.0\).pdf](https://www.advil.com/content/dam/cf-consumer-healthcare/bp-advil-v2/en_US/pdf/LBL_00000551_WEB_READY_ADVIL_DUAL_ACTION_WITHACETAMINOPHEN_(VERSION_11.0).pdf).
15. Pigg M, Nixdorf DR, Law AS, Renton T, Sharav Y, Baad-Hansen L, et al. New International Classification of Orofacial Pain: What Is in It For Endodontists? J Endod. 2021 Mar;47(3):345-57.
16. Koh SWC, Li CF, Loh JSP, Wong ML, Loh VWK. Managing tooth pain in general practice. Singapore Med J. 2019 May;60(5):224-8.
17. Macauley Y, O'Donnell P, Duncan H. Dental pain. BMJ. 2013 Nov 5;347:f6539.
18. Smith HS. Opioid Metabolism. Mayo Clin Proc. 2009 Jul;84(7):613-24.
19. Peranathan V, Buckley N. Opioids and antidepressants: which combinations to avoid. Aust Prescr. 2021 Apr 1;44(2):41-4.
20. Smith H, Bruckenthal P. Implications of opioid analgesia for medically complicated patients. Drugs Aging. 2010 May;27(5):417-33.
21. Oral Analgesics for Acute Dental Pain [Internet] 2023 [cited 2024 Jan 25]. Disponible en: <https://www.ada.org/resources/research/science-and-research-institute/oral-health-topics/oral-analgesics-for-acute-dental-pain>.
22. Becker DE. Pain Management: Part 1: Managing Acute and Postoperative Dental Pain. Anesth Prog. 2010;57(2):67-79.
23. Tekam D, Vaz V, Sahithi M, Ruchitha TG, Sruthi MK, Gahana GC. Analgesics for the Dental Pain Management: A Comprehensive Review. International Journal of Scientific Study 2022;10(3).
24. Tadokoro-Cuccaro R, Fisher BG, Thankamony A, Ong KK, Hughes IA. Maternal Paracetamol Intake During Pregnancy—Impacts on Offspring Reproductive Development. Front Toxicol. 2022 Apr 14;4:884704.
25. Kim SJ, Seo JT. Selection of analgesics for the management of acute and postoperative dental pain: a mini-review. J Periodontal Implant Sci. 2020 Mar 19;50(2):68-73.
26. Tramadol/Paracetamol 37.5mg / 325mg tablets - Summary of Product Characteristics (SmPC) - (emc) [Internet] 2023 [cited 2024 Jan 30]. Available from: <https://www.medicines.org.uk/emc/product/10547/smpc#gref>.
27. Percocet prescribing information [Internet] 2006 [cited 2024 Jan 30] Available from: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2006/040330s015,040341s013,040434s003lbl.pdf.

Referencias:

8. PROTOCOLO DEL DOLOR MENSTRUAL

1. ACOG Committee Opinion No. 760: Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. Obstet Gynecol. 2018 Dec;132(6): e249-e258.
2. Burnett M, Lemyre M. No. 345-Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline. J Obstet Gynaecol Can. 2017 Jul;39(7):585-595.
3. Itani R, Soubra L, Karout S, et al. Primary Dysmenorrhea: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment Updates. Korean J Fam Med. 2022 Mar;43(2):101-108.
4. McKenna KA, Fogleman CD. Dysmenorrhea. Am Fam Physician. 2021 Aug 1;104(2):164-170.
5. Moore N, Pollack C, Butkerait P. Adverse drug reactions and drug-drug interactions with over-the-counter NSAIDs. Ther Clin Risk Manag. 2015 Jul 15; 11:1061-75.
6. John Alchin, Arti Dhar, Kamran Siddiqui & Paul J. Christo (2022) Why paracetamol (acetaminophen) is a suitable first choice for treating mild to moderate acute pain in adults with liver, kidney or cardiovascular disease, gastrointestinal disorders, asthma, or who are older, Current Medical Research and Opinion, 38:5, 811-825, DOI: 10.1080/03007995.2022.2049551.
7. Meunier L, Larrey D. Recent Advances in Hepatotoxicity of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs. Ann Hepatol. 2018 Mar 1;17(2):187-191.
8. McEvoy L, Carr DF, Pirmohamed M. Pharmacogenomics of NSAID-Induced Upper Gastrointestinal Toxicity. Front Pharmacol. 2021 Jun 21; 12:684162.
8. Ghlichloo I, Gerriets V. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) [Updated 2023 May 1]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547742/>. Consultado en diciembre de 2023.
10. Case-based learning: dysmenorrhoea management. The Pharmaceutical Journal, PJ, July 2021, Vol 307, No 7951;307(7951): DOI: 10.1211/PJ.2021.1.90233.
11. Armour M, Ee CC, Naidoo D, Ayati Z, Chalmers KJ, Steel KA, de Manincor MJ, Delshad E. Exercise for dysmenorrhoea. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Sep 20;9(9):CD004142.
12. Vostinaru O. Adverse Effects and Drug Interactions of the Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs [Internet]. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs. InTech; 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.68198>. Consultado en diciembre de 2023.
13. Agrawal S, Khazaeni B. Acetaminophen Toxicity. [Actualizado el 9 de junio de 2023]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441917/>.
14. Cooper DB, Patel P, Mahdy H. Oral Contraceptive Pills. [Actualizado el 24 de noviembre de 2022]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430882/>.
15. Fazio A. Oral contraceptive drug interactions: important considerations. South Med J. 1991 Aug;84(8):997-1002.
16. Potential Drug Interactions in Patients Taking Oral Contraceptive Pills. Disponible en <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/1115/p599.pdf> Consultado en diciembre de 2023.

Referencias:

9. FIEBRE EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

1. Fever in under 5s: assessment and initial management. Londres: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021 Nov 26. PMID: 31891472.
2. Chiappini E, Bortone B, Galli L, et al. Guidelines for the symptomatic management of fever in children: systematic review of the literature and quality appraisal with AGREE II. BMJ Open 2017;7:e015404. doi:10.1136/bmjopen-2016-015404.
3. Richardson M, Lakhanpaul M; Guideline Development Group and the Technical Team. Assessment and initial management of feverish illness in children younger than 5 years: summary of NICE guidance. BMJ. 2007 Jun 2;334(7604):1163-4.
4. Green R, Webb D, Jeena PM, Wells M, Butt N, Hangoma JM, Moodley RS, Maimin J, Wibbelink M, Mustafa F. Management of acute fever in children: Consensus recommendations for community and primary healthcare providers in sub-Saharan Africa. Afr J Emerg Med. 2021 Jun;11(2):283-296.
5. Drake R. Management of mild pediatric pain and fever. Available at <https://www.researchreview.co.nz/getmedia/8b1e2073-fe41-43ad-a3c7-34697534407d/Educational-Series-Paediatric-Analgesia.pdf.aspx?ext=.pdf>. Accessed 12th April 2024.
6. Green R, Jeena P, Kotze S et al. Management of acute fever in children: guideline for community healthcare providers and pharmacists. S Afr Med J. 2013 Sep;103(12):948-54.
7. Caruggi S, Rossi M, De Giacomo C, Luini C, Ruggiero N, Salvatoni A, Salvatore S. Pediatric Dehydration Assessment at Triage: Prospective Study on Refilling Time. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2018 Oct;21(4):278-288.