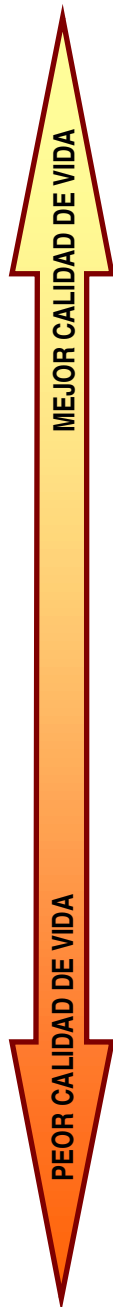


# FICHAS TERAPÉUTICAS

**ATENCIÓN PRIMARIA**

# DOLOR REUMÁTICO

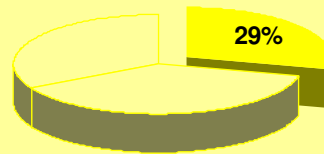


ESPIDITEST 9 PREGUNTAS (21 ITEMS)	FAST- ESPIDITEST 4 PREGUNTAS (6 ITEMS)
≤ 50	≤ 17
51-64	18-24
≥ 65	≥ 25

## INTENSIDAD DEL DOLOR

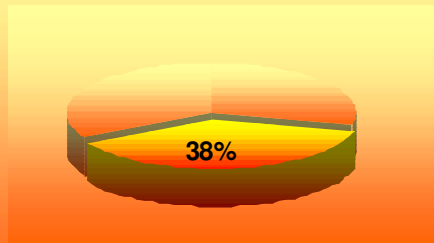
### DOLOR LEVE

(Lo padece el 29 % de los pacientes con esta patología)



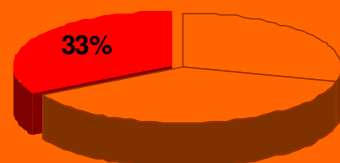
### DOLOR MODERADO

(Lo padece el 38 % de los pacientes con esta patología)



### DOLOR INTENSO

(Lo padece el 33 % de los pacientes con esta patología)



## PAUTAS DE TRATAMIENTO

Métodos no farmacológicos :

- Corregir la obesidad
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional

+  
Paracetamol 1 gr. c/6h.

- AINEs (como Ibuprofeno arginato, etc.) +/- GASTROPROTECCIÓN
- Relajantes musculares

Si no cede:  
AINEs (como Ibuprofeno arginato, etc.) +/- gastroprotección + Tramadol

Además, medidas no farmacológicas, incluyendo reposo y la descarga de las articulaciones afectadas

- AINEs (como Ibuprofeno arginato, etc.) +/- GASTROPROTECCION + OPIOIDES POTENTES (buprenorfina o fentanilo transdérmicos)

- Medidas no farmacológicas

Interconsulta con Reumatología si no cede

## OBSERVACIONES

Otras actuaciones en el campo de la rehabilitación pueden ser la termoterapia y la electroterapia

- Factores de riesgo gastrointestinal:
- Edad mayor de 60 años
  - Antecedentes de enfermedad g-i
  - Dosis altas
  - Tratamientos con corticoides
  - Tipo de AINE
  - Pacientes anticoagulados

Para la gastroprotección añadir misoprostol o inhibidor de la bomba de protones si hay riesgo gastrointestinal o sustituir AINEs clásicos por inhibidor selectivo COX-2

El inicio del tratamiento con opioides potentes requiere consentimiento verbal informado, fracaso de otros tratamientos, descartar cuadros psiquiátricos o dependencias y preferiblemente un período de monitorización. Es recomendable comenzar con dosis muy bajas y asociar los primeros días antieméticos

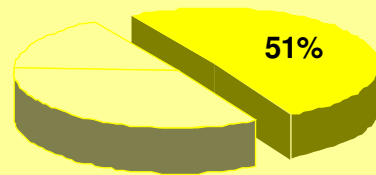
# DOLOR TRAUMÁTICO

## INTENSIDAD DEL DOLOR

## PAUTAS DE TRATAMIENTO

## OBSERVACIONES

**DOLOR LEVE**  
(Lo padece el 51 % de los pacientes con esta patología)



No hay signos inflamatorios

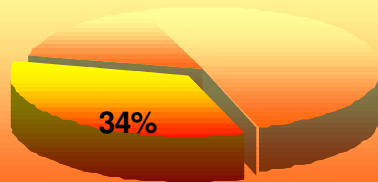
No exploración radiológica

- 1º Reposo relativo  
2º Paracetamol 500-1000mg c/6 h o AINEs clásicos como Ibuprofeno arginato 400- 600 mg c/6h, Diclofenaco 50mg c/6h, Naproxeno 500mgc/6h, con gastroprotección si riesgo gastrointestinal

SI NO HAY MEJORÍA UNA VEZ PAUTADO EL TRATAMIENTO, TANTO PARA EL DOLOR LEVE COMO PARA EL MODERADO:

**EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS**  
- Radiología simple y/o funcionales

**DOLOR MODERADO**  
(Lo padece el 34 % de los pacientes con esta patología)



Inflamación leve-moderada

Radiografías, 2 proyecciones :

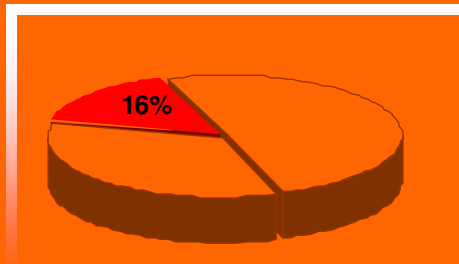
- Articular: AP y Axial
- Extraarticular: AP y L

1. Reposo relativo +/- inmovilización
2. Frío local
3. AINEs clásicos pautados: Ibuprofeno arginato, Diclofenaco, Piroxicam +/- gastroprotección. Si riesgo g-i; puede ser conveniente la vía parenteral de inicio, Diclofenaco 75mg IM, Ketorolaco 30mg IM

NO MEJORÍA

INTERCONSULTA CON TRAUMATOLOGÍA (COT)

**DOLOR INTENSO**  
(Lo padece el 16 % de los pacientes con esta patología)



Signos inflamatorios graves

Deformidad

Radiografías, 2 proyecciones :

- Articular: AP y Axial
- Extraarticular: AP y L

1. Inmovilización
2. Traslado a Hospital con analgesia vía iv

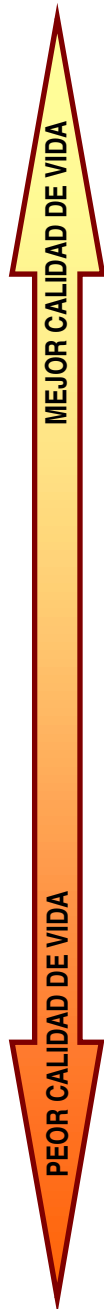
El traslado se puede realizar diluyendo 1 o 2 amp de 100mg de tramadol en 100cc de suero fisiológico y pasándolo en 20 minutos. Es posible utilizar también por esta vía y diluido un AINE como Ketorolaco o también diluido Metamizol (no mezclados)

ESPIDITEST 9 PREGUNTAS (21 ITEMS)	FAST- ESPIDITEST 4 PREGUNTAS (6 ITEMS)
≤ 47	≤ 15
48-62	16-23
≥ 63	≥ 24

MEJOR CALIDAD DE VIDA

PEOR CALIDAD DE VIDA

# DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO: Dolor Radicular Agudo

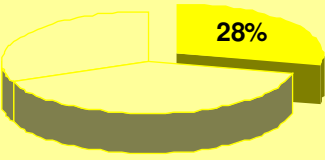
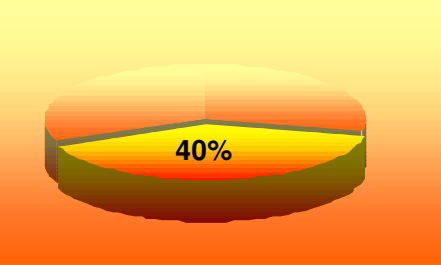
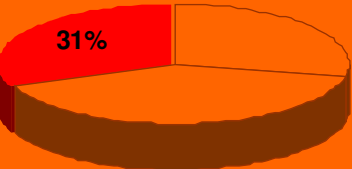


ESPIDITEST 9 PREGUNTAS (21 ITEMS)	FAST- ESPIDITEST 4 PREGUNTAS (6 ITEMS)
≤ 50	≤ 17
51-64	18-24
≥ 65	≥ 25

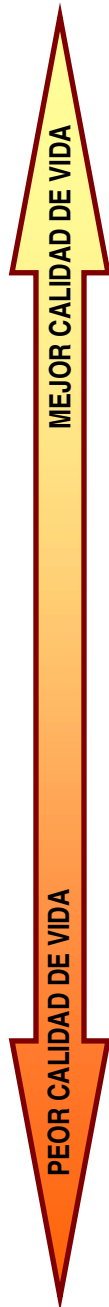
## INTENSIDAD DEL DOLOR

## PAUTAS DE TRATAMIENTO

## OBSERVACIONES

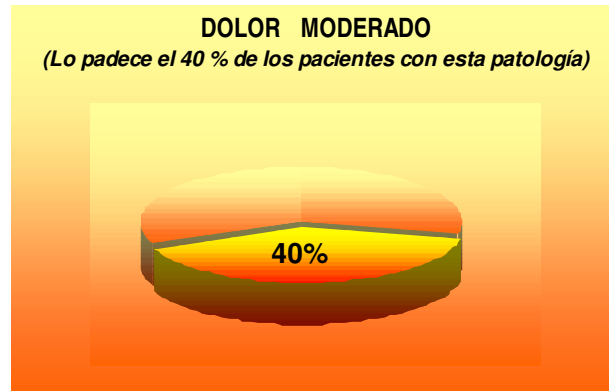
<p><b>DOLOR LEVE</b> (Lo padece el 28 % de los pacientes con esta patología)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AINEs clásicos como Ibuprofeno arginato, Diclofenaco o Piroxicam, pautados</li> <li>• Protección gástrica si riesgo gastrointestinal</li> </ul>	<p>SI NO HAY MEJORÍA UNA VEZ PAUTADO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

# DOLOR MUSCULOESQUÉLETICO : Dolor Lumbar Agudo



ESPIDITEST 9 PREGUNTAS (21 ITEMS)	FAST- ESPIDITEST 4 PREGUNTAS (6 ITEMS)
≤ 50	≤ 17
51-64	18-24
≥ 65	≥ 25

## INTENSIDAD DEL DOLOR



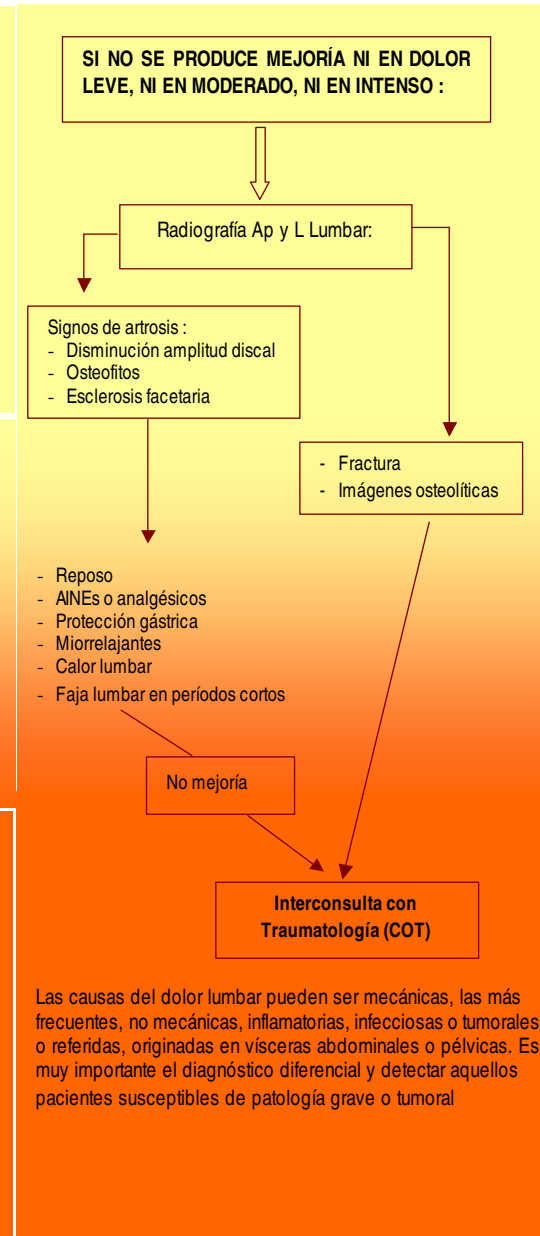
## PAUTAS DE TRATAMIENTO

- Analgésicos simples: Paracetamol 1gc/6h
- Miorrelajantes
- Calor lumbar

- Reposo
- AINEs clásicos (como Ibuprofeno arginato, etc.) o analgésicos simples
- Protección gástrica si riesgo g-i
- Miorrelajantes
- Calor lumbar
- Faja lumbar en períodos cortos

- Reposo
- AINEs (como Ibuprofeno arginato, etc.) o analgésicos
- Protección gástrica
- Miorrelajantes
- Calor lumbar
- Faja lumbar en períodos cortos

## OBSERVACIONES



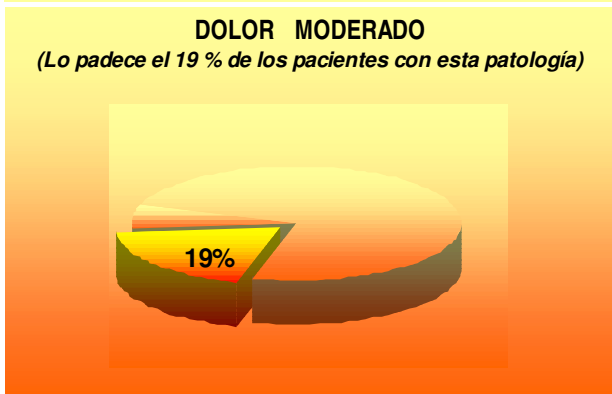
# DOLOR OTORRINOLARINGOLÓGICO : Patología Oído Externo

MEJOR CALIDAD DE VIDA

PEOR CALIDAD DE VIDA

ESPIDITEST 9 PREGUNTAS (21 ITEMS)	FAST- ESPIDITEST 4 PREGUNTAS (6 ITEMS)
≤ 46	≤ 14
47-65	15-24
≥ 66	≥ 25

## INTENSIDAD DEL DOLOR



## PAUTAS DE TRATAMIENTO

1. Compresas frías o calientes sobre el oído afectado.  
Evitar entrada de agua.
2. Gotas tópicas (antipirina, benzocaína y glicerina).  
NO USAR ANTE SOSPECHA DE PERFORACIÓN TIMPÁNICA (Evidencia visual, exudado).
3. Evitar uso de tapones para oídos.
4. Limpieza (bajo visión microscópica) de otorrea en conducto auditivo externo.

1. Ibuprofeno arginato
2. Naproxeno
3. Podremos asociar tramadol y fármacos coadyuvantes

### Combinación Analgésica :

Ibuprofeno arginato

+

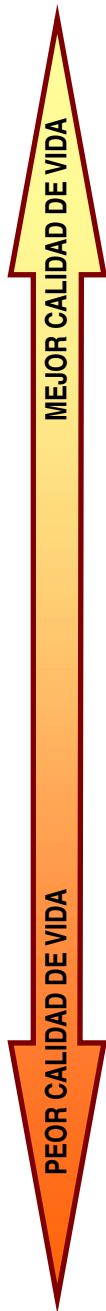
Fármacos de 2º y 3º escalón

- Tramadol
- Morfina

## OBSERVACIONES

TRATAMIENTO ESPECÍFICO	CRITERIOS PARA INTERCONSULTA CON ORL
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tratamiento antibiótico tópico (ciprofloxacino, neomicina-polimixina B, gentamicina). Generalmente los preparados contienen corticoides.</li> <li>2. <u>Otomicosis</u> : Tratamiento tópico con <u>ác. acético</u> o alcohol boricado a saturación.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacientes diabéticos.</li> <li>2. Inmunodeprimidos o en mal estado general .</li> <li>3. Pacientes con malformaciones craneofaciales.</li> <li>4. Clínica compatible con afectación de estructuras vecinas: trismus, parálisis facial.</li> <li>5. Ausencia de mejoría clínica 48 horas después de recibir antibiótico o antifúngico tópico.</li> </ol>
<p>ANTE SOSPECHA DE PERFORACIÓN TIMPÁNICA, EL ATB. TÓPICO MENOS OTOTÓXICO ES EL CIPROFLOXACINO.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Antibiótico oral en caso de diabéticos (levofloxacino) o síntomas sistémicos (1ª el : amoxicilina-clavulánico o la cloxacilina).</li> </ol>	

# DOLOR OTORRINOLARINGOLÓGICO : Patología Oído Medio



ESPIDITEST 9 PREGUNTAS (21 ITEMS)	FAST- ESPIDITEST 4 PREGUNTAS (6 ITEMS)
≤ 46	≤ 14
47-65	15-24
≥ 66	≥ 25

## INTENSIDAD DEL DOLOR

**DOLOR LEVE**  
(Lo padece el 74 % de los pacientes con esta patología)

**DOLOR MODERADO**  
(Lo padece el 19 % de los pacientes con esta patología)

**DOLOR INTENSO**  
(Lo padece el 7 % de los pacientes con esta patología)

## PAUTAS DE TRATAMIENTO

- Compresas frías o calientes sobre el oído afectado.  
Evitar entrada de agua
- Gotas tópicas (antipirina, benzocaína y glicerina).  
**NO USAR ANTE SOSPECHA DE PERFORACIÓN TIMPÁNICA.**
- Evitar uso de tapones para oídos.
- Paracetamol o Ibuprofeno arginato

- Ibuprofeno arginato
  - Combinación analgésica :**  
  

<u>Ibuprofeno arginato</u>	+	<u>Tramadol</u>
----------------------------	---	-----------------
- Podremos asociar fármacos coadyuvantes

### Interconsulta con ORL para Miringotomía urgente

Diagnóstica y terapéutica: en caso de dolor intenso o no referir mejoría significativa con analgésicos habituales.

Se realizará en la consulta previa anestesia tópica con fenol.

En los niños y en pacientes no colaboradores se puede realizar bajo anestesia general sin intubación.

## OBSERVACIONES

TRATAMIENTO ESPECÍFICO	CRITERIOS PARA INTERCONSULTA CON ORL
<ol style="list-style-type: none"> <li><u>Otitis media aguda y serosa: (y subaguda)</u>                       1ª elección :                      - amoxicilina                      - TMP/SMX                      alérgicos β-lac:                      eritromicina                       2ª elección:                      - Amoxicilina                      Clavulánico                      - Cefuroxima-axetilo                      - Cefpodoxima                      - Ceftriaxona (I.M.)</li> <li><u>Otitis media crónica :</u>                      - Ciprofloxacino V.o/Mi                      500mg/                      12-24 h.                      - gotas tópicas de neomicina-polimixina B o ciprofloxacino (es el menos ototóxico).                      - Cirugía:                      timpanoplastia con/sin mastoidectomía</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pacientes de alto riesgo: Malformaciones craneofaciales, Sdr. de Down, etc.</li> <li>Otitis media aguda recurrente (&gt; 3 episodios en 6 meses o &gt; 4 en 1 año) que no cede a tratamiento atb.</li> <li>Otitis aguda refractaria, con síntomas moderados o severos que no responden a dos tandas de tratamiento atb.</li> <li>Otitis media serosa de 3 meses de evolución.</li> <li>Episodios de otorrea en el contexto de una otitis media crónica.</li> <li>Complicaciones: mastoiditis, parálisis facial, trombosis seno lateral, laberinitis, afectación SNC.</li> </ol>

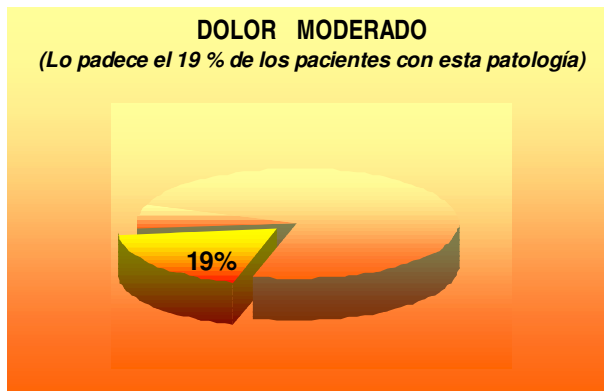
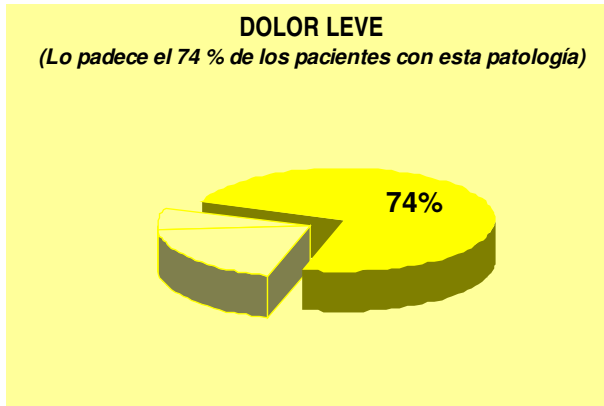
# DOLOR OTORRINOLARINGOLÓGICO : Otalgia Refleja

MEJOR CALIDAD DE VIDA

PEOR CALIDAD DE VIDA

ESPIDITEST 9 PREGUNTAS (21 ITEMS)	FAST- ESPIDITEST 4 PREGUNTAS (6 ITEMS)
≤ 46	≤ 14
47-65	15-24
≥ 66	≥ 25

## INTENSIDAD DEL DOLOR



## PAUTAS DE TRATAMIENTO

- 1º Ibuprofeno arginato  
2º Naproxeno

- 1º Metamizol magnésico

El dolor nocturno se puede tratar con coadyuvantes:

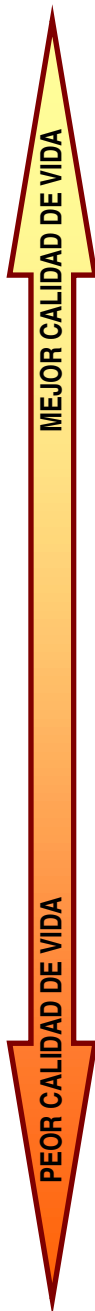
- diazepam
- loracepam

**INTERCONSULTA  
CON ORL**

## OBSERVACIONES

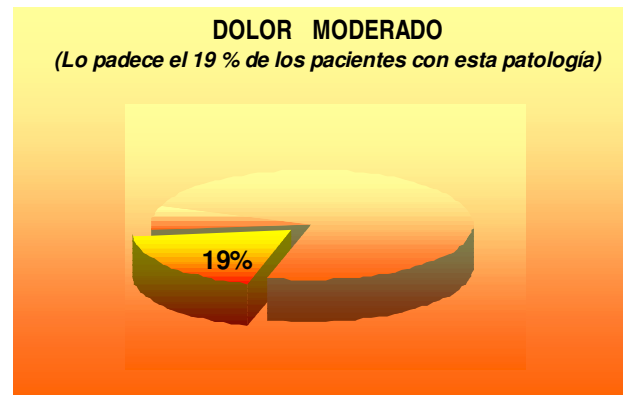
TRATAMIENTO ESPECÍFICO	CRITERIOS PARA INTERCONSULTA CON ORL
1. <u>Articulación temporomandibular (ATM):</u> <b>Interconsulta con ORL</b>	1. <u>Para realizar diagnóstico diferencial:</u>  1.1 Otalgia secundaria procesos infecciosos orofaríngeos.  1.2. Otalgia secundaria procesos neoplásicos hipofaríngeos : descartar neoplasia de hipofarínge en fumador/bebedor con otalgia refleja de 15 días de evolución sin signos de infección.
2. <u>Otalgia odontogémica</u> terapia antibiótica (flora mixta) revisión estomatólogo si no hay mejoría clínica.	
3. <u>Otalgia secundaria a procesos ORL :</u> amigdalitis, faringitis (antibiótico amplio espectro).	
4. <u>Neuralgias :</u> - neuralgia geniculada de Hunt. - neuralgia timpánica. - neuralgia del nervio auriculotemporal. - neuralgia de Amold. Tto. carbamazepina y derivar especialista	

# DOLOR OTORRINOLARINGOLÓGICO : Dolor Sinusitis



ESPIDITEST 9 PREGUNTAS (21 ITEMS)	FAST- ESPIDITEST 4 PREGUNTAS (6 ITEMS)
≤ 46	≤ 14
47-65	15-24
≥ 66	≥ 25

## INTENSIDAD DEL DOLOR



## PAUTAS DE TRATAMIENTO

1. Tratamiento atb. oral (10-14 días).
2. Hidratación adecuada.
3. Incrementar la humedad en el hogar.
4. Aplicar compresas calientes en la cara.
5. Irrigación salina nasal (agua de mar)
6. Dormir con la cabeza elevada.
7. Descongestionante nasal :
  - pseudoefedrina
  - oximetazolina
8. Ibuprofeno arginato

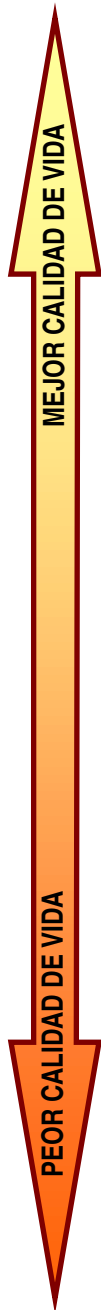
1. Tratamiento atb. oral (10-14 días)
2. Esteroides nasales :
  - budesonida
  - mometasona
  - flurato
3. Corticoides V.O: prednisona
4. Paracetamol
5. Ibuprofeno arginato
6. Podemos asociar tramadol, codeína y fármacos co-adyuvantes

1. Tratamiento atb. oral (10-14 días)
2. **Primera opción :**
  - Ibuprofeno arginato
  - Naproxeno
  - Corticoides (dexametasona) vía oral. Pauta corta.
3. **Segunda opción :**
  - Tramadol o/iv
  - Diclofenaco i.m.
  - Dexametasona V.O
4. **Tercer escalón :**
  - Morfina
  - Fentanilo
  - Metamizol i.v
  - Dexametasona i.v

## OBSERVACIONES

TRATAMIENTO ESPECÍFICO	CRITERIOS PARA INTERCONSULTA CON ORL
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Sinusitis aguda/subaguda :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 <b>Síntomas leves y sin historia de atb. en últimas 6 semanas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amoxicilina</li> <li>- Amoxicilina-clav</li> <li>- Cefuroxima-axetilo</li> </ul> </li> <li>Alergias β-lac:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- TMP/SMX</li> <li>- Doxicilina</li> <li>- Azitromicina</li> <li>- Claritromicina</li> <li>- Eritromicina</li> </ul> </li> <li>1.2 <b>Síntomas moderados y sin historia de atb. en últimas 6 semanas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- idem que en leves.</li> </ul> </li> <li>Alergias β-lac:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Levofloxacino</li> <li>- Moxifloxacino</li> </ul> </li> <li>1.3 <b>Síntomas leves o moderados y con atb. en las últimas 6 semanas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Levofloxacino</li> <li>- Moxifloxacino</li> <li>Amoxicilina (3.5gr/día) o clindamicina + cefuroxima-axetilo</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>2. <b>Sinusitis crónica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cirugía endoscópica nasal Cadwell-Luc</li> </ul> </li> <li>3. <b>Alergia fúngica :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cir. Endoscópica</li> <li>- Corticoides V.O/IN</li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinusitis crónica.</li> <li>2. Pacientes diabéticos o inmunodeprimidos.</li> <li>3. Afectación de seno frontal.</li> <li>4. Inflamación o eritema de tejidos subcutáneos.</li> <li>5. Alteraciones visuales.</li> <li>6. Alteración motilidad ocular.</li> <li>7. Proptosis.</li> <li>8. Edema orbitario, preorbitario.</li> <li>9. Clínica neurológica.</li> </ol>

# DOLOR OTORRINOLARINGOLÓGICO : Dolor Garganta



ESPIDITEST 9 PREGUNTAS (21 ITEMS)	FAST- ESPIDITEST 4 PREGUNTAS (6 ITEMS)
≤ 46	≤ 14
47-65	15-24
≥ 66	≥ 25

## INTENSIDAD DEL DOLOR

**DOLOR LEVE**  
(Lo padece el 74 % de los pacientes con esta patología)

**DOLOR MODERADO**  
(Lo padece el 19 % de los pacientes con esta patología)

**DOLOR INTENSO**  
(Lo padece el 7 % de los pacientes con esta patología)

## PAUTAS DE TRATAMIENTO

1. Paracetamol
2. No usar aspirina en niños.
3. Gárgaras con agua y sal (agua fría).
4. Tomar bebidas calientes y alimentos blandos.
5. Humidificador.
6. Preparados comerciales antisépticos-analgésicos: colutorios clorhexidina, benzocaína, tetracaína.

1. Ibuprofeno arginato
2. Tramadol o Codeína

La odinofagia intensa que impide la ingesta de líquidos y sólidos, requiere ingreso hospitalario (sueroterapia y tto. I.V.) y requiere descartar patología más grave.

- Metamizol
- Dexametasona
- Opioides como morfina y fentanilo transdérmico son buenas opciones

## OBSERVACIONES

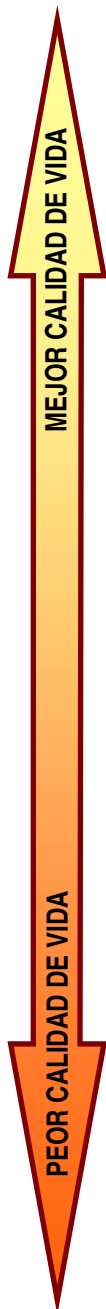
TRATAMIENTO ESPECÍFICO	CRITERIOS PARA INTERCONSULTA CON ORL
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. En las causas infecciosas (inespecíficas), el tratamiento de primera elección son los antibióticos β-lactámicos (penicilina, amoxicilina).</li> <li>2. En la mononucleosis infecciosa, evitar amoxicilina y ampicilina.</li> <li>3. RGE: pantecta 40 mg./día (en ayunas) 1-3 meses.</li> <li>4. Sdr. De Eagle: en casos no controlables con medicación, exéresis de apófisis estiloides.</li> <li>5. Resto de las causas: tratamiento específico.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Factores predisponentes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hª de fiebre reumática.</li> <li>- Seropositivo</li> <li>- T to. con QT</li> <li>- Inmunodeprimido</li> <li>- Diabetes Mellitus.</li> <li>- Embarazo.</li> <li>- Dolor de garganta &gt; 5 días.</li> <li>- Síntomas a pesar de 7d. de tto. atb.</li> <li>- Faringitis estreptocócica recurrente (cultivo + para estreptococo a las 4 semanas de terminar el tto. atb.).</li> </ul> </li> <li>2. <b>Clínica que sugiere atención especializada:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor muy severo.</li> <li>- Dificultad para respirar.</li> <li>- Dificultad para alimentarse.</li> <li>- Erupciones cutáneas</li> <li>- Hematuria.</li> <li>- Hemoptisis.</li> <li>- Masa cervical.</li> <li>- Disfonía que dura más de dos semanas.</li> <li>- Trismus.</li> <li>- Complicaciones de la amigdalitis: absceso, flemón.</li> </ul> </li> </ol>

# DOLOR DENTAL

## INTENSIDAD DEL DOLOR

## PAUTAS DE TRATAMIENTO

## OBSERVACIONES

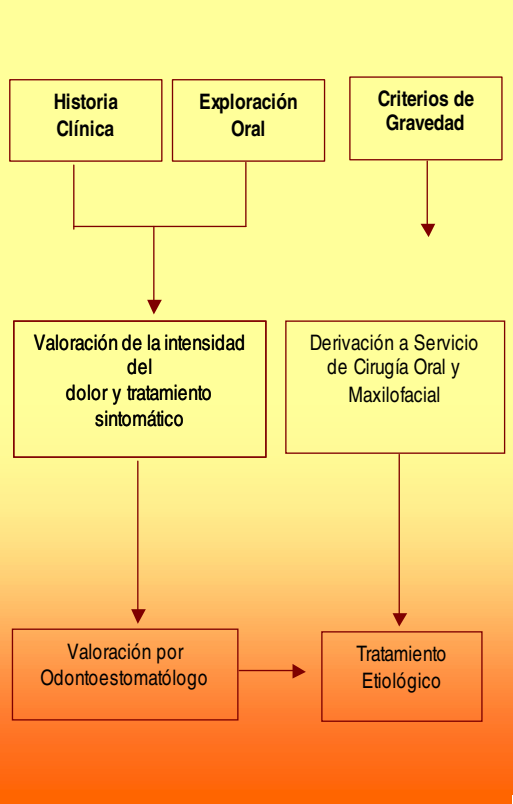


ESPIDITEST 9 PREGUNTAS (21 ITEMS)	FAST- ESPIDITEST 4 PREGUNTAS (6 ITEMS)
≤ 46	≤ 15
47-65	16-22
≥ 66	≥ 23

**DOLOR LEVE**  
*(Lo padece el 78 % de los pacientes con esta patología)*

Paracetamol de 500 mg. a 1g./6 h. v.o. o AINEs clásicos como Ibuprofeno arginato 400-600 mg c/6h o Diclofenaco 50mg c/6h +/- gastroprotección si riesgo g-i

Habitualmente es necesario el uso concomitante de antibióticos.  
Es necesario tener en cuenta los dolores anginosos irradiados a cuello y maxilar inferior.



**DOLOR MODERADO**  
*(Lo padece el 13 % de los pacientes con esta patología)*

Puede ser necesaria la vía parenteral de inicio, Metamizol, 2g vía IM, Ketorolaco 30mg IM, o Diclofenaco 75mg IM

Continuar con AINEs clásicos como Ibuprofeno arginato o Diclofenaco +/- gastroprotección. Si no cede añadir opioide de potencia débil como Tramadol vía oral.

**DOLOR INTENSO**  
*(Lo padece el 9 % de los pacientes con esta patología)*

Puede ser necesaria la vía parenteral de inicio, Metamizol, 2g vía IM, Ketorolaco 30mg IM, o Diclofenaco 75mg IM, asociado a un opioide débil como Tramadol 100mg vía subc.

Continuar con AINEs pautados, como Ibuprofeno arginato, Diclofenaco o Ketorolaco +/- gastroprotección si riesgo g-i. Puede asociarse Tramadol vía oral.

# DOLOR MENSTRUAL

## INTENSIDAD DEL DOLOR

## PAUTAS DE TRATAMIENTO

## OBSERVACIONES

MEJOR CALIDAD DE VIDA

PEOR CALIDAD DE VIDA

ESPIDITEST 9 PREGUNTAS (21 ITEMS)	FAST- ESPIDITEST 4 PREGUNTAS (6 ITEMS)
≤ 46	≤ 14
47-62	15-22
≥ 63	≥ 23

