



PROYECTO ACURON

IMPACTO DEL TINNITUS
EN LA CALIDAD DE VIDA
DEL PACIENTE



Información del proyecto



1. PROMOTOR DEL PROYECTO

Growing Brands
Avda. Cerdanyola 75-77
08172 Sant Cugat del Vallés (Barcelona)

2. TÍTULO DEL PROYECTO

Proyecto Acuron. Impacto del tinnitus en la calidad de vida del paciente.

3. MÉDICOS PARTICIPANTES

Otorrinolaringólogos que atienden pacientes con tinnitus.

4. CENTROS EN LOS QUE SE PREVÉ REALIZAR EL PROYECTO

Consultas de todo el territorio nacional que atienden a pacientes con tinnitus.

5. ENFERMEDAD VALORADA

Tinnitus.

6. NÚMERO APROXIMADO DE PARTICIPANTES

Entre 40 y 50 médicos que atienden al paciente con tinnitus.

7. DURACIÓN DEL PROYECTO

La duración del proyecto será de aproximadamente 1 año.

Introducción



La Organización Mundial de la Salud estima que el tinnitus puede afectar a 278 millones de personas¹, aproximadamente el 15% de la población mundial.² El tinnitus grave representa, tras el dolor intenso y los trastornos del equilibrio, el tercer síntoma más incapacitante, según la American Tinnitus Association (ATA).³

Para una proporción significativa de los afectados de tinnitus crónico, esta condición llega a ser devastadora y se acompaña de trastornos del sueño, ansiedad, depresión y otras comorbilidades psiquiátricas.⁴⁻⁶

Se han probado muchas formas de tratamiento para el tinnitus, pero actualmente, no existe ningún fármaco de referencia⁷, por lo que la situación de estos pacientes puede ser angustiada.⁸ Así, para mejorar la eficacia terapéutica de la medicina convencional, muchos pacientes con tinnitus crónico están abiertos a un enfoque médico complementario-integrativo y recurren a la fitoterapia y a otras terapias alternativas.^{8,9}

Los tratamientos complementarios pueden ser especialmente adecuados en una población de pacientes con disfunción grave por tinnitus y, en particular, para manejar los aspectos no auditivos de los síntomas que, a menudo, se pasan por alto en la terapia convencional.¹⁰

Justificación



Incrementar el conocimiento sobre la práctica clínica de los especialistas en el diagnóstico y tratamiento de tinnitus nos permitirá mejorar los protocolos establecidos y el desarrollo de nuevas alternativas terapéuticas. Asimismo, ayudará a la elaboración de campañas y a mejorar las recomendaciones de prevención con el fin de disminuir su incidencia y recurrencia.

Objetivo general

Recabar información sobre la práctica clínica y la actitud terapéutica de los especialistas en Otorrinolaringología en la prevención y el tratamiento de los síntomas del tinnitus, especialmente sobre la calidad de vida de los pacientes. Conocer el perfil del paciente al que se le recomienda el producto **EARON Forte**[®], indicado para aliviar los síntomas del tinnitus.

Diseño

El estudio consta de 3 partes:

- Encuesta de opinión y práctica dirigida a especialistas en Otorrinolaringología.
 - Registro retrospectivo de los pacientes que hayan utilizado **EARON Forte**[®] para el alivio de los síntomas del tinnitus.
 - Registro de indicaciones, instrucciones de uso y recomendaciones a los pacientes sobre la utilización de **EARON Forte**[®].
-

Cuestionario



Se estructura en tres apartados: (A) Perfil del facultativo, (B) Patología y Procedimientos Diagnósticos, y (C) Tratamiento y Prevención. En las preguntas que procedan, el médico puede marcar más de una respuesta.

- A.** Perfil del facultativo: preguntas para poder clasificar el perfil de los facultativos que respondan a la encuesta.
 - B.** Patología y Procedimientos Diagnósticos: para conocer la incidencia de la patología y el método diagnóstico empleado antes de pautar un tratamiento.
 - C.** Tratamiento y Prevención: para conocer la actitud terapéutica y de prevención frente a la patología, el tipo de tratamiento prescrito, así como las complicaciones que surgen en el manejo del tinnitus. Además, hay varias preguntas que pueden servir para sondear el grado de conocimiento y aceptación de los derivados de plantas y de los complementos alimenticios para el tratamiento sintomatológico de este cuadro ótico.
-

Metodología



El especialista en Otorrinolaringología rellenará el cuestionario de opinión y práctica clínica. Asimismo, a medida que vaya atendiendo a pacientes a quienes recomiende **EARON Forte®**, registrará los datos solicitados en el talonario. Al analizar la recopilación de información transversal, rellenará el registro retrospectivo de pacientes.

1. Inscribirse como participante del proyecto a través de la web <https://proyectosobservacionales.com/acuron> o del siguiente código QR.



2. Rellenar el cuestionario de opinión y práctica clínica, marcando lo que proceda o indicando el porcentaje en cada una de las opciones propuestas en las respuestas. En el apartado de fichas paciente hay dos clases de registros:

Registro retrospectivo: donde se pide que recuerde 5 pacientes a los que los últimos 6 meses se haya recomendado el uso de EARON Forte, para estudiar cómo fue su tratamiento.

Registro de recomendación: a medida que vaya atendiendo nuevos pacientes a quienes recomiende **EARON Forte®**, registre los datos solicitados en el cuestionario de pacientes.

3. Enviar el cuestionario una vez cumplimentado al email: acuron@proyectosobservacionales.com, para incluir sus resultados y realizar las gestiones asociadas a su participación en el proyecto Acuron.

Texto legal

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Los datos personales recogidos en este cuaderno se usarán únicamente con el fin de llevar a cabo la logística del proyecto, una vez finalizado se destruirán.



Bibliografía

1. Geocze L, Chandrasekhar S, Mucci S, Onishi E, Penido N. Quality of Life: Tinnitus and Psychopathological Symptoms. *Neuropsychiatry (London)*. 2018;8(5):1496-1502. 2. Henry JA, Dennis KC, Schechter MA. General Review of Tinnitus. *J Speech, Lang Hear Res*. 2005;48(5):1204-1235. doi:10.1044/1092-4388(2005/084). 3. Asensio Nieto C. Acúfeno y calidad de vida. Published 2017. Accessed November 1, 2022. <https://www.gaesmedica.com/es-es/articulos-cientificos/acufeno-calidad-de-vida>. 4. Holmes S, Padgham ND. Review paper: more than ringing in the ears: a review of tinnitus and its psychosocial impact. *J Clin Nurs*. 2009;18(21):2927-2937. doi:10.1111/J.1365-2702.2009.02909.X. 5. Sullivan MD, Katon W, Dobie R, Sakai C, Russo J, Harrop-Griffiths J. Disabling tinnitus: Association with affective disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 1988;10(4):285-291. doi:10.1016/0163-8343(88)90037-0. 6. Frankenburg FR, Hegarty JD, Sullivan MD. Tinnitus, Psychosis, and Suicide. *Arch Intern Med*. 1994;154(20):2371-2375. doi:10.1001/ARCHINTE.1994.00420200127015. 7. Ernst E, Stevinson C. Ginkgo biloba for tinnitus: a review. *Clin Otolaryngol Allied Sci*. 1999;24(3):164-167. doi:10.1046/J.1365-2273.1999.00243.X. 8. Lin CH, Kuo CE, Yu HC, Lai YK, Huang YC, Tsai MY. Efficacy of adjuvant Chinese herbal formula treatment for chronic tinnitus: a retrospective observational study. *Complement Ther Med*. 2015;23(2):226-232. doi:10.1016/J.CTIM.2015.01.002. 9. Enrico P, Sirca D, Mereu M. Antioxidants, minerals, vitamins, and herbal remedies in tinnitus therapy. *Prog Brain Res*. 2007;166:323-330. doi:10.1016/S0079-6123(07)66029-4. 10. Wolever RQ, Price R, Hazelton AG, et al. Complementary Therapies for Significant Dysfunction from Tinnitus: Treatment Review and Potential for Integrative Medicine. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2015;2015. doi:10.1155/2015/931418.

A. Perfil del facultativo

1. Nombre del médico

.....

2. Género

Femenino Masculino

3. Edad

..... años

4. Provincia donde ejerce

.....

5. Tipo de centro en el que visita

Público Privado Ambos

6. Especialidad

Otorrinolaringología

Otros (especificar)



B. Patología y procedimientos diagnósticos

1. Aproximadamente ¿cuántos pacientes atiende mensualmente con tinnitus?

- <10 10-20 20-30 >30

2. ¿Qué tipo de tinnitus diagnostica con mayor frecuencia?

Agradeceremos indique el porcentaje en cada una de las opciones y por favor asegúrese que suma 100

- Acúfeno compensado (gestión satisfactoria; no se observan problemas físicos ni psicológicos, y la calidad de vida apenas se ve afectada)
- Acúfeno descompensado (impacto significativo en la salud física y/o mental y puede resultar en un alto nivel de sufrimiento)

3. En cuanto a la gravedad del acúfeno, clasifique el grado de sufrimiento y discapacidad de los enfermos:

- Grado I (ningún sufrimiento)
- Grado II (molestias aparecen en ambientes en completo silencio y especialmente en conjunción con una fuerte tensión o estrés)
- Grado III (repercusiones en su vida privada y profesional, como trastornos del sueño, de la concentración y del equilibrio)
- Grado IV (imposibilidad en el desarrollo de su vida diaria, con problemas de salud, como migrañas y tristeza profunda)

4. Indique el tiempo de duración de los silbidos o zumbidos en sus pacientes: Agradeceremos indique el porcentaje en cada una de las opciones y por favor asegúrese que suma 100

- < 3 meses %
- 3-12 meses %
- > 12 meses %

5. Indique el porcentaje de episodios crónicos o intermitentes que sufren sus pacientes. Agradeceremos indique el porcentaje en cada una de las opciones y por favor asegúrese que suma 100

- Intermitentes %
- Crónicos %

6. En el caso de que la intensidad de los silbidos o zumbidos varíe por días, las situaciones desencadenantes suelen ser:

- Variaciones bruscas de presión atmosférica
- Momentos de estrés o ansiedad
- Consecuencia del cansancio o fatiga
- Otros (especificar)

.....

7. ¿Cómo lleva a cabo el diagnóstico del tinnitus?

Agradeceremos indique el porcentaje en cada una de las opciones y por favor asegúrese que suma 100

Examen físico (exploración otológica, del cuello y de articulación tempomandibular)	.....	%
Examen neurológico	.....	%
Evaluación audiológica	.....	%
Historia clínica	.....	%
Otros exámenes. Especificar	.....	%
.....		

8. ¿A qué edad aparece el tinnitus?

Agradeceremos indique el porcentaje en cada una de las opciones y por favor asegúrese que suma 100

< 50 años	.....	%
50-60 años	.....	%
60-70 años	.....	%
> 70 años	.....	%

9. En la historia clínica de los pacientes existen antecedentes de: Puede marcar más de una opción.

- Artritis
- Cáncer
- Enfermedad cardiovascular
- Enfisema
- Daño en la cabeza (fractura cráneo, contusión, fractura nasal, daño cervical severo..)
- Infección de oído en el último año
- Infección de los senos paranasales
- Pérdida auditiva
- Medicación antidepresiva en el último año
- Uso regular de ácido acetilsalicílico

Otros que se consideren de interés

.....

10. Los pacientes con tinnitus han recibido previamente

tratamiento con: Agradeceremos indique el porcentaje en cada una de las opciones y por favor asegúrese que suma 100

Estatinas	.....	%
AINES	.....	%
Antihipertensivos	.....	%
Antidepresivos	.....	%
Otros. Especificar	.....

11. ¿Cuáles son las principales causas de tinnitus en sus pacientes?

Agradeceremos indique el porcentaje en cada una de las opciones

	<25%	25-50%	50-75%	>75%
Daño en las células ciliadas del oído interno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas vasculares óticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fármacos con efectos ototóxicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas neurológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumas acústicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tapones de cerumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposición provocada a ruidos externos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros. Especificar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Ordene los siguientes síntomas vinculados con el tinnitus

(siendo 1º el más frecuente y 11º el que menos):

- Sensación de presión sobre la cabeza o el oído
- Trastornos del sueño
- Problemas de concentración
- Fatiga
- Mareos y alteraciones del equilibrio
- Cefaleas y migraña
- Dolores de oído
- Ansiedad y estados de ánimo alterados (nerviosismo, irritabilidad)
- Tensión muscular en el área de la columna cervical o la mandíbula
- Disacusia
- Hiperacusia

13. ¿A cuántos pacientes con tinnitus este trastorno les resulta incapacitante y afecta a su calidad de vida?

- <10% 11-30% 31-50% 51-70% >70%

14. Los pacientes experimentan ciertas dificultades en su vida diaria. Clasifíquelas según la prevalencia experimentada por sus pacientes. Agradeceremos indique el porcentaje en cada una de las opciones

	%	<10	10-30	30-60	60-90	>90
Le resulta difícil concentrarse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La intensidad del acúfeno dificulta oír a la gente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le provoca mal humor		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le provoca desesperación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se queja mucho		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha pensado en el suicidio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siente que no puede escapar del acúfeno		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mala calidad del sueño		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interfiere en la capacidad para disfrutar de actividades sociales		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le provoca frustración		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interfiere en su trabajo o responsabilidades domésticas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siente aislamiento		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le dificulta leer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le ha supuesto tensión en las relaciones con familiares o amigos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le resulta difícil centrar la atención en algo diferente al tinnitus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le hace sentir inseguro		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le provoca cansancio y agotamiento		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empeora cuando está estresado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros. Especificar:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. En el caso de sufrir trastornos del sueño ¿cuáles de ellos son los más frecuentes entre sus pacientes? Agradeceremos

indique el porcentaje en cada una de las opciones

	< 30%	30-60%	> 60%
Dificultad para conciliar el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Despertarse y tener dificultades para volver a dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Despertarse repetidamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros. Especificar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Para la valoración de la gravedad del acúfeno y su repercusión en la calidad de vida del individuo existen escalas analógico-visuales o cuestionarios de incapacidad. ¿Utiliza estos cuestionarios?

Siempre Nunca A veces

17. En el caso de utilizar estas escalas y cuestionarios, especifique cuáles. Puede marcar más de una opción.

- Cuestionarios validados para evaluar la gravedad del acúfeno que en el momento actual (ej. THI, THQ, TRQ o TQ)
- Valoración de síntomas de depresión (ej. BDI)
- Valoración de la ansiedad (ej. STAI)
- Valoración de la calidad de vida (ej. WHODAS II)
- Valoración del insomnio (ej. PSQI)
- Otros. Especificar



C. Tratamiento y Prevención

18. Tras el diagnóstico del tinnitus, ¿suele prescribir algún fármaco?

- Sí No, opto por otras alternativas

19. En el caso de recomendar fármacos para tratar el tinnitus, mayoritariamente suele utilizar:

Agradeceremos indique el porcentaje en cada una de las opciones y por favor asegúrese que suma 100

Vasodilatadores	.....	%
Antihistamínicos	.....	%
Antiisquémicos cerebrales	.....	%
Corticoides	.....	%
Anestésicos	.....	%
Benzodiacepinas	.....	%
Antidepresivos	.....	%
Antiglutaminérgicos	.....	%
Antagonistas dopaminérgicos	.....	%
Anticomociales	.....	%
Diuréticos	.....	%
Otros. Especificar:	.....	%
	

20. En el caso de recomendar alternativas no farmacológicas, ordene las siguientes

(siendo 1º el más frecuente y 10º el que menos):

Terapia de reentrenamiento o habituación (TRT)	.....
Terapia sonora secuencial (TSS)	.....
Terapia de discriminación auditiva (TDA)	.....
Estimulación magnética transcraneal	.....
Implantes cocleares	.....
Terapia cognitivo-conductual	.....
Oxígeno hiperbárico	.....
Complementos alimenticios y fitoterapia	.....
Estimulación cerebral profunda	.....
Rayo láser de baja potencia	.....

21. ¿Qué consejos conductuales ofrece para minimizar o reducir el impacto del tinnitus?: Puede marcar más de una opción.

- Evitar el consumo de estimulantes, como el café, el alcohol, y el tabaco.
- Reducir el uso de aspirinas y derivados siempre que sea posible, así como de antiinflamatorios no esteroideos.
- Evitar ruidos fuertes siempre que se pueda.
- Poner música suave de fondo para relajarse y distraerse del sonido indeseado.
- Seguir unos hábitos saludables de vida y mantener un peso adecuado.
- Practicar ejercicios de relajación y terapias alternativas (acupuntura, hipnosis, etc.).
- Reducir el consumo de sal.
- Sesiones de habituación con técnicas psicológicas.
- Dormir con la cabeza recostada en posición elevada.
- Otros. Especificar:

.....

22. ¿En qué situaciones recomienda o recomendaría tomar complementos alimenticios para contribuir al bienestar del paciente con tinnitus? Puede marcar más de una opción.

- Siempre.
- Únicamente como terapias complementarias a otros tratamientos.
- Solo en los casos más leves.
- Solo en los casos más graves con afectación de la calidad de vida.
- Solo cuando los pacientes no están interesados en otros tratamientos.
- Nunca o casi nunca.
- Solo cuando los pacientes lo solicitan.

23. Según su opinión, ¿En qué % de casos el paciente mejora la sintomatología con los complementos alimenticios?

- < 25% casos
- 26-50% casos
- 51-75% casos
- > 75% casos

24. ¿Qué mejorías se observan en el paciente con tinnitus tras la toma de complementos alimenticios? Puede marcar más de una opción.

- Ninguna mejoría
- Mejor calidad del sueño
- Mejor calidad de vida (disfrutar de la vida y desempeño laboral y en el hogar)
- Mejor estado anímico
- Mayor concentración
- Menor fatiga y cansancio

25. En caso de prescribir complementos alimenticios para el alivio de los síntomas del tinnitus, ¿durante cuánto tiempo recomienda tomarlos?

- < 3 meses
- 3-6 meses
- 6-12 meses
- Indefinidamente

Cuestionario retrospectivo sobre EARON Forte®

Paciente 1

Por favor, recuerde 5 pacientes a los que en los últimos 6 meses haya recomendado el uso de EARON Forte® como tratamiento para aliviar los síntomas del tinnitus.

Edad	.....
Motivo de la recomendación	<input type="checkbox"/> Acúfeno compensado <input type="checkbox"/> Acúfeno descompensado
Momento de recomendación	<input type="checkbox"/> Tras los primeros síntomas <input type="checkbox"/> Tras no respuesta a tratamiento previo <input type="checkbox"/> Inicio de afectación en la calidad de vida <input type="checkbox"/> Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar):
Tratamiento previo	<input type="checkbox"/> Farmacológico <input type="checkbox"/> No farmacológico
Afectación en la calidad de vida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Duración del tratamiento recomendado	<input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Días (especificar):
Mejoría síntomas	0=Poco 1=Regular 2=Bastante 3=Mucho
Mejora observada en el paciente tras la toma del producto	<input type="checkbox"/> Mejora en la calidad del sueño <input type="checkbox"/> Mejora en la calidad de vida global <input type="checkbox"/> Mejora en el desempeño de labores profesionales o del hogar <input type="checkbox"/> Mejora en el humor y estado de ánimo <input type="checkbox"/> Mejora de la concentración <input type="checkbox"/> Mejora en la sensación de cansancio y fatiga
Tiempo hasta la mejoría apreciable de los síntomas	Días (especificar número):
Satisfacción del paciente con el tratamiento	0=Poco 1=Regular 2=Bastante 3=Mucho
Satisfacción del médico/especialista con el tratamiento	0=Poco 1=Regular 2=Bastante 3=Mucho
Facilidad de uso	0=Poco 1=Regular 2=Bastante 3=Mucho
Nivel de cumplimiento del tratamiento	E=Elevado M=Moderado B=Bajo
Abandono precoz del tratamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Motivo de abandono	<input type="checkbox"/> Percepción de falta de eficacia <input type="checkbox"/> Dificultad para mantener la pauta <input type="checkbox"/> Baja tolerabilidad <input type="checkbox"/> Otros (especificar):
Acción tomada tras el abandono	<input type="checkbox"/> Cambio a otro producto, especifique cuál <input type="checkbox"/> Abandono de la terapia <input type="checkbox"/> Otros (especificar en las líneas inferiores):

Cuestionario retrospectivo sobre EARON Forte®

Paciente 2

Por favor, recuerde 5 pacientes a los que en los últimos 6 meses haya recomendado el uso de EARON Forte® como tratamiento para aliviar los síntomas del tinnitus.

Edad	.....
Motivo de la recomendación	<input type="checkbox"/> Acúfeno compensado <input type="checkbox"/> Acúfeno descompensado
Momento de recomendación	<input type="checkbox"/> Tras los primeros síntomas <input type="checkbox"/> Tras no respuesta a tratamiento previo <input type="checkbox"/> Inicio de afectación en la calidad de vida <input type="checkbox"/> Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar):
Tratamiento previo	<input type="checkbox"/> Farmacológico <input type="checkbox"/> No farmacológico
Afectación en la calidad de vida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Duración del tratamiento recomendado	<input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Días (especificar):
Mejoría síntomas	0=Poco 1=Regular 2=Bastante 3=Mucho
Mejora observada en el paciente tras la toma del producto	<input type="checkbox"/> Mejora en la calidad del sueño <input type="checkbox"/> Mejora en la calidad de vida global <input type="checkbox"/> Mejora en el desempeño de labores profesionales o del hogar <input type="checkbox"/> Mejora en el humor y estado de ánimo <input type="checkbox"/> Mejora de la concentración <input type="checkbox"/> Mejora en la sensación de cansancio y fatiga
Tiempo hasta la mejoría apreciable de los síntomas	Días (especificar número):
Satisfacción del paciente con el tratamiento	0=Poco 1=Regular 2=Bastante 3=Mucho
Satisfacción del médico/especialista con el tratamiento	0=Poco 1=Regular 2=Bastante 3=Mucho
Facilidad de uso	0=Poco 1=Regular 2=Bastante 3=Mucho
Nivel de cumplimiento del tratamiento	E=Elevado M=Moderado B=Bajo
Abandono precoz del tratamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Motivo de abandono	<input type="checkbox"/> Percepción de falta de eficacia <input type="checkbox"/> Dificultad para mantener la pauta <input type="checkbox"/> Baja tolerabilidad <input type="checkbox"/> Otros (especificar):
Acción tomada tras el abandono	<input type="checkbox"/> Cambio a otro producto, especifique cuál <input type="checkbox"/> Abandono de la terapia <input type="checkbox"/> Otros (especificar en las líneas inferiores):

Cuestionario retrospectivo sobre EARON Forte®

Paciente 3

Por favor, recuerde 5 pacientes a los que en los últimos 6 meses haya recomendado el uso de EARON Forte® como tratamiento para aliviar los síntomas del tinnitus.

Edad	.....
Motivo de la recomendación	<input type="checkbox"/> Acúfeno compensado <input type="checkbox"/> Acúfeno descompensado
Momento de recomendación	<input type="checkbox"/> Tras los primeros síntomas <input type="checkbox"/> Tras no respuesta a tratamiento previo <input type="checkbox"/> Inicio de afectación en la calidad de vida <input type="checkbox"/> Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar):
Tratamiento previo	<input type="checkbox"/> Farmacológico <input type="checkbox"/> No farmacológico
Afectación en la calidad de vida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Duración del tratamiento recomendado	<input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Días (especificar):
Mejoría síntomas	0=Poco 1=Regular 2=Bastante 3=Mucho
Mejora observada en el paciente tras la toma del producto	<input type="checkbox"/> Mejora en la calidad del sueño <input type="checkbox"/> Mejora en la calidad de vida global <input type="checkbox"/> Mejora en el desempeño de labores profesionales o del hogar <input type="checkbox"/> Mejora en el humor y estado de ánimo <input type="checkbox"/> Mejora de la concentración <input type="checkbox"/> Mejora en la sensación de cansancio y fatiga
Tiempo hasta la mejoría apreciable de los síntomas	Días (especificar número):
Satisfacción del paciente con el tratamiento	0=Poco 1=Regular 2=Bastante 3=Mucho
Satisfacción del médico/especialista con el tratamiento	0=Poco 1=Regular 2=Bastante 3=Mucho
Facilidad de uso	0=Poco 1=Regular 2=Bastante 3=Mucho
Nivel de cumplimiento del tratamiento	E=Elevado M=Moderado B=Bajo
Abandono precoz del tratamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Motivo de abandono	<input type="checkbox"/> Percepción de falta de eficacia <input type="checkbox"/> Dificultad para mantener la pauta <input type="checkbox"/> Baja tolerabilidad <input type="checkbox"/> Otros (especificar):
Acción tomada tras el abandono	<input type="checkbox"/> Cambio a otro producto, especifique cuál <input type="checkbox"/> Abandono de la terapia <input type="checkbox"/> Otros (especificar en las líneas inferiores):

Cuestionario retrospectivo sobre EARON Forte®

Paciente 4

Por favor, recuerde 5 pacientes a los que en los últimos 6 meses haya recomendado el uso de EARON Forte® como tratamiento para aliviar los síntomas del tinnitus.

Edad	.....
Motivo de la recomendación	<input type="checkbox"/> Acúfeno compensado <input type="checkbox"/> Acúfeno descompensado
Momento de recomendación	<input type="checkbox"/> Tras los primeros síntomas <input type="checkbox"/> Tras no respuesta a tratamiento previo <input type="checkbox"/> Inicio de afectación en la calidad de vida <input type="checkbox"/> Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar):
Tratamiento previo	<input type="checkbox"/> Farmacológico <input type="checkbox"/> No farmacológico
Afectación en la calidad de vida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Duración del tratamiento recomendado	<input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Días (especificar):
Mejoría síntomas	0=Poco 1=Regular 2=Bastante 3=Mucho
Mejora observada en el paciente tras la toma del producto	<input type="checkbox"/> Mejora en la calidad del sueño <input type="checkbox"/> Mejora en la calidad de vida global <input type="checkbox"/> Mejora en el desempeño de labores profesionales o del hogar <input type="checkbox"/> Mejora en el humor y estado de ánimo <input type="checkbox"/> Mejora de la concentración <input type="checkbox"/> Mejora en la sensación de cansancio y fatiga
Tiempo hasta la mejoría apreciable de los síntomas	Días (especificar número):
Satisfacción del paciente con el tratamiento	0=Poco 1=Regular 2=Bastante 3=Mucho
Satisfacción del médico/especialista con el tratamiento	0=Poco 1=Regular 2=Bastante 3=Mucho
Facilidad de uso	0=Poco 1=Regular 2=Bastante 3=Mucho
Nivel de cumplimiento del tratamiento	E=Elevado M=Moderado B=Bajo
Abandono precoz del tratamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Motivo de abandono	<input type="checkbox"/> Percepción de falta de eficacia <input type="checkbox"/> Dificultad para mantener la pauta <input type="checkbox"/> Baja tolerabilidad <input type="checkbox"/> Otros (especificar):
Acción tomada tras el abandono	<input type="checkbox"/> Cambio a otro producto, especifique cuál <input type="checkbox"/> Abandono de la terapia <input type="checkbox"/> Otros (especificar en las líneas inferiores):

Cuestionario retrospectivo sobre EARON Forte®

Paciente 5

Por favor, recuerde 5 pacientes a los que en los últimos 6 meses haya recomendado el uso de EARON Forte® como tratamiento para aliviar los síntomas del tinnitus.

Edad	.....
Motivo de la recomendación	<input type="checkbox"/> Acúfeno compensado <input type="checkbox"/> Acúfeno descompensado
Momento de recomendación	<input type="checkbox"/> Tras los primeros síntomas <input type="checkbox"/> Tras no respuesta a tratamiento previo <input type="checkbox"/> Inicio de afectación en la calidad de vida <input type="checkbox"/> Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar):
Tratamiento previo	<input type="checkbox"/> Farmacológico <input type="checkbox"/> No farmacológico
Afectación en la calidad de vida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Duración del tratamiento recomendado	<input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Días (especificar):
Mejoría síntomas	0=Poco 1=Regular 2=Bastante 3=Mucho
Mejora observada en el paciente tras la toma del producto	<input type="checkbox"/> Mejora en la calidad del sueño <input type="checkbox"/> Mejora en la calidad de vida global <input type="checkbox"/> Mejora en el desempeño de labores profesionales o del hogar <input type="checkbox"/> Mejora en el humor y estado de ánimo <input type="checkbox"/> Mejora de la concentración <input type="checkbox"/> Mejora en la sensación de cansancio y fatiga
Tiempo hasta la mejoría apreciable de los síntomas	Días (especificar número):
Satisfacción del paciente con el tratamiento	0=Poco 1=Regular 2=Bastante 3=Mucho
Satisfacción del médico/especialista con el tratamiento	0=Poco 1=Regular 2=Bastante 3=Mucho
Facilidad de uso	0=Poco 1=Regular 2=Bastante 3=Mucho
Nivel de cumplimiento del tratamiento	E=Elevado M=Moderado B=Bajo
Abandono precoz del tratamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Motivo de abandono	<input type="checkbox"/> Percepción de falta de eficacia <input type="checkbox"/> Dificultad para mantener la pauta <input type="checkbox"/> Baja tolerabilidad <input type="checkbox"/> Otros (especificar):
Acción tomada tras el abandono	<input type="checkbox"/> Cambio a otro producto, especifique cuál <input type="checkbox"/> Abandono de la terapia <input type="checkbox"/> Otros (especificar en las líneas inferiores):



FICHAS RECOMENDACIÓN PACIENTE

Ficha de recomendación y seguimiento

Paciente 1

Edad: años

Motivo de recomendación:

- Acúfeno compensado
- Acúfeno descompensado

Momento de la recomendación:

- Tras los primeros síntomas
- Tras no respuesta a tratamiento previo
- Inicio de afectación en la calidad de vida
- Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar)

.....

Posología:

1 cápsula al día antes de acostarse

.....

Duración del tratamiento recomendado:

..... Días

Indefinido

Producto recomendado:

EARON® Forte

Contiene Ginkgo biloba,
coenzima Q10, melatonina,
zinc y selenio.



Otras observaciones:

Firma

.....



Ficha de recomendación y seguimiento

Paciente 2

Edad: años

Motivo de recomendación:

- Acúfeno compensado
- Acúfeno descompensado

Momento de la recomendación:

- Tras los primeros síntomas
- Tras no respuesta a tratamiento previo
- Inicio de afectación en la calidad de vida
- Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar)

.....

Posología:

1 cápsula al día antes de acostarse

.....

Duración del tratamiento recomendado:

..... Días

Indefinido

Producto recomendado:

EARON® Forte

Contiene Ginkgo biloba,
coenzima Q10, melatonina,
zinc y selenio.



Otras observaciones:

Firma

.....



Ficha de recomendación y seguimiento

Paciente 3

Edad: años

Motivo de recomendación:

- Acúfeno compensado
- Acúfeno descompensado

Momento de la recomendación:

- Tras los primeros síntomas
- Tras no respuesta a tratamiento previo
- Inicio de afectación en la calidad de vida
- Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar)

.....

Posología:

1 cápsula al día antes de acostarse

.....

Duración del tratamiento recomendado:

..... Días

Indefinido

Producto recomendado:

EARON® Forte

Contiene Ginkgo biloba,
coenzima Q10, melatonina,
zinc y selenio.



Otras observaciones:

Firma

.....



Ficha de recomendación y seguimiento

Paciente 4

Edad: años

Motivo de recomendación:

- Acúfeno compensado
- Acúfeno descompensado

Momento de la recomendación:

- Tras los primeros síntomas
 - Tras no respuesta a tratamiento previo
 - Inicio de afectación en la calidad de vida
 - Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar)
-

Posología:

1 cápsula al día antes de acostarse

.....

Duración del tratamiento recomendado:

..... Días

Indefinido

Producto recomendado:

EARON® Forte

Contiene Ginkgo biloba,
coenzima Q10, melatonina,
zinc y selenio.



Otras observaciones:

Firma

.....



Ficha de recomendación y seguimiento

Paciente 5

Edad: años

Motivo de recomendación:

- Acúfeno compensado
- Acúfeno descompensado

Momento de la recomendación:

- Tras los primeros síntomas
- Tras no respuesta a tratamiento previo
- Inicio de afectación en la calidad de vida
- Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar)

.....

Posología:

1 cápsula al día antes de acostarse

.....

Duración del tratamiento recomendado:

..... Días

Indefinido

Producto recomendado:

EARON® Forte

Contiene Ginkgo biloba,
coenzima Q10, melatonina,
zinc y selenio.



Otras observaciones:

Firma

.....





www.ordesalab.com
ordesawebprofesionales@ordesalab.com
www.complementosorl.com