

## **PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO: FIBROMIALGIA**

### **GERENCIA REGIONAL DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA**

Elaborado por:

- PRIETO DE LAMO, GEMMA – Técnico de Salud Pública GAP Ávila.
- OBREO PINTOS, JUANA – Farmacéutica GAP Ávila.
- SÁNCHEZ ALONSO, ROSA ISABEL – Coordinadora de Equipos de Enfermería GAP Ávila.
- FRUTOS LLANES, RAUL – Facultativo especialista en Medicina Familiar y Comunitaria GAP Ávila.
- RÍO MANZANO, CARLOS DEL – Fisioterapeuta de Atención Primaria GAP Ávila.
- DÍAZ MISTROT, LUCÍA – Enfermera de Atención Primaria GAP Ávila.
- ÁLVAREZ-CEDRÓN MARTÍN, ANTONIO – Director Médico GAP Ávila.
- CORTEGUERA CORO, MONTSERRAT - Facultativo especialista en Reumatología GAE Ávila.
- TORRES MARTÍN, MARÍA DEL CARMEN – Facultativo especialista en Reumatología GAE Ávila.
- MARTÍN CONDE, M<sup>a</sup> SAGRARIO – Enfermera de la Consulta de Reumatología GAE Ávila.
- DEL ARCO LUENGO, ANTONIO – Facultativo de la Unidad de Soporte Domiciliario de Cuidados Paliativos GAE Ávila.
- DOMÍNGUEZ GONZÁLEZ, PEDRO – Jefe de Servicio de Psiquiatría GAE Ávila.
- BANGO SUÁREZ, JUAN – Facultativo especialista en Psiquiatría GAE Ávila.
- MARTÍN LÓPEZ, MARÍA DEL ROCÍO – Subdirectora Médico GAE Ávila.

Revisores:

- SILVA RICO, JUAN CARLOS. Grupo Técnico central. D.G. Asistencia Sanitaria.
- GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, M<sup>a</sup> ÁNGELES Grupo Técnico central. D.G. Asistencia Sanitaria
- FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, M<sup>a</sup> EUGENIA. Grupo Técnico central. D.G. Asistencia Sanitaria
- GARCÍA ORTÍZ, ALEJANDRA. DTF.DGAS.

Fecha Elaboración: junio 2010. Última revisión noviembre 2011.

Validación: 25 de mayo de 2012.



## ÍNDICE:

1. Objetivo
2. Población diana
3. Criterios de inclusión
4. Actuaciones
5. Criterios de interconsulta
6. Referencias bibliográficas
7. Responsable del proceso
8. Adecuaciones organizativas
9. Procesos de soporte relacionados
10. Anexos:
  - ✓ Anexo 1: Niveles de evidencia y grados de recomendación
  - ✓ Anexo 2: Clínica de la fibromialgia
  - ✓ Anexo 3: Localización de los puntos dolorosos en la fibromialgia
  - ✓ Anexo 4: Diagnóstico diferencial de la fibromialgia
  - ✓ Anexo 5: Cuestionario de impacto de la fibromialgia (FIQ)
  - ✓ Anexo 6: Escala hospitalaria de ansiedad y depresión
  - ✓ Anexo 7: Escala para valorar el pensamiento catastrofista ante el dolor
  - ✓ Anexo 8: Escala de precepción de autoeficacia en dolor crónico
  - ✓ Anexo 9: Información al paciente y su familia/cuidador
  - ✓ Anexo 10: Ejercicio físico
  - ✓ Anexo 11: Plan de cuidados de enfermería
  - ✓ Anexo 12: Tratamiento farmacológico
  - ✓ Anexo 13: Trabajo en grupo
  - ✓ Anexo 14: Tratamientos no farmacológicos con escasa evidencia o sin evidencia
  - ✓ Anexo 15: Diagramas de flujo
11. Criterios de calidad e indicadores para la evaluación

**Proceso: FIBROMIALGIA**

**Fecha: Junio 2011**

**Objetivo**

Diagnosticar a aquellas personas que presenten síntomas sugerentes de fibromialgia (FM) y proporcionales, tanto a las de reciente diagnóstico como las ya diagnosticadas previamente, la asistencia necesaria y coordinada para un tratamiento integral con la finalidad de mejorar su calidad de vida

**Población diana**

Toda persona con síntomas sugerentes de fibromialgia o con diagnóstico de fibromialgia que acuda a la consulta de Atención Primaria o Atención Especializada.

**Criterio de inclusión**

1.- Personas con síntomas sugerentes de fibromialgia: dolor crónico\* musculoesquelético generalizado\*\* o difuso en raquis y/o extremidades superiores o inferiores.

\*Dolor que está presente al menos durante 3 meses.

\*\* Cuando se presenta en el lado derecho e izquierdo del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura (cuatro cuadrantes corporales). Además debe existir dolor en el esqueleto axial (columna cervical, dorsal, lumbar y pared torácica anterior).

2.- Personas con diagnóstico de fibromialgia.





Actuaciones			
GR	Actividad		
<b>SUBPROCESO DIAGNÓSTICO</b>			
3 / D [1-3]	<p><b><u>Realizar sospecha de FM: Médico de familia o Enfermera de AP</u></b></p> <p>Paciente, normalmente mujer de 40 a 60 años, con dolor crónico musculoesquelético generalizado sin signos inflamatorios articulares ni musculares, acompañado con frecuencia de astenia, fatigabilidad, trastornos del sueño, rigidez matutina articular, cefaleas, sensación de tumefacción en manos, ansiedad y depresión, problemas de concentración y memoria. El tipo de dolor es variable, unos lo refieren como quemante, otros como punzante, y otros como un peso o como un golpe. <b>Anexo 2.</b></p> <p>Al ser preguntados sobre qué les pasa frecuentemente expresan: "me duele todo", "mejor le digo lo que no me duele", "me duele de los pies a la cabeza", "me duele desde siempre".</p> <p>El curso natural de de la FM es crónico pero no progresivo, con fluctuaciones en la intensidad de los síntomas a lo largo del tiempo.</p>		
4 / D [1-3]	<p><b><u>Realizar estudio de confirmación del diagnóstico de FM: Médico de familia</u></b></p> <p><b>Anamnesis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Características del dolor: localización, duración, ritmo, irradiación, intensidad, factores agravantes y de mejora.</li> <li>- Sintomatología acompañante: fatigabilidad-astenia, rigidez articular matutina, parestesias en manos y pies, síndrome constitucional, lesiones dérmicas, procesos diarreicos, trastornos del sueño y del ánimo (Anexo 2).</li> <li>- Factores psicológicos y psiquiátricos: antecedentes personales y familiares de trastorno mental, sintomatología psicopatológica actual, nivel de apoyo familiar y social, perfil de personalidad y patrón de conducta.</li> </ul> <p><b>Exploración física:</b> valoración del estado general, de la estática corporal en bipedestación, de los puntos dolorosos fibromiálgicos (Anexo 3), movilidad del raquis, movilidad activa/pasiva de hombros, codos, manos, caderas, rodillas, tobillos y pies y existencia de inflamación articular (la movilidad y el aspecto articular deben ser normales, a menos que coexista con otra enfermedad osteoarticular). El hallazgo más relevante es la detección de un umbral para el dolor patológicamente descendido para diversas estimulaciones.</p> <p><b>Pruebas complementarias:</b> no existe ninguna prueba de laboratorio ni hallazgo radiológico específico de la FM, únicamente sirven para descartar otras enfermedades que puedan simularla o coexistir con ella. Su indicación será individualizada en función de la clínica, la exploración física y la sospecha de una enfermedad asociada:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma.</li> <li>- Glucemia.</li> <li>- Enzimas hepáticas: AST, ALT, GGT, FA.</li> <li>- Creatinina.</li> <li>- Factor reumatoide.</li> <li>- Inmunoglobulinas.</li> </ul> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Velocidad de Sedimentación Globular (VSG).</li> <li>- Creatinina.</li> <li>- Calcio y fósforo.</li> <li>- Proteína C reactiva.</li> <li>- ANA.</li> <li>- TSH.</li> </ul> </td> </tr> </table> <p>No se precisan pruebas radiológicas (RX, TAC, RNM, gammagrafía ósea) ni EMG excepto si existe sospecha de patología articular, ósea o muscular concomitante.</p> <p><b>Registro en la historia clínica.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma.</li> <li>- Glucemia.</li> <li>- Enzimas hepáticas: AST, ALT, GGT, FA.</li> <li>- Creatinina.</li> <li>- Factor reumatoide.</li> <li>- Inmunoglobulinas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Velocidad de Sedimentación Globular (VSG).</li> <li>- Creatinina.</li> <li>- Calcio y fósforo.</li> <li>- Proteína C reactiva.</li> <li>- ANA.</li> <li>- TSH.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma.</li> <li>- Glucemia.</li> <li>- Enzimas hepáticas: AST, ALT, GGT, FA.</li> <li>- Creatinina.</li> <li>- Factor reumatoide.</li> <li>- Inmunoglobulinas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Velocidad de Sedimentación Globular (VSG).</li> <li>- Creatinina.</li> <li>- Calcio y fósforo.</li> <li>- Proteína C reactiva.</li> <li>- ANA.</li> <li>- TSH.</li> </ul>		



Actuaciones			
GR	Actividad		
4 / D [1-3]	<p><b><u>Realizar diagnóstico diferencial: Médico de familia</u></b></p> <p>Para establecer el diagnóstico de FM se ha de tener en cuenta otras patologías que pueden simular un cuadro de FM (<b>Anexo 4</b>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síndrome de fatiga crónica.</li> <li>- Síndrome de dolor local: miofascial.</li> <li>- Enfermedades reumáticas: conectivopatías, artropatías inflamatorias, polimialgia reumática, miopatías dolorosas y miopatías iatrogénicas.</li> <li>- Enfermedades neurológicas: neuropatías periféricas, esclerosis múltiple y Parkinson.</li> <li>- Enfermedades endocrinológicas: disfunción tiroidal, alteraciones del metabolismo fosfocálcico, disfunción suprarrenal y miopatías metabólicas.</li> <li>- Enfermedades infecciosas: infecciones víricas.</li> <li>- Enfermedades autoinmunes: lupus eritematoso sistémico, espondiloartropatías.</li> <li>- Enfermedades psiquiátricas: depresión, ansiedad, trastornos somatomorfos y mal facticio crónico con síntomas físicos.</li> <li>- Enfermedad tumoral, metastásica o paraneoplásica.</li> </ul> <p>O efectos secundarios de algunos fármacos como estatinas, esteroides, cimetidina, fibratos o drogas de consumo.</p> <p><b>Registro en la historia clínica.</b></p>		
4 / D [4]	<p><b><u>Confirmar el diagnóstico de FM: Médico de familia</u></b></p> <p>El diagnóstico es clínico, por la falta de una prueba objetiva y no se apoya en ninguna prueba analítica, de imagen o anatomopatológica específica. Se confirma el diagnóstico de FM cuando se cumplen los dos criterios siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Historia de dolor crónico generalizado de más de 3 meses de duración que afecta, como mínimo, a 3 de los 4 cuadrantes del cuerpo (lado derecho e izquierdo del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura) o excepcionalmente, sólo 2 si se trata de cuadrantes opuestos respecto a los dos ejes de división corporal. Además el paciente ha de referir dolor en el esqueleto axial (columna cervical, dorsal, lumbar y pared torácica anterior).</li> <li>2.- Dolor a la presión en al menos 11 de los 18 puntos (nueve pares), que corresponden a las áreas más sensibles del organismo para estímulos mecánicos o de umbral más bajo para el dolor mecánico. No es necesario detectar el total de los puntos requeridos si el cuadro clínico lo sugiere y se descartan otras patologías. <b>Anexo 3.</b></li> </ol> <p><b>Registro en la historia clínica.</b></p>		
<b>SUBPROCESO VALORACIÓN INICIAL</b>			
* [5, 6]	<p><b><u>Valorar la presencia o no de otras patologías asociadas: Médico de familia</u></b></p> <p>Otras posibles patologías asociadas a la FM que deben abordarse en caso de presentarse:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síndrome de fatiga crónica.</li> <li>- Disfunción témporo-mandibular.</li> <li>- Lumbalgia inespecífica.</li> <li>- Sensibilidad química múltiple.</li> <li>- Síndrome de vejiga irritable.</li> <li>- Síndrome de dolor miofascial.</li> </ul> </td> <td style="vertical-align: top; padding-left: 20px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síndrome de colon irritable.</li> <li>- Síndrome de las piernas inquietas.</li> <li>- Dismenorrea primaria.</li> <li>- Cefalea (de tensión, migraña, mixta).</li> <li>- Dolor pélvico crónico y dismenorrea.</li> </ul> </td> </tr> </table> <p><b>Registro en la historia clínica.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síndrome de fatiga crónica.</li> <li>- Disfunción témporo-mandibular.</li> <li>- Lumbalgia inespecífica.</li> <li>- Sensibilidad química múltiple.</li> <li>- Síndrome de vejiga irritable.</li> <li>- Síndrome de dolor miofascial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síndrome de colon irritable.</li> <li>- Síndrome de las piernas inquietas.</li> <li>- Dismenorrea primaria.</li> <li>- Cefalea (de tensión, migraña, mixta).</li> <li>- Dolor pélvico crónico y dismenorrea.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síndrome de fatiga crónica.</li> <li>- Disfunción témporo-mandibular.</li> <li>- Lumbalgia inespecífica.</li> <li>- Sensibilidad química múltiple.</li> <li>- Síndrome de vejiga irritable.</li> <li>- Síndrome de dolor miofascial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síndrome de colon irritable.</li> <li>- Síndrome de las piernas inquietas.</li> <li>- Dismenorrea primaria.</li> <li>- Cefalea (de tensión, migraña, mixta).</li> <li>- Dolor pélvico crónico y dismenorrea.</li> </ul>		

Actuaciones			
GR	Actividad		
* [5, 6]	<p><b><u>Valorar la existencia o no de factores agravantes y aliviantes: Médico de familia</u></b></p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>Factores agravantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frío.</li> <li>- Tiempo húmedo.</li> <li>- Inactividad o exceso de actividad.</li> <li>- Estrés mental.</li> <li>- Estrés físico.</li> <li>- Sueño no reparador.</li> </ul> </td> <td style="vertical-align: top; padding-left: 20px;"> <p>Factores aliviantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Calor.</li> <li>- Tiempo seco.</li> <li>- Actividad física moderada.</li> <li>- Relajación.</li> <li>- Descanso.</li> <li>- Sueño reparador.</li> </ul> </td> </tr> </table> <p><b>Registro en la historia clínica.</b></p>	<p>Factores agravantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frío.</li> <li>- Tiempo húmedo.</li> <li>- Inactividad o exceso de actividad.</li> <li>- Estrés mental.</li> <li>- Estrés físico.</li> <li>- Sueño no reparador.</li> </ul>	<p>Factores aliviantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Calor.</li> <li>- Tiempo seco.</li> <li>- Actividad física moderada.</li> <li>- Relajación.</li> <li>- Descanso.</li> <li>- Sueño reparador.</li> </ul>
<p>Factores agravantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frío.</li> <li>- Tiempo húmedo.</li> <li>- Inactividad o exceso de actividad.</li> <li>- Estrés mental.</li> <li>- Estrés físico.</li> <li>- Sueño no reparador.</li> </ul>	<p>Factores aliviantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Calor.</li> <li>- Tiempo seco.</li> <li>- Actividad física moderada.</li> <li>- Relajación.</li> <li>- Descanso.</li> <li>- Sueño reparador.</li> </ul>		
4 / D [1-2]	<p><b><u>Valorar el impacto de la FM en la calidad de vida y clasificar a los pacientes para decisión terapéutica: Médico de familia o Enfermera de AP</u></b></p> <p>Es importante conocer el impacto global de la FM en la calidad de vida para establecer prioridades terapéuticas. Se recomienda utilizar el Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) validado en castellano (Cuestionario de impacto de la Fibromialgia (CIF)) (<b>Anexo 5</b>) [7], que cuantifica subjetivamente el impacto global de la FM durante la última semana. Lo hace de forma multidimensional sobre la percepción del dolor, la rigidez, la fatiga, la ansiedad y la depresión, así como la capacidad laboral. Es un instrumento sencillo, rápido (aproximadamente 3 minutos) y puede autoadministrarse.</p> <p>Recientemente, utilizando la puntuación total del FIQ, se han establecido tres intervalos de gravedad del impacto de la FM [8], que aunque no están validados en nuestra población pueden servir de guía para el clínico:</p> <p>Impacto leve: &lt;39 Impacto moderado: ≥ 39 hasta &lt;59 Impacto grave: ≥ 59</p> <p><b>Registro en la historia clínica.</b></p>		
* [9-13]	<p><b><u>Valorar factores psicológicos que influyen sobre la FM: Médico de familia o Enfermera de AP</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad y depresión: escala hospitalaria de ansiedad y depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)) [9, 10, 11] (<b>Anexo 6</b>).</li> <li>- Catastrofismo: escala para valorar el pensamiento catastrofista ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) [12] (<b>Anexo 7</b>).</li> <li>- Percepción de autoeficiencia: escala de autoeficacia en dolor crónico (Chronic Pain Self-efficacy Scale) [13] (<b>Anexo 8</b>).</li> </ul> <p><b>Registro en la historia clínica.</b></p>		
4 / D [1, 2]	<p><b><u>Derivar al paciente a otros profesionales para abordaje específico: Médico de familia</u></b></p> <p><b>Ver criterios de interconsulta.</b></p>		



**Actuaciones**

GR	Actividad
4 / D [1]	<p><b>Valorar al paciente: Reumatólogo</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. En la recepción del paciente, deben estar disponibles:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) El documento de derivación en el que consten los datos de filiación actualizados, antecedentes personales, y un resumen de la anamnesis, exploración, pruebas complementarias solicitadas, juicio clínico de presunción y tratamientos efectuados.</li> <li>b) Las pruebas complementarias previamente realizadas.</li> </ol> </li> <li>2. Si se realiza el diagnóstico de otras patologías reumáticas, se prescribirá el tratamiento específico e indicará el plan de seguimiento.</li> <li>3. En caso de confirmación diagnóstica de FM se realizará:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Clasificación según FIQ / CIF para decisión terapéutica (<b>Anexo 5</b>).</li> <li>b) Información, que puede ser oral o escrita, adaptada al paciente sobre la FM (<b>Anexo 9</b>), evitando dramatizar la información y recurriendo a mensajes positivos.</li> <li>c) Prescripción individualizada del tratamiento, en función de la clasificación del impacto de la FM (cuestionario FIQ/CIF), que se realizará de forma progresiva e informando correctamente al paciente sobre las ventajas y desventajas de las distintas opciones terapéuticas (<b>Ver subproceso plan terapéutico y plan de cuidados</b>).</li> <li>d) Derivación a la enfermera de la consulta de Reumatología para plan de cuidados (<b>Ver subproceso plan terapéutico y plan de cuidados</b>).</li> <li>e) Emisión de informe clínico, con indicaciones precisas del manejo del paciente para seguimiento en Atención Primaria.</li> </ol> </li> </ol> <p><b>Registro en la historia clínica.</b></p>
4 / D [1]	<p><b>Valorar al paciente: Fisioterapeuta de AP</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El paciente será remitido por el médico de familia o por los distintos profesionales participantes en el proceso cuando lo consideren necesario para valoración e intervención fisioterápica.</li> <li>2. Se realizará valoración en todos los casos del:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Balance articular.</li> <li>b) Balance muscular.</li> </ol> </li> <li>3. El programa terapéutico debe cumplir los siguientes criterios:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Tratamiento individualizado y adaptado al paciente.</li> <li>b) Requiere la participación activa del paciente.</li> <li>c) Es sintomático.</li> <li>d) El objetivo es paliar el dolor y mejorar la capacidad funcional.</li> <li>e) Realización de pautas específicas para adquirir patrones de movimiento adecuados.</li> </ol> </li> <li>4. Intervención fisioterápica.</li> <li>5. Emisión de informe clínico al profesional que derivó al paciente con indicaciones precisas del manejo del mismo para su seguimiento.</li> </ol> <p><b>Registro en la historia clínica.</b></p>





Actuaciones	
GR	Actividad
4 / D [1]	<p><b>Valorar al paciente: Rehabilitador</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacientes en los que haya que valorar la aplicación de rehabilitación al ejercicio, sólo en casos especiales:           <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Fracaso en el programa de ejercicios de AP.</li> <li>b) Grado de FM o descondicionamiento tan avanzados (nivel sintomático alto) que hacen imposible el aprendizaje y realización de ejercicio en AP. Las contraindicaciones para realizar ejercicio son:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absolutas: IAM (3-5 días), angina inestable, arritmias no controladas, endocarditis activa, miocarditis o pericarditis aguda, estenosis aórtica severa sintomática, fallo cardíaco incontrolado, embolismo pulmonar agudo o infarto pulmonar, trastorno agudo tipo no cardíaco que se agrave con el ejercicio (pe: infección, fallo renal, tirotoxicosis), trombosis de MMII.</li> <li>• Relativas: estenosis de la arteria coronaria izquierda o su equivalente, estenosis valvular cardíaca moderada, alteraciones electrolíticas, hipertensión arterial severa no controlada, anemia, hipertensión pulmonar, taquiarritmias o bradiarritmias, cardiomiopatía hipertrófica, bloqueo AV grave, trastorno mental que inhabilite la cooperación.</li> </ul> </li> <li>c) Pacientes con contraindicación absoluta al tratamiento farmacológico, y remitidas por el Reumatólogo o Médico de Familia.</li> <li>d) Pacientes con discapacidad avanzada que requieren apoyo especializado para hacer frente a las actividades de la vida cotidiana. Se valorará indicación de tratamiento de terapia ocupacional.</li> </ol> </li> <li>2. La valoración del paciente incluirá:           <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Anamnesis del dolor, de la capacidad funcional y del impacto del proceso sobre la calidad de vida del paciente mediante el cuestionario FIQ (<b>Anexo 5</b>).</li> <li>b) Exploración clínica: balance articular, muscular y exploración de puntos fibromiálgicos.</li> <li>c) Valoración de las pruebas complementarias realizadas (radiología, analítica) e indicación de pruebas complementarias adicionales, si fuese necesario: TC, RM, etc.</li> <li>d) Valoración de la comorbilidad para establecer las particularidades del tratamiento, terapia ocupacional, ayudas técnicas, etc.</li> <li>e) Confirmación de que el paciente conoce su enfermedad y recibe y maneja adecuadamente las medidas terapéuticas habituales.</li> </ol> </li> <li>3. Se informará al paciente y la familia de forma clara y comprensible sobre las características de la enfermedad (cronicidad), así como de los objetivos del tratamiento y de las expectativas razonables a esperar del mismo (entrenamiento al ejercicio y, en su caso, tratamiento fisioterápico).</li> <li>4. Se establecerá un plan terapéutico individualizado según las necesidades del paciente:           <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Indicación del tipo de entrenamiento al ejercicio a aplicar, dentro de un programa de readaptación a la vida cotidiana (<b>Anexo 11</b>).</li> <li>b) La indicación de terapia ocupacional puede ser de ayuda en caso de gran limitación del paciente para las actividades de la vida diaria (AVD).</li> <li>c) Valoración de los aspectos socioeconómicos del paciente y la familia. Remitir al trabajador social si se detecta un problema específico.</li> </ol> </li> <li>5. Emisión de informe clínico al profesional que derivó al paciente con indicaciones precisas del manejo del mismo para su seguimiento.</li> </ol> <p><b>Registro en la historia clínica.</b></p>





Actuaciones	
GR	Actividad
4 / D [1]  1++ / A [14]	<p><b>Valorar al paciente: Psicólogo/Psiquiatra</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El paciente será remitido para valoración e intervención psicológica cuando padezca un fuerte estado de ansiedad, nerviosismo, incapacidad manifiesta para hacer frente adecuadamente a la enfermedad e importante desajuste vital (emocional, relacional y social).</li> <li>2. Se debe garantizar que si se percibe malestar psicológico importante pueda ser valorado antes de 30 días.</li> <li>3. La actuación psicológica forma parte del tratamiento integral que se le ofrece al paciente: farmacológico, planes de cuidados, ejercicio, etc.</li> <li>4. Se realizará evaluación psicológica:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Anamnesis que recoja puntual y minuciosamente las quejas sobre el dolor, percepción del mismo, estado de ánimo, índices de depresión y ansiedad como factores independientes.</li> <li>b) Detectar los factores que puedan influir en la percepción y el manejo del dolor.</li> <li>c) Estado emocional del paciente: niveles de ansiedad, depresión, etc.</li> <li>d) Valoración de la situación psicosocial: familia, allegados, etc.</li> <li>e) Capacidades de afrontamiento del paciente. Locus de control.</li> <li>f) Expectativas de autoeficacia.</li> </ol> </li> <li>5. Tratamiento:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Los psicólogos del programa de FM deben estar entrenados en la batería de técnicas derivadas de la psicología cognitivo-conductual que han demostrado capacidad de mejorar la percepción de dolor, el cansancio y el estado de ánimo (1++ / A) [14].</li> <li>b) El tratamiento debe basarse en una información veraz, amplia y exenta de dramatismo, sobre la importancia del control de la enfermedad por parte del paciente, la adherencia al tratamiento, el buen pronóstico que tiene el locus de control interno y que el núcleo familiar se involucre en la comprensión y el tratamiento del paciente.</li> <li>c) Los tratamientos sobre los que existe evidencia de su efectividad son:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapias cognitivo-conductuales</li> <li>• Educación a través de materiales específicos</li> <li>• Combinación de los dos anteriores y ejercicio físico adecuado</li> <li>• Grupos de apoyo</li> <li>• Entrenamiento en manejo de la percepción de control y competencia percibida</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>6. Una vez concluidas las sesiones de trabajo que se le han prescrito, si la mejoría es suficiente y manifiesta, se remitirá con informe al facultativo que derivó al paciente. El tratamiento podrá ser suspendido cuando el paciente pida el alta voluntariamente, cuando no se ajuste a las pautas de trabajo y no existan razones justificadas, o cuando sea llevado de forma parcial e inconstante por falta de interés del paciente.</li> </ol> <p><b>Registro en la historia clínica.</b></p>
<b>SUBPROCESO PLAN TERAPÉUTICO Y PLAN DE CUIDADOS</b>	
4 / D [1, 15, 16]	<p><b>Informar al paciente y su familia/cuidador: Médico de familia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La información inicial que se le proporciona al paciente y la toma de decisiones conjunta con el mismo son un elemento básico del manejo de la FM.</li> <li>- La entrega de material impreso puede ayudar en la participación del paciente en los autocuidados y el logro de los objetivos.</li> <li>- Los puntos sobre los que se debe informar de la FM son: qué es, que se conoce de ella, que la produce, qué síntomas produce, cómo se diagnostica, en qué consiste el tratamiento y cuál es su pronóstico. Es necesario adaptar la información al nivel cultural del paciente, intentando desdramatizar y recurriendo a mensajes positivos (<b>Anexo 9</b>).</li> </ul> <p><b>Registro en la historia clínica.</b></p>

Actuaciones	
GR	Actividad
4 / D [1]	<p><b><u>Derivar a la enfermera para plan de cuidados: Médico de familia</u></b></p> <p><b>Ver Anexo 11.</b></p>
4 / D [17, 18, 19] 1++ / A [20, 21, 22, 23]	<p><b><u>Pautar plan terapéutico: Médico de familia</u></b></p> <p>Los objetivos de la atención a personas con FM son el alivio de los síntomas (ya que no se conoce su etiología) y el mantenimiento de la capacidad funcional y de la calidad de vida, así como aumentar la capacidad de afrontar la enfermedad y mejorar el bienestar psicológico.</p> <p>El tratamiento óptimo requiere una estrategia multidisciplinar y con una combinación de modalidades terapéuticas no farmacológicas y farmacológicas individualizadas según la intensidad del dolor, la función y las características asociadas como la depresión, la fatiga y los trastornos del sueño, analizadas con el paciente (4 / D) [17].</p> <p>Manejo escalonado en función del grado de afectación (4 /D) [17, 18, 19]:</p> <p>Leve (FIQ/CIF&lt;39):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejercicio aeróbico de bajo impacto o programas mixtos de ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento muscular (1++ / A) [20, 21] <b>(Anexo 11)</b>.</li> <li>- Tratamiento farmacológico: en función de la sintomatología predominante <b>(Anexo 12)</b>.</li> </ul> <p>Moderada (FIQ/CIF: &gt; 39 hasta &lt; 59):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejercicio aeróbico supervisado de bajo impacto o programas mixtos de ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento muscular (1++ / A) [20, 21] <b>(Anexo 11)</b>.</li> <li>- Terapia cognitivo-conductual y conductual operante (1++ / A) [22, 23].</li> <li>- Tratamiento farmacológico: en función de la sintomatología predominante <b>(Anexo 12)</b>.</li> </ul> <p>Severa (FIQ/CIF&gt;59): derivar a Atención Especializada valorando un tratamiento multidisciplinar.</p> <p><b>Registro en la historia clínica.</b></p>
4 / D [1]	<p><b><u>Implementar plan de cuidados: Enfermera de AP y de AE (consulta de Reumatología)</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informar al paciente sobre las actividades a desarrollar. Cuando el paciente no sea tributario de plan de cuidados grupal se realizará un abordaje individualizado.</li> <li>2. Asignar al paciente a un Grupo de Ayuda Mutua (GAM). Inicialmente pueden reunirse en alguna sala del propio centro de salud, pero posteriormente conviene que lo hagan fuera de él (recursos comunitarios), con la finalidad de "desmedicalizar" la situación y de que pueda servir para que los pacientes "despeguen" en la creación de asociaciones propias.</li> <li>3. Desarrollo del programa de FM:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Coordinado por la enfermera.</li> <li>b) Número de personas aconsejado para cada grupo: entre 10 y 20.</li> <li>c) Las actividades a realizar serán <b>(Anexo 13)</b>:</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación para la salud: los programas educativos tienen como objetivo la mejora en el afrontamiento del proceso, en la autoeficacia y las conductas de salud y por ello en la calidad de vida. El número de sesiones aconsejado oscila entre 10 y 20, de una hora de duración, 2 días a la semana, en horario adecuado a las necesidades del grupo. Incluye información sobre:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qué es la FM.</li> <li>- Medidas no farmacológicas que favorezcan el alivio del dolor, importancia del ejercicio físico, y consejo ergonómico.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ol>



Actuaciones	
GR	Actividad
4 / D [1]	<p><b><u>Implementar plan de cuidados: Enfermera de AP y de AE (consulta de Reumatología) (continuación)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rol de la mujer en el entorno social. Cambio de actitudes.</li> <li>- Información sobre aspectos emocionales inherentes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Depresión</li> <li>✓ Ansiedad, tristeza, llanto...</li> <li>✓ Estrategia de afrontamiento del dolor</li> <li>✓ Resolución de conflictos y fracasos</li> <li>✓ Control de ideas irracionales</li> <li>✓ Autoestima</li> </ul> </li> <li>- Importancia del asociacionismo en la vida de las personas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Importancia del grupo</li> <li>✓ Compartir sentimientos</li> <li>✓ Abordaje de situaciones</li> <li>✓ Adhesión al tratamiento</li> </ul> </li> </ul> <p>• El ejercicio físico se puede realizar en sesiones de 30 a 60 minutos (2-4 veces/semana), fundamentalmente de tipo aeróbico, ajustando la progresión de forma individual (<b>Anexo 11</b>).</p> <p>4. Información sobre la disponibilidad de los recursos sanitarios (trabajador social, psicólogo, fisioterapeuta, especialistas, etc.) y de la comunidad, de los que se puedan beneficiar.</p> <p>5. Evaluación del nivel sintomático de cada uno de los componentes del grupo al finalizar el programa mediante el cuestionario FIQ / CIF (<b>Anexo 5</b>).</p> <p><b>Registro en la historia clínica.</b></p>
<b>SUBPROCESO SEGUIMIENTO</b>	
4 / D [1]	<p><b><u>Evaluar el estado de salud y la adherencia al tratamiento de los pacientes para actualizar el plan terapéutico: Médico de familia y enfermera de AP</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorar la clínica del paciente y su calidad de vida con el cuestionario FIQ / CIF, el cual indicará si el paciente sigue en el mismo grupo de clasificación o no.</li> <li>- Valorar la adherencia al tratamiento.</li> <li>- Valorar si el plan terapéutico sigue siendo el mismo o se tiene que modificar en función de las anteriores valoraciones.</li> </ul> <p><b>Registro en la historia clínica.</b></p>
4 / D [1]	<p><b><u>Derivar a Atención Especializada cuando se cumplan los criterios de derivación especificados: Médico de familia</u></b></p> <p><b>Ver criterios de derivación.</b></p> <p><b>Registro en la historia clínica.</b></p>





## Actuaciones

GR	Actividad
4 / D [1]	<p><b><u>Seguir la evolución del paciente con FM: Rehabilitador o Fisioterapeuta de AP</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Control y evolución del tratamiento instaurado.</li><li>2. Elaboración del informe para el Médico de Familia con indicación de la situación clínica del paciente y valoración funcional mediante escala FIQ / CIF (<b>Anexo 5</b>) y el tratamiento realizado.</li><li>3. Indicar pautas de cuidados, plan de ejercicio para continuidad y seguimiento de los mismos en Atención Primaria.</li><li>4. Coordinación y comunicación entre los profesionales de distintos niveles ante determinadas situaciones clínicas que se produzcan en el manejo del paciente.</li></ol> <p><b>Registro en la historia clínica.</b></p>





### Criterios de interconsulta

**DERIVACIÓN AL REUMATÓLOGO:** cuando exista:

- Duda diagnóstica [1, 2].
- Comorbilidad [1].
- Alteraciones analíticas indicativas de enfermedad inflamatoria articular [2].
- Paciente menor de 18 años o mayor de 70 años [2].
- Grado de afectación severo, para orientación terapéutica [1].
- Falta de control por el médico de familia después de un tratamiento básico recomendado, con progresión de los síntomas.

**DERIVACIÓN AL REHABILITADOR [1]:** en aquellos pacientes en los que haya que valorar la aplicación de rehabilitación al ejercicio en casos especiales:

- Fracaso en el programa de ejercicios de AP.
- Comorbilidad que dificulte la realización de programas de ejercicio.
- Nivel sintomático alto, para orientación terapéutica.

**DERIVACIÓN AL PSICÓLOGO / PSIQUIATRA [1]:** cuando exista:

- Fuerte estado de ansiedad y/o nerviosismo.
- Incapacidad manifiesta para hacer frente adecuadamente a la enfermedad.
- Importante desajuste vital (emocional, relacional y social).

**DERIVACIÓN AL FISIOTERAPÉUTA [1]:** cuando:

- Se necesite orientación terapéutica.
- El Médico de Familia u otro profesional sanitario lo considere necesario.

**DERIVACIÓN A LA UNIDAD DEL DOLOR:** cuando exista un nivel sintomático alto en el que no se pueda controlar el dolor.

La derivación se realizará acompañada de un informe detallado en el que se incluyan [1]:

- ✓ Correcta identificación del médico solicitante.
- ✓ Datos de filiación del paciente.
- ✓ Anamnesis.
- ✓ Exploración.
- ✓ Pruebas complementarias realizadas.
- ✓ Juicio diagnóstico.
- ✓ Tratamiento prescrito.
- ✓ Motivo de la remisión.







## Referencias (Fuentes, Bibliografía de referencia)

- [1] Caraballo Daza M, Berral de la Rosa FJ, Brandi de la Torre JM, Campos Sánchez S, Cejudo Ramos MP, Galiano Orea D, Jaenes Sánchez JC, Montañón Alonso A, Romero García MP. **Proceso Asistencial Integrado: Fibromialgia**. Sevilla: Consejería de Salud; 2005. Editado por la Junta de Andalucía. Depósito legal: S-1348-2005.
- [2] Boix Pujol D, Camps Doménech M, de Castro Palomino M, Faixedas Brunsoms MT, Garabieta Urquiza F, Garcia-Bragado Dalmau F, Gelado Ferrero MJ, Giró Robert C, Muxí Vellalta P, Pagès Ferrés S, Peruga Pascau C, Rallo Sancho A, Riera Matute G, Sieira Ribot A, Torrent Goñi S, Vidal Nòria A. **Guía de la Fibromiàlgia**. Girona: Departament de Salut; 2010. Editado por la Generalitat de Catalunya.
- [3] Atxutegi Basogoiti G, Collado Cruz A, Fernández de la Mota E, González-Escalada Castellón JR, López Aldeguer J, Marijuán Fernández V, Puime Montero P, Puerto Barrio AM. **Fibromialgia**. Madrid: Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud; 2003. Editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Depósito legal: M-51535-2003.
- [4] Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL et al. **The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia**. *Arthritis Rheum*. 1990;33:160-72.
- [5] Ablin K, Clauw DJ. **From fibrositis to functional somatic syndromes to a bell-shaped curve of pain and sensory sensitivity: evolution of a clinical construct**. *Rheum Dis Clin N Am*. 2009; 35: 233-51.
- [6] Yunus M. **Evaluación Médica integral de los pacientes con síndrome fibromiálgico**. *Rheum Dis Clin N Am* (Edición española). 2002; 2: 173-178
- [7] Esteve-Vives J, Rivera J, Salvat MI, de Gracia M, Alegre C. Propuesta de una versión de consenso del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) para la población española. *Reumatología Clínica*. 2007;3(1):21-24.
- [8] Bennet R, Bushmakín A, Cappelleri J, Zlateva G, Sadosky A. **Minimal clinically important difference in the fibromyalgia impact questionnaire**. *J Rheumatol*. 2009;36(6):1304-11.
- [9] Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pinro L, Bulbena A. **A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population**. *Gen Hosp Psych*. 2003;25: 277-83.
- [10] López-Roig S, Terol MC, Pastor MA, et al. **Ansiedad y Depresión. Validación de la Escala HAD en pacientes oncológicos**. *Revista de Psicología de la Salud*. 2000;2(12):127-57.
- [11] Terol MC, López-Roig S, Rodríguez-Marín J, Martín-Aragón M, Pastor MA, Reig MT. **Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en población española**. *Ansiedad y Estrés*. 2007;13(2-3):163-76.
- [12] García Campayo J, Rodero B, Alda M, Sobradíel N, Montero J, Moreno S. **Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia**. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:487-93.
- [13] Martín-Aragón M, Pastor MA, Rodríguez-Marín J, March MJ, Lledó A, López-Roig S, Terol MC. **Percepción de Autoeficacia en dolor crónico. Adaptación y Validación de la Chronic Pain Self-efficacy Scale**. *Revista de Psicología de la Salud*. 1999;11(1-2):53-75.
- [14] University of Texas, School of Nursing, Family Nurse Practitioner Program. **Management of fibromyalgia syndrome in adults**. Austin (TX): University of Texas, School of Nursing; 2009 May. 14 p.
- [15] Burckhardt CS. **Educating patients: self-management approaches**. *Disabil Rehabil*. 2005;27(12):703-9.
- [16] Hauser W, Arnold B, Eich W, Flügge C, Henningsen P, Herrmann M, et al. **Management of fibromyalgia syndrome - an interdisciplinary evidence-based guideline**. *GMS German Medical Science*. 2009;6:ISSN 1612-3174. Available from: <http://www.egms.de/pdf/gms/2008-6/000059.pdf>
- [17] Burckhardt CS, Goldenberg D, Crofford L, Gerwin R, Gowans S, Kackson, et al. **Guideline for the management of fibromyalgia syndrome. Pain in adults and children**. *APS Clinical Practice Guideline Series No. 4*. Glenview, IL: American Pain Society; 2005.
- [18] Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, et al. **EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome**. *Annals of Rheumatic Diseases*. 2008;67:536-41.
- [19] Häuser W, Eich W, Herrmann M, Nutzinger DO, Schiltenswolf M, Henningsen P. **Fibromyalgia syndrome: classification, diagnosis, and treatment**. *Dtsch Arztebl Int*. 2009;106:383-91.
- [20] Busch AJ, Barber KA, Overend TJ, Peloso PM, Schachter CL. **Exercise for treating fibromyalgia syndrome**. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(4):CD003786.





- [21] Häuser W, Klose P, Langhorst J, Moradi B, Steinbach M, Schiltenswolf M, Busch A. **Efficacy of different types of aerobic exercise in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials.** *Arthritis Res Ther.* 2010 May 10;12(3):R79.
- [22] Bernardy K, Füber N, Köllner V, Häuser W. **Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapies in Fibromyalgia Syndrome - A Systematic Review and metaanalysis of Randomized Controlled trials.** *J Rheumatol.* 2010;37(10):1-15, doi:10.3899/jrheum.100104
- [23] Glombiewski JA, Sawyer AT, Gutermann J, Koenig K, Rief W & Hofmann. **Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis.** *Pain.* 2010 Nov;151(2):280-95, doi:10.1016/j.pain.2010.06.011
- [24] Mas AJ, Carmona L, Valverde M, Ribas B; EPISER Study Group. Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clin Exp Rheumatol.* 2008;26(4):519-26.
- [25] Tofferi JK, Jackson JL, O'Malley PG. **Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine: a meta-analysis.** *Arthritis Rheum.* 2004;51:9-13.
- [26] Arnold LM, Hess EV, Hudson JI, Welge JA, Berno SE, Keck PE Jr. **A randomized, placebo-controlled, double-blind, flexible-dose study of fluoxetine in the treatment of women with fibromyalgia.** *Am J Med.* 2002;112(3):191-97.
- [27] Russell IJ, Kamin M, Bennett RM, Schnitzer TJ, Green JA, Katz WA. **Efficacy of Tramadol in Treatment of Pain in Fibromyalgia.** *J Clin Rheumatol.* 2000;6(5):250-57.
- [28] Biasi G, Manca S, Manganelli S, Marcolongo R. **Tramadol in the fibromyalgia syndrome: a controlled clinical trial versus placebo.** *Int J Clin Pharmacol Res.* 1998;18(1):13-9.
- [29] Arnold LM, Goldenberg DL, Stanford SB et al. **Gabapentin in the treatment of fibromyalgia. A randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial.** *Arthritis Rheum.* 2007;56(4):1336-44.
- [30] Holman AJ, Myers RR. **A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pramipexole, a dopamine agonist, in patients with fibromyalgia receiving concomitant medications.** *Arthritis Rheum.* 2005;52(8):2495-05.
- [31] Russell IJ, Perkins AT, Michalek JE; Oxybate SXB-26 Fibromyalgia Syndrome Study Group. **Sodium oxybate relieves pain and improves function in fibromyalgia syndrome: a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter clinical trial.** *Arthritis Rheum.* 2009;60(1):299-309.
- [32] Bennett RM, Clark SC, Walczyk J. **A randomized, double-blind, placebo-controlled study of growth hormone in the treatment of fibromyalgia.** *Am J Med.* 1998 Mar;104(3):227-31.
- [33] Skrabek RQ, Galimova L, Ethans K, Perry D. **Nabilone for the treatment of pain in fibromyalgia.** *J Pain.* 2008;9(2):164-73.
- [34] Gür A, Karakoç M, Nas K, Cevik R, Sarac J, Ataoglu S. **Effects of low power laser and low dose amitriptyline therapy on clinical symptoms and quality of life in fibromyalgia: a single-blind, placebo-controlled trial.** *Rheumatol Int.* 2002;22(5):188-93.
- [35] Gür A, Karakoç M, Nas K, Cevik R, Sarac J, Demir E. **Efficacy of low power laser therapy in fibromyalgia: a single-blind, placebo-controlled trial.** *Lasers Med Sci.* 2002;17(1):57-61.
- [36] Gur A. **Physical therapy modalities in management of fibromyalgia.** *Curr Pharm Des.* 2006;12(1):29-35.
- [37] Armagan O, Tascioglu F, Ekim A, Oner C. **Long-term efficacy of low level laser therapy in women with fibromyalgia: a placebo-controlled study.** *J Back Musculoskeletal Rehabil.* 2006;19:135-40.
- [38] Brockow T, Wagner A, Franke A, Offenbacher M, Resch KL. **A randomized controlled trial on the effectiveness of mild water-filtered near infrared whole-body hyperthermia as an adjunct to a standard multimodal rehabilitation in the treatment of fibromyalgia.** *Clin J Pain.* 2007;23(1):67-75.
- [39] Löfgren M, Norrbrink C. **Pain relief in women with fibromyalgia: a cross-over study of superficial warmth stimulation and transcutaneous electrical nerve stimulation.** *J Rehabil Med.* 2009;41(7):557-62.
- [40] Colbert AP, Markov MS, Banerji M, Pilla AA. **Magnetic mattress pad use in patients with fibromyalgia: a randomized double-blind pilot study.** *J Back Musculoskeletal Rehabil.* 1999;13:19-31.
- [41] Alfano AP, Taylor AG, Foresman PA, Dunkl PR, McConnell GG, Conaway MR et al. **Static magnetic fields for treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial.** *J Altern Complement Med.* 001;7:53-64.
- [42] Thomas AW, Graham K, Prato FS, McKay J, Forster PM, Moulin DE, Chari S. **A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial using a low-frequency magnetic field in the treatment of musculoskeletal chronic pain.** *Pain Res Manag.* 2007;12(4):249-58.







- [43] Shupak NM, McKay JC, Nielson WR, Rollman GB, Prato FS, Thomas AW. **Exposure to a specific pulsed low-frequency magnetic field: a double-blind placebocontrolled study of effects on pain ratings in rheumatoid arthritis and fibromyalgia patients.** Pain Res Manag. 2006;11(2):85-90.
- [44] Sutbeyaz ST, Sezer N, Koseoglu F, Kibar S. **Low-frequency pulsed electromagnetic field therapy in fibromyalgia: a randomized, double-blind, sham-controlled clinical study.** Clin J Pain. 2009;25(8):722-28.
- [45] Fregni F, Gimenez R, Valle AC, Ferreira MJ, Rocha RR, Natalle L, et al. **A randomized, sham-controlled, proof of principle study of transcranial direct current stimulation for the treatment of pain in fibromyalgia.** Arthritis Rheum. 2006;54(12):3988-98.
- [46] Roizenblatt S, Fregni F, Gimenez R, Wetzel T, Rigonatti SP, Tufik S, et al. **Sitespecific effects of transcranial direct current stimulation on sleep and pain in fibromyalgia: a randomized, sham-controlled study.** Pain Pract. 2007;7(4):297-06.
- [47] Ernst E. **Chiropractic treatment for fibromyalgia: a systematic review.** Clin Rheumatol. 2009; 28:1175-8.
- [48] Mayhew E, Ernst E. **Acupuncture for fibromyalgia - a systematic review of randomized clinical trials.** Rheumatology (Oxford). 2007;46(5):801-4.
- [49] Martin-Sanchez E, Torralba E, Díaz-Domínguez E, Barriga A, Martin JL. **Efficacy of acupuncture for the treatment of fibromyalgia: systematic review and meta-analysis of randomized trials.** Open Rheumatol J. 2009;3:25-9.
- [50] Langhorst J, Klose P, Musial F, Irnich D, Häuser W. **Efficacy of acupuncture in fibromyalgia syndrome - a systematic review with a meta- analysis of controlled clinical trials.** Rheumatology (Oxford). Epub 2010 Jan 25.
- [51] Perry R, Terry R, Ernst E. **A systematic review of homoeopathy for the treatment of fibromyalgia.** Clin Rheumatol. Epub 2010 Jan 23.
- [52] Consejería de Salud. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. **Tratamiento de la Fibromialgia mediante Ozonoterapia.** Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es>
- [53] Astin JA, Berman BM, Bausell B, Lee WL, Hochberg M, Forys KL. **The efficacy of mindfulness meditation plus Qigong movement therapy in the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial.** J Rheumatol. 2003;30:2257-62.
- [54] Assefi N, Bogart A, Goldberg J, Buchwald D. **Reiki for the treatment of Fibromyalgia: a randomized controlled trial.** J Altern Complement Med. 2008;14(9):1115-22.
- [55] Wang C, Schmid CH, Rones R, et al. **A randomized trial of tai chi for fibromyalgia.** N Engl J Med. 2010;363:743-54.
- [56] Hall A, Maher C, Latimer J, Ferreira M. **The effectiveness of Tai Chi for chronic musculoskeletal pain conditions: a systematic review and meta-analysis.** Arthritis Rheum. 2009;61:717-24.
- [57] Thieme K, Gracely RH. **Are psychological treatments effective for fibromyalgia pain?** Current Rheumatol Reports. 2009;11:443-50.

## Organización

### Responsable del proceso

AP: Médico de familia, Enfermera y Fisioterapeuta de AP.  
AE: Reumatólogo, Enfermera de la consulta de Reumatología, Rehabilitador y Psicólogo / Psiquiatra de la Unidad de Salud Mental.

### Participantes en el proceso

Administrativo AP y AE  
Médico de familia  
Enfermera de AP  
Fisioterapeuta de AP  
Reumatólogo  
Enfermera de la consulta de Reumatología  
Rehabilitador  
Psicólogo / Psiquiatra de la Unidad de Salud Mental

### Adecuaciones organizativas

No se precisan cambios en la organización habitual, excepto que es muy recomendable poner en marcha los **grupos de ayuda mutua (GAM) en los equipos de AP**. Se trata de realizar una intervención grupal destinada especialmente a los pacientes con diagnóstico reciente de FM y ha de ser dirigido por la enfermera y el fisioterapeuta de AP. Tiene como objetivos:

- ✓ Ofrecer educación sanitaria sobre la enfermedad.
- ✓ Promover conductas generadoras de salud.
- ✓ Fomentar mecanismos de educación postural.
- ✓ Orientar sobre actividades adecuadas al estado de los pacientes.
- ✓ Fomentar y facilitar el diálogo entre los miembros del grupo para expresar sus sentimientos, sus vivencias y los sufrimientos personales.
- ✓ Ofrecer soporte y potenciar la autoestima.
- ✓ Informar al paciente y orientarlo sobre aspectos que le ayuden a mejorar la calidad de vida (actividades culturales, de ocio, deportes...).
- ✓ Informar sobre la existencia de diferentes asociaciones de FM.
- ✓ Convidar a las familias para informarles y orientarles sobre los diferentes aspectos que puedan facilitar la relación y la convivencia con personas afectadas por esta enfermedad, para facilitar el diálogo familiar.

### Procesos de soporte relacionados

Laboratorio  
Radiología  
Farmacia  
Informática  
Atención al usuario



## Anexos:

### ANEXO 1: NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN DE SIGN

#### Niveles de evidencia

- 1++ Metanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
- 1+ Metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
- 1- Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
- 2++ Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
- 2+ Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
- 2- Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
- 3 Estudios no analíticos, como informes de casos, series de casos o estudios descriptivos.
- 4 Opinión de expertos.

#### Grado de recomendación

- A Al menos un metanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado con 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
- B Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+.
- C Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2++.

#### Buena práctica clínica

- √\* Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

\* En ocasiones el grupo elaborador se percata de algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual no existe, probablemente, ninguna evidencia que lo soporte. En general estos casos tienen que ver con algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que nadie cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica. Estos mensajes no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia, sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.



## **ANEXO 2: CLÍNICA DE LA FIBROMIALGIA**

### Síntomas propios del proceso:

- Dolor musculoesquelético (no articular) generalizado, difuso y crónico.
- Dolor en zonas sensibles desencadenado por la presión selectiva.

### Síntomas típicos:

- Fatigabilidad excesiva.
- Dolor muscular desencadenado por pequeños esfuerzos.
- Sueño de mala calidad con sensación de no descanso.
- Sensación subjetiva de tumefacción articular y de partes blandas, así como rigidez matutina que no se puede evidenciar en la exploración física.

### Síntomas y patologías asociadas:

- Colon irritable.
- Cefalalgia tensional, migraña.
- Dolor facial.
- Dolor temporomandibular.
- Síndrome premenstrual, dismenorrea.
- Urgencia miccional.
- Sequedad de mucosas.
- Fenómeno de Raynaud.
- Parestesias y disestesias cutáneas.
- Trastornos del estado de ánimo: depresión, ansiedad y mixtos.
- Trastornos cognitivos: dificultades de atención, memoria y concentración.
- Aumento de la sensibilidad a los efectos secundarios de los fármacos.
- Síndrome de las piernas inquietas.
- Dolor pélvico crónico.
- Palpitaciones.
- Inestabilidad cefálica.

### Factores agravantes:

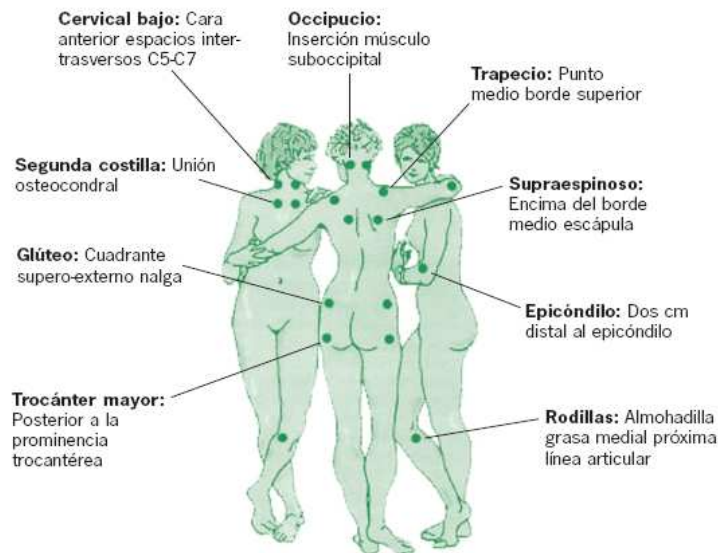
- Dificultades para dormir.
- Falta de preparación física o descondicionamiento aeróbico.
- Alteraciones posturales.
- Factores ambientales: temperaturas extremas, humedad, ruidos.
- Factores ocupacionales.
- Sobrecarga física.
- Factores psicológicos: estrés, ansiedad, depresión, dificultad en las estrategias para afrontar la situación.
- Enfermedades concomitantes: artritis, neuritis, hipotiroidismo, etc.

**Fuente: [2]**

### ANEXO 3: LOCALIZACIÓN DE LOS PUNTOS DOLOROSOS EN LA FIBROMIALGIA

Para diagnosticar la FM es necesario comprobar el dolor a la presión de al menos 11 de los 18 puntos, que corresponden a las áreas más sensibles del organismo para estímulos mecánicos o de umbral más bajo:

- Occipucio: en las inserciones de los músculos suboccipitales (entre apófisis mastoides y protuberancia occipital externa).
- Cervical bajo: en la cara anterior de los espacios intertransversos a la altura de C5-C7.
- Trapecio: en el punto medio del borde posterior.
- Supraespinoso: en sus orígenes, por encima de la espina de la escápula, cerca de su borde medial.
- Segunda costilla: en la unión osteocondral.
- Epicóndilo: a 2 cm lateralmente al epicóndilo.
- Glúteo: en el cuadrante supero-externo de la nalga.
- Trocánter mayor: en la parte posterior de la prominencia trocantérea.
- Rodillas: en la almohadilla grasa medial próxima a la línea articular.



Los puntos dolorosos no deben presentar signos inflamatorios. Es aconsejable comparar la sensibilidad de estas áreas con otras de control, como son la uña del pulgar, la frente o el antebrazo, que deberían ser indoloras, aunque las pacientes con FM pueden presentar dolor en otras zonas distintas a las elegidas para el diagnóstico.

La presión digital debe realizarse con una fuerza aproximada de 4 kg que, de forma práctica, suele corresponder al momento en que cambia la coloración subungueal del dedo del explorador. Para que un punto se considere "positivo" el sujeto explorado tiene que afirmar que la palpación es dolorosa. No se considera positiva la palpación sensible. La presión sobre los "puntos dolorosos" debe efectuarse con los dedos pulgar o índice, presionando de forma gradual durante varios segundos, ya que si la presión es excesivamente breve se puede obtener un falso resultado negativo.

La presencia de dolor generalizado junto con el dolor moderado o intenso a la presión en al menos 11 de los 18 puntos valorados, presenta una sensibilidad diagnóstica del 88.4% y una especificidad del 81.1%.

Para diagnosticar la FM infanto-juvenil se recomienda utilizar los mismos criterios clínicos de la FM en personas adultas.

**Fuente: [1]**

#### **ANEXO 4: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA FIBROMIALGIA**

Hay una serie de enfermedades que pueden manifestarse con síntomas similares a los de la FM. La anamnesis y exploración física, valorando las constantes, sistema musculoesquelético (exploración de puntos, fuerza muscular, movilidad, estática, dolor articular o inflamación), sistema nervioso (focalidad neurológica: clonus, hiperreflexia, trastornos de la marcha) y endocrino (signos de disfunción tiroidea), permitirán descartar algunas patologías u orientar el estudio de otras.

Cuando se presenta el cuadro clínico característico de la FM el diagnóstico no ofrece dificultad. Algunas de las patologías que con más frecuencia plantean problemas de diagnóstico diferencial son:

- a) Lupus eritematoso sistémico: poliartritis, afectación sistémica (dermatitis, nefritis), VSG elevada, anticuerpos anti-DNA.
- b) Artritis reumatoide: poliartritis simétrica, VSG elevada, factor reumatoide positivo.
- c) Espondiloartropatías: dolor raquídeo de ritmo inflamatorio.
- d) Esclerosis múltiple: neuritis óptica, hallazgos en resonancia magnética.
- e) Hipotiroidismo: pruebas tiroideas alteradas.
- f) Hiperparatiroidismo: hipercalcemia.
- g) Neuropatías periféricas: evidencias clínicas y electromiográficas.
- h) Alteraciones estructurales mecánicas o degenerativas del raquis: hallazgos radiológicos.
- i) Miopatía (metabólica o inflamatoria): debilidad muscular, enzimas musculares elevadas.
- j) Polimialgia reumática: ancianos, VSG elevada, hinchazón más que dolor, responde bien al tratamiento con corticoides.
- k) Trastornos somatomorfos: síntomas psiquiátricos, puntos dolorosos en cualquier lugar.
- l) Trastorno depresivo mayor: síntomas psiquiátricos.

No hay que olvidar la existencia de efectos secundarios de algunos fármacos como estatinas, esteroides, cimetidina, fibratos o drogas de consumo.

Existen dos entidades, dolor miofascial y síndrome de fatiga crónica, que comparten manifestaciones clínicas similares a la FM pero que presentan criterios diagnósticos específicos, que se resumen a continuación:

#### **Diferencias clínicas de la fibromialgia y el dolor miofascial:**

	<b>FIBROMIALGIA</b>	<b>DOLOR MIOFASCIAL</b>
DOLOR	Generalizado	Localizado
EXPLORACIÓN	Puntos dolorosos fibromiálgicos	Puntos gatillo
CANSANCIO	Prominente	¿?
SEXO	90% mujeres	¿?
EVOLUCIÓN	Crónica	Autolimitada

#### **Criterios diagnósticos para el síndrome de fatiga crónica:**

*Criterios mayores:*

1. Fatiga de nueva aparición en los 6 últimos meses, con la suficiente severidad como para reducir las actividades diarias de la paciente a la mitad de las realizadas en estado premórbido.
2. Exclusión de otra causa cualquiera que pudiera justificar esta condición.

*Criterios menores:*

1. Febrícula: temperatura oral entre 37.5-38.6 o escalofríos.
2. Faringitis.
3. Adenopatías dolorosas cervicales o axilares.
4. Debilidad muscular generalizada.
5. Dolor muscular.
6. Fatiga post ejercicio, de duración mayor de 24 horas.
7. Cefaleas generalizadas.
8. Artralgias migratorias.
9. Trastornos neuropsicológicos (fotofobia, escotoma visual transitorio, pérdida de memoria, excesiva irritabilidad, confusión, dificultad para concentrarse, dificultad para pensar o depresión).
10. Trastornos del sueño.
11. Inicio agudo de los síntomas entre un par de horas y un par de días.

*Criterios clínicos:* Valorados por el médico en al menos dos ocasiones separadas al menos dos meses:

1. Febrícula.
2. Faringitis no exudativa.
3. Adenopatías cervicales o axilares mayores de 2 cm de diámetro.

**Fuente: [1]**

**ANEXO 5: CUESTIONARIO DE IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA (CIF)  
(FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE (FIQ))**

Rodee con un círculo el número que mejor describa cómo se encontró durante la última semana. Si no tiene costumbre de realizar alguna actividad, tache la pregunta.

**1. Ha sido usted capaz de...**

	Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones	Nunca
a. ¿Hacer la compra?	0	1	2	3
b. ¿Hacer la colada con lavadora?	0	1	2	3
c. ¿Preparar la comida?	0	1	2	3
d. ¿Lavar a mano los platos y los cacharros de cocina?	0	1	2	3
e. ¿Pasar la fregona, la mopa o la aspiradora?	0	1	2	3
f. ¿Hacer las camas?	0	1	2	3
g. ¿Caminar varias manzanas?	0	1	2	3
h. ¿Visitar a amigos o parientes?	0	1	2	3
i. ¿Subir escaleras?	0	1	2	3
j. ¿Utilizar transporte público?	0	1	2	3

**2. ¿Cuántos días de la última semana se sintió bien?**

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

**3. ¿Cuántos días de la última semana no pudo hacer su trabajo habitual, incluido el doméstico, por causa de la fibromialgia?**

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Redondee con un círculo el número que mejor indique cómo se sintió en general durante la última semana:

**4. En su trabajo habitual, incluido el doméstico, ¿hasta que punto el dolor y otros síntomas de la fibromialgia dificultaron su capacidad para trabajar?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**5. ¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**6. ¿Cómo se ha encontrado de cansada/o?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----





8. ¿Cómo se ha notado de rígida/o o agarrotada/o?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. ¿Cómo se ha notado de nerviosa/o, tensa/o o angustiada/o?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. ¿Cómo se ha sentido de deprimida/o o triste?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Puntuació total:

### INTERPRETACIÓN:

- Cuanto mayor es la puntuación peor es el estado de salud del paciente y su capacidad funcional.
- El rango de puntuación se encuentra entre 0 y 100 y cada uno de sus 10 ítems puede alcanzar valores entre 0 y 10.
- El ítem número 1 tiene 10 subítems que hacen referencia a la función física. Cada uno de ellos se puntúa entre el 0 y 3. Se suman todas las puntuaciones y se divide entre el número de subítems que ha contestado el paciente ofreciendo un valor final entre 0 y 3. Este valor se normaliza multiplicando por 3,33 para obtener un valor con un rango entre 0 y 10.
- Para puntuar la pregunta número 2 primero se recodifica de esta manera: 0 días= 7, 1 día = 6, 2 días = 5, 3 días = 4,..., 7 días = 0. Después se multiplica la puntuación así obtenida por 1,43 para obtener una puntuación final con un rango entre 0 y 10.
- Para puntuar la pregunta número 3, se multiplica directamente el valor de la respuesta por 1,43.
- Las escalas numéricas contienen valores entre 0 y 10.
- LA PUNTUACIÓN DEL CIF TOTAL es la suma de las puntuaciones de todos sus ítems. Caso de que hubiera quedado alguno sin contestar, se suman todos los demás y la puntuación se divide por el número de ítems contestados y se multiplica por 10, con lo que la puntuación final es siempre de 0 a 100.

**Fuente: [7]**

**ANEXO 6: ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN  
(HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS))**

A continuación leerá unas frases que pueden describir cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. Lea cada frase y marque con una cruz la respuesta que coincida mejor con cómo se ha sentido usted en general. No hay respuestas buenas ni malas. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta.

1.- Me siento tenso/a o nervioso/a:

Casi todo el día

Gran parte del día

De vez en cuando

Nunca

2.- Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:

Igual que antes

No tanto como antes

Solamente un poco

Ya no disfruto con nada

3.- Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

Sí, y muy intenso

Sí, pero no muy intenso

Sí, pero no me preocupa

No siento nada de eso

4.- Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

Igual que siempre

Actualmente algo menos

Actualmente mucho menos

Actualmente en absoluto



5.- Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

6.- Me siento alegre:

- Nunca
- Muy pocas veces
- En algunas ocasiones
- Gran parte del día

7.- Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajadamente:

- Siempre
- A menudo
- Raras veces
- Nunca

8.- Me siento lento/a y torpe:

- Gran parte del día
- A menudo
- A veces
- Nunca

9.- Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos en el estómago":

- Nunca
- Sólo en algunas ocasiones
- A menudo
- Muy a menudo



10.- He perdido el interés por mi aspecto personal:

Completamente

No me cuido como debiera hacerlo

Es posible que no me cuide como debiera

Me cuido como siempre lo he hecho

11.- Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

Realmente mucho

Bastante

No mucho

En absoluto

12.- Tengo ilusión por las cosas:

Como siempre

Algo menos que antes

Mucho menos que antes

En absoluto

13.- Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

Muy a menudo

Con cierta frecuencia

Raramente

Nunca

14.- Soy capaz de disfrutar con un buen libro o un buen programa de radio o de televisión:

A menudo

Algunas veces

Pocas veces

Casi nunca

**Fuente: [11]**



### **ANEXO 7: ESCALA PARA VALORAR EL PENSAMIENTO CATASTROFISTA ANTE EL DOLOR (PAIN CATASTROPHIZING SCALE)**

Todas las personas experimentamos situaciones de dolor en algún momento de nuestra vida. Tales experiencias pueden incluir dolor de cabeza, dolor de muelas, dolor muscular o de articulaciones. Las personas estamos a menudo expuestas a situaciones que pueden causar dolor como las enfermedades, las heridas, los tratamientos dentales o las intervenciones quirúrgicas.

Estamos interesados en conocer el tipo de pensamientos y sentimientos que usted tiene cuando siente dolor. A continuación se presenta una lista de 13 frases que describen diferentes pensamientos y sentimientos que pueden estar asociados al dolor. Utilizando la siguiente escala, por favor, indique el grado en que usted tiene esos pensamientos y sentimientos cuando siente dolor.

0: Nada en absoluto      1: Un poco      2: Moderadamente      3: Mucho      4: Todo el tiempo

Cuando siento dolor...

1. Estoy preocupado todo el tiempo pensando en si el dolor desaparecerá
2. Siento que ya no puedo más
3. Es terrible y pienso que esto nunca va a mejorar
4. Es horrible y siento que esto es más fuerte que yo
5. Siento que no puedo soportarlo más
6. Temo que el dolor empeore
7. No dejo de pensar en otras situaciones en las que experimento dolor
8. Deseo desesperadamente que desaparezca el dolor
9. No puedo apartar el dolor de mi mente
10. No dejo de pensar en lo mucho que me duele
11. No dejo de pensar en lo mucho que deseo que desaparezca el dolor
12. No hay nada Que pueda hacer para aliviar la intensidad del dolor
13. Me pregunto si me puede pasar algo grave

..... **Total**

**Valoración:** no hay un punto de corte específico validado. Para su uso en la práctica clínica se puede considerar un paciente como de mal pronóstico con puntuaciones por encima de 35.

**Fuente:** [12]

**ANEXO 8: ESCALA DE PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA EN DOLOR CRÓNICO  
(CHRONIC PAIN SELF-EFFICACY SCALE)**

Con este cuestionario estamos interesados en conocer la **CAPACIDAD QUE USTED CREE QUE TIENE PARA REALIZAR UNA SERIE DE ACTIVIDADES O TAREAS**. Siguiendo la escala de respuesta que le presentamos, responda poniendo una X en la casilla que usted crea que corresponde a su grado de capacidad.

A continuación le ponemos un ejemplo; no es necesario que lo conteste. POR EJEMPLO, si la pregunta es: ¿Se cree capaz de leer El Quijote ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo totalmente incapaz					Me creo moderadamente capaz					Me creo totalmente capaz

Si usted cree que es **totalmente incapaz** de leerlo, tendrá que poner una X en la casilla **0** de la escala de respuesta. Sin embargo, si usted cree que es **totalmente capaz** de leerlo, tendrá que poner una X en la casilla **10** de la escala de respuesta.

**RECUERDE: NO NOS INTERESA SABER SI LO HACE O NO LO HACE. SÓLO NOS INTERESA SABER SI USTED CREE QUE ES CAPAZ DE HACERLO O NO.**

**PONGA UNA X EN EL NÚMERO QUE CORRESPONDA A LA CAPACIDAD QUE CREE QUE TIENE PARA REALIZAR EN ESTE MOMENTO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES O TAREAS.**

1. ¿Se cree capaz de controlar su fatiga?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo totalmente incapaz					Me creo moderadamente capaz					Me creo totalmente capaz

2. ¿Se cree capaz de regular su actividad, para poder estar activo pero sin empeorar sus síntomas físicos? (por ejemplo: fatiga, dolor...)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo totalmente incapaz					Me creo moderadamente capaz					Me creo totalmente capaz

3. ¿Se cree capaz de hacer algo para sentirse mejor si está triste o bajo de ánimo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo totalmente incapaz					Me creo moderadamente capaz					Me creo totalmente capaz

4. Comparado con otra gente con problemas crónicos como los suyos, ¿se cree capaz de controlar su dolor durante sus actividades diarias?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo totalmente incapaz					Me creo moderadamente capaz					Me creo totalmente capaz

5. ¿Se cree capaz de controlar sus síntomas físicos, de manera que pueda seguir haciendo las cosas que le gusta hacer?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo totalmente incapaz					Me creo moderadamente capaz					Me creo totalmente capaz

6. ¿Se cree capaz de hacer frente a la frustración de sus problemas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo totalmente incapaz					Me creo moderadamente capaz					Me creo totalmente capaz

7. ¿Se cree capaz de afrontar dolores leves o moderados?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo totalmente incapaz					Me creo moderadamente capaz					Me creo totalmente capaz

8. ¿Se cree capaz de afrontar dolores intensos?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo totalmente incapaz					Me creo moderadamente capaz					Me creo totalmente capaz

**PONGA UNA X EN EL NÚMERO QUE CORRESPONDA A LA CAPACIDAD QUE CREE QUE TIENE PARA REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES SIN AYUDA DE OTRA PERSONA. CONSIDERE LO QUE NORMALMENTE PUEDE HACER, NO AQUELLO QUE SUPONGA UN ESFUERZO EXTRAORDINARIO.**

1. ¿Se cree capaz de caminar aproximadamente un kilómetro por terreno llano?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo totalmente incapaz					Me creo moderadamente capaz					Me creo totalmente capaz

2. ¿Se cree capaz de levantar una caja de aproximadamente 5 kilos de peso?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo totalmente incapaz					Me creo moderadamente capaz					Me creo totalmente capaz

3. ¿Se cree capaz de hacer un programa diario de ejercicios en casa?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo totalmente incapaz					Me creo moderadamente capaz					Me creo totalmente capaz

4. ¿Se cree capaz de hacer sus tareas domésticas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo totalmente incapaz					Me creo moderadamente capaz					Me creo totalmente capaz

5. ¿Se cree capaz de participar en actividades sociales?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo totalmente incapaz					Me creo moderadamente capaz					Me creo totalmente capaz

6. ¿Se cree capaz de ir de compras para adquirir alimentos o ropa?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo totalmente incapaz					Me creo moderadamente capaz					Me creo totalmente capaz





7. ¿Se cree capaz de cumplir con las mismas obligaciones de trabajo que tenía antes del inicio del dolor crónico? (Para las personas que trabajan en casa, por favor, consideren sus quehaceres domésticos como sus obligaciones).

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Me creo totalmente incapaz					Me creo moderadamente capaz					Me creo totalmente capaz

**PONGA UNA X EN EL NÚMERO QUE CORRESPONDA A LA CAPACIDAD QUE CREE QUE TIENE EN ESTE MOMENTO PARA REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:**

1. ¿Se cree capaz de disminuir bastante su dolor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo totalmente incapaz					Me creo moderadamente capaz					Me creo totalmente capaz

2. ¿Se cree capaz de evitar que el dolor interfiera en su sueño?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo totalmente incapaz					Me creo moderadamente capaz					Me creo totalmente capaz

3. ¿Se cree capaz de reducir su dolor, aunque sea un poco, haciendo otra cosa que no sea tomar más medicinas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo totalmente incapaz					Me creo moderadamente capaz					Me creo totalmente capaz

4. ¿Se cree capaz de reducir mucho su dolor haciendo otra cosa que no sea tomar más medicinas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo totalmente incapaz					Me creo moderadamente capaz					Me creo totalmente capaz

**Fuente: [13]**

## **ANEXO 9: INFORMACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA-CUIDADOR**

### **Aspectos a tener en cuenta por los profesionales sanitarios:**

El paciente debe ser informado desde el principio sobre las características del síndrome, desdramatizando la evolución, aportando expectativas positivas y potenciando su colaboración con las terapias mediante la confianza en una probable mejoría.

Se debe proporcionar información adecuada para que el paciente y su familia puedan ponderar bien la situación, conocer la realidad de la terapia y los progresos científicos para neutralizar promesas fraudulentas. En este sentido, el médico debe dar respuesta a los pacientes sobre estas cinco cuestiones:

- 1) ¿Qué es la fibromialgia?
- 2) ¿Cómo se diagnostica?
- 3) ¿Qué se conoce sobre la fibromialgia?
- 4) ¿Cuál es su tratamiento?
- 5) ¿Cuál es su pronóstico?

Los enfermos deben conocer que las limitaciones físicas y psicológicas que soportan dependen, en parte, de su capacidad de control sobre el estado emocional y la sintomatología dolorosa. También deben tener conocimiento de las líneas de trabajo de los terapeutas, de la importancia del cumplimiento de los tratamientos y de su propia disciplina con los programas.

Deberá potenciarse la confianza en los profesionales fortaleciendo la relación médico-enfermo, para lo cual es imprescindible conceder la máxima credibilidad a la queja del paciente, no aportar falsas y desconcertantes explicaciones y poner de manifiesto los tintes rentistas, si los hubiera.

Se deberá asimismo aconsejar al entorno familiar del paciente la rectificación o modificación de hábitos cotidianos que pudieran afectar a la FM, incluyendo las sobrecargas físicas o psicológicas o los factores que promueven la desesperanza y la conducta de enfermo.

Diversos estudios han avalado la importancia que tiene la educación en cómo se afrontan los síntomas, en la mejoría del auto-control y en las conductas de salud. Se puede estructurar en forma de programas educacionales, aplicados conjuntamente con ejercicios físicos supervisados. Estos programas han demostrado beneficios sobre la función física, severidad del dolor, función social, distress psicológico y calidad de vida, según la experiencia registrada en diversos países, con dedicación que oscila entre una y dos horas semanales durante seis a doce semanas, realizándose interactivamente en pequeños grupos de pacientes e incluyendo aspectos como: dolor (definición y mecanismos fisiopatológicos), información sobre FM, tratamiento farmacológico del dolor, estrés, depresión, estrategias de afrontamiento, entrenamiento en asertividad, estrategias de relajación, importancia del entrenamiento físico, principios ergonómicos en las actividades diarias, legislación, etc.

Dichos programas se pueden aplicar tanto en centros de atención primaria como en servicios especializados y, además de la educación individual que realiza el médico, el personal de enfermería u otros profesionales sanitarios, pueden llevarse a la práctica en grupo por una persona entrenada.

## **Información dirigida al paciente y a su familia-cuidador:**

### **¿Qué es la fibromialgia?**

La fibromialgia es un trastorno **CRÓNICO BENIGNO** que ocasiona a quien lo padece dolor en múltiples localizaciones del cuerpo y cansancio. La palabra fibromialgia significa dolor en los músculos, ligamentos y tendones.

La fibromialgia **ES FRECUENTE**, se estima que la padece entre el 1 y el 4% de la población, lo que supondría entre 400.000 y 1.600.000 personas con fibromialgia en España. Puede presentarse como única alteración o asociada a otras enfermedades.

**NO TIENE UNA CAUSA CONOCIDA** y antes de llegar al diagnóstico definitivo, la persona con fibromialgia puede haber consultado a diferentes especialistas (digestivo, corazón, traumatología, psiquiatría, reumatología, rehabilitación...). Es más, con frecuencia los mismos

**FAMILIARES** dudan de la veracidad de las molestias que el enfermo refiere, puesto que el médico les cuenta que los análisis y las radiografías son normales. Las múltiples molestias que ocasiona la fibromialgia a quien la sufre, junto con el hecho de que con frecuencia no sea identificado el proceso, ocasionan inquietud en el paciente. Por este motivo, muchos pacientes se tranquilizan si reciben una explicación sobre la naturaleza de su padecimiento, comprendiendo así sus propias molestias y pudiendo realizar los cambios adecuados en su **ESTILO DE VIDA**.

### **¿Qué la produce?**

Se han descrito casos de fibromialgia que **COMIENZAN** después de procesos puntuales, como puede ser una infección bacteriana o viral, un accidente de automóvil, la separación matrimonial o el divorcio, un problema con los hijos... En otros casos aparece después de que otra enfermedad diferente modifique la calidad de vida del paciente, como es el caso de la artritis reumatoide, lupus eritematoso...

Estos agentes desencadenantes no parecen causar la fibromialgia, sino que lo que probablemente hacen es despertarla en una persona que ya tiene una anomalía oculta en la regulación de su capacidad de respuesta a determinados estímulos. Aunque aún no se sabe con certeza, es probable que una respuesta anormal a los factores que producen estrés biológico desempeñe un papel muy importante en este trastorno.

Los estudios médicos en la fibromialgia se han orientado a analizar si hay lesiones en los músculos, alteraciones en el sistema inmunológico, anomalías psicológicas, problemas hormonales o como se ha señalado previamente, alteraciones en los mecanismos protectores del dolor. Todo está aún en investigación. La **ANSIEDAD** y la **DEPRESIÓN** no son causa de la fibromialgia, pero sí parece que empeoran los síntomas.

### ¿Qué síntomas produce?

El síntoma más importante de la fibromialgia es el DOLOR. La persona que busca la ayuda del médico suele decir "me duele todo". El dolor es difuso, afectando a gran parte del cuerpo. En unas ocasiones el dolor ha comenzado de forma generalizada, y en otras en un área determinada como el cuello, el hombro, la espalda, etc., y desde ahí se ha extendido. El dolor de la fibromialgia se puede describir por quien la padece como quemazón, molestia o desazón. A veces pueden presentarse espasmos musculares. Con frecuencia los síntomas varían en relación con la hora del día, el nivel de actividad, los cambios climáticos, la falta de sueño o el estrés.

Además del dolor, la fibromialgia puede ocasionar RIGIDEZ generalizada sobre todo al levantarse por las mañanas y sensación de hinchazón mal delimitada en manos y pies. También pueden notarse hormigueos poco definidos que afectan de forma difusa sobre todo a las manos.

Otra alteración característica de la fibromialgia es el CANSANCIO que se mantiene durante casi todo el día. Las personas que padecen fibromialgia tienen una mala tolerancia al esfuerzo físico. Se encuentran como si se les hubiera agotado la energía "como si me hubieran dado una paliza". Este hecho condiciona que cualquier ejercicio de intensidad poco corriente produzca dolor, lo que hace que se evite. La consecuencia es que cada vez se hacen menos esfuerzos, la masa muscular se empobrece y el nivel de tolerancia al ejercicio desciende aún más.

El 70 - 80% de los pacientes con fibromialgia se quejan de tener un SUEÑO DE MALA CALIDAD "me levanto más cansado/a de lo que me acuesto", empeorando el dolor los días que duermen mal. Los investigadores encuentran que los pacientes con fibromialgia se duermen sin problema, pero su sueño al nivel profundo se altera.

Las personas con fibromialgia PADECEN CON MAYOR FRECUENCIA que las sanas ansiedad y depresión, así como jaquecas, dolores en la menstruación, colon irritable, sequedad en la boca y trastornos de la circulación en las manos y los pies.

### ¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico de fibromialgia se hace basándose en las molestias que se han señalado y en los datos que el médico encuentra al explorar a al paciente. En la exploración física de la persona que padece fibromialgia, el médico identifica dolor a la presión en unos puntos determinados del cuerpo.

Los ANÁLISIS Y LAS RADIOGRAFÍAS en esta enfermedad son normales y sirven fundamentalmente para descartar otras enfermedades que se puedan asociar a la fibromialgia. Respecto a los MODERNOS MÉTODOS, como la resonancia nuclear magnética o el escáner, no son necesarios para el diagnóstico, salvo para el estudio de problemas concretos independientes de la fibromialgia.

## ¿En qué consiste el tratamiento de la fibromialgia?

A pesar de que SE PUEDE CONSEGUIR UNA GRAN MEJORÍA EN LA CALIDAD DE VIDA de la persona con fibromialgia, en el momento actual no existe un tratamiento que produzca la curación definitiva.

Los pasos a seguir para el correcto tratamiento de la fibromialgia son:

- EXPLICACIÓN de la naturaleza del proceso
- EDUCACIÓN para evitar los factores agravantes
- Tratamiento de las ALTERACIONES PSICOLÓGICAS ASOCIADAS si las hay
- Cambio de COMPORTAMIENTO hacia una actitud positiva
- EJERCICIO FÍSICO
- El tratamiento con medidas locales, como masajes y aplicación de calor, y el uso de analgésicos y otros MEDICAMENTOS que ayuden a aliviar el dolor.

El ASOCIACIONISMO especializado y los colectivos de autoayuda consiguen coordinar y asegurar el proceso educativo, favorecen cambios de estilo de vida y posibilitan la aplicación de pautas de ejercicio físico.

CONOCER que se tiene fibromialgia va a ahorrar una peregrinación en busca de diagnósticos o tratamientos, reduce la ansiedad que produce encontrarse mal sin saber por qué y ayuda a fijar objetivos concretos. La fibromialgia NO TIENE NADA QUE VER con el cáncer, no destruye las articulaciones y no ocasiona lesiones irreversibles ni deformidades.

Es necesario EVITAR los factores que agravan los síntomas. Si se adoptan posturas forzadas y poco naturales se fuerzan las inserciones de los músculos, provocando dolor. Por este motivo habrá que cuidar los asientos en el trabajo o en la casa. Hay que evitar levantar o sostener pesos para los que la musculatura de la persona en cuestión no está preparada. La obesidad es un factor de sobrecarga musculotendinosa y por tanto, es recomendable perder esos kilos de más.

Cuando la depresión y la ansiedad se asocian a la fibromialgia, habrá que tratar estos problemas, y si es preciso, con la ayuda del psiquiatra. Una actitud positiva en el día a día es fundamental. La excesiva preocupación por los problemas cotidianos es un elemento clave de las personas con fibromialgia. Así, habrá que procurar un cambio de mentalidad tanto en dichas personas como en las que las rodean, buscando un ambiente familiar relajado y libre de exigencias constantes, donde todos los miembros de la familia deberán asumir las responsabilidades familiares y compartir las tareas del hogar. Es conveniente marcarse OBJETIVOS DIARIOS que se sepa que se pueden cumplir (ir a comprar a tal sitio, no dejar de hacer aquello que se había previsto, intentar no dar a los pequeños problemas más importancia de la que tienen...).

La medida más eficaz para combatir la fibromialgia es la PRÁCTICA REGULAR DE UN EJERCICIO FÍSICO SUAVE. El ejercicio por encima de la capacidad física del individuo empeora el dolor y es causa de abandono en muchos pacientes. Se debe empezar poco a poco hasta lograr una fortaleza muscular adecuada. Pasear, caminar en un tapiz rodante o nadar en una piscina climatizada pueden servir para iniciar el entrenamiento físico. Después es mejor el ejercicio en grupos formados en gimnasios o centros de rehabilitación, orientados por un especialista en Medicina del Deporte, Preparador Físico especializado, Médico Rehabilitador, Fisioterapeuta o personal de Enfermería bien formado; pero cualquiera vale siempre que no dañe las articulaciones. También pueden ser eficaces los masajes, el calor local, los baños calientes, los ejercicios de estiramiento muscular y algunos tipos de "corrientes".

Los calmantes o analgésicos pueden ser útiles. La mayoría de personas con fibromialgia los toman, pero su eficacia es parcial. Los fármacos antidepresivos usados a dosis más bajas que las que son precisas en la depresión están siendo utilizados para tratar el dolor, mejorar el sueño y paliar el cansancio por las mañanas. Tardan en actuar varias semanas, por lo que hay que tener un poco de paciencia. Al principio incluso se puede empeorar o sufrir efectos secundarios desagradables, pero hay que aguantar un poco ya que estos síntomas desaparecen solos. Una buena táctica puede ser empezar a tomarlos durante un fin de semana. Hay otro grupo de medicamentos que consiguen aumentar los niveles de serotonina (sustancia que regula el nivel de dolor) en el organismo, proporcionando así una mejora de los síntomas.

En cuanto al pronóstico, estudios a largo plazo han demostrado que la fibromialgia es un trastorno crónico, cuyos síntomas **VARÍAN A LO LARGO DEL TIEMPO** en frecuencia e intensidad.

El FUTURO SE PRESENTA ESPERANZADOR por el progreso en el campo de la investigación, que se traducirá en un mejor conocimiento de la enfermedad y en tratamientos más eficaces.

**Fuente: [1, 3]**

## **Anexo 10: Ejercicio Físico**

El presente anexo pretende ser una guía práctica que permita la aplicación razonada del ejercicio físico como herramienta de salud en la FM. Existe evidencia de que los efectos beneficiosos del entrenamiento al ejercicio no sólo residen en la mejora de la capacidad funcional del paciente, sino también en un aumento de la tolerancia al dolor y una mejora de los índices de calidad de vida. La falta de homogeneidad en los distintos estudios realizados, en cuanto a pautas y métodos, nos obliga a establecer un consejo individualizado y adaptado a la sintomatología de cada paciente, estableciendo distintas pautas de abordaje en función de su nivel sintomático: bajo, medio y alto.

### **Aspectos generales:**

El punto de partida habitual del paciente es la negación a poder realizar actividad física como terapia debido a la presencia de dolor generalizado que le impide moverse. Por ello deberemos enfocar la actividad corporal como una forma de reeducar el aparato locomotor. El viejo concepto de que "la función hace al órgano" puede aplicarse como criterio didáctico.

La observación del comportamiento de los pacientes sugiere que la pertenencia a una asociación específica de fibromialgia y la asistencia a actividades organizadas mejoran los trastornos coadyuvantes como la depresión, al mismo tiempo que estimulan la motivación por la práctica del ejercicio físico en grupo.

Cuando afirmamos que el ejercicio físico es bueno para los pacientes con FM debemos tener en cuenta que esta bondad suele empañarse con crisis dolorosas que hacen dudar de su efectividad, seguramente asociadas a la edad, el nivel de condición física previo, la utilización de contracciones musculares excéntricas (cuando el músculo se contrae mientras se está elongando, como ocurre por ejemplo al bajar una pendiente) y la propia intensidad del ejercicio. El adecuado enfoque medicamentoso ayuda considerablemente a la adaptabilidad del ejercicio físico.

La mejora en los pacientes aparece con la indicación de ejercicio físico aeróbico y con algunos programas de fuerza. Los ejercicios de estiramientos y flexibilidad pueden manejarse de forma coadyuvante especialmente en fases clínicas agudas.

### **Beneficios del ejercicio físico:**

Las cualidades que en estos pacientes son susceptibles de entrenamiento continuado preferentemente son:

a) Resistencia orgánica o aeróbica, definida como una capacidad cardiorrespiratoria que requiere oxígeno y se realiza de forma rítmica y continuada. Esta cualidad puede mejorarse a través de diferentes pautas como son caminar, correr, nadar, remar, u otras actividades que se realicen mediante gestos deportivos continuados rondando los 20' de actividad.

Los estudios demuestran que en las pacientes con fibromialgia se presenta mejoría asociada a situación de bienestar a partir de los tres meses de actividad continuada a razón de 2-3 sesiones por semana. Las mejoras se presentan en la disminución de puntos dolorosos, mejor eficacia mecánica de movimientos habituales, mejoría del sueño y descenso de la fatiga generalizada, aunque por norma general las pacientes suelen indicarlo como una "mejoría funcional general".

b) Fuerza, entendiéndola como la capacidad del músculo para mantener o vencer una resistencia, mejora el rendimiento muscular general y el dolor generalizado, pero no ha demostrado mejoría en el componente del sueño o en la fatiga generalizada.

c) Flexibilidad o capacidad de movimiento articular en sus diferentes grados de amplitud. Debe manejarse en función al estado de tensión muscular de los pacientes. Entenderemos los ejercicios de estiramientos como un mecanismo indispensable para el entrenamiento de la flexibilidad, pero también como estrategia asociada a la mejora de la resistencia y/o la fuerza. Por sí sola no ha demostrado que mejore el estado general de los pacientes, pero su utilización en fases iniciales consigue una mejor adaptación al hábito del ejercicio.



### **Principios generales de la prescripción:**

1. Minimizar la inducción al microtrauma muscular: se consigue iniciando con pautas de baja intensidad y evitando las contracciones excéntricas.
2. Minimizar el abandono: la adaptación al ejercicio genera crisis de dolor de 3 ó 4 días de evolución, que son entendidas por el paciente como perjudiciales para su enfermedad. Habitualmente sólo un 20 % de los pacientes mantienen ininterrumpidamente un programa de ejercicio físico.
3. Enfatizar en un inicio de baja intensidad: el incremento gradual se debe entender conceptualmente en meses y no en semanas, para evitar el deterioro que supone la discontinuidad de la actividad física.
4. Individualizar la prescripción: suele ser uno de los motivos del abandono y por tanto debe regirse por la situación clínica de la paciente.
5. Maximizar los logros y eficacia de la actividad: es necesario que el paciente note que controla su propia actividad haciéndose responsable por su propia salud, valorando su evolución con relación a los diferentes programas de ejercicio.

### **Elementos de la prescripción de la actividad física:**

- Tipo de actividad: tanto el entrenamiento aeróbico como el de fuerza deben indicarse según el nivel de afectación del paciente, por ello deberemos establecer al menos tres niveles de programas (suave, moderado y fuerte). Los ejercicios de estiramientos deben dividirse en suaves y moderados, para ser indicados adecuadamente en combinación con las pautas habituales.
- Piscina: para aplicar la actividad seleccionada pueden utilizarse diferentes modelos de trabajo, todos ellos orientados hacia la mejora de las diferentes cualidades físicas, aunque la aplicación de entrenamientos en medio acuático está aconsejado siempre que la intensidad de movimiento dentro del agua impida el enfriamiento corporal, lo que causaría rigidez y aumento del dolor generalizado. Por tanto en grados de afectación severa y moderada no será el modelo de elección.
- Frecuencia y duración: evaluable por el número de sesiones por semana, combinación entre series y fases de descanso, y los criterios de progresión que se deseen aplicar.
- Intensidad: con toda seguridad es el aspecto más difícil en la programación de la actividad física, pues depende de numerosos factores, entre los que interviene de forma importante la técnica de ejecución. Los estudios publicados en los que se ha fundamentado la evidencia científica del ejercicio aconsejan que para la fibromialgia se utilice el porcentaje de la frecuencia cardiaca para indicar la intensidad de la actividad, aunque se encuentra muy extendida en la práctica clínica el uso de la Escala de Börg en la percepción del esfuerzo, disnea y cansancio en las piernas (tabla 1).

*Tabla 1. Escala de percepción de esfuerzo, disnea y cansancio en las piernas*

Esfuerzo		Dificultad para respirar		Cansancio/Dolor en las piernas	
6		0	Nada	0	Nada
7	Muy, muy suave	0,5	Empieza a notar	0,5	Empieza a notar
8		0	Muy poca	1	Muy poco
9	Muy poco	1	Poca	2	Poco
10		2	Moderada	3	Moderado
11	Poco	3	Algo más severa	4	Algo más severo
12		4	Severa	5	Severo
13	Algo duro	5		6	
14		6	Muy severa	7	Muy severo
15	Duro	7		8	
16		9		9	
17	Muy duro	10	Muy, muy severa	10	Muy, muy severo
18					
19	Muy, muy duro				
20		?	Insoportable	?	Insoportable

Se trata de una escala de percepción subjetiva que nos sirve para valorar el nivel de esfuerzo que realiza el sujeto desde su punto de vista, y la evolución que presenta el paciente. Entre las puntuaciones 11 y 13 de la percepción del esfuerzo, se considera que el paciente está trabajando a un 75% de su frecuencia cardiaca máxima, que es lo que debe alcanzar a la hora de realizar el ejercicio. Las puntuaciones en dificultad para respirar y cansancio de piernas es aconsejable que oscilen entre 2 y 4 de esta escala de Börg modificada.

La frecuencia cardiaca es la variable más usada y con mayor capacidad de validación cuando se prescriben pautas de entrenamiento aeróbico. El objetivo será calcular la frecuencia cardiaca adecuada en función de la intensidad del trabajo, para lo cual estableceremos el criterio siguiente en función del grado de afectación del paciente:

- a) Afectación severa: intensidad entre el 20 % y el 40 % (ritmo de paseo)
- b) Afectación moderada: intensidad entre el 40 % y el 60 % (ritmo de marcha)
- c) Afectación leve: intensidad entre el 60 % y el 85 % (ritmo rápido)



Puede aplicarse según el procedimiento de la tabla 2.

*Tabla 2. Cálculo del porcentaje de intensidad según la frecuencia cardiaca.*

Utilizaremos la Ecuación de Karvonen para el cálculo de la frecuencia cardiaca adecuada.

$$FC_{\text{adecuada}} = FC_{\text{reserva}} \times \% \text{ Intensidad} + FC_{\text{reposo}}$$

donde la  $FC_{\text{reserva}}$  es igual a  $FC_{\text{máxima teórica}} - FC_{\text{reposo}}$

Para el cálculo de la  $FC_{\text{máxima teórica}}$  aplicaremos: Mujer:  $220 - \text{edad}$ . Hombre:  $220 - 1/2 \text{ edad}$

Así pues si un hombre de 44 años, con una  $FC_{\text{reposo}}$  de 75 spm, queremos que realice su actividad entre el 40 % y el 50 % de intensidad calcularemos el siguiente rango:

$$FC_{\text{máxima teórica}} = 220 - 22 = 198$$

$$FC_{\text{reserva}} = 198 - 75 = 123$$

$$FC_{\text{adecuada}} (40 \%) = 123 \times 0,4 + 75 = 124$$

$$FC_{\text{adecuada}} (50 \%) = 123 \times 0,5 + 75 = 136$$

Y por tanto le aconsejaremos una actividad aeróbica entre 124 y 136 spm

#### Modelos de actividad:

Recomendaciones previas:

1. No realizar ejercicios en las 3 horas siguientes a una comida abundante.
2. Descansar 30 minutos al finalizar.
3. Los primeros 15 días caminar en llano. El ritmo depende de la capacidad de la persona o de la frecuencia cardiaca indicada.
4. No avanzar en la distancia a recorrer si no tolera la fase previa.



Tabla 3. Pautas para llevar a cabo el trabajo aeróbico.

<b>Programa Suave: Nivel de afectación alto</b>	<b>Programa Moderado Nivel de afectación medio</b>	<b>Programa Fuerte: Nivel de afectación bajo</b>
<p>2 veces por semana</p> <p><b>CAMINAR</b></p> <p>- 5 series de 3' a ritmo de paseo con 2' de descanso para estiramiento de flexores de piernas (Ejercicio Nº 14)</p> <p><b>Progresión:</b> Con buena tolerancia</p> <p>- Criterio A: Aumentar las series hasta llegar a 10 manteniendo el tiempo de ejecución y el descanso.</p> <p>- Criterio B: Mantener las series pero incrementar el tiempo de ejecución hasta un máximo de 8'. Incrementar el descanso para estiramientos a 3'.</p> <p><b>BICICLETA ESTÁTICA</b></p> <p>- 2 series de 5' a 50 r.p.m. y resistencia discreta. Bajarse para 2' de descanso para estiramiento de extensores de piernas.</p> <p><b>Progresión:</b> Con buena tolerancia</p> <p>- Criterio A: Aumentar las series hasta llegar a 4 manteniendo el tiempo de ejecución y el descanso.</p> <p>- Criterio B: Mantener las series pero incrementar el tiempo de ejecución hasta un máximo de 8'. Incrementar el descanso para estiramientos a 3'.</p>	<p>3 veces por semana</p> <p><b>CAMINAR</b></p> <p>- 5 series de 5' a ritmo de marcha con 1' de descanso para estiramiento de flexores de piernas (Ejercicio Nº 14)</p> <p><b>Progresión:</b> Con buena tolerancia</p> <p>- Criterio A: Aumentar las series hasta llegar a 10 manteniendo el tiempo de ejecución y el descanso.</p> <p>- Criterio B: Mantener las series pero incrementar el tiempo de ejecución hasta un máximo de 8'. Incrementar el descanso para estiramientos a 2'.</p> <p><b>BICICLETA ESTÁTICA</b></p> <p>- 4 series de 5' a 50 r.p.m. y resistencia moderada. Bajarse para 2' de descanso para estiramiento de extensores de piernas.</p> <p><b>Progresión:</b> Con buena tolerancia</p> <p>- Criterio A: Aumentar las series hasta llegar a 6 manteniendo el tiempo de ejecución y el descanso.</p> <p>- Criterio B: Mantener las series pero incrementar el tiempo de ejecución hasta un máximo de 8'. Incrementar el descanso para estiramientos a 3'.</p>	<p>4 – 5 veces por semana</p> <p><b>CAMINAR o TROTE SUAVE</b></p> <p>- 4 series de 3' a ritmo rápido o carrera suave con 2' de descanso para estiramiento de flexores de piernas (Ejercicio Nº 14)</p> <p><b>Progresión:</b> Con buena tolerancia</p> <p>- Criterio A: Aumentar las series hasta llegar a 8 manteniendo el tiempo de ejecución y el descanso.</p> <p>- Criterio B: Mantener las series pero incrementar el tiempo de ejecución hasta un máximo de 6'. Incrementar el descanso para estiramientos a 3'.</p> <p><b>BICICLETA ESTÁTICA o CINTA CONTINUA</b></p> <p>- 6 series de 5' a 50 r.p.m. y resistencia moderada. Bajarse para 3' de descanso para estiramiento de extensores de piernas.</p> <p><b>Progresión:</b> Con buena tolerancia</p> <p>- Criterio A: Aumentar las series hasta llegar a 8 manteniendo el tiempo de ejecución y el descanso.</p> <p>- Criterio B: Mantener las series pero incrementar el tiempo de ejecución hasta un máximo de 8'. Incrementar el descanso para estiramientos a 3'.</p>
	<p><b>NATACIÓN</b> (sólo en el límite de afectación entre moderada y leve)</p> <p>- 15 series de 10 metros (ancho de la piscina) en estilo braza con 2' entre serie para ejercicios de movilidad general.</p> <p><b>Progresión:</b> Con buena tolerancia</p> <p>- Criterio A: Aumentar las series hasta llegar a 20 manteniendo el tiempo de descanso activo.</p> <p>- Criterio B: Mantener las series pero incrementar la distancia. Incrementar el descanso para estiramientos a 3'.</p>	<p><b>NATACIÓN</b></p> <p>Libre en estilos y tiempo (procurar no sobrepasar los 45' en el agua).</p> <p>Para la cinta continua no superar el 3 % de pendiente y mantener la velocidad por debajo de los 10 km/h.</p>





Estiramientos: no deben generar dolor.

<b>Programa Suave Nivel sintomático alto</b>	<b>Programa Moderado Nivel sintomático medio</b>
<p>Orientados hacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Movilización cervical</li> <li>- Manos y muñecas</li> <li>- Hombros</li> <li>- De caderas pero en posición sentado</li> <li>- Grandes grupos: solo lumbares y cuádriceps</li> </ul> <p>Ejercicios Nº: 1 a 15 de la tabla</p> <p>Pauta: escoger un máximo de 5 para combinar con el entrenamiento aeróbico.</p>	<p>Orientados hacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caderas</li> <li>- Dorsolumbares</li> <li>- Extremidades inferiores</li> </ul> <p>Ejercicios Nº: 16 a 24 de la tabla</p> <p>Pauta: escoger un máximo de 3 junto a 2 del programa suave para combinar con el entrenamiento aeróbico. Como criterio general deberán indicarse los ejercicios que topográficamente correspondan a las zonas cuyos puntos específicos de FM presenten menor dolor.</p>

Fuerza: no aconsejamos el uso de pesas de gimnasio, pues el aprendizaje del uso de la maquinaria, las posiciones iniciales que estas requieren, la dificultad en fraccionar adecuadamente las cargas y otros condicionantes técnicos suponen un serio inconveniente para los pacientes. Se utilizará fundamentalmente fuerza isométrica o con mínimos desplazamientos articulares.

<b>Programa Suave Nivel sintomático alto</b>	<b>Programa Moderado Nivel sintomático medio</b>	<b>Programa Fuerte Nivel sintomático bajo</b>
<p>Orientados hacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Brazos</li> <li>- Tórax superior</li> <li>- Hombro</li> <li>- Abdominales cortos</li> <li>- Cuádriceps (escaso)</li> </ul> <p>Ejercicios Nº: 27 a 31 de la tabla</p> <p>Pauta: escoger un máximo de 2 para combinar con el entrenamiento aeróbico.</p>	<p>Orientados hacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resistencia escapulo-humeral</li> <li>- Brazo-antebrazo</li> <li>- Equilibrio unipodal</li> </ul> <p>Ejercicios Nº: 32 a 39 de la tabla</p> <p>Pauta: escoger un máximo de 3 para combinar con el entrenamiento aeróbico.</p>	<p>Orientados hacia:</p> <p>Acondicionamiento general de la fuerza asociada a la resistencia</p> <p>Ejercicios Nº: 40 a 49 de la tabla</p> <p>Pauta: Escoger un máximo de 4 para combinar con el entrenamiento aeróbico.</p>



A modo de ejemplo, los pacientes con afectación severa que nunca han realizado actividad física, o aquellos con cualquier grado de afectación con más de 10 años de ausencia de práctica y que no caminan habitualmente, deberán pautar un ciclo inicial de tres meses de acondicionamiento, que pudiera seguir la propuesta siguiente:

a) Durante tres semanas:

- Ejercicio aeróbico: caminar dos veces por semana según la pauta y sin criterios de progresión.
- Programa suave de estiramientos, dos veces por semana, que puede no coincidir con el ejercicio aeróbico.

b) Si asimila el ejercicio físico, pautar otras tres semanas:

- Ejercicio aeróbico: caminar dos veces por semana según la pauta y aplicar criterios de progresión.
- Continuar con el programa suave de estiramientos, tres veces por semana.

c) Si asimila el ejercicio físico, pautar seis semanas:






- Ejercicio aeróbico: caminar dos veces por semana según la pauta y aplicar criterios de progresión.
- Continuar con el programa suave de estiramientos, cuatro veces por semana.

Generalmente a partir de las 12 semanas conoceremos si el paciente se mantiene en un nivel de afectación severa o modifica este criterio. Siempre esperaremos a la mejora de parámetros funcionales y de calidad de vida para incrementar las pautas de ejercicio físico.

**Tablas de ejercicio de flexibilidad y fuerza**

a) FLEXIBILIDAD/ESTIRAMIENTOS: no deben generar dolor.

PROGRAMA SUAVE: NIVEL SINTOMÁTICO ALTO

Nº	Gráfico	Posición inicial	Ejecución	Duración
1		De pie, en posición relajada y con las manos en la cintura	Movilizar el cuello delante-detrás, derecha-izquierda de forma secuencial	Descansar 30" después de cada serie. Repetir 5 veces.
2		Sentada con los brazos estirados	Flexionar y extender la mano ayudándose con la otra	Ciclos de 6 flexo-extensiones. Descansar 15". Repetir 2 veces
3		Sentada con los brazos estirados	Flexionar y extender la mano sin ayuda	Ciclos de 6 flexo-extensiones. Descansar 15". Repetir 2 veces
4		De pie, manos entrelazadas detrás de la espalda	Estirar las manos y los brazos hacia abajo	Aguante 5 segundos. Relájese. Repita 5 veces
5		Posición de pie	Manténgase erguido y mueva los hombros formando círculos	Cinco repeticiones

6		De pie, con las manos abrazando los codos por encima de la cabeza	Manteniendo el cuerpo recto, inclinar lateralmente el tronco	Cinco repeticiones por cada lado
7		De pie, o sentada, la mano izquierda sujeta y tira del codo derecho, y viceversa	Sin girar el tronco, se atrae el codo hacia el pecho, cambiando de lado	Cinco repeticiones por cada lado
8		Posición de pie	Manténgase erguido y mueva los brazos formando círculos, con los codos extendidos	Diez circulaciones por brazo
9		Sentada con las manos agarrando la rodilla	Intentar acercar la cabeza a la rodilla, cambiando de lado	Cinco inclinaciones por lado
10		Sentada con la espalda recta y apoyada sobre el respaldo	Cruzar una pierna sobre otra cambiando de lado	Cinco repeticiones por lado
11		Sentada con la espalda recta y apoyada sobre el respaldo	Elevar los brazos hasta colocarlos a la altura de la cabeza al mismo tiempo que se inspira	Tres repeticiones con 15" de descanso entre ellas
12		De pie con los pies separados un palmo	Inspirar para luego al soltar el aire intentar tocar con las manos la punta de los pies	Tres repeticiones con 15" de descanso entre ellas
13		De pie con los pies separados ampliamente aunque sin perder el equilibrio	Inspirar para luego al soltar el aire intentar tocar el suelo con las manos	Tres repeticiones con 15" de descanso entre ellas
14		Posición de pie, apoyada sobre un objeto firme.	Manteniendo una pierna adelantada, inclínese hacia el objeto. Luego cambie de pierna	Cinco repeticiones por cada lado
15		Posición de pie, apoyada sobre un objeto firme	Flexionando la rodilla, coja el pie con la mano, luego repita alternativamente con la otra pierna	Cinco repeticiones por cada lado



PROGRAMA MODERADO: NIVEL SINTOMÁTICO MEDIO/BAJO

16		De pie, con el talón elevado y apoyado a unos 50 cm	Mantener la posición notando la tensión en el dorso de la pierna	30" con cada pierna
17		De pie, con la cara interna del pie elevada y apoyada a unos 50 cm	Mantener la posición notando la tensión en el interior de la pierna	30" con cada pierna
18		Sentada con las plantas de los pies unidas acercándolas al cuerpo	Empujar los muslos con los codos notando la tensión	5 repeticiones de 15"
19		Sentada con las piernas abiertas lo más posible	Inclinarse deslizando las manos sobre las espinillas y mantener la posición	5 repeticiones de 15"
20		Tumbada con los pies juntos y apoyando las manos en el suelo	Elevar el tronco y mantener la posición	5 repeticiones de 15"
21		Sentada con pierna estirada y apoyo de la otra en la rodilla	Intentar tocarse la punta de los pies, manteniendo la posición	2 repeticiones de 15" con cada pierna
22		Tumbada lateral con la pierna superior flexionada y sujeta con la mano	Tirar con la mano hasta notar la tensión en el muslo y mantener la posición	3 repeticiones de 10" con cada pierna
23		De rodillas adelantando una pierna flexionada apoyando las manos sobre las rodillas	Inclinar el cuerpo hacia delante manteniendo la posición	5 repeticiones de 10"
24		Tumbada boca arriba y sujetando una rodilla cerca del cuerpo	Intentar acercar la rodilla al cuerpo manteniendo la posición	3 repeticiones de 10"
25		Tumbada boca arriba y sujetando ambas rodillas cerca del cuerpo	Intentar acercar las rodillas al cuerpo manteniendo la posición	3 repeticiones de 10"
26		Tendida boca arriba con las rodillas dobladas y las manos por debajo	Alcanzar las rodillas con las manos, estando las piernas cruzadas y manteniendo la posición	5 repeticiones con cada pierna






b) FUERZA.

PROGRAMA SUAVE: NIVEL SINTOMÁTICO ALTO

27		Sentada con los brazos extendidos hacia delante y palmas mirando hacia abajo	Cerrar fuertemente los puños, manteniendo la posición y después relajar las manos	10 repeticiones de 10", relajando los brazos cada vez
28		De pie, con los brazos extendidos y las palmas de las manos hacia arriba	Doblar los codos hasta tocar los hombros haciendo presión sobre ellos manteniendo la posición	10 repeticiones de 5", relajando los brazos cada vez
29		De pie, cara al hueco de una puerta, apoyar los codos y palmas de las manos sobre las paredes	Inclinarse hacia el hueco conservando el cuerpo y las piernas rectas y sin levantar los talones, manteniendo la posición	5 repeticiones de 10"
30		Tendida boca arriba, piernas juntas y brazos estirados	Intentar despegar las escápulas del suelo manteniendo la posición	10 repeticiones de 5", relajando el cuerpo cada vez
31		De pie y apoyada sobre el respaldo de una silla	Flexionar las piernas manteniendo la posición	8 repeticiones de 5", relajando las piernas cada vez

PROGRAMA MODERADO: NIVEL SINTOMÁTICO MEDIO





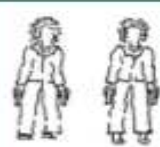



32		De pie, apoyándose sobre una esquina de pared	Inclinar el cuerpo hacia delante manteniéndolo con el apoyo de la mano	10 repeticiones de 10", relajando el brazo cada vez
33		Sentada con los codos flexionados y elevados hacia delante y puños cerrados	Unir los puños y empujar fuertemente manteniendo la posición	10 repeticiones de 5", relajando los brazos cada vez
34		Sentada con los brazos estirados hacia abajo cogiendo con la mano un peso de 1/2 kg	Elevarlo flexionando el codo hasta la altura de la oreja	10 repeticiones con cada brazo

35		Tendido boca arriba con piernas ligeramente separadas y brazos estirados y con las palmas sobre el suelo	Despegar los glúteos del suelo manteniendo la posición	10 repeticiones de 10"
36		De pie y apoyada con una mano sobre el respaldo de una silla	Elevar los talones del suelo manteniendo la posición	10 repeticiones de 5"
37		De pie y apoyada con una mano sobre el respaldo de una silla	Elevar la rodilla y mantener la posición	10 repeticiones de 5"
38		De pie y apoyada con ambas manos sobre el respaldo de una silla	Elevar hacia atrás la pierna estirada manteniendo la posición	10 repeticiones de 10" con cada pierna
39		Colocarse en la posición del gato	Estirar una pierna y su brazo contrario manteniendo la posición	5 repeticiones de 5"

PROGRAMA FUERTE: NIVEL SINTOMÁTICO BAJO

40		Sentada con el brazo estirado sobre la cabeza y con un peso de 1/2 kg	Flexionar el codo por la espalda	10 repeticiones con cada brazo
41		Colocarse en la posición del gato	Flexionar los codos intentando besar el suelo manteniendo la posición	5 repeticiones de 5"



42		Sentada con los brazos estirados hacia delante y manos juntas manteniendo pesos de 1/2 kg	Separar las manos hasta colocar los brazos en cruz manteniendo la posición	6 repeticiones seguidas. Realizar 3 series. Descansar entre serie
43		Arrodillada con el brazo extendido manteniendo un peso de 1/2 kg	Levantar el peso hasta la cadera	6 repeticiones seguidas. Realizar 3 series. Descansar entre serie
44		Tumbada boca arriba con los brazos estirados y juntos	Separar los brazos hasta tocar el suelo	6 repeticiones seguidas. Realizar 3 series. Descansar entre serie
45		De pie con los brazos a lo largo del cuerpo manteniendo un peso de 1/2 kg en cada mano	Encoger los hombros manteniendo la posición	10 repeticiones de 10"
46		De pie con los brazos a lo largo del cuerpo manteniendo un peso de 1/2 kg en cada mano	Elevar los talones manteniendo la posición	10 repeticiones de 5"
47		De pie con los brazos a lo largo del cuerpo manteniendo un peso de 1/2 kg en cada mano	Flexionar las rodillas manteniendo la posición	10 repeticiones de 5"
48		Sentada con las manos sobre los muslos	Elevar una pierna hasta mantenerla horizontal	10 repeticiones de 10"
49		Tumbada sobre el costado	Elevar la pierna extendida manteniendo la posición	10 repeticiones de 10"

Fuente: [1]



## **Anexo 11: Plan de Cuidados de Enfermería - Fibromialgia**

La atención que presta la enfermera, se considera un proceso de resolución de problemas que está compuesto por: la valoración de las necesidades de cuidados, la identificación de los problemas, el establecimiento de los objetivos/prioridades de abordaje, el plan de cuidados adecuado a los problemas identificados y/o priorizados y la evaluación de los resultados. Utilizamos para ello la valoración según los Patrones Funcionales de Magori Gordon, especificando los aspectos que más nos interesan en la FM, y la codificación NANDA-NOC-NIC para identificar los problemas, objetivos e intervenciones con un lenguaje estandarizado.

Para la atención enfermera del paciente con FM, con el fin de facilitar la práctica diaria, un grupo de trabajo apoyado por expertos, ha realizado una estandarización del proceso enfermero teniendo en cuenta los problemas que más comúnmente se detectan en esta enfermedad. La estructura del plan es la siguiente:

- A.- Valoración según PFMG
- B.- Identificación de problemas- Diagnósticos enfermeros (NANDA)
- C.- Planificación de objetivos- NOC: con sus ítems de evaluación
- D.- Desarrollo de Intervenciones- NIC: con sus actividades asociadas
- E.- Tabla resumen relacionando NANDA-NOC-NIC

### **A.- VALORACIÓN SEGÚN PFMG**

#### P. PERCEPCIÓN-CONTROL DE LA SALUD

Conocimientos sobre su proceso: si  no

Conocimientos sobre su pronóstico: si  no

Conocimientos sobre el tratamiento farmacológico: si  no

Conocimientos sobre la actividad/ejercicio pautado: si  no

Fase psicológica en la que se encuentra: Negación  Desorganización  Enojo  Culpa  Aceptación

Actitud: Colaborador  Apático  Agresivo

Hábitos tóxicos:

Fuma: si  no

Consumo alcohol: si  no

Otras drogas: si  no



Adaptación del entorno físico a su enfermedad: si  no

Adaptación del entorno laboral a su enfermedad: si  no

Falta frecuentemente a sus responsabilidades laborales o de estudio por alteraciones en su salud en los últimos tiempos:  
si  no

Adherencia al tratamiento pautado: si  no

Alergias conocidas:

1. P. NUTRICIONAL-METABÓLICO

Hábitos dietéticos:

Ingesta de líquidos:

Estado de la piel:

Hidratada: si  no

Color:

Temperatura:

Lesiones: si  no

Estado mucosas: Hidratadas: si  no

Temperatura:

2. P. ELIMINACIÓN

Patrón urinario habitual: Normal  Poliuria  Urgencia miccional  Incontinencia  Otros

Patrón intestinal habitual: Normal  Diarrea  Estreñimiento  Incontinencia

3. P. ACTIVIDAD- EJERCICIO

TA: FC: FR:

Cansancio: si  no  Fatiga: si  no  de pequeños esfuerzos





Articulaciones y partes blandas:

Rigidez matutina: si  no

Sensación de tumefacción: si  no

Disminución fuerza muscular  Sd piernas inquietas  Parestesias cutáneas

Limitaciones en la movilidad: si  no  Especificar:

Marcha: Estable  Inestable

Posición que adopta: Correcta  Incorrecta

Utiliza elementos de ayuda: si  no  Especificar:

Dependencia en AVD: Dependiente  Independiente  Índice de Barthel:

Cuestionario de impacto de la FM en la calidad de vida: Leve  Moderado  Grave

Realiza ejercicio físico: si  no  Especificar: Buena tolerancia: si  no

Actividades de ocio: si  no  Especificar:

#### 4. P. COGNITIVO-PERCEPTUAL

Trastornos cognitivos: si  no  Resultado Test Minimental:

Alteraciones sensoriales: Visual  Auditiva  Táctil

Dificultades en: Concentración  Memoria  Especificar:





Dolor: si  no

Localización:

Articulaciones

Articulación temporo-mandibular

Cefalea

Dolor facial

Pelvis

Dismenorrea

Inflamación articular: si  no

Otros puntos dolorosos:

Características: Generalizado  Difuso  Intermitente  Continuo  Aumenta a la presión

Tipo: Agudo  Crónico

Intensidad: Leve  Moderado  Severo

Factores que lo alivian:

Factores que lo agravan:

Escala de autoeficacia en dolor crónico:

Escala para valorar el pensamiento catastrofista ante el dolor:

## 5. P. REPOSO-SUEÑO

Descanso adecuado: si  no

Factores que afectan al reposo:

Se despierta con frecuencia a lo largo de la noche: si  no

Toma alguna sustancia para dormir: si  no  Cual:

Periodos de descanso-relax a lo largo del día: si  no

Utiliza alguna técnica para lograrlo: si  no  Cual:







6. P. AUTOIMAGEN-AUTOCONCEPTO

Auto descripción de sí misma: Se ajusta a la realidad  Sobrevalora  Infravalora

Auto evaluación de sus capacidades: Positiva  Negativa  Indiferente

Sentimientos respecto a sí misma:

Ansiedad  Culpabilidad  Euforia  Impotencia  Inferioridad  Inutilidad  Tristeza

Otro:

Percepción de exigencias o presiones: si  no  Origen:

Ideas de suicidio: no  si  Describir el plan, si es mencionado:

7. P. ROL-RELACIONES

Situación familiar: Vive solo  Vive en pareja

Identificación de cuidador principal:

Rol de la paciente en el núcleo familiar:

Apoyo familiar: Cónyuge  Amigos  Vecinos  Hijos

Reacción de la familia ante la enfermedad:

Ansiedad  Apoyo  Culpa  Desinterés  Preocupación  Tranquilidad

Problemas familiares: si  no

Pertenece a algún grupo social: si  no

8. P. SEXUALIDAD

Alteración: si  no  Especificar:





9. P. AFRONTAMIENTO- ESTRÉS

Escala hospitalaria de ansiedad y depresión: Ansiedad  Depresión  Temores  Especificar:

Cambios importantes en su vida últimamente: si  no  Lo ha vivido como crisis: si  no

Mecanismos para afrontar el estrés:

Autocontrol  Inhibición  Agitación  Agresión  Medicamentos  Alcohol  Drogas u otras  
sustancias  Otros:

Escala de valoración del pensamiento catastrofista ante el dolor:

10. P. VALORES- CREENCIAS

Alteración: si  no  Especificar:



## **B.- IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS- DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (NANDA)**

00132 Dolor agudo / 00133 Dolor crónico

00085 Deterioro de la movilidad física / 00092 Intolerancia a la actividad

00095 Deterioro del patrón del sueño

00146 Ansiedad

00148 Temor

00120 Baja autoestima situacional / 00153 Riesgo de baja autoestima

00055 Desempeño inefectivo del rol

00072 Negación ineficaz

00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico

00079 Incumplimiento del tratamiento

00126 Conocimientos deficientes

00061 Cansancio en el desempeño del rol del cuidador / 00062 Riesgo de cansancio en el desempeño del rol del cuidador

00001 Desequilibrio nutricional por exceso

00022 Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia / 00019 Incontinencia urinaria de urgencia

## **C.- PLANIFICACIÓN DE OBJETIVOS- NOC:**

Para la evaluación de cada indicador se sugieren escalas tipo lickert, donde se puntúa del 1 al 5 cada uno de los ítems, siendo 1 nunca y 5 siempre.

1605 CONTROL DEL DOLOR Indicadores:

-Refiere una disminución del dolor al adoptar las medidas no farmacológicas (1-2-3-4-5)

-Refiere disminución de la rigidez al adoptar las medidas no farmacológicas (1-2-3-4-5)

0306 AUTOCUIDADO: ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

-Recupera las actividades del hogar que realizaba antes del inicio de la enfermedad (1-2-3-4-5)

0005 TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD

- Verbaliza una disminución de la fatiga al realizar esfuerzos (1-2-3-4-5)

- Realiza ejercicio físico regular (1-2-3-4-5)



#### 0004 SUEÑO

- Verbaliza dormir mejor, siendo el sueño más reparador (1-2-3-4-5)

#### 1402 CONTROL DE LA ANSIEDAD

- Mantiene una conducta tranquila (1-2-3-4-5)
- Refiere conocer y utilizar mecanismos de defensa ante situaciones estresantes (1-2-3-4-5)
- Disminución de episodios de dolor tras situaciones estresantes (1-2-3-4-5)

#### 1404 CONTROL DEL MIEDO

- No expresa sentimientos de temor al fracaso en la recuperación (1-2-3-4-5)

#### 1205 AUTOESTIMA

- La paciente se siente segura de sí misma (1-2-3-4-5)
- Se siente con energía y ganas de mejorarse (1-2-3-4-5)

#### 1501 DESEMPEÑO DEL ROL

- La paciente es capaz de llevar a cabo las actividades que requiere su papel dentro del núcleo familiar (1-2-3-4-5)
- La paciente es capaz de llevar a cabo su actividad laboral (1-2-3-4-5)

#### 1300 ACEPTACIÓN ESTADO DE SALUD

- Verbaliza que entiende y asume que tiene FM (1-2-3-4-5)
- Ha realizado cambios en el estilo de vida para mejorar su estado de salud (1-2-3-4-5)

#### 2301 RESPUESTA A LA MEDICACIÓN/EJERCICIO PRESCRITO

- Refiere un control de los síntomas aplicando las medidas no farmacológicas y farmacológicas pautadas (1-2-3-4-5)

#### 1601 CONDUCTA CUMPLIMIENTO

- Realiza el régimen terapéutico pautado, farmacológico y no farmacológico (1-2-3-4-5)

#### 1803 CONOCIMIENTO PROCESO ENFERMEDAD

- Sabe qué es la FM y su pronóstico (1-2-3-4-5)

#### 1813 CONOCIMIENTO: RÉGIMEN TERAPÉUTICO / 1811 CONOCIMIENTO: ACTIVIDAD PRESCRITA / 1808 CONOCIMIENTO: MEDICACIÓN

- Conoce las medidas no farmacológicas que alivian la FM (1-2-3-4-5)
- Conoce el tratamiento prescrito por el médico, nombre, pauta y vía de administración de cada medicamento pautado (1-2-3-4-5)



-Conoce el tipo de ejercicio físico que debe realizar en tiempo y forma (1-2-3-4-5)

#### 2204 RELACIÓN ENTRE CUIDADOR Y PACIENTE

-El cuidador comprende qué es la FM, síntomas, pronóstico (1-2-3-4-5)

- El cuidador refiere no sentir rechazo hacia la FM; ha mejorado la relación entre paciente-cuidador (1-2-3-4-5)

#### 2508 BIENESTAR DEL CUIDADOR

-Escala Zarit de sobrecarga del cuidador: <46 puntos (No sobrecarga) (1-2-3-4-5)

#### 1612 CONTROL DEL PESO

-IMC <25% o disminución de un 10% del peso corporal (1-2-3-4-5)

#### 0503 ELIMINACIÓN URINARIA

-Refiere disminución de los episodios de incontinencia al adoptar las medidas pautadas (1-2-3-4-5)

#### 1092 CONTROL DEL RIESGO

#### 1910 CONDUCTA SEGURIDAD: ENTORNO FÍSICO EN CASA

-Ha modificado el entorno para mejorar la ergonomía (1-2-3-4-5)

#### 2000 CALIDAD DE VIDA 2002 BIENESTAR

-Refiere encontrarse mejor aplicando las medidas terapéuticas aconsejadas (1-2-3-4-5)

### **D.- DESARROLLO DE INTERVENCIONES- NIC:**

Se enuncian las intervenciones con sus actividades asociadas

#### 1400 MANEJO DEL DOLOR

Informar sobre las medidas no farmacológicas que favorecen el alivio del dolor, la importancia del ejercicio físico y consejos ergonómicos.

#### 1380 APLICACIÓN DE CALOR:

Animar a la utilización de baños de agua de temperatura 37º-38º para favorecer la reducción de la rigidez corporal. La aplicación de calor local también ayuda a calmar el dolor.

#### 0140 FOMENTO DE LOS MECANISMOS CORPORALES:

Facilitar el uso de movimientos y posiciones en las actividades cotidianas para evitar la fatiga y la tensión. Limitar las horas de trabajo intenso con el objetivo de reducir el agotamiento.

#### 6482 GESTIÓN DEL ENTORNO: COMODIDAD:

Explicar la importancia de conseguir un ambiente tranquilo, confortable y acogedor. Explicar la importancia de no tomar posturas inadecuadas y cuidar los asientos en casa y en el trabajo.

#### 2400 ASISTENCIA EN LA ANALGESIA CONTROLADA POR EL PACIENTE:

Informar a la paciente sobre la importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico y ayudar a comprender las pautas, efectos secundarios deseables y no deseables.

#### 0200 FOMENTO DEL EJERCICIO

Explicar la importancia del ejercicio físico suave y diario, su efecto sobre la salud y los efectos psicológicos.

Reforzar las recomendaciones sobre actividad física específica y concreta pautadas por el fisioterapeuta o entregárselas en el caso de que no las tengan. Tablas específicas (Anexo 10).

#### 1850 MEJORAR EL SUEÑO

Practicar la higiene del sueño favoreciendo el descanso

#### 5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

Crear un ambiente que facilite la confianza, que de seguridad. Escuchar con atención. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

Ayudar a la paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad y reforzar las técnicas para afrontarlas como la relajación.

Reforzar las pautas dadas por psicólogo y/o psiquiatra.

#### 5270 APOYO EMOCIONAL

Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en los momentos de tensión.

#### 5250 APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES

Ayudar a identificar las ventajas y desventajas de realizar cambios en el estilo de vida. Oferta de apoyo por nuestra parte.

#### 5400 POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA

Ayudar a la paciente a identificar logros positivos hasta la fecha. Identificar sus virtudes y capacidades. Recompensar y alabar el progreso en la consecución de objetivos. Abstenerse de realizar críticas negativas.

#### 5230 MEJORAR EL AFRONTAMIENTO

Ayudar a la paciente y familia a comprender qué es la FM, las limitaciones físicas y psíquicas, que identifique las situaciones que agravan o mejoran la enfermedad, el pronóstico de la misma y ayudarla a que tome conciencia de la situación.

#### 4480 FACILITAR LA AUTORRESPONSABILIDAD

Animar a la paciente a asumir tanta responsabilidad en sus autocuidados como sea posible, que identifique lo que puede y no puede hacer. Discutir las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias.

Explicar a la paciente la importancia de ser un modelo de hábitos esforzados para sus hijos y familia.

#### 5240 ASESORAMIENTO

Ayudar a la paciente y familia a fomentar sus capacidades para resolver problemas y mejorar las relaciones interpersonales.

Apoyarles en la comprensión de la enfermedad, las medidas terapéuticas a adoptar y los recursos de que dispone a través de un lenguaje adecuado, folletos informativos, etc.

Explicar la importancia que tiene la implicación familiar, los cambios en el entorno, los cambios en el estilo de vida en la mejoría de la enfermedad.

#### 4360 MODIFICACION DE LA CONDUCTA

Revisar junto con paciente /familiar cercano la encuesta sobre hábitos conductuales para el ejercicio diario, identificar las conductas saludables y no saludables que venía haciendo hasta ahora y ayudarla a identificar alternativas saludables. Explorar con la paciente o familiares cercanos las barreras potenciales al cambio de conducta.

Establecer los objetivos de conducta saludable de forma escrita, desarrollando un programa de cambio de conducta pactado con la paciente y animándola a que registre dicho cambio (contrato conductual). Evaluar el progreso desarrollando una medición visual de los cambios de conducta.

Elegir una afirmación/recompensa que sea lo suficientemente significativa para la paciente como para mantener la buena conducta. Enseñar al familiar cercano e hijos a administrar refuerzos positivos en las conductas que han de incrementarse y retirarlos en las que han de ser disminuidos. Administrar los refuerzos inmediatamente después de que aparezca la conducta deseable.

#### 5430 GRUPO DE APOYO

Incluir en grupos de apoyo, Grupos de Ayuda Mutua (GAM) (ver anexo13 del proceso asistencial).

#### 5510 EDUCACIÓN SANITARIA

Dar información en lenguaje adecuado, sobre la FM, qué es, síntomas que produce, alteraciones emocionales, tratamiento farmacológico y no farmacológico (control de ideas irracionales, importancia del asociacionismo, compartir los sentimientos...) (Anexo 9 del proceso asistencial: Información al paciente y su familia).

Comprobar que toda la información ha sido comprendida por la paciente y su familia.

#### 5612 ENSEÑANZA: ACTIVIDAD/ EJERCICIO PRESCRITO

Informar sobre el tipo de ejercicio que debe realizar: sesiones de 30–60 minutos (2-4 veces/semana), fundamentalmente de tipo aeróbico, ajustando la progresión de forma individual (Anexo 10 del proceso asistencial) y comprobar que lo ha entendido.

Reforzar las pautas dadas por fisioterapeuta y rehabilitador.

#### 5616 ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Explicar en lenguaje comprensible el nombre de los fármacos indicados por el médico, pauta, su efecto esperado, los efectos secundarios no deseables y la importancia de la adherencia al tratamiento. Comprobar que lo ha entendido.

#### 5602 ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD

Informar en lenguaje adecuado sobre qué es la FM y síntomas asociados, limitaciones psíquicas y físicas, comprobando que lo ha entendido.

Educación familiar: marido, pareja e hijos.



#### 4420 ACUERDO CON EL PACIENTE / 4220 ACUERDO CON EL PACIENTE Y FAMILIA

Animar a la paciente y familia a que identifiquen sus propios objetivos, no los que crean que espera el profesional sanitario. Establecer los objetivos en términos positivos.

Clarificar el papel de la paciente en el plan de cuidados y ayudarles a establecer límites de tiempo realista.

#### 7040 APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL / 7140 APOYO FAMILIAR

Ayudar al cuidador principal y a la familia a comprender lo que rodea a la FM, animarles a que expresen los sentimientos negativos que padecen y ayudarles a eliminarlos. Intentar que aprendan a empatizar con la paciente.

#### 7110 FOMENTO DE LA IMPLICACIÓN FAMILIAR

Explicar al cuidador principal la importancia que tiene para la FM el apoyo de la familia, la toma de conciencia de esta enfermedad incomprendida. Explicarles que deben participar en la implementación del plan terapéutico y animar a la paciente a que tenga un comportamiento de adhesión.

Explicar la importancia, para la mejoría de la FM, de mantener un entorno agradable, relajado y libre de exigencias; todos los miembros de la familia deben asumir las responsabilidades familiares y repartir las tareas del hogar.

#### 6610 IDENTIFICAR RIESGOS

Realizar valoraciones continuas sobre el estado físico, psíquico y del entorno de la paciente para detectar nuevos síntomas o cambios que haya que tratar.

#### 1280 AYUDA PARA DISMINUIR DE PESO

Incluir en programa de atención al paciente con obesidad o sobrepeso

#### 0570 ENTRENAMIENTO DE LA VEJIGA URINARIA / 0600 ENTRENAMIENTO DEL HABITO URINARIO

Enseñar a la paciente a mantener un hábito de vaciado de la vejiga planificado para evitar el llenado excesivo de la misma y, así, la incontinencia de urgencia.

Adiestrar en los ejercicios de fortalecimiento de la musculatura de la pelvis para mantener la orina y suprimir la micción.

#### NIC NO ESPECÍFICOS

4920 ESCUCHA ACTIVA

4380 ESTABLECER LÍMITES

4410 ESTABLECER OBJETIVOS COMUNES

7710 COLABORACION CON MEDICO

8100 DERIVACION

7920 DOCUMENTACION

4238 FLEBOTOMIA MUESTRA DE SANGRE VENOSA

7820 MANEJO DE MUESTRAS



**E.- TABLA RESUMEN RELACIONANDO NANDA-NOC-NIC**

NANDA	NOC	NIC
<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 00132 DOLOR AGUDO</li> <li>□ 00133 DOLOR CRÓNICO</li>   <li>□ 00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA</li>   <li>□ 00092 INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD</li>   <li>□ 00095 DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO</li> <li>□ 00146 ANSIEDAD</li>   <li>□ 00148 TEMOR</li>   <li>□ 00120 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL</li> <li>□ 00153 RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA</li> <li>□ 00055 DESEMPEÑO INEFECTIVO DEL ROL</li>   <li>□ 00072 NEGACIÓN INEFICAZ</li>   <li>□ 00078 MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO</li>   <li>□ 00079 INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO</li>   <li>□ 00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES</li>   <li>□ 00061 CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DEL CUIDADOR</li>   <li>□ 00062 RIESGO DE CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DEL CUIDADOR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ <b>1605 CONTROL DEL DOLOR</b> Indicador: -Refiere una disminución del dolor al adoptar las medidas no farmacológicas (1-2-3-4-5) -Refiere disminución de la rigidez al adoptar las medidas no farmacológicas (1-2-3-4-5)</li> <li>□ <b>0306 AUTOCUIDADO: ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA</b> -Recupera las actividades del hogar que realizaba antes del inicio de la enfermedad (1-2-3-4-5)</li> <li>□ <b>0005 TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD</b> - Verbaliza disminución de la fatiga al realizar esfuerzos(1-2-3-4-5) - Realiza ejercicio físico regular (1-2-3-4-5)</li> <li>□ <b>0004 SUEÑO</b> - Verbaliza dormir mejor, siendo el sueño más reparador (1-2-3-4-5)</li> <li>□ <b>1402 CONTROL DE LA ANSIEDAD</b> -Mantiene una conducta tranquila (1-2-3-4-5) -Refiere conocer y utilizar mecanismos de defensa ante situaciones estresantes (1-2-3-4-5) -Disminución de episodios de dolor tras episodio estrés (1-2-3-4-5)</li> <li>□ <b>1404 CONTROL DEL MIEDO</b> -Refiere no sentir temor al fracaso en la recuperación(1-2-3-4-5)</li> <li>□ <b>1205 AUTOESTIMA</b> -La paciente se siente segura de sí misma (1-2-3-4-5) -Se siente con energía y ganas de mejorarse (1-2-3-4-5)</li> <li>□ <b>1501 DESEMPEÑO DEL ROL</b> -La paciente es capaz de llevar a cabo las actividades que requiere su papel dentro del núcleo familiar (1-2-3-4-5) -La paciente es capaz de realizar su actividad laboral(1-2-3-4-5)</li> <li>□ <b>1300 ACEPTACIÓN ESTADO DE SALUD</b> -Verbaliza que entiende y asume que tiene FM (1-2-3-4-5) -Ha realizado cambios en el estilo de vida para mejorar su estado de salud (1-2-3-4-5)</li> <li>□ <b>2301 RESPUESTA A LA MEDICACIÓN/ EJERCICIO PRESCRITO</b> -Refiere un control de los síntomas aplicando las medidas no farmacológicas y farmacológicas pautadas (1-2-3-4-5)</li> <li>□ <b>1601 CONDUCTA CUMPLIMIENTO</b> -Realiza el régimen terapéutico pautado, farmacológico y no farmacológico (1-2-3-4-5)</li> <li>□ <b>1803 CONOCIMIENTO PROCESO ENFERMEDAD</b> -Sabe qué es la FM y su pronóstico (1-2-3-4-5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1400 MANEJO DEL DOLOR</li> <li>1380 APLICACIÓN DE CALOR</li> <li>0140 FOMENTO DE LOS MECANISMOS CORPORALES</li> <li>6482 GESTIÓN DEL ENTORNO: COMODIDAD</li> <li>2400 ASISTENCIA EN LA ANALGESIA CONTROLADA POR EL PACIENTE</li> <li>0200 FOMENTO DEL EJERCICIO</li> <li>1850 MEJORAR EL SUEÑO</li> <li>5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD</li> <li>5270 APOYO EMOCIONAL</li> <li>5250 APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES</li> <li>5400 POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA</li> <li>5230 AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO</li> <li>4480 FACILITAR LA AUTORRESPONSABILIDAD</li> <li>5240 ASESORAMIENTO</li> <li>4360 MODIFICACION DE LA CONDUCTA</li> <li>5430 GRUPO DE APOYO</li> <li>5510 EDUCACIÓN SANITARIA</li> <li>5612 ENSEÑANZA: ACTIVIDAD/ EJERCICIO PRESCRITO</li> <li>5616 ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS</li> <li>5602 ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD</li> <li>4420 ACUERDO CON EL PACIENTE</li> <li>4220 ACUERDO CON EL PACIENTE Y FAMILIA</li> <li>7040 APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL/ 7140 APOYO FAMILIAR</li> <li>7110 FOMENTO DE LA IMPLICACIÓN FAMILIAR</li> <li>6610 IDENTIFICAR RIESGOS</li> <li>1280 AYUDA PARA DISMINUIR DE PESO</li> <li>0570 ENTRENAMIENTO DE LA VEJIGA URINARIA</li> <li>0600 ENTRENAMIENTO DEL HABITO URINARIO</li>   <li><u>NIC NO ESPECÍFICOS</u></li> <li>4920 ESCUCHA ACTIVA</li> <li>4380 ESTABLECER LÍMITES</li> <li>4410 ESTABLECER OBJETIVOS COMUNES</li> <li>7710 COLABORACION CON MEDICO</li> <li>8100 DERIVACION</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 00001 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO</li> <li>□ 00022 RIESGO DE INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA</li> <li>□ 00019 INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ <b>1813 CONOCIMIENTO RÉGIMEN TERAPÉUTICO</b></li> <li>□ <b>1811 CONOCIMIENTO ACTIVIDAD PRESCRITA</b></li> <li>□ <b>1808 CONOCIMIENTO MEDICACIÓN</b> -Conoce las medidas no farmacológicas que alivian FM (1-2-3-4-5) -Conoce el tratamiento prescrito por el médico, nombre, pauta y vía de administración de cada medicamento pautado (1-2-3-4-5) -Conoce el tipo de ejercicio físico que debe realizar en tiempo y forma (1-2-3-4-5)</li> <li>□ <b>2204 RELACIÓN ENTRE CUIDADOR Y PACIENTE</b> -El cuidador comprende qué es FM, síntomas, pronóstico(1-2-3-4-5) - El cuidador refiere no se sentir rechazo hacia la FM, haber mejorado la relación entre paciente-cuidador (1-2-3-4-5)</li> <li>□ <b>2508 BIENESTAR DEL CUIDADOR</b> (1-2-3-4-5) -Escala Zarit de sobrecarga del cuidador &lt;46 ptos (No sobrecarga)</li> <li>□ <b>1612 CONTROL DEL PESO</b> IMC &lt;25% o disminución de un 10% del peso corporal (1-2-3-4-5)</li> <li>□ <b>0503 ELIMINACIÓN URINARIA</b> -Refiere disminución de los episodios de incontinencia al adoptar las medidas pautadas (1-2-3-4-5)</li> <li>□ <b>1092 CONTROL DEL RIESGO</b></li> <li>□ <b>1910 CONDUCTA SEGURIDAD: ENTORNO FÍSICO EN CASA</b> -Ha modificado el entorno para mejorar la ergonomía (1-2-3-4-5)</li> <li>□ <b>2000 CALIDAD DE VIDA 2002 BIENESTAR</b> -Refiere encontrarse mejor aplicando las medidas terapéuticas aconsejadas (1-2-3-4-5)</li> </ul>	<p>7920 DOCUMENTACION 4238 FLEBOTOMIA MUESTRA DE SANGRE VENOSA 7820 MANEJO DE MUESTRAS</p>
--	---	--

## ANEXO 12: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

No hay ningún fármaco aprobado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) ni por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) con la indicación específica para FM.

### Fármacos utilizados en el tratamiento de la fibromialgia en función de la sintomatología predominante:

FÁRMACO	SÍNTOMAS SOBRE LOS QUE ES EFICAZ	GRADO DE RECOMENDACIÓN	RANGO TERAPÉUTICO	OTRAS ESPECIFICACIONES
<b>AMITRIPTILINA</b>	Dolor, sueño, fatiga, limitación funcional	1++ / A [14]	25-50 mg/día	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Utilizar en dosis única por la noche.</li> <li>. Empezar con 10 mg/24 h por la noche e ir aumentando semanalmente 10 mg hasta máximo 50 mg/24 h.</li> <li>. Puede asociarse con otros antidepresivos (Fluoxetina 20 mg/24 h) y/o analgésicos</li> </ul>
<b>CICLOBENZAPRINA</b>	Sueño, dolor	1++ / A [25]	10-40 mg/día	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Utilizar en dosis única por la noche o partida, con la dosis principal por la noche.</li> <li>. Empezar con 5 mg/24 h hasta máximo 40 mg/24 h.</li> </ul>
<b>DULOXETINA</b>	Dolor, sueño, depresión, limitación funcional	1++ / A [14]	60-120 mg/día	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Mejor tolerado por la mañana.</li> <li>. Empezar con 30 mg/24 h e ir aumentando semanalmente hasta máximo 120 mg/24 h (dosis recomendada: 60 mg/24 h).</li> </ul>
<b>PREGABALINA</b>	Dolor, sueño, limitación funcional	1++ / A [14]	150-450 mg/día	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Empezar con 75 mg/12 h</li> <li>. Si se necesita aumentar dosis para control de síntomas, incrementar en 7 días a 150 mg/12 h.</li> </ul>
<b>FLUOXETINA</b>	Dolor, sueño, fatiga, depresión, limitación funcional	2++ / C [26]	20-80 mg/día	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Utilizar en dosis única por la mañana.</li> <li>. Iniciar con 20 mg/24 h.</li> <li>. Si se necesita aumentar dosis para control de síntomas, incrementar hasta máximo 80 mg/24 h.</li> </ul>
<b>TRAMADOL</b>	Dolor	1+ / B [27, 28]	150-300 mg/día	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Pautar de 50-100 mg/8 h hasta máximo 300 mg/24 h.</li> <li>. Se puede utilizar solo o asociado a paracetamol (asociación comercializada: 37.5 mg tramadol / 325 mg paracetamol).</li> <li>. Los estudios demuestran mayor eficacia cuando se asocia con paracetamol.</li> </ul>
<b>PARACETAMOL</b>	Dolor	4 / D	2-4 gr/día	Dosis máxima 4 g.

**Fármacos con escasa evidencia o sin evidencia:**

- Glucocorticoides: no se recomiendan para el tratamiento de los síntomas de la FM, puesto que no existe ningún estudio que avale su eficacia en esta patología y, su tratamiento continuado puede conllevar importantes efectos secundarios. 4 / D
- AINE: no hay evidencia de que los AINE (naproxeno e ibuprofeno) sean efectivos cuando se administran solos en pacientes con FM, aunque pueden ser útiles como adyuvantes analgésicos cuando se combinan con los antidepresivos tricíclicos. 4 / D
- Gabapentina, pramipexol, oxibato sódico, hormona del crecimiento y nabilona: son necesarios más estudios para afirmar el beneficio de estos fármacos y no se recomienda su uso en la práctica clínica habitual para el tratamiento de la sintomatología de la FM. 1- / C [29-33]
- Opioides mayores, ketamina, lidocaína y cannabis: no hay suficiente evidencia para recomendarlos para el tratamiento de los síntomas de la FM. 4 / D

**Fuente: [14, 25-33]**

## **ANEXO 13: TRABAJO EN GRUPO**

### **INTRODUCCIÓN AL TRABAJO EN EL GRUPO**

No existen datos que puedan sustentar la existencia de un perfil psicológico específico ni, por tanto, causas psicológicas que expliquen el síndrome.

En cuanto a la respuesta emocional, sí parece que reciben un mayor impacto emocional, derivado del estrés cotidiano, pero comparado con otros procesos de dolor crónico no existen diferencias.

En el trabajo en grupo, el animador debe facilitar que cada participante:

- Perciba el propio comportamiento y el de los demás
- Pueda indagar en el pensamiento y razonamiento de los demás
- Haga los pensamientos y razonamientos propios más visibles para los demás, y adquiera mayor conciencia de estos
- Conozca los objetivos

El primer objetivo del grupo es el trabajo físico: el ejercicio en grupo. Es la terapia de elección para su enfermedad, como se indica en el anexo específico. La principal dificultad es el abandono de la práctica.

PERFIL DE "RIESGO" PARA EL ABANDONO DEL EJERCICIO FÍSICO:

- EXCESO DE PESO
- BAJA MOTIVACIÓN
- DEPRESIÓN
- NEGACIÓN O MAL ESTADO DE SALUD
- NO TENER APOYO DEL CÓNYUGE
- POCAS FACILIDADES PARA LA PRÁCTICA/CARGAS FAMILIARES
- PRÁCTICA INDIVIDUALIZADA E INTENSA
- POCO O NINGÚN APOYO SOCIAL O DE REFUERZO, DURANTE O DESPUÉS DEL MISMO

El grupo ayuda a vencer obstáculos, para favorecer la adherencia al ejercicio, que pueden ser de tipo:

- Personal (patrones de conducta y psicobiológicos preexistentes): con la interacción positiva entre los participantes se consigue un aumento de la motivación y del compromiso.
- Socio-familiar de los participantes y de los factores relacionados con la programación (conveniencia del lugar y horario).

El talante del animador de las sesiones debe ir dirigido a crear el clima que estimule a los participantes a la realización de la tarea.

### **LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA EN FIBROMIALGIA**

Pueden convertirse en un referente importante para la salud de las personas diagnosticadas al ofertar entre sus servicios el ejercicio físico pautado.

Crean un espacio donde es posible reconstruir la identidad personal y mejorar la autoestima. La autoestima es la apreciación de la propia valía e importancia, y la toma de responsabilidad sobre sí mismo y sobre las relaciones consigo mismo y con los demás. Ser la causa de la propia vida y no el efecto de las circunstancias y de los demás.

En el grupo se genera:

- Sentido de pertenencia
- Compartir ciertas reglas y adecuarse a ellas
- Consenso
- Percepción gradual del semejante
- Proceso de enseñanza y aprendizaje
- Y en todo ello subyace el lema: "No estás solo".



La auténtica fuerza de estos grupos es su dimensión no profesionalizada. Cuando es coordinado por profesionales, pueden convertirse en una oportunidad de negocio, de dudosa legitimidad.

Así mismo deben evitarse la dependencia prolongada y excesiva, el “victimismo” y las tendencias autoritarias.

Los miembros del grupo van a encontrar un nuevo esquema referencial, para el mejor manejo y afrontamiento de la fibromialgia, y de las dificultades familiares, laborales y de estilo de vida, derivados de esta.

## **MATERIAL PARA EL TRABAJO EN GRUPO**

### *EXPECTATIVAS*

Preguntas que se deberán responder de manera individual:

- ¿Por qué estoy aquí?
- ¿Qué me gustaría aprender?
- ¿Qué pienso aportar?
- ¿Qué me gustaría que no ocurriera durante estas sesiones?
- ¿Qué me gustaría que sí ocurriera durante estas sesiones?

### *RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON*

Primero se pide al paciente que se vaya relajando, tumbado o sentado, durante unos minutos a través de una respiración adecuada. Cuando han transcurrido estos minutos y el paciente ha conseguido cierto grado de relajación previa, empezamos con la relajación de la cara:

Frente: para tensarla hay que tirar de las cejas hacia arriba de manera que se marquen las arrugas. Relajarla dejando que las cejas vuelvan a su posición habitual.

Entrecejo: para tensar hay que intentar que las cejas se junten una contra otra, se deben marcar unas arrugas encima de la nariz. Relajar.

Ojos: tensarlos apretándolos fuertemente. Relajarlos aflojando la fuerza y dejarlos cerrados.

Nariz: para tensarla se la debe arrugar hacia arriba, destensarla dejando de arrugarla suavemente.

Sonrisa: forzar la sonrisa el máximo posible apretando los labios uno contra el otro al mismo tiempo. Relajar.

Lengua: apretar con fuerza la lengua contra la parte interior de los dientes de la mandíbula superior. Se tensan la lengua, la parte inferior de la boca y los músculos de alrededor de las mandíbulas. Aflojar lentamente.

Mandíbula: apretar con fuerza la mandíbula inferior contra la superior, notando que se tensan los músculos situados por debajo y hacia delante de las orejas. Aflojar.

Labios: sacar los labios hacia fuera y apretarlos fuertemente el uno contra el otro. Relajar.

Resto del cuerpo:

Cuello: existen diversos procedimientos, básicamente consiste en estirar los músculos del cuello hacia arriba. Un procedimiento es dejando caer la cabeza hacia delante hasta que la barbilla esté lo más próxima posible al pecho, se tensan especialmente los músculos de la nuca. Para relajar, llevar la cabeza a su posición normal. El otro procedimiento es inclinar la cabeza hacia un lado hasta sentir una tensión en la zona lateral del cuello y después hacia el otro lado.

Para relajar volver la cabeza a su posición normal.

Hombros: subir los hombros hacia arriba con fuerza, intentando tocar las orejas con ellos, mantener la tensión y relajar dejando caer poco a poco los hombros.

Brazos: estirar el brazo hacia delante, cerrar el puño y apretarlo fuertemente, intentar poner todo el brazo rígido. Para aflojar, abrir el puño y dejar caer el brazo suavemente. Después el otro brazo.

Espalda: para tensar, echar el cuerpo hacia delante, doblar los brazos por los codos y tirar de ellos hacia arriba y atrás; no se deben apretar los puños. Para relajar volver a la posición original.

Estómago: hay dos maneras. Una es meter el estómago hacia adentro el máximo que se pueda, otra manera más efectiva es apretar los músculos del estómago hacia fuera, de manera que se ponga duro. Para relajar dejar de tensionar el estómago.

Parte inferior de la cintura: apretar la parte del cuerpo que está en contacto con la silla. Lo más efectivo es apretar la pierna izquierda contra la derecha, desde el trasero hasta la rodilla.



Piernas: estirar la pierna todo lo posible, se ha de notar la tensión en el muslo y en la pantorrilla. El pie se puede poner mirando al frente o tirando de él hacia atrás. Relajar primero el pie y poco a poco soltar la pierna y dejarla que se relaje. Repetir con la otra pierna.

En la relajación progresiva normalmente se aprende un grupo muscular por sesión, pero esto depende del terapeuta. Después de cada sesión se dedican los últimos minutos para sentir la relajación ayudándonos con una respiración lenta y profunda.

Cuando la paciente ya sabe tensar y relajar los músculos se puede pasar al recorrido mental tensión-relajación, que consiste en ir apretando y aflojando sucesivamente todos los grupos musculares. En el caso de que un grupo muscular continúe en tensión, volver a relajarlo, hasta que se sienta el cuerpo totalmente relajado.

### *GÉNERO Y SALUD: DIFERENCIAS Y DESIGUALDADES*

Escribe las respuestas de manera individual:

1. ¿Qué características del hombre y la mujer crees que son debidas a la educación o al ambiente y cuáles son heredadas?

Características del hombre:

- Heredadas ("lo llevan en la masa de la sangre")
- Debidas a la educación o al ambiente

Características de la mujer:

- Heredadas
- Debidas a la educación o al ambiente

2. ¿Qué es para ti la salud?

3. ¿Quién debe cuidar tu salud?

Sin embargo, la salud de mujeres y hombres es diferente y desigual:

- Diferente porque hay factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.) diferenciadores.
- Desigual porque hay otros factores, que en parte son explicados por el género, y que influyen de una manera injusta en la salud de las personas:
  - Roles familiares, obligaciones, expectativas laborales y tipos de ocupación (impacto del trabajo doméstico), el nivel socioeconómico, el impacto de las situaciones de violencia de género, etc.
  - Los roles de género también afectan a la salud de los hombres condicionando su vida personal y autoestima a las expectativas sociales de éxito laboral y económico, a las dificultades ante las situaciones de paro y a la falta de socialización (dificultad) para expresar sentimientos y padecimientos mentales y físicos.

### *EL ESTRÉS*

Hay una nueva enfermedad que afecta a mucha gente, hombres y mujeres, jóvenes y ancianos, se le llama estrés.

Afecta tanto a quienes trabajan en el mundo laboral, como a quienes lo hacen en su domicilio.

Debemos saber cada una de nosotras cuáles son los factores estresantes a los que nos enfrentamos cada día y que nos provocan una respuesta estresante.

Es importante estar informada sobre esta enfermedad, saber distinguir las alarmas de aviso que nos da nuestro organismo.

¿Cuándo aparece este concepto?

Fue introducido en 1926 por Hans Selye.



En la actualidad, es uno de los términos más utilizados. Todo el mundo habla del estrés. Selye lo definió como la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo agresor o situación estresante.

El concepto de "estrés laboral", según el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, lo define como la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a presiones internas y externas.

### Concepto de estresor

Se utiliza el término "estresor o situación estresante", cuando nos referimos al estímulo o situación que provoca una respuesta de estrés en la persona.

Tipos y clases de estrés: pueden ser de dos tipos:

- Psicosociales: Pueden generar estrés por el significado que la persona les asigna. Ejemplo: hablar en público, tener una entrevista importante, examinarse (para unas personas puede ser estresante y para otras no).
- Biogénicos: Son aquellas situaciones que pasan a ser estresores por su capacidad para producir determinados cambios bioquímicos o eléctricos como respuesta de estrés. Ejemplo: tener que hacer cuatro cosas a la vez: llevar al nieto o a la nieta al colegio, quedarse con el pequeño, hacer la compra, limpiar la casa, ir a recoger el diagnóstico de un enfermo, o hablar con el médico.

### ¿Qué respuesta suele dar el organismo frente a la situación de estrés?

Es una respuesta automática del organismo frente a cualquier cambio ambiental, externo o interno. Es su manera de hacerle frente. Algunas formas de respuestas son:

1ª fase de reacción:

- Taquicardia
- Sudoración
- Tensión muscular
- Sequedad de boca

- Temblor
- Nerviosismo
- Nudo en el pecho
- Dificultad para respirar
- Aumento de la síntesis de la glucosa
- Aumento de la tensión arterial

2ª fase de agotamiento: como la energía de adaptación es limitada, si el estrés continúa se puede entrar en una fase de agotamiento.

- Cansancio
- Desinterés
- Mal humor
- Dificultad de concentración
- Ganas de llorar a menudo

### Fuentes de estrés

- Sucesos vitales internos y extraordinarios: Aparecen cuando se producen situaciones de cambio como separaciones matrimoniales, despidos en el trabajo, muerte de familiares...
- Sucesos diarios estresantes de pequeña intensidad: Son aquellos que cada día vivimos y de los que no podemos deshacernos. Estos a la larga pueden tener repercusiones más fuertes que los sucesos extraordinarios.





- Sucesos de tensión crónica mantenida: Son aquellas situaciones capaces de generar estrés manteniéndose durante períodos de tiempo más o menos largos. Ejemplo: el estrés que supone tener un hijo en la casa que consume droga, tiene alguna enfermedad, alcoholismo...

### ¿Cómo se puede superar el estrés?

Las técnicas más habituales de afrontar y superar el estrés son las siguientes:

- Técnicas respiratorias. Muy útiles en los procesos de ansiedad, hostilidad, resentimiento, tensión muscular, fatiga y cansancio crónico.
- Técnicas de relajación progresiva. Son útiles en la ansiedad, depresión, baja autoestima, fobias, miedos, tensión muscular, hipertensión, cefaleas, alteraciones digestivas, insomnio, tics, temblores.
- Rechazo de ideas absurdas.
- Técnicas de afrontamiento de problemas.

### **“Gran parte de lo que somos es lo que pensamos”**

#### *LA ANSIEDAD*

La ansiedad podemos definirla como una ola agobiante, y que tiene cuatro momentos:

PRIMER MOMENTO. Ansiedad anticipatoria: enfrentarse a un evento estresante, o pensar en ello tiene una reacción fisiológica idéntica.

Rememoración: recordar el momento en que me sentí agobiada, las personas que estaban conmigo, qué pienso y qué siento.

SEGUNDO MOMENTO. Confrontación inicial: el primer vistazo.

TERCER MOMENTO. En el que hacemos frente a la situación, o a los pensamientos que producen ansiedad.

CUARTO MOMENTO. Después de la situación o evento: después del hecho, repaso y evaluación, valorando la preocupación o intranquilidad.

#### Para contrarrestar la ansiedad:

– Hay que preparar cuatro tipos de afirmaciones internas:

##### 1. ANTES DEL SUCESO

- Preocuparse no cambia el problema.
- ¿Qué has de hacer exactamente?
- Piensa con la cabeza.
- Puedes planear cómo ocuparte de ellos (“poner horarios”)

##### 2. AL COMIENZO DEL SUCESO

- Cálmate: puedes controlar tanto tu cuerpo como sus reacciones, como lo que estoy pensando.
- Concéntrate en lo que tienes que hacer. El estímulo de ansiedad es el estímulo para iniciar mi control.

##### 3. TERCER MOMENTO: HACIENDO FRENTE

- Respira, relájate.
- Concéntrate en el siguiente paso, sigue, persiste: puedes controlarlo, cosas peores pueden pasar.
- Tengo que hacer algo para sacarme este miedo de la cabeza

##### 4. CUARTO MOMENTO: DESPUÉS DEL SUCESO

- Decirse a una misma: lo hiciste y no fue tan malo.
- No fue tan malo de pasar.
- Tus pensamientos eran peores que la realidad.



## LA DEPRESIÓN

Es una enfermedad que afecta a todo el organismo, al estado de ánimo, al pensamiento y al comportamiento (la forma en que comes, duermes, piensas y la manera como te sientes contigo misma).

Hay expresiones falsas sobre la depresión. Por ejemplo:

- “Antonio ha roto con la novia y está deprimido”
- “No te deprimas mujer, que seguro que todo se arregla”
- “Ha sacado malas notas y está deprimido”

Es decir, hay muchos problemas en la vida que nos pueden poner tristes, abatidos, sin ánimo... pero eso no quiere decir que estemos deprimidos. Son expresiones que no utilizan el término adecuado. LA DEPRESIÓN ES ALGO MÁS SERIO

### Causas de la depresión

- Externas: Muchas veces aparecen en una persona normal cuando está viviendo una situación angustiante o insatisfactoria, no provocada por ella misma (a nivel de pareja, familia, salud, trabajo...).
- Médicas: Enfermedades que pueden provocar depresiones.
- Psicológicas: No es la situación o el entorno lo que provoca la depresión, sino la forma de ser de la persona, su personalidad:
  - Son personas que lo ven todo negro
  - Muy pesimistas
  - Siempre están de mal humor
  - Tienen problemas de relación

Normalmente tiene que ver con aquello que nos ha pasado en la vida, y la forma en que le hacemos frente.

### Personas vulnerables

No es casualidad que se dé con mayor frecuencia en las personas más vulnerables:

- Mujeres
- Que estén en paro
- Personas con menos recursos económicos
- Personas cuya vida no les ofrece las recompensas necesarias:
  - Ambiente hostil
  - Despido en el trabajo
  - Droga y alcohol en la familia
  - Relación muy deteriorada con su pareja
- Personas con pasado traumático:
  - Maltrato físico
  - Pérdida de los padres cuando era muy joven
  - Pérdida de algún hijo
  - Violación
  - Desprecio en la familia
- Sentimiento de minusvaloración:
  - Autoestima baja



- Soledad
- Indiferencia en la pareja
- Aislamiento afectivo

- Carencia de metas:

- Falta de objetivos que dan sentido a la vida
- Rutina e infravaloración de lo que hago
- Falta de actividad, de actos que sean gratos y que permitan disfrutar de aquello que valoramos
- No disponer de tiempo para nosotros y estar con quienes queramos y nos quieren y sentirnos a gusto

Detrás de una depresión hay muchos casos en la vivencia de vacío, de vivir "PARA OTROS", o lo que es peor, "VIVIR PARA NADIE"

Por ello es urgente:

1. Plantearse la vida con metas propias
2. Buscar cada día el sentido, el aspecto positivo de lo que vamos a hacer y vivir
3. Perder el temor y la vergüenza y acudir a profesionales que nos podrán ayudar
4. Buscar el contacto con personas que nos quieren y queremos

Síntomas de la depresión

- Humor depresivo:
  1. Ánimo triste y apático durante un tiempo prolongado
  2. Pesimismo
- Ausencia de placer en toda actividad:
  1. No tiene interés por nada
  2. Todo le cansa y aburre
- Alteraciones del apetito
- Dificultad para tener un sueño reparador:
  1. Insomnio
  2. Dificultad para conciliar el sueño si se despierta en la madrugada
- Descenso en la atención/memoria:
  1. Se le olvidan las cosas
  2. Se queda en blanco
- Desesperanza:
  1. Llanto fácil
  2. Ausencia de energía
  3. Irritabilidad
  4. Ansiedad
  5. Pesimismo
- Sentimientos negativos hacia sí mismo:
  1. Sentimiento de culpa
  2. Pérdida de autoestima
  3. Abandono del cuidado personal
- Pérdida de la libido:
  1. Si tiene pareja no le apetece tener relaciones sexuales





2. Si es un hombre se vuelve impotente

- Pensamientos y tendencias suicidas

¿Cómo prevenirla?

Dependiendo de los síntomas que presente, se utilizará una forma u otra o las dos, es decir:

- Con medicamentos
- Con psicoterapia

Cuando la depresión está muy avanzada tiene que ponerse en manos de un especialista.

- **Ámbito social:**

1. Crear vínculos de amistad duradera
2. Apoyo de la familia
3. Salir de casa y relacionarse con la gente

- **Ámbito físico:**

1. Hacer ejercicios físicos al aire libre: yoga, gimnasia...
2. Alimentación sana y moderada

- **Ámbito mental:**

1. Ante pensamientos de inferioridad o desesperación, digo ¡No! y pienso en cosas positivas
2. Mantenerse ocupada es un arma muy favorable para la salud

- **Ámbito espiritual:**

1. Si soy una persona creyente y confío en Dios, en su amor, en su promesa de estar siempre a nuestro lado y no dejarnos, abandonarnos a sus manos.

¿Cuándo se nota la mejoría?

¡No inmediatamente!

- Para apreciar la mejoría deben transcurrir de 10 a 20 días desde el inicio del tratamiento.
- **NO ABANDONAR EL TRATAMIENTO.** Ante cualquier duda, consultar al médico.
- Aunque te sientas mejor, es importante que sea el médico el que te diga cuándo y cómo suspender el tratamiento.
- No se pueden tomar los antidepresivos u otros medicamentos con alcohol, pues reducen su eficacia.

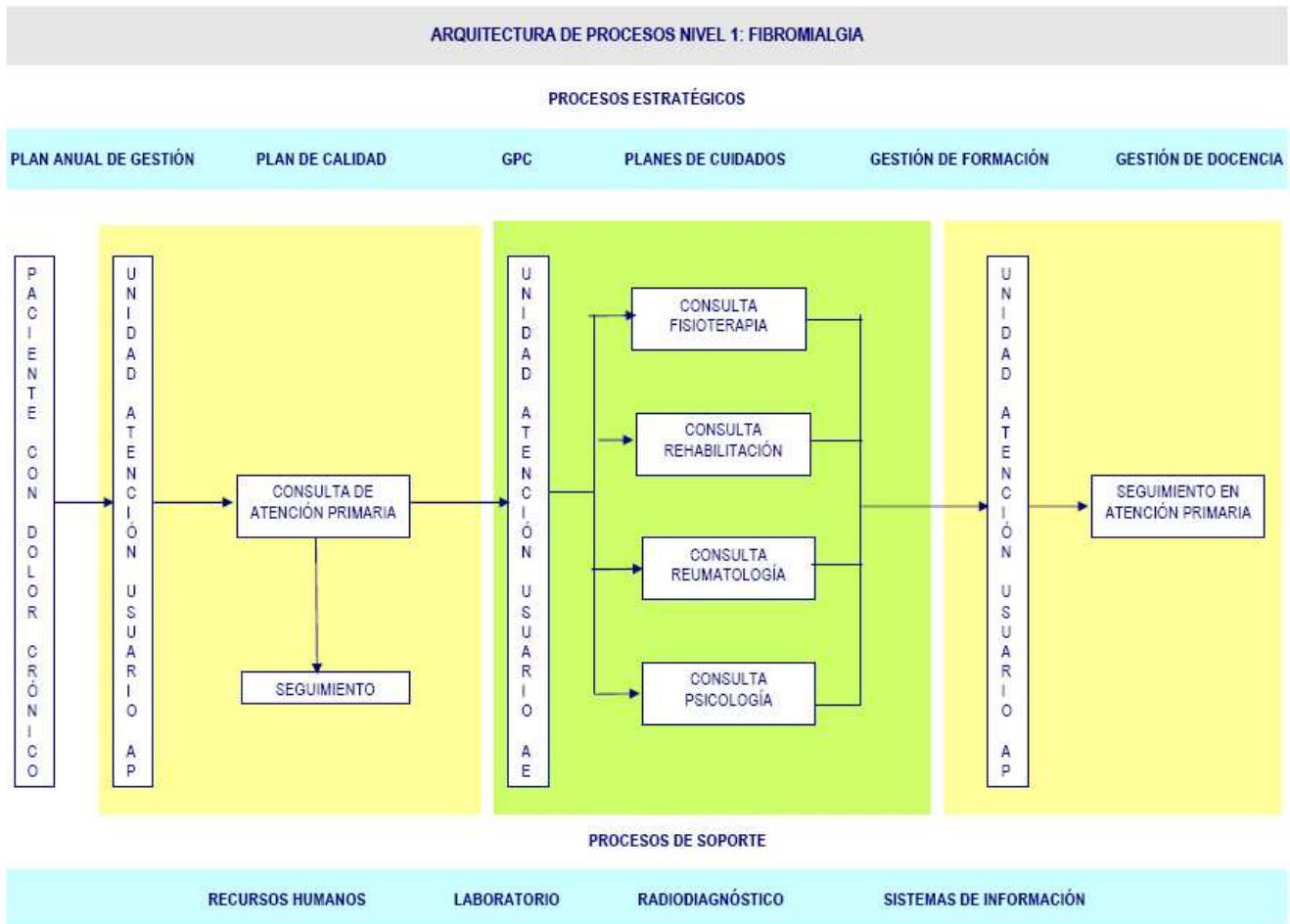
**Fuente: [1]**



## ANEXO 14: TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS CON ESCASA EVIDENCIA O SIN EVIDENCIA

TERAPIA	RECOMENDACIÓN	GRADO DE RECOMENDACIÓN
<b>AGENTES FÍSICOS</b>	Varios estudios sugieren un efecto positivo a corto plazo del láser, la termotepia superficial, los campos magnéticos y la corriente directa transcraneal por lo que podría considerarse su utilización en casos seleccionados que no hayan respondido a otras terapias con mayor nivel de evidencia científica	C [34-46]
<b>TERAPIA MANUAL</b>	No se ha demostrado de forma suficiente el efecto beneficioso del masaje y la quiropraxia en el tratamiento de la FM, por lo que no se recomienda su uso	C [47]
<b>ACUPUNTURA</b>	No hay suficiente evidencia para recomendar la acupuntura como tratamiento en pacientes con FM, aunque algunos estudios demuestran una leve mejora del dolor en pacientes con FM	C [48-50]
<b>HOMEOPATÍA</b>	No hay suficiente evidencia para recomendar la homeoterapia como tratamiento en pacientes con FM.	C [51]
<b>OZONOTERAPIA</b>	No hay suficiente evidencia para recomendar la ozonoterapia como tratamiento en pacientes con FM.	D [52]
<b>QI GONG KUNG / REIKI</b>	No se ha demostrado la eficacia del Qi Gong Kung, Reiki y otras terapias alternativas en el tratamiento de la FM	C [53, 54]
<b>TAICHI</b>	Aunque un primer estudio sugiere que el Taichi puede presentar beneficios en pacientes con FM, no es posible recomendarlo.	D [55, 56]
<b>MÉTODOS DE RELAJACIÓN</b>	Los métodos de relajación utilizados de forma aislada con el único objetivo de controlar el dolor no han demostrado eficacia.	B [57]
<b>HIPNOSIS, IMAGENERÍA GUIADA O INTERVENCIÓN MEDIANTE ESCRITURA</b>	A pesar de algunos resultados positivos no hay todavía suficiente evidencia científica para recomendar la hipnosis, la imaginería guiada o la intervención mediante escritura.	D [57]

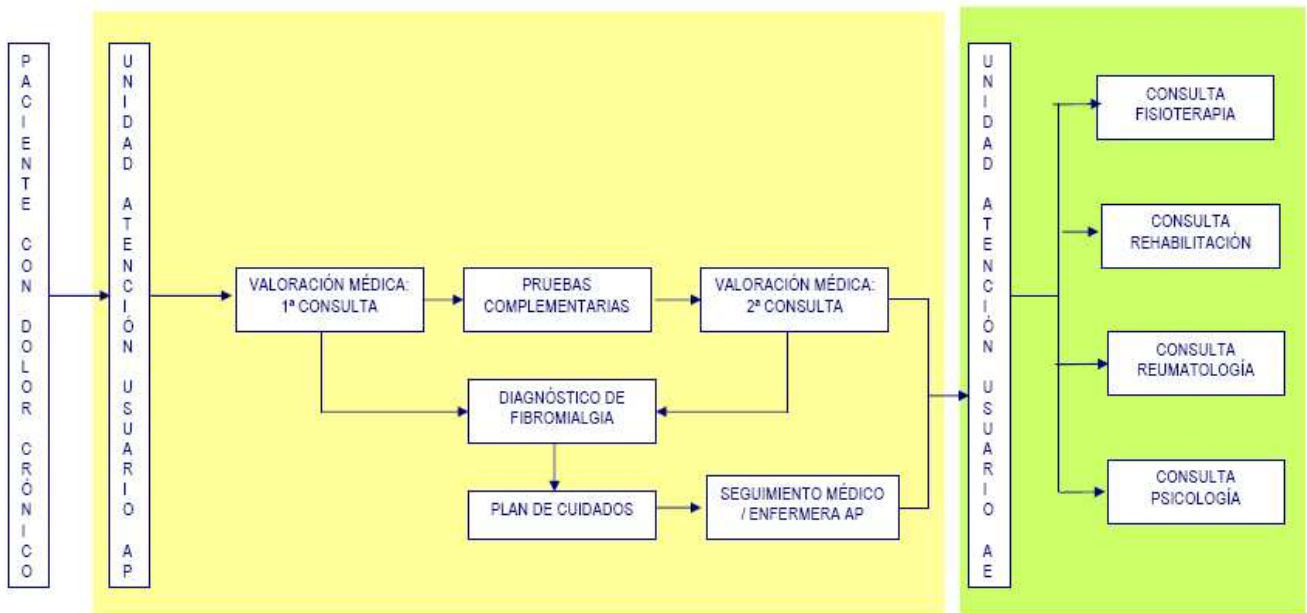
## ANEXO 15: DIAGRAMAS DE FLUJO



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2. FIBROMIALGIA: ATENCIÓN PRIMARIA

PROCESOS ESTRATÉGICOS

PLAN ANUAL DE GESTIÓN    PLAN DE CALIDAD    GPC    PLANES DE CUIDADOS    GESTIÓN DE FORMACIÓN    GESTIÓN DE DOCENCIA



PROCESOS DE SOPORTE

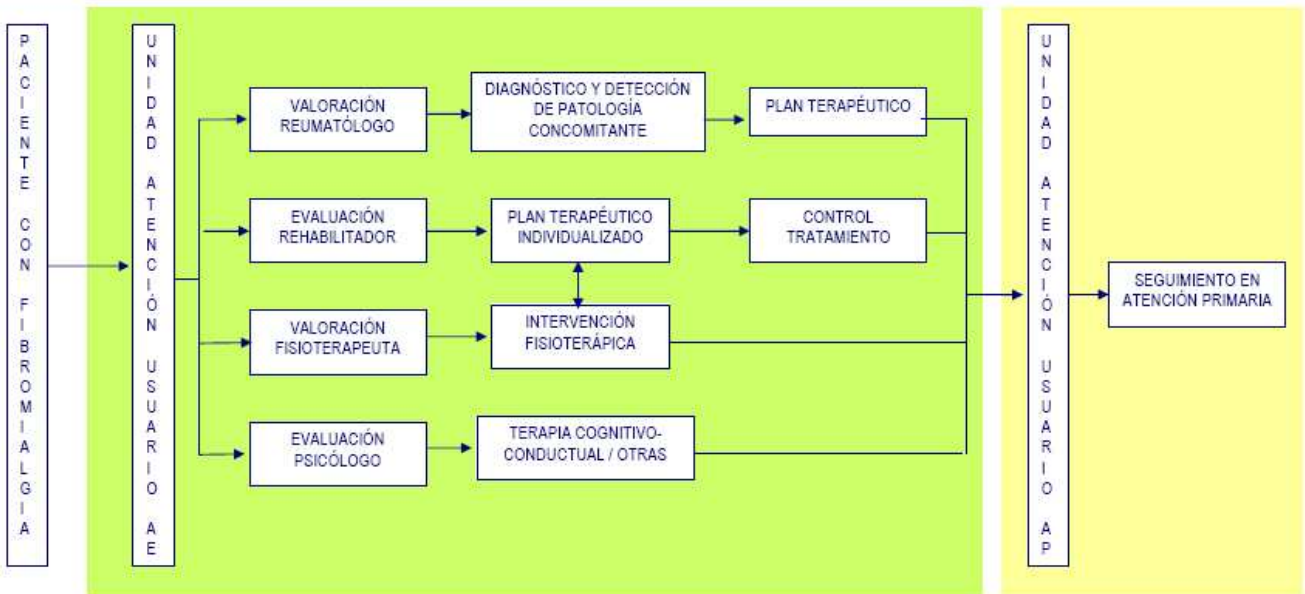
RECURSOS HUMANOS    LABORATORIO    RADIODIAGNÓSTICO    SISTEMAS DE INFORMACIÓN



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2. FIBROMIALGIA: ATENCIÓN ESPECIALIZADA

PROCESOS ESTRATÉGICOS

PLAN ANUAL DE GESTIÓN    PLAN DE CALIDAD    GPC    PLANES DE CUIDADOS    GESTIÓN DE FORMACIÓN    GESTIÓN DE DOCENCIA



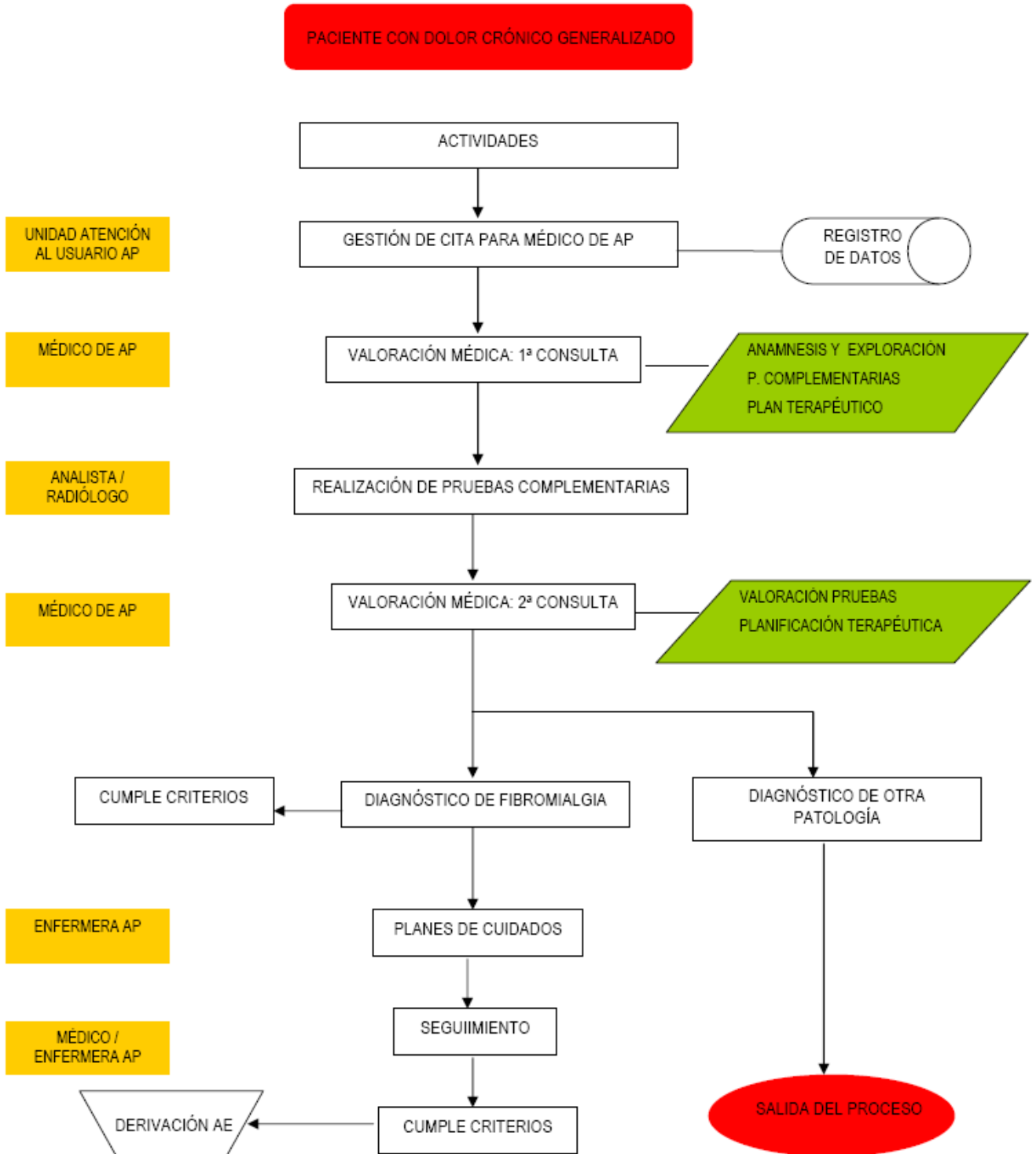
PROCESOS DE SOPORTE

RECURSOS HUMANOS    LABORATORIO    RADIODIAGNÓSTICO    SISTEMAS DE INFORMACIÓN





**ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. FIBROMIALGIA: ATENCIÓN PRIMARIA**



**Criterios de Calidad e indicadores para la evaluación**

<p><b>CRITERIO DE CALIDAD:</b></p> <p>La prevalencia de fibromialgia en el Área de Salud será similar (+/-20% del estándar) a lo indicado en la literatura científica.</p>	<p><b>Indicador 1: Prevalencia de Fibromialgia (indicador de resultado).</b></p> <p><b>JUSTIFICACIÓN:</b> la prevalencia de la FM en la población general es aproximadamente del 2.4% [24], una desviación del +/- 20% del estándar nos orienta hacia un infradiagnóstico o sobrediagnóstico.</p> <p><b>Fórmula :</b> Número de casos de Fibromialgia / Población total * 100</p> <p><b>Fuente de información:</b> MEDORA y JIMENA</p> <p><b>Estándar de calidad de referencia:</b> 2.4%</p> <p><b>Periodicidad:</b> anual</p> <p><b>Responsable:</b> Responsable de Calidad de AP y de AE</p>
<p><b>CRITERIO DE CALIDAD:</b></p> <p>Los pacientes con diagnóstico de FM tendrán registrado en su historia clínica el impacto en la calidad de vida pues de ello depende el abordaje terapéutico.</p>	<p><b>Indicador 2: Pacientes diagnosticados de FM en los que se ha registrado, al menos una vez, el impacto en la calidad de vida en la Historia Clínica (indicador de proceso).</b></p> <p><b>JUSTIFICACIÓN:</b> el abordaje terapéutico de este colectivo está en función del impacto en la calidad de vida del paciente (FIQ /CIF) y las modificaciones que se producen en el mismo, nos orientan hacia las estrategias a seguir en los distintos periodos evolutivos de la enfermedad.</p> <p><b>Fórmula:</b> Número de pacientes diagnosticados de FM en AP en los que se ha registrado la valoración del impacto en la calidad de vida (FIQ /CIF) en la historia clínica / Total de pacientes diagnosticados de FM en un año * 100</p> <p><b>Fuente de información:</b> MEDORA y JIMENA</p> <p><b>Estándar de calidad de referencia:</b> 75%</p> <p><b>Periodicidad:</b> anual</p> <p><b>Responsable:</b> Responsable de Calidad de AP y de AE</p>
<p><b>CRITERIO DE CALIDAD:</b></p> <p>Los pacientes con diagnóstico de FM se incluirán en un Grupo de Ayuda Mútua (GAM) ya que supone una mejora en su calidad de vida.</p>	<p><b>Indicador 3: Porcentaje de pacientes con FM incluidas en Grupos de Ayuda Mútua (GAM) (indicador de proceso).</b></p> <p><b>JUSTIFICACIÓN:</b> la evidencia disponible indica que la inclusión del paciente en GAM supone una mejora en su calidad de vida.</p> <p><b>Fórmula :</b> Número de pacientes con FM incluidos en GAM / Total de pacientes diagnosticados de FM en un año * 100</p> <p><b>Fuente de información:</b> MEDORA</p> <p><b>Estándar de calidad de referencia:</b> no conocido, a determinar en futuros estudios</p> <p><b>Periodicidad:</b> anual</p> <p><b>Responsable:</b> Responsable de Calidad de AP y de AE</p>

### Criterios de Calidad e indicadores para la evaluación

<p><b>CRITERIO DE CALIDAD:</b></p> <p>Los pacientes con diagnóstico de fibromialgia realizarán ejercicio físico de forma continuada puesto que produce una mejoría en su calidad de vida.</p>	<p><b>Indicador 4: Porcentaje de pacientes con FM que continúan en programa de ejercicio físico (indicador de proceso).</b></p> <p><b>JUSTIFICACIÓN:</b> el ejercicio es la base del tratamiento de la FM y la adherencia al tratamiento produce una mejoría en su calidad de vida.</p> <p><b>Fórmula :</b> Número de pacientes con FM que continúan en programa de ejercicio físico a los 6 meses de iniciado / Total de pacientes diagnosticados de FM que iniciaron ejercicio físico en el año evaluado * 100</p> <p><b>Fuente de información:</b> MEDORA y JIMENA</p> <p><b>Estándar de calidad de referencia:</b> 50%</p> <p><b>Periodicidad:</b> anual</p> <p><b>Responsable:</b> Responsable de Calidad de AP y de AE</p>
<p><b>CRITERIO DE CALIDAD:</b></p> <p>Los pacientes con diagnóstico de FM tendrán una evaluación periódica de la calidad de vida para conocer la efectividad de las intervenciones terapéuticas y de cuidados.</p>	<p><b>Indicador 5: Porcentaje de pacientes con FM con mejoría significativa de la calidad de vida a los 6 meses de la inclusión en el proceso (indicador de resultado).</b></p> <p><b>JUSTIFICACIÓN:</b> la finalidad del proceso es la mejoría del nivel de calidad de vida del paciente. La implementación del proceso nos permitirá conocer el impacto en la mejoría de la calidad de vida de los pacientes incluidos.</p> <p><b>Fórmula:</b> Número de pacientes con FM con una mejoría en su puntuación global de al menos el 20% en FIQ /CIF (FIQ/ CIF valoración inicial vs seguimiento) a los 6 meses de la evaluación inicial del nivel sintomático / Total de pacientes incluidos en el proceso en el año evaluado * 100</p> <p><b>Fuente de información:</b> MEDORA y JIMENA</p> <p><b>Estándar de calidad de referencia:</b> a determinar en futuros estudios</p> <p><b>Periodicidad:</b> anual</p> <p><b>Responsable:</b> Responsable de Calidad de AP y de AE</p>

## **GLOSARIO. ACLARACIONES**

### **Fichas de procesos clínicos**

El objetivo de la ficha es presentar los datos más relevantes de cada proceso, evitando las redundancias y resaltando la parte clínica de forma que puedan servir de base a las actuaciones más adecuadas en el trabajo de los centros de salud.

#### **Proceso:**

Nombre del proceso y Fecha de última revisión

#### **Objetivo**

Objetivos clínicos o de salud principales de las actuaciones sobre el proceso

#### **Población diana**

Población a la que van dirigidas las actuaciones

#### **Criterio de inclusión**

Criterios diagnósticos u otros que determinan la entrada en el proceso  
Se especificarán los criterios de salida del proceso si procede

#### **Apartado**

Parte del proceso en que se incluyen las actuaciones propuestas.

#### **Actuaciones**

Formuladas como recomendaciones de actuaciones sobre el proceso. Se ordenarán con lógica clínica de consulta (SOAP)

Se especificará la actividad concreta o general, ordenada, y el grado de recomendación y los profesionales que pueden/deben llevarlas a cabo si procede.

#### **Grado de Recomendación (GR)/ Nivel de Evidencia (NE).**

Se indicará el GR, que corresponde a cada criterio de calidad y el nivel de evidencia, así como la fuente que lo sustenta (según la numeración de la relación de referencias del apartado posterior). Si no se conoce, se consignará como “?”

La existencia de diferentes clasificaciones para evaluar y clasificar la evidencia y las diferentes interpretaciones de los grados de evidencia hace que deba indicarse el sistema utilizado para la clasificación.

#### **Criterios de interconsulta**

Especialidades a consultar y motivos de consulta concretos

#### **Referencias / Fuentes**

Relación ordenada de referencias y fuentes que sustentan la evidencia, siguiendo normas de Vancouver u otro sistema de normalización, que deberá apuntarse.

Deberían ser pocas, aunque suficientes para justificar las recomendaciones propuestas.

### **Parte organizativa**

#### **Responsable del proceso**

Puesto de la persona responsable del proceso. Si es oportuno se nombrará un responsable en cada nivel de atención. Se responsabiliza de la gestión del proceso, obteniendo información de este, detectando áreas de mejora y planteando medidas de mejora y actualizaciones de los contenidos de la ficha de proceso.

#### **Adecuaciones organizativas**

Se detallarán cuando sea preciso realizar un tratamiento organizativo especial, o sean precisos cambios en la organización habitual para llevar a cabo las actuaciones.

#### **Procesos de soporte relacionados**

Enumeración de procesos organizativos que afecten al proceso, subprocesos, procedimientos administrativos, diagnósticos y terapéuticos

### **Evaluación**

#### **Criterio de calidad**

Aspecto relevante que resume la calidad de la actividad propuesta o del proceso, que, por norma general, debe ser medible.

#### **Indicador/es**

Nombre del indicador, Es necesario que el nombre del indicador aclare el contenido de éste

#### **Formula/s**

Expresión matemática para el cálculo

#### **Estándar/es de calidad de referencia**

Se especificará si existe un estándar en la literatura. Si no existe, se puede establecer de forma empírica (media más una desviación...). Constituye el objetivo final a alcanzar.

#### **Fuente de información / medio recogida**

Los indicadores deben tener establecido tanto la fuente de información como el medio de recogida.

#### **Periodicidad**

Tiempo establecido para el cálculo del indicador: mensual, trimestral, anual...

#### **Responsable:**

Persona encargada de la evaluación y análisis del/ los indicador/es

#### **Anexo**

Se añadirán si aclaran el flujo del proceso.