



Atención a pacientes con fibromialgia

 GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

2014

GRUPO DE TRABAJO

- **Sergio Arques Egea.** Psiquiatra. Unidad de Salud Mental (USM) Trinitat. Departamento de salud de Valencia - La Fe.
- **Javier Calvo Catalá.** Jefe de Servicio de Reumatología. Consorcio Hospital General Universitario. Departamento de salud de Valencia - Hospital General.
- **Vicente Giner Ruiz.** Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Alicante. Departamento de salud de Alacant - Hospital General.
- **Angel Martín Rillo.** Médico Inspector del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). Dirección Provincial INSS. Valencia
- **Isabel Martínez Fleta.** Enfermera de atención primaria. Centro de Salud de Alacuás. Departamento de salud de Valencia - Hospital General.
- **Vicente Palop Larrea.** Subdirector Médico Asistencial. Departamento de salud de La Ribera.
- **Javier Peñarrocha Nebot.** Gerente Departamento de salud de Castelló.
- **Lourdes Ruiz Jareño.** Jefa de Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Departamento de salud de La Plana.
- **Francisco Soriano Mompó.** Psicólogo clínico. USM Trinitat Valencia. Departamento de salud de Valencia - La Fe.
- **Dolores Cuevas Cuerda.** Jefa de Servicio de Protocolización e Integración Asistencial. Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- **Vicente José Belda Torrent.** Técnico de Procesos de Atención Primaria. Servicio de Protocolización e Integración Asistencial. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en relación con este documento.

Este documento **ATENCION A PACIENTES CON FIBROMIALGIA** ha sido evaluado por la Comisión de Valoración de documentos de actuación clínica de la Conselleria de Sanitat, de acuerdo con los criterios que se pueden consultar en <http://www.san.gva.es/cas/prof/homeprof.html>

Edita: Generalitat. Conselleria de Sanitat

© de la presente edición: Generalitat, 2014

© de los textos: los autores

Coordina: Dirección General de Asistencia Sanitaria

1ª ed.

Presentación

La fibromialgia es una afección caracterizada por dolor crónico músculo-esquelético generalizado o extenso de etiología desconocida. Aunque su prevalencia no se conoce con exactitud, se estima alrededor de un dos por ciento de la población adulta, con mayor afectación entre las mujeres, y supone una importante demanda asistencial, en particular para las consultas de atención primaria y de reumatología.

La preocupación por prestar la atención adecuada a las personas que padecen este trastorno motivó la inclusión de un objetivo en el Plan de Salud de la Comunidad Valenciana (2010-13), consistente en fomentar el abordaje de esta enfermedad en atención primaria a través de la elaboración de un documento de actuación clínica.

Para ello la Dirección General de Asistencia Sanitaria puso en marcha un grupo de trabajo técnico multidisciplinar en materia de fibromialgia, compuesto por profesionales de la Conselleria de Sanitat. Dicho grupo fue encargado de elaborar, sobre la base del documento del Sistema Nacional de Salud de 2011, un circuito asistencial que, una vez validado, se adaptase en cada departamento con el objetivo de mejorar la atención en los distintos niveles asistenciales, a las personas que padecen este trastorno.

El documento sobre fibromialgia del Sistema Nacional de Salud publicado en 2011 recoge directrices adaptadas a los últimos avances en la evidencia científica, sobre el diagnóstico y tratamiento, con la finalidad de difundirlas entre profesionales sanitarios principalmente médicos de familia, actualizando un documento previo de 2003.

Estamos ante un proceso que afecta a un número importante de personas, capaz de condicionar su bienestar, y a las que se debe prestar, con los recursos disponibles de la Conselleria de Sanitat, la mejor atención, basada en los conocimientos científicos actuales. Este es el motivo que ha llevado a la redacción del presente documento, que pasa a ponerse a disposición de todos los profesionales sanitarios, con el fin de que les ayude en su tarea de contribuir a mejorar la calidad de vida de estas personas.

Manuel Llombart Fuertes
Conseller de Sanitat

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	
JUSTIFICACIÓN Y MÉTODO.....	1
RESUMEN DE RECOMENDACIONES.....	3
ATENCIÓN A PACIENTES CON FIBROMIALGIA	4
1. INTRODUCCIÓN	4
2. SOSPECHA DIAGNÓSTICA.....	4
3. DIAGNÓSTICO	5
4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	6
5. SECUENCIA DE ACTUACIÓN.....	7
VALORACIÓN DE SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES	7
VALORACIÓN DE FACTORES AGRAVANTES Y AQUELLOS OTROS QUE ALIVIAN LA SINTOMATOLOGÍA.....	7
VALORACIÓN DE FACTORES PSICOLÓGICOS	7
VALORACIÓN DE LA LIMITACIÓN O INTERFERENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA	8
VALORACIÓN DE LA PRESENCIA O NO DE CRITERIOS DE INTERCONSULTA / DERIVACIÓN	8
TRATAMIENTO EN FUNCIÓN DE LA AFECTACIÓN, BASADA EN EL JUICIO CLÍNICO Y/O LAS ESCALAS ADECUADAS	8
6. MANEJO PRÁCTICO DE LA CONSULTA	9
CONSIDERACIONES GENERALES PARA PROFESIONALES SANITARIOS	9
INFORMACIÓN A DAR A PACIENTES	9
TRATAMIENTO	10
CRITERIOS DE INTERCONSULTA/DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA	16
ALGORITMO DE ACTUACIONES.....	17
PAUTAS DE EJERCICIO FÍSICO EN EL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON FIBROMIALGIA	18
TALLER GRUPAL SOBRE FIBROMIALGIA EN ATENCIÓN PRIMARIA	20
PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO GRUPAL DE AFRONTAMIENTO PARA PERSONAS CON FIBROMIALGIA EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL.....	22
ANEXOS (RECURSOS PARA PROFESIONALES)	23
NUEVOS CRITERIOS PRELIMINARES PROPUESTOS POR EL AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA FM	23
CUESTIONARIO DE IMPACTO DE LA FM (CIF/FIQ)	25
ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HAD)	28
ESCALA PARA LA VALORAR EL PENSAMIENTO CATASTROFISTA ANTE EL DOLOR.....	31
PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA EN DOLOR CRÓNICO CADDC	33
ANEXOS (RECURSOS PARA PACIENTES).....	38
ENLACES DE INTERÉS.....	38
CONSEJOS DE AUTOCUIDADO PARA PERSONAS CON FIBROMIALGIA.....	39
CONSEJOS PARA LA HIGIENE DEL SUEÑO.....	42
BIBLIOGRAFÍA	43
REVISORES EXTERNOS	45

Justificación y método

Con el fin de desarrollar el objetivo del Plan de Salud de la Comunidad Valenciana (2010-13) en el área de enfermedades músculo-esqueléticas, de fomentar el abordaje de la fibromialgia en atención primaria mediante la elaboración de un documento de actuación clínica en fibromialgia, la Dirección General de Asistencia Sanitaria puso en marcha un grupo de trabajo encargado de elaborar un circuito asistencial que, una vez validado, se adaptase a la práctica clínica por cada departamento para mejorar la atención, en los distintos niveles asistenciales, a las personas que padecen este trastorno. Para ello, se utilizó como base el documento del Sistema Nacional de Salud (SNS)¹ publicado en 2011. Como resultado del trabajo de dicho grupo de profesionales, clínicos y de la gestión, se ha elaborado el presente documento de atención a las personas con fibromialgia.

Los pasos que se han seguido son:

- Constitución del grupo elaborador

Integrado por profesionales de atención primaria (medicina y enfermería), reumatología, rehabilitación, salud mental (psiquiatría y psicología) y gestión sanitaria.

- Delimitación del alcance y objetivos

Desarrollar un documento sobre atención integrada a las personas con fibromialgia² sobre la base del documento del SNS, con las actualizaciones necesarias y con énfasis en la coordinación de los profesionales y en la implicación y adaptación del/la paciente. El proceso asistencial debía plasmarse en un documento adaptado a la organización asistencial de la CV, breve, de fácil consulta y utilidad práctica para ayudar a profesionales y pacientes a llevar a cabo el tratamiento.

- Redacción del documento

Se estructuró presentando un resumen de las actuaciones diagnósticas y terapéuticas, incluyendo secuencia de actuación, manejo práctico, criterios de interconsulta/derivación desde atención primaria e información para los pacientes.

El apartado de información para el/la paciente se elaboró a partir de los del SNS y los de distintas sociedades científicas.

La metodología de trabajo se basó en asignar a los miembros del grupo apartados, de acuerdo con su campo de trabajo, para que, tras la revisión bibliográfica, elaboraran versiones iniciales adaptando el documento del SNS. Posteriormente se revisaron de forma conjunta en reuniones presenciales y por correo electrónico. El grado de recomendación y nivel de evidencia pueden consultarse en el documento del SNS.

Las recomendaciones más relevantes se presentaron en un resumen.

- Revisión externa

Se solicitó a un grupo de pacientes y de profesionales, tanto de la atención sanitaria como de la gestión sanitaria y de la universidad, seleccionados por su conocimiento

¹ Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad: Fibromialgia Recomendaciones 2011:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>

² Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud:

En la CIE-9, 9ª revisión enero 2014, la FM se clasifica con el código 729.1 Mialgias y miositis no especificadas.

En la CIE-10, 8ª edición 2009, se clasifica dentro del apartado M79 Other soft tissue disorders, not elsewhere classified, con el código M79.7 Fibromyalgia, incluyendo a su vez: Fibromyositis, Fibrositis y Myofibrositis.



sobre la patología abordada y el ámbito de aplicación del documento. A través del Instituto Médico Valenciano y otros, se contactó con las distintas sociedades científicas implicadas. Los pacientes pertenecían a asociaciones de fibromialgia o se identificaron por los profesionales como pacientes expertos.

Otras direcciones generales de la Conselleria de Sanitat, en particular las responsables de atención farmacéutica, calidad y atención al paciente y salud pública, participaron en la revisión externa.

Las aportaciones de los revisores fueron de nuevo sometidas al análisis del grupo de trabajo.

Finalmente el documento quedará al alcance de los interesados en la página web www.san.gva.es de la Conselleria de Sanitat y a través de la historia clínica electrónica.

Todos los miembros del grupo de trabajo han realizado una declaración de conflicto de intereses, mediante un formulario adaptado del que recomienda Guíasalud (*Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico*, www.guiasalud.es).

La entidad impulsora no ha influido en la elaboración de las recomendaciones.



Resumen de recomendaciones

La **información/educación para el autocuidado** y la toma de decisiones conjunta con el/la paciente debe ser un componente esencial y prioritario del tratamiento de la fibromialgia (FM).

Las **intervenciones para mejorar el afrontamiento y la adhesión terapéutica** deben estructurarse en **varios niveles** que se aplicarán **según las necesidades del paciente**, de forma similar a otras situaciones de adaptación a enfermedades crónicas.

- En atención primaria, con intervenciones grupales (con contenidos de consejos de autocuidado y ejercicio físico) dirigidas por personal entrenado, preferentemente de enfermería, en colaboración con otros profesionales como las unidades de salud mental (USM) y las unidades básicas de rehabilitación.
- En las USM, con intervenciones grupales de terapia cognitivo conductual (TCC).
- En las USM, con intervenciones individuales para abordar problemas psicológicos cuando sea necesario.

Se recomiendan **programas de ejercicio físico** aeróbico de bajo impacto, con una intensidad inicial baja o programas mixtos (combinando ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento muscular).

Una alternativa serían los programas de ejercicios de fortalecimiento muscular.

En cuanto al **uso de fármacos**, considerar **en función de la sintomatología** predominante. En los casos de afectación leve, solo si fracasan los autocuidados y el ejercicio o mientras estos hacen efecto.

El paracetamol es el fármaco más utilizado en FM. Aunque no hay estudios controlados que avalen su uso, por su seguridad y tolerancia es razonable utilizarlo como analgésico; un tercio de pacientes que lo toman consideran que les es útil.

Sobre el efecto del tramadol para el manejo del dolor hay moderada evidencia, como fármaco único o combinado con el paracetamol.

La amitriptilina reduce el dolor, la fatiga, mejora el sueño y produce una sensación global de mejoría desde la perspectiva del médico y del propio paciente, por lo tanto, puede recomendarse para el tratamiento de estos síntomas en pacientes con FM.

La ciclobenzaprina reduce el dolor a corto plazo como relajante muscular (su efecto tiende a disminuir con el tiempo) y mejora el sueño, por lo tanto, puede recomendarse para tratar estos síntomas en pacientes con FM.

La gabapentina presenta poca evidencia disponible, pero parece similar en mecanismo de acción y seguridad a la pregabalina, con menor coste.

La duloxetina reduce el dolor, mejora el sueño, el estado de ánimo, la calidad de vida y la capacidad funcional, por lo tanto, puede recomendarse para el tratamiento de estos síntomas en pacientes con FM.

La pregabalina reduce el dolor y mejora el sueño y la calidad de vida, por lo tanto, puede recomendarse para el tratamiento de estos síntomas en pacientes con FM.

Sobre el efecto de la fluoxetina sobre el dolor, el sueño y la fatiga en pacientes con FM la evidencia es controvertida y parece eficaz en depresión y limitación funcional, siendo necesario confirmar el potencial beneficio antes de recomendarlo en la práctica clínica habitual cuando se utiliza como único fármaco.

La trazodona es un fármaco con escasa evidencia disponible que puede mejorar el sueño.



ATENCIÓN A PACIENTES CON FIBROMIALGIA

1. Introducción

Como en la mayor parte de las enfermedades crónicas que requieren un seguimiento continuado a lo largo del proceso y pueden afectar a aspectos físicos, psíquicos y sociales, la atención a personas con fibromialgia (FM) corresponde, inicialmente y en la mayoría de casos, a atención primaria (AP). El diagnóstico, el diagnóstico diferencial y el tratamiento pueden y deben iniciarse en el primer escalón asistencial para garantizar una atención integral a las personas con FM.

En función de las necesidades que pueden surgir a lo largo del proceso, las variadas manifestaciones clínicas, las patologías asociadas o la falta de respuesta al tratamiento, pueden requerir la intervención de otras especialidades, (fundamentalmente reumatología, psiquiatría, psicología, rehabilitación, medicina interna o unidades del dolor), manteniendo siempre la vinculación con la AP. El control de la enfermedad debe realizarse en AP, con una participación importante de la enfermería. Por ello, es necesaria una adecuada coordinación entre los diferentes profesionales implicados en el abordaje de las personas con FM, para conseguir los mejores resultados terapéuticos. En todo momento debe haber un profesional responsable de coordinar las intervenciones y orientar al paciente.

Los objetivos de la atención a personas con FM son el alivio de los síntomas y el mantenimiento de la capacidad funcional en los ámbitos personal, familiar y profesional, procurando que la calidad de vida de la persona mejore, se mantenga o se deteriore lo menos posible. Con un enfoque adecuado del manejo de la FM, los pacientes pueden mejorar.

El tratamiento de la FM está condicionado por el grado de complejidad e intensidad de los síntomas y la posible morbilidad asociada. Ello hace imprescindible, una vez diagnosticada, hacer una anamnesis de cada paciente que identifique elementos básicos que facilitarán su manejo.

2. Sospecha diagnóstica

Pacientes, especialmente mujeres de 30 a 60 años (sin olvidar mujeres más jóvenes u hombres), que se quejan de dolor generalizado de más de tres meses de evolución, sin signos inflamatorios articulares ni musculares, sin signos sistémicos y con buen estado general. El dolor se refiere a zonas musculares amplias; también puede referirse a articulaciones o al raquis.

Al ser preguntados sobre qué les pasa son frecuentes las expresiones como: “me duele todo”, “mejor le digo lo que no me duele”, “me duele de los pies a la cabeza”, “me duele desde siempre”.

Además del dolor la mayoría de pacientes refieren cansancio y sueño no reparador.

La larga evolución de la sintomatología sin deterioro orgánico orienta hacia la fibromialgia.

1-2



3. Diagnóstico

El diagnóstico es clínico, no se apoya en ninguna prueba de laboratorio ni hallazgo radiológico específico. Las pruebas diagnósticas que se indiquen se encaminan a descartar otras patologías asociadas.

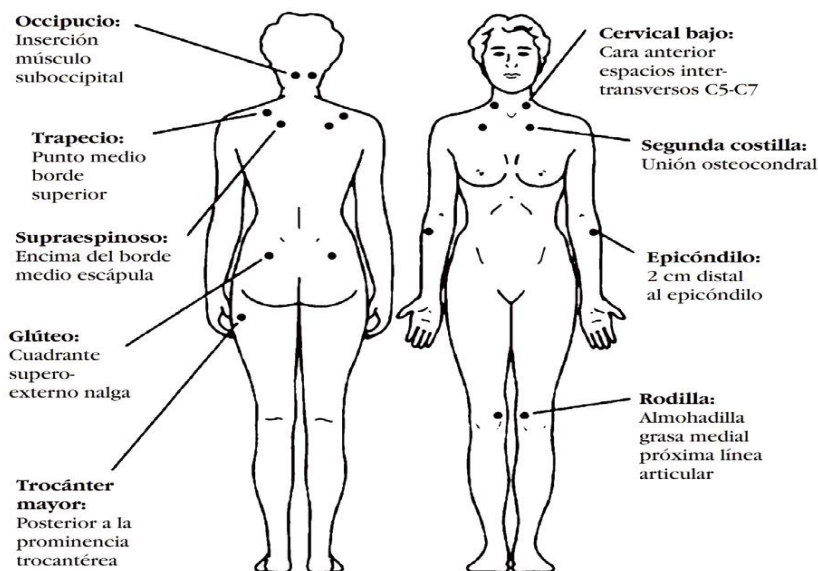
El American College of Rheumatology (ACR) publicó unos criterios de clasificación utilizados ampliamente para diagnosticar la FM, que caracterizan la FM por la presencia conjunta de dos hechos:

- **Historia de dolor generalizado durante al menos tres meses**, en la anamnesis.

Se cumplen las condiciones de dolor generalizado si existe dolor en alguna región del esqueleto axial (columna cervical, pared torácica anterior, columna dorsal o columna lumbar) y en, al menos, tres de los cuatro cuadrantes corporales (dividiendo el cuerpo con una línea vertical longitudinal que separe dos mitades: derecha e izquierda, y una línea transversal que pase por la cintura y separe dos mitades: superior e inferior) o, excepcionalmente, solo dos si se trata de cuadrantes opuestos respecto a los dos ejes de división corporal.

El dolor se puede acompañar de diversa sintomatología: rigidez articular matutina, inferior a diez minutos, parestesias en manos y pies, fatiga-astenia, alteraciones del sueño, cefaleas, acúfenos, inestabilidad, alteraciones de la concentración o de la memoria, disfunción temporomandibular, dolor miofascial y clínica compatible con colon irritable.

- **Dolor en la exploración a la presión de, al menos, 11 de los 18 puntos** (nueve pares) que corresponden a áreas muy sensibles para estímulos mecánicos, es decir, con bajo umbral para el dolor mecánico.



La presión digital sobre los puntos 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. 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.

En 2010, un grupo de expertos de la ACR ha propuesto unos nuevos criterios preliminares de diagnóstico de la FM, recogidos como anexo, que necesitan estudios de validación.



4. Diagnóstico diferencial

Como se ha señalado, el diagnóstico de FM es clínico, no apoyándose en ninguna prueba de laboratorio ni hallazgo radiológico específico de FM. Es conveniente realizar, sin embargo, determinadas exploraciones complementarias con objeto de descartar la coexistencia de otros procesos asociados.

La valoración de pacientes con FM debe incluir el hemograma, la bioquímica básica y los reactantes de fase aguda, incluyendo PCR, VS, FR, ANA, TSH y CK.

La petición de otras pruebas complementarias debe ser individualizada, en función del cuadro clínico, la exploración física y la sospecha de una enfermedad asociada.

<i>Enfermedades que con más frecuencia pueden compartir manifestaciones clínicas con la FM</i>	
Lupus eritematoso sistémico	Miopatía (metabólica o inflamatoria)
Artritis reumatoide	Polimialgia reumática
Espondiloartropatías	Trastorno depresivo mayor
Esclerosis múltiple	Poliartrosis
Hipotiroidismo	Afectaciones musculares por fármacos
Neuropatías periféricas	Hiperparatiroidismo
Alteraciones estructurales mecánicas o degenerativas del raquis	Síndrome miofascial
Síndrome de Sjögren	



5. Secuencia de actuación

El objetivo de este documento es facilitar la atención y servir de base para una atención adecuada. Para ello se propone seguir esta secuencia de actuación:

- 1.-Diagnóstico de fibromialgia
- 2.-Valorar de forma sistemática:
 - Síntomas acompañantes
 - Existencia de factores que alivian o agravan los síntomas
 - Factores psicológicos
 - Existencia de limitación o interferencia en la calidad de vida
- 3.- Criterios de interconsulta-derivación
- 4.- Tratamiento en función de la afectación, manejo escalonado

Con el diagnóstico de la FM, se debe valorar sistemáticamente los siguientes aspectos que suponen elementos básicos que facilitarán la atención adecuada.

Valoración de síntomas acompañantes

Astenia de larga evolución, pérdida de fuerza, dolor muscular, ansiedad, síntomas de depresión, cansancio prolongado tras el ejercicio, sensación de fiebre, cefalea, trastornos del sueño, síntomas digestivos (epigastralgia, dispepsia, pirosis, estreñimiento, diarrea), parestesias, palpitaciones, pérdida de peso inexplicable, dolor torácico inespecífico, manifestaciones cutáneas (picor, piel seca, eccemas, urticarias, dermatografismo, intolerancia lumínica), vértigo, acúfenos, tenesmo uretral (ganas de orinar tras haber orinado, disestesias en la uretra, pérdida de memoria, síndrome de piernas inquietas, bruxismo y afectación de la ATM, problemas del raquis.

Quando aparece febrícula, adenopatías cervicales y faringitis, puede tratarse de un síndrome de fatiga crónica, cuyo abordaje será similar al de la FM, de acuerdo con las características individuales.

Quando aparece un cuadro con hipersensibilidad a olores en respuesta a exposición a múltiples compuestos químicamente no relacionados y en dosis muy bajas, puede tratarse de sensibilidad química múltiple.

Valoración de factores agravantes y aquellos otros que alivian la sintomatología

Agravantes: frío, tiempo húmedo, inactividad o exceso de actividad, factores estresantes extrínsecos o intrínsecos, sueño no reparador.

Aliviantes: calor, tiempo seco, actividad física moderada, relajación, descanso, sueño reparador.

Valoración de factores psicológicos

Entre estos factores se encuentran estados emocionales, pensamiento o esquema catastrofista y percepción de autoeficacia, que han mostrado influencia en el mayor o menor impacto de la FM. Para su valoración se pueden utilizar las escalas anexas:

- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HADS.
- Escala para valorar el pensamiento catastrofista ante el dolor.
- Percepción de autoeficacia en dolor crónico CADC.



Valoración de la limitación o interferencia en la calidad de vida

Afectación de la calidad de vida que la sintomatología ocasiona en la persona afectada, mediante escalas adecuadas o juicio clínico.

El impacto de la sintomatología de la FM en la calidad de vida puede medirse con escalas adecuadas como el FIQ/CIF, en su versión revisada, validada y adaptada al castellano, breve y que puede ser auto-administrada. La puntuación obtenida puede permitir clasificar a los pacientes según el grado de afectación en tres grupos: Leve (≤ 39), Moderada ($>39-\leq 59$) y Grave (>59). Esta tipificación puede ser útil para determinar la aplicación de medidas terapéuticas adaptadas a la situación funcional, optimizando los recursos (ver anexo).

En ausencia del uso de escalas, los profesionales experimentados en el trato y asistencia de personas con FM recomiendan dirigir la anamnesis a clasificar a los pacientes según su grado de afectación, mediante su juicio clínico, y diseñar así de forma escalonada el tratamiento.

No conviene olvidar a la hora de valorar la incapacidad laboral o la discapacidad de estos pacientes, que se trata de una enfermedad benigna, en cuanto que no acorta la esperanza de vida, ni es degenerativa, ni deformante. La mayoría de los pacientes continúan trabajando al cabo del tiempo (10 años) aunque el proceso pueda interferir en su trabajo.

Durante la evolución pueden producirse oscilaciones clínicas con períodos de remisión-exacerbación. En estas últimas se podría requerir algún corto período de reposo. En estos casos y siempre valorando individualmente las necesidades de cada paciente en función del trabajo realizado, podría estar indicado un período de incapacidad temporal, lo más corto posible, máxime cuando lo aconsejable en estos pacientes es mantener alguna actividad.

En la valoración de estos pacientes será fundamental la historia clínica: la comorbilidad, los trastornos de ansiedad-depresión, el catastrofismo, la reducción de sus actividades lúdicas o cotidianas, la evaluación global de movilidad y puede ser útil el cuestionario FIQ, todo ello relacionado con los requerimientos del puesto de trabajo.

Valoración de la presencia o no de criterios de interconsulta / derivación

Ver apartado “Manejo práctico de la consulta”.

Tratamiento en función de la afectación, basada en el juicio clínico y/o las escalas adecuadas

Teniendo en cuenta que la afectación puede variar a lo largo del proceso, empeorando o mejorando (ver apartado “Manejo práctico de la consulta”).



6. Manejo práctico de la consulta

Consideraciones generales para profesionales sanitarios

- Escuchar a la persona con FM, en un entorno de empatía y cordialidad y con actitud de querer entenderle: acompañar y lograr que se sienta acompañada en el proceso forma parte de los objetivos terapéuticos.
- Evitar pruebas innecesarias.
- Acordar con su paciente los objetivos a alcanzar, que deben ser realistas. Trabajar objetivos a corto y a largo plazo para conseguir una sensación de evolución por parte del paciente.
- Planificar las visitas de seguimiento y la actuación ante agudizaciones junto con su paciente, evitando indicarlas solo en función del empeoramiento e insistiendo en las actuaciones que la persona con FM puede realizar a nivel de prevención.
- Fomentar factores aliviantes y detectar y corregir posibles factores agravantes.
- Para seleccionar el tipo de medicación hay que identificar los síntomas principales (dolor, alteraciones del sueño, fatiga...), su grado de intensidad y la repercusión funcional.
- Se debe tener en cuenta la morbilidad asociada y la presencia de alteraciones del estado de ánimo (principalmente depresión y ansiedad).
- Evitar la polimedicación en la medida de lo posible.
- Comenzar el tratamiento con dosis bajas e ir incrementándolas de forma gradual hasta llegar a las dosis terapéuticas recomendadas o la aparición de efectos secundarios inaceptables.
- Evaluar regularmente los efectos secundarios del tratamiento, con mayor frecuencia al inicio del mismo.
- Valorar regularmente la eficacia de los fármacos en el control de los síntomas de su paciente, con el fin de saber si son útiles o no. La mayoría de los ensayos con fármacos analizan su eficacia a corto o medio plazo, por lo que se desconoce la acción a medio o largo. Reduciendo gradualmente la dosis de un fármaco podemos valorar su eficacia al observar si el/la paciente empeora o no con la reducción.
- Valorar igualmente la eficacia de las pautas psicológicas pautadas y acordadas, la motivación para su seguimiento, la intensidad en su realización y enfatizar los resultados positivos conseguidos a partir de ello.
- Comprobar la adhesión a las recomendaciones de autocuidado y ejercicio físico.
- El tratamiento eficaz puede mantenerse a largo plazo pese a la falta de evidencia, reforzando los autocuidados y el ejercicio. También puede intentarse un período sin fármacos.

Información a dar a pacientes

La información –educación- inicial que se le proporciona y la toma de decisiones conjunta con el/la paciente son un elemento básico del manejo de la FM.



Los contenidos fundamentales de la información deben incluir: información sobre qué es la enfermedad y cómo se diagnostica, alternativas terapéuticas, consejos para afrontar la enfermedad correctamente y minimizar sus consecuencias.

La entrega de material impreso puede facilitar su autocuidado y contribuir al logro de los objetivos planteados con su participación.

La información inicial debe basarse en una serie de ideas clave:

- La FM es un conjunto de síntomas no graves, de curso crónico, de los cuales el más frecuente es el dolor muscular, acompañado de cansancio y sueño no reparador.
- Se desconoce la causa de la FM. Se sabe que existen factores agravantes y otros que alivian el dolor.
- El diagnóstico es clínico y no necesita pruebas especiales.
- A pesar de que es una enfermedad crónica, en muchos casos se logra un control aceptable de la enfermedad. En algunos casos la enfermedad es refractaria y conduce a limitaciones funcionales significativas.
- Con un tratamiento adecuado y la colaboración de la/el paciente, una gran parte de personas afectadas de FM mejora sustancialmente.
- Se trata con fármacos y medidas no farmacológicas, entre las cuales la más importante es el ejercicio físico adecuado para cada paciente.
- Los consejos para el autocuidado son muy importantes en el alivio de la sintomatología: evitar los factores desencadenantes, favorecer los aliviantes y hacer ejercicio físico con regularidad.
- Es importante para mejorar conocer y asumir la enfermedad.

Tratamiento

- Medidas para el manejo escalonado de pacientes con FM según su grado de afectación
- Ejercicio físico
- Orientaciones de autocuidado para mejorar la calidad de vida
- Intervenciones sobre el afrontamiento y la adhesión terapéutica
- Fármacos utilizados en el tratamiento de la FM en función de la sintomatología predominante

El objetivo del manejo de la FM es aliviar los síntomas y mantener la capacidad funcional de la persona que la padece, en los ámbitos personal, familiar y profesional, mejorando su calidad de vida, de forma integrada con el abordaje del resto de sus problemas de salud.



Medidas para el manejo escalonado de pacientes con FM según su grado de afectación

<i>Afectación de calidad de vida</i>	<i>Intervención</i>
Afectación leve FIQ < 39	<p>Manejo: Atención primaria</p> <p>Medidas no farmacológicas individuales y/o en taller grupal en AP</p> <p>Información</p> <p>Consejos en autocuidados</p> <p>Ejercicio físico</p> <p>Fármacos: Considerar solo si fracasan los autocuidados y el ejercicio o mientras estos hacen efecto, en función de la sintomatología predominante</p>
Afectación moderada FIQ ≥39 y <59	<p>Manejo: Atención primaria. Los pacientes de este grupo deben iniciar el tratamiento en atención primaria y, en función de sus necesidades y su afectación, pueden requerir interconsulta / derivación.</p> <p>Medidas no farmacológicas</p> <p>Información</p> <p>Consejos en autocuidados</p> <p>Ejercicio físico supervisado</p> <p>Terapia cognitivo conductual grupal o individual en USM</p> <p>Fármacos: Considerar tratar en función de la sintomatología</p>
Afectación grave FIQ ≥59	<p>Manejo: El/la paciente puede requerir la intervención de distintos profesionales de atención especializada.</p> <p>Medidas no farmacológicas</p> <p>Información</p> <p>Consejos en autocuidados</p> <p>Ejercicio físico supervisado</p> <p>Terapia cognitivo conductual grupal o individual en USM</p> <p>Fármacos: Considerar tratar en función de la sintomatología</p>

Fuente: documento de Fibromialgia del SNS adaptado



Ejercicio físico

Pautar ejercicio físico diario adecuado a cada paciente.

El ejercicio físico se contempla en primera línea para el manejo médico adecuado de la FM, dentro de las medidas no farmacológicas.

Todas las revisiones bibliográficas recientes concluyen en que hay evidencia moderada-fuerte de que el ejercicio físico además de conseguir una sensación de bienestar global, mejora síntomas y parámetros de resultado como el dolor, la fatiga, y la calidad del sueño. Además controlará el sobrepeso tan perjudicial para la frecuente comorbilidad osteoarticular.

Las modalidades más recomendadas por ser las más estudiadas son el EJERCICIO AERÓBICO aislado y combinado con EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO de baja intensidad. Los ejercicios de estiramiento aislados no parecen ser eficaces, por lo que no deben ser alentados si de entrada producen empeoramiento.

El ejercicio aeróbico (caminar, natación, bicicleta, danza, etc.) es beneficioso por sí mismo, mejora la capacidad aeróbica y la presión dolorosa en los puntos de los pacientes, posiblemente por la generación de endorfinas.

En el amplio abanico de posibilidades, las pautas recomendadas deben ser PERSONALIZADAS, adaptadas al objetivo perseguido y realistas para favorecer el cumplimiento.

La supervisión inicial del programa individual por el profesional facultativo o de enfermería (a las 4-8-12 semanas) debería aumentar la adhesión terapéutica y mejorar así los resultados a largo plazo. Se sugiere la recogida de un diario de actividad física para reflejar el cumplimiento y la tolerancia al ejercicio.

Se debe recomendar inicialmente una intensidad baja, que viene a corresponder al 40-60% de la frecuencia cardíaca máxima (actividad que permite mantener una conversación).

Lo ideal será acumular como mínimo 30 minutos diarios, todos o casi todos los días a la semana.

Además de la práctica de alguna modalidad de ejercicio físico, se debe adecuar, adaptar y transformar las actividades domésticas y cotidianas en ejercicio físico: ir andando o en bicicleta a la compra, al trabajo...; hacer movimientos amplios y conscientes, aprovechando el gesto mecánico para convertirlo en ejercicio físico. Las actividades relajantes y de control postural (yoga, tai-chi, Pilates...) pueden ser beneficiosas.

Se debe evitar la actividad y el ejercicio en las 3 horas anteriores a acostarse ya que puede provocar insomnio. A esta hora se aconsejan actividades relajantes, o un baño caliente, para conciliar y mantener el sueño.

No existe evidencia de que la rehabilitación/ fisioterapia aporte beneficios para la FM, pero sí puede ser útil y necesaria para otras patologías concomitantes osteoarticulares.

Los medios físicos (electroterapia, electroanalgesia, termoterapia) y las terapias manuales (masaje, osteopáticas) en general no han demostrado su eficacia por lo que su grado de recomendación en la actualidad es escaso o nulo. Recientemente los estudios se centran en el láser, la magnetoterapia y la estimulación cerebral no invasiva transcraneal, sin resultados concluyentes y con nivel bajo de evidencia.



Orientaciones de autocuidado para mejorar la calidad de vida

- Mantener un peso ideal. Los problemas de sobrepeso son habituales por la tendencia al sedentarismo.
- Dieta hipo-proteica en general e hipocalórica por las noches. Mantener una alimentación equilibrada: rica en verduras, cereales integrales, frutos frescos y secos... Evitar alcohol, sal, azúcares refinados y edulcorantes, conservas y grasas saturadas.
- Ingerir líquidos en abundancia (alrededor de 2 litros al día) pues algunos pacientes presentan boca seca.
- No fumar. En fumadores establecer estrategia de deshabituación tabáquica.
- Favorecer un sueño reparador: mantener un ritmo de sueño vigilia regular, no ver la televisión ni trabajar con el ordenador por las noches. Puede ser útil la relajación y meditación o un baño caliente para conciliar y mantener el sueño.
- Intentar mantener o recuperar en la medida de lo posible su ritmo de actividades cotidianas normal y aumentar las actividades placenteras (dar pequeños paseos, escuchar música, actividades sociales...).
- Realizar ejercicio físico diario, adecuado a las preferencias y posibilidades. La práctica de ejercicio aumenta la tolerancia al dolor.
- Evitar levantar o sostener pesos excesivos.
- Hablar de su enfermedad y del dolor que le supone pero sin que llegue a monopolizar su vida, pues esto le impide mantener el control sobre él y empeora su calidad de vida.
- Evitar mente dispersa con técnicas de psicología positiva y aprender a disfrutar del momento (momentos flow). Expresarse en positivo: Intentar detectar los pensamientos negativos y transformarlos en otros más positivos y realistas. Ej: cambiar el "ya no puedo hacer las excursiones de antes" por "puedo ir de paseo".
- Puede ser beneficioso para seguir las recomendaciones terapéuticas formar parte de grupos de ayuda mutua o asociaciones, con el asesoramiento de profesionales.

Intervenciones sobre el afrontamiento y la adhesión terapéutica

El pensamiento catastrofista (que engloba: rumiación, indefensión y magnificación) ante el dolor es uno de los factores de riesgo de mal pronóstico en investigación, junto con la falta de autoeficacia en el manejo del dolor y sus consecuencias y el miedo al dolor y al movimiento.

Las intervenciones para mejorar el afrontamiento y la adhesión terapéutica deben estructurarse en varios niveles que se aplicarán según las necesidades del paciente, de forma similar a otras situaciones de adaptación a enfermedades crónicas.

- En atención primaria, con intervenciones grupales (con contenidos de consejos de auto cuidado y ejercicio físico) dirigidas por personal entrenado, preferentemente de enfermería, en colaboración con otros profesionales como las unidades de salud mental (USM) y las unidades básicas de rehabilitación (ver más adelante).
- En las USM, con intervenciones grupales de terapia cognitivo conductual (ver más adelante).



- En las USM, con intervenciones individuales para abordar problemas psicológicos cuando sea necesario.

Fármacos utilizados en el tratamiento de la FM en función de la sintomatología predominante

No hay ningún fármaco con indicación específica para FM aprobada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ni por la Agencia Europea de Medicamentos. Entre los fármacos que se han utilizado para paliar síntomas de la FM, solo unos pocos han demostrado eficacia de forma consistente en ensayos clínicos, si bien ninguno de ellos presenta suficiente evidencia como para que la indicación se incorpore en la ficha técnica.

En caso de usar alguno de estos fármacos en indicaciones fuera de ficha técnica, se deberá solicitar autorización para el uso de medicamentos en situaciones especiales.

Con cualquier fármaco que se emplee para el control de síntomas, se recomienda empezar con dosis bajas e ir las incrementando en función de la respuesta, así como valorar cuidadosamente contraindicaciones y efectos adversos. En algunos casos de falta de respuesta, en lugar de cambiar o añadir analgésicos, podría plantearse la asociación al analgésico de fármacos de distintos grupos terapéuticos o con diferente mecanismo de acción, en función de los síntomas predominantes.

<i>Síntomas sobre los que puede ser eficaz</i>	<i>Fármaco</i>	<i>Rango terapéutico</i>
Dolor	Paracetamol ^a	2-3 g/día
Dolor	Tramadol ^b	150-300 mg/día
Dolor, sueño, fatiga, limitación funcional	Amitriptilina ^c	25-50 mg/día
Sueño, dolor	Ciclobenzaprina ^d	10-40 mg/día
Dolor, sueño, limitación funcional, ansiedad	Gabapentina ^e	900-3600 mg/día
Dolor, sueño, depresión, limitación funcional	Duloxetina ^f	60-120 mg/día
Dolor, sueño, limitación funcional, ansiedad	Pregabalina ^g	300-450 mg/día
Dolor, sueño, fatiga, depresión, limitación funcional	Fluoxetina ^h	20-70 mg/día
Sueño	Trazodona ⁱ	50-300 mg/día

Fuente: documento de Fibromialgia del SNS adaptado.

- El paracetamol es el fármaco más utilizado en FM. Aunque no hay estudios controlados que avalen su uso, por su seguridad y tolerancia es razonable utilizarlo como analgésico; un tercio de pacientes que lo toman consideran que les es útil.
- Sobre el efecto del tramadol para el manejo del dolor hay moderada evidencia, como fármaco único o combinado con el paracetamol (se comercializa en comprimidos de 37,5 mg de tramadol y 325 mg de paracetamol –dosis 4 ± 2 comp/día–).
- La amitriptilina reduce el dolor, la fatiga, mejora el sueño y produce una sensación global de mejoría desde la perspectiva del médico y del propio paciente, por lo tanto, puede recomendarse para el tratamiento de estos síntomas en pacientes con FM. Utilizar en dosis única por la noche. Puede asociarse con otros antidepresivos y/o analgésicos. Podríamos considerar a la amitriptilina como fármaco de inicio para este grupo de síntomas.



- d. La ciclobenzaprina reduce el dolor a corto plazo como relajante muscular (su efecto tiende a disminuir con el tiempo) y mejora el sueño, por lo tanto, puede recomendarse para tratar estos síntomas. Utilizar en dosis única por la noche o partida, con la dosis principal por la noche.
- e. La gabapentina es un fármaco de uso reciente, con poca evidencia disponible, pero parece similar en mecanismo de acción y seguridad a la pregabalina, con menor coste.
- f. La duloxetina reduce el dolor, mejora el sueño, el estado de ánimo, la calidad de vida y la capacidad funcional, por lo tanto, puede recomendarse para el tratamiento de estos síntomas en pacientes con FM.
- g. La pregabalina reduce el dolor y mejora el sueño y la calidad de vida, por lo tanto, puede recomendarse para el tratamiento de estos síntomas en pacientes con FM.
- h. Sobre el efecto de la fluoxetina sobre el dolor, el sueño y la fatiga en pacientes con FM la evidencia es controvertida y parece eficaz en depresión y limitación funcional, siendo necesario confirmar el potencial beneficio de este principio activo antes de recomendarlo en la práctica clínica habitual cuando se utiliza como único fármaco.
- i. La trazodona es un fármaco con escasa evidencia disponible.

Hay que tener en cuenta que ciertos fármacos pueden empeorar alguno de los síntomas de la FM, entre ellos:

- Dolor: estatinas, neurolépticos, vitamina A, inhibidores de la bomba de protones IBP, quinolonas.
- Fatiga: IBP, benzodiacepinas.
- Dolor de cabeza: IBP, contraceptivos orales, vitamina A.
- Sueño no reparador: vitamina B, calcioantagonistas, betabloqueantes, broncodilatadores, contraceptivos orales, cortisona, levotiroxina.
- Empeoramiento general: betahistina, betabloqueantes.



Criterios de interconsulta/derivación desde atención primaria

Se adaptarán en cada departamento, en función de los profesionales implicados.

Interconsulta/derivación a reumatología/ medicina interna

- Sospecha de patología inflamatoria-autoinmune asociada (artritis, conectivopatías, miopatías, espondiloartritis).
- En algunas situaciones puntuales, desde medicina de familia puede necesitar la consulta con reumatología. En estos casos, se pondrá en contacto con el servicio de su departamento (por teléfono, correo electrónico u hoja de interconsulta), especificando el motivo concreto por el que se solicita la derivación de un paciente con FM. Se recuerda que el diagnóstico es exclusivamente clínico y que la fibromialgia es una enfermedad de evolución crónica.

Interconsulta/derivación al equipo de salud mental (SM)

- Enfermedad depresiva **grave** previa a la enfermedad o reactiva a esta.
- Inadaptación a la enfermedad con repercusión **grave** en la calidad de vida, o repercusión moderada susceptible de mejorar con terapia cognitivo conductual grupal.
- Comorbilidad susceptible de ser tratada por el equipo de SM por difícil control desde AP.

Interconsulta/derivación a rehabilitación y medicina física

- Presencia de patología concomitante o comorbilidad susceptible de mejorar con rehabilitación y que sea incapacitante para proseguir con un programa básico de ejercicio físico en AP, por ejemplo, raquialgias, gonartrosis....

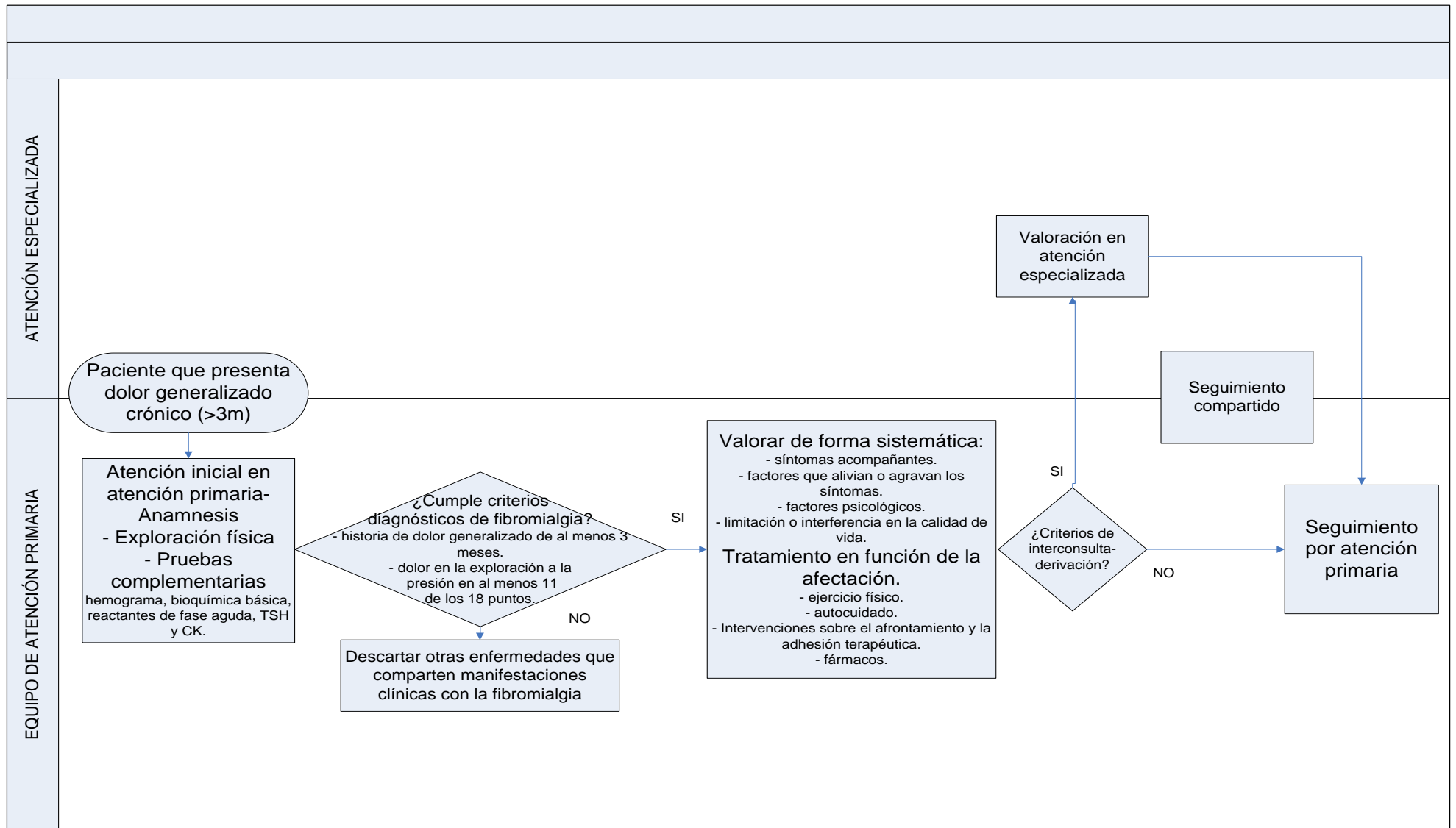
Interconsulta/derivación a digestivo, ginecología, medicina interna, unidades de dolor u otras

- Presencia de comorbilidad que no se puede resolver en AP.

Es posible que se necesite la intervención de otros profesionales, como trabajadores sociales, en función de los problemas sociales asociados.



Algoritmo de actuaciones



Pautas de ejercicio físico en el tratamiento de personas con fibromialgia

Consideraciones generales sobre ejercicio físico

Tipo de actividad

Ningún tipo de actividad física es claramente superior al resto, por tanto el criterio de elección debe basarse en las **preferencias** personales, en **posibilidades realistas** de cada paciente (oferta local) y en mantener la **motivación** para su ejecución a largo plazo. Hay actividades que han demostrado ofrecer un alivio inmediato del dolor tras su ejecución, como el Tai-chi o los programas acuáticos en piscina climatizada, por lo que pueden ser útiles en etapas iniciales.

Tolerancia

Actualmente se acepta que la ventana terapéutica es estrecha. La fatiga muscular precoz y la intolerancia a diversos tipos de ejercicio es un síntoma frecuente en FM. Hay que advertir que al inicio de un programa físico puede aumentar el dolor, que deberá regresar al estado basal en unas semanas. Para garantizar la tolerancia se deben combinar individualmente los parámetros intensidad, frecuencia y duración de las sesiones. La **intensidad inicial** debe ser **inferior** a la recomendada para la población general, ya que si no el número de abandonos es muy alto. Posteriormente debe irse **incrementando** hasta llegar a un nivel de intensidad moderado. Si la tolerancia es baja, se debe aumentar la frecuencia de sesiones y disminuir su duración, para progresivamente ir alargándolas.

Duración

El programa de entrenamiento **inicial y supervisado** debe durar un mínimo de **cuatro semanas**. Los pacientes deben ser motivados para continuar el ejercicio después del programa y llegar a convertir la práctica de ejercicio físico en un hábito higiénico dietético, incorporado e **integrado en su vida cotidiana**.

Entorno

Lo ideal es conseguir realizar la actividad física en un entorno **natural o comunitario**, alejado del ámbito estrictamente sanitario o medicalizado. La mejoría parcial obtenida en los programas hospitalarios no se prolonga en los meses siguientes. Algunas pacientes prefieren programas individualizados y con entrenador personal, pero esta modalidad no ha demostrado superioridad frente a los tratamientos grupales. La mayoría de asociaciones de pacientes colaboran con entidades públicas para favorecer o fomentar la práctica de ejercicio físico en FM, constituyendo un abordaje útil para la atención y mantenimiento de personas con FM.



Tipo de actividad física o ejercicio	AEROBICOS	RELAJANTES	CONTROL POSTURAL, EQUILIBRIO, PROPIOCEPCION
BAJA INTENSIDAD	Caminar, bicicleta estática, cinta rodante, ejercicios en piscina (individuales o colectivos).	Tai-chi, yoga, body-balance, Ejercicios en piscina climatizada.	Yoga, body-balance, Tai-chi, baile, Pilates.
MEDIA- ALTA INTENSIDAD	Baile, caminar rápido, natación, deportes de raqueta, alpinismo, esquí		Pilates, baile.



Taller grupal sobre fibromialgia en Atención Primaria

Su objetivo es informar sobre la enfermedad, los problemas derivados de ella, las complicaciones que se pueden presentar y las estrategias para conseguir que su enfermedad se convierta en un mero compañero de viaje, disfrutando de cada momento bueno y buscando alternativas para los malos. Una actitud de aceptación o manejo activo del problema (que no resignación) tiene efectos positivos en los síntomas y en el bienestar psicológico. Mediante el trabajo en grupo se consigue una mayor interacción social, un aumento de la motivación y se favorece la adhesión al tratamiento a medio-largo plazo (ver Intervenciones sobre el afrontamiento y la adhesión terapéutica, en: tratamiento).

Es deseable realizar una valoración del estado de los participantes previa a la intervención grupal y otra posterior que permita comprobar los cambios que se hayan producido. La selección de las escalas dependerá del contenido de los talleres. En los anexos incluimos algunos cuestionarios.

El contenido del taller deberá adaptarse a las necesidades y expectativas de los participantes, procurando que el grupo sea lo más homogéneo posible. Habitualmente los talleres se imparten en un máximo de 5-6 sesiones, con una frecuencia semanal y una duración aproximada de 90 a 120 minutos. El número de participantes orientativo sería de 10 a 15.

Para evaluar los cambios tras la intervención, se pueden administrar en la presentación cuestionarios donde cada paciente exponga su percepción de la enfermedad y volverlos a pasar en la última sesión. Es importante generar una dinámica de entendimiento y comprensión mutua, donde la libre expresión por parte de cada uno de los miembros sea fácil. A su vez, es fundamental evitar que el tema del dolor, las limitaciones y el malestar monopolice las sesiones; si consiguen hacer esto en el grupo, es más probable que lo puedan generalizar a su vida diaria también.

Contenidos o temas del taller

1. Afrontamiento

- Conocer la enfermedad nos permite estar preparados para actuar.
- Presentar la fibromialgia como una enfermedad en que la actitud positiva y los pequeños logros cuentan mucho.
- El dolor y sus manifestaciones. El dolor existe, pero no podemos convertirlo en el centro del universo.
- Posibles problemas derivados de la fibromialgia:
- Ansiedad-depresión-insomnio-fatiga, alteración de la autoestima

2. Autocuidado para mejorar la calidad de vida

- Ejercicio físico.
- Dieta equilibrada y otros hábitos de vida saludables
- Rodearse de amigos y familiares. Buscar y aceptar apoyo.
- Pensamiento positivo, asertividad y autoeficacia.
- En pacientes con elevado componente de ansiedad, activación fisiológica o problemas de sueño relevante, incluir técnicas de relajación muscular combinada con respiraciones diafragmáticas y visualizaciones.

3. Adhesión terapéutica

- Gestionar el tratamiento y las tareas, aprovechando los buenos momentos sin ponerse objetivos excesivos.



- Propósitos realistas para el futuro.
- Prevención de recaídas.

Enlace a material de utilidad para realizar talleres, incluye técnicas sobre gestión del tiempo, habilidades sociales y autoestima:

“Calidad de vida y mujer de mediana edad. Guía de apoyo a los talleres de educación grupal” editado por la Conselleria de Sanitat. Disponible en:

[http://www.begy.gva.es/san2/tlpsan_frame.html?URL=/OPACSAN2CGI/BASIS/TSAN/WWWFE/CAT/SDW?M=1&W=KEYWORDS+PH+WORDS+"calidad+de+vida+y+mujer+de+mediana+edad](http://www.begy.gva.es/san2/tlpsan_frame.html?URL=/OPACSAN2CGI/BASIS/TSAN/WWWFE/CAT/SDW?M=1&W=KEYWORDS+PH+WORDS+)



Programa psicoterapéutico grupal de afrontamiento para personas con fibromialgia en las unidades de salud mental

Se propone este tratamiento grupal, dirigido a pacientes con afectación grave o moderada que tras haber iniciado el tratamiento en AP han requerido interconsulta/derivación a USM, con una doble intencionalidad: por una parte, aumentar la eficiencia en la calidad asistencial al mínimo coste; por otra, el abordaje grupal actúa en sí mismo como terapéutico por el hecho de sacar a la persona con FM de su "invisibilidad e incomprensión" a la que en ocasiones se ve sometida, tanto por la sociedad en general como, incluso, por el propio núcleo familiar.

La ejecución de este programa debe realizarse en coordinación y colaboración con las intervenciones grupales desarrolladas en atención primaria, fundamentalmente por enfermería.

El programa propuesto tiene una orientación cognitiva-conductual y consta de 9 sesiones con los siguientes contenidos que se adaptarán a las necesidades de las personas participantes:

Sesión 1: Presentación y psicoeducación sobre la influencia de las variables psicológicas en la fibromialgia. Evaluación pre-test (Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HADS, Escala para valorar el pensamiento catastrofista para el dolor).

Sesión 2: Técnica de relajación progresiva de Jacobson y técnicas de visualización y reinterpretación del dolor.

Sesión 3: Psicoeducación en hábitos de vida, higiene del sueño, activación conductual, adherencia al tratamiento y otras variables relacionadas con la salud.

Sesión 4 y 5: Habilidades sociales: técnicas de asertividad para pedir ayuda o negar la que se nos ofrece si no es necesaria.

Sesión 6: Técnicas para mejorar la autoeficacia respecto al manejo de la enfermedad y la autoestima.

Sesión 7: Técnicas de reestructuración cognitiva para modificar la visión catastrofista del dolor crónico.

Sesión 8: Técnicas de resolución de problemas: aprender a adaptarse a la nueva situación vital.

Sesión 9: Prevención de recaídas. Dudas, aspectos no tratados y que interesen a los participantes y despedida. Evaluación post-test (con las mismas pruebas de evaluación).



ANEXOS (RECURSOS PARA PROFESIONALES)

Nuevos criterios preliminares propuestos por el American College of Rheumatology para el diagnóstico de la FM³

Criterios diagnósticos de FM

Un paciente cumple criterios diagnósticos de FM si reúne las 3 condiciones siguientes:

1. Índice de dolor generalizado (WPI) ≥ 7 y gravedad de los síntomas (SS) puntuación de la escala ≤ 5 o WPI 3-6 y una puntuación de la escala de gravedad de los síntomas ≥ 9 .
2. Los síntomas se han presentado con la misma intensidad durante al menos 3 meses.
3. La/el paciente no padece otra patología que pueda explicar el dolor.

Valoración

1. WPI: Indicar el número de áreas en las cuales el paciente ha tenido dolor durante la última semana. ¿En cuantas áreas ha tenido dolor la/el paciente? La puntuación estará entre 0 y 19.

Hombro izquierdo	Cadera (nalga, trocánter) izquierda	Mandíbula izquierda	Espalda (parte superior)
Hombro derecho	Cadera (nalga, trocánter) derecha	Mandíbula derecha	Espalda (parte inferior)
Brazo izquierdo	Muslo izquierdo	Región torácica	Cuello
Brazo derecho	Muslo derecho	Abdomen	
Antebrazo izquierdo	Pierna izquierda		
Antebrazo derecho	Pierna derecha		

2. Puntuación escala SS:

Fatiga
Despertarse cansado
Síntomas cognitivos

Por cada uno de los 3 síntomas anteriores, indicar el nivel de gravedad durante la semana pasada usando la siguiente escala:

- 0 = sin problemas.
- 1 = ligeros o leves problemas, generalmente leves o intermitentes.
- 2 = moderados, problemas considerables, presentes con frecuencia y/o a nivel moderado.
- 3 = graves: generalizados, continuos, que afectan la vida.

³ Wolfe F, Clauw J, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mesase P, et al. Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. Arthritis Care & Research. 2010 May; 62(5):600-10.



Considerando los síntomas somáticos en general, indica si la/el paciente tiene:

- 0 = sin síntomas.
- 1 = pocos síntomas.
- 2 = un número moderado de síntomas.
- 3 = una gran cantidad de síntomas.

La puntuación de la escala SS es la suma de la gravedad de los 3 síntomas (fatiga, despertar cansado, síntomas cognitivos) más la extensión (gravedad) de los síntomas somáticos en general. La puntuación final es entre 0 y 12.

Los síntomas somáticos que pueden considerarse son: dolor muscular, síndrome de intestino irritable, fatiga/cansancio, problemas cognitivos o de memoria, debilidad muscular, dolor de cabeza, dolor/espasmos en el abdomen, entumecimiento/sensación de hormigueo, vértigos, insomnio, depresión, estreñimiento, dolor en parte superior abdominal, náuseas, nerviosismo, dolor en el pecho, visión borrosa, fiebre, diarrea, sequedad de boca, picores, sibilancias, Síndrome de Raynaud, urticaria/ronchas, acúfenos, vómitos, acidez estomacal, aftas, pérdida o cambio del gusto, convulsiones, sequedad ocular, dificultad respiratoria, pérdida de apetito, erupción cutánea, sensibilidad al sol, problemas de audición, facilidad de aparición de hematomas, pérdida de cabello, micciones frecuentes, dolor en la micción y espasmos vesicales.



Cuestionario de Impacto de la FM (CIF¹/FIQ)

Nombre:

Fecha:

Puntuación CIF:

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
Hacer la compra?	0	1	2	3
Hacer la colada, con lavadora?	0	1	2	3
Preparar la comida?	0	1	2	3
Lavar a mano los platos y los cacharros de cocina?	0	1	2	3
Pasar la fregona, la mopa o la aspiradora?	0	1	2	3
Hacer las camas?	0	1	2	3
Caminar varias manzanas?	0	1	2	3
Visitar a amigos o parientes?	0	1	2	3
Subir escaleras?	0	1	2	3
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

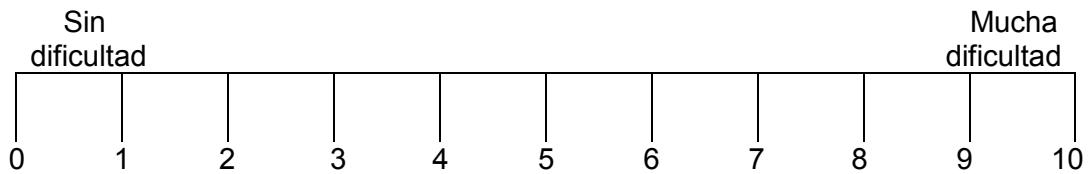
3 ¿Cuántos días de la última semana no pudo hacer su trabajo habitual, incluido el doméstico, por causa de la fibromialgia?

0 1 2 3 4 5 6 7

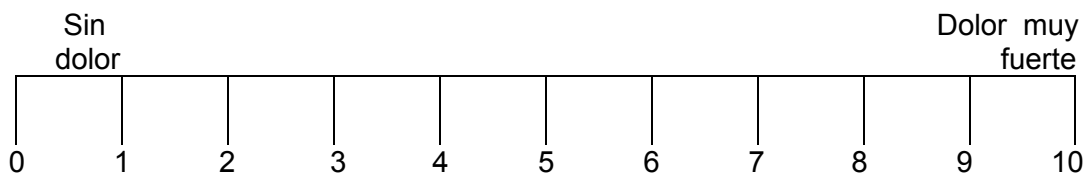


Rodee con un círculo el número que mejor indique cómo se sintió en general durante la **ÚLTIMA SEMANA**:

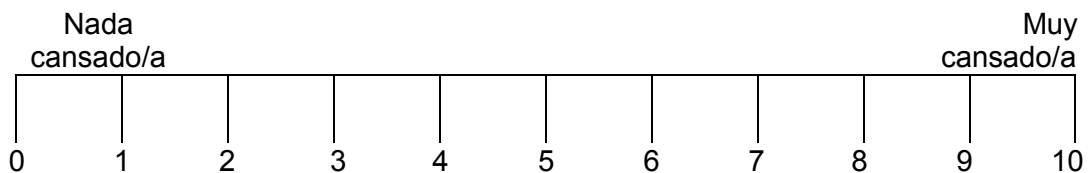
4 En su trabajo habitual, incluido el doméstico, ¿hasta qué punto el dolor y otros síntomas de la fibromialgia dificultaron su capacidad para trabajar?



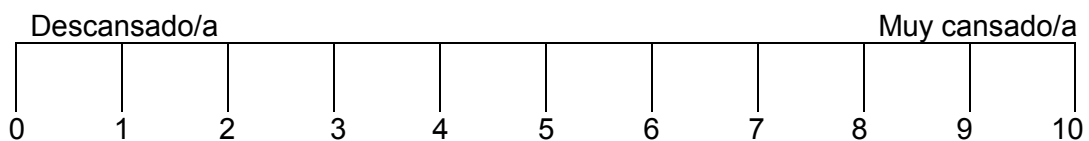
5 ¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?



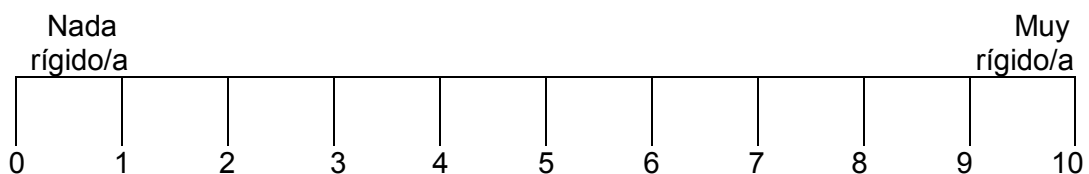
6 ¿Cómo se ha encontrado de cansado/a?



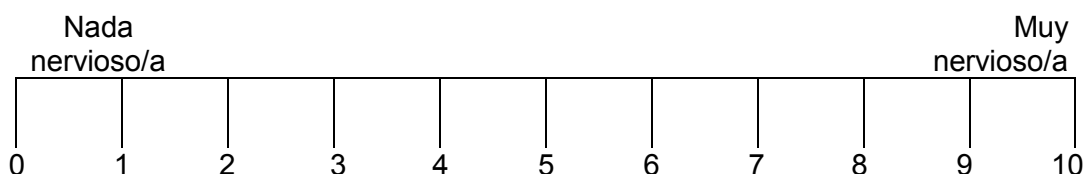
7 ¿Cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?



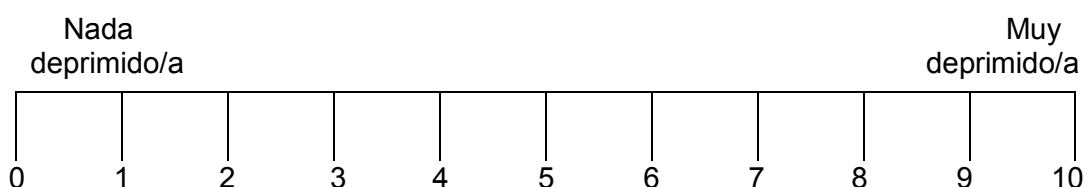
8 ¿Cómo se ha notado de rígido/a o agarrotado/a?



9 ¿Cómo se ha notado de nervioso/a, tenso/a o angustiado/a?



10 ¿Cómo se ha sentido de deprimido/a o triste?



Puntuación

- 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.



¹Esteve-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.

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)^{1, 2, 3}

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



Puntuación:

Se puntuía cada pregunta de 0 a 3. Cuanto mayor es la puntuación peor es el estado de salud del paciente y su capacidad funcional.



¹ 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.

² 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.

³ 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.

Escala para la valorar el pensamiento catastrofista ante el dolor¹

Escala de catastrofización ante el dolor

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Fecha: _____

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.



¹García Campayo J, Rodero B, Alda M, Sobradie 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.

Percepción de autoeficacia en dolor crónico CADC¹

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 capaz			Me creo moderadamente capaz					Me creo totalmente incapaz		

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 capaz			Me creo moderadamente capaz					Me creo totalmente incapaz		

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 capaz			Me creo moderadamente capaz					Me creo totalmente incapaz		

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 capaz			Me creo moderadamente capaz					Me creo totalmente incapaz		

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 capaz			Me creo moderadamente capaz					Me creo totalmente incapaz		



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 capaz			Me creo moderadamente capaz				Me creo totalmente incapaz			

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

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

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

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

8 ¿Se cree capaz de afrontar dolores intensos?

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



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 capaz			Me creo moderadamente capaz				Me creo totalmente incapaz			

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 capaz			Me creo moderadamente capaz				Me creo totalmente incapaz			

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 capaz			Me creo moderadamente capaz				Me creo totalmente incapaz			

4 ¿Se cree capaz de hacer sus tareas domésticas?

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

5 ¿Se cree capaz de participar en actividades sociales?

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

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 capaz			Me creo moderadamente capaz				Me creo totalmente incapaz			

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

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



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 capaz			Me creo moderadamente capaz				Me creo totalmente incapaz			

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 capaz			Me creo moderadamente capaz				Me creo totalmente incapaz			

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 capaz			Me creo moderadamente capaz				Me creo totalmente incapaz			

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 capaz			Me creo moderadamente capaz				Me creo totalmente incapaz			



Puntuación.

Cuanto menor es la puntuación peor es el estado de salud del paciente y su capacidad funcional.



¹ Martín-Aragón M, Pastor MA, Rodríguez-Marín J, March MJ, Lledó A, López-Roig S, Te-rol 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.

ANEXOS (RECURSOS PARA PACIENTES)

ENLACES DE INTERÉS

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/Fibromialgia.htm> Enlace al documento del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad

<http://cuidatecv.es/vida-saludable/actividad-fisica/>

<http://www.espondilitis.eu/Fibromialgia.html> Página del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

<http://www.escueladepacientes.es/ui/aula.aspx?stk=Aulas/Fibromialgia>
Consejería de Igualdad, Junta de Andalucía

www.kronet.net
Red vasca de pacientes

<http://www.escueladesaludycuidados.com/>
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)

www.forumclinic.org
Foros moderados por profesionales

http://www.ser.es/pacientes/enfermedades_reumaticas/fibromialgia.php
De la Sociedad Española de Reumatología (SER).

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/fibromyalgia.html#cat33>
http://www.niams.nih.gov/Portal_En_Espanol/Informacion_de_Salud/Fibromialgia/default.asp
Del National Institutes of Health (NIH), US Department of Health and Human Services, Estados Unidos. Parte en castellano.

www.patientopinion.org.uk
Del National Health Service (NHS), Gran Bretaña. En inglés.

<http://www.arthritis.org/espanol/>
<http://www.arthritis.org/conditions-treatments/disease-center/fibromyalgia-fms/>
De la Arthritis Foundation, parte en castellano.

http://www.rheumatology.org/Practice/Clinical/Patients/Diseases_And_Conditions/La_Fibromialgia/ De la American College of Rheumatology.



CONSEJOS DE AUTOCUIDADO PARA PERSONAS CON FIBROMIALGIA

Hoja de información para pacientes

¿Qué es la fibromialgia?

Es un proceso benigno de causa desconocida que ocasiona dolor en varios músculos y articulaciones y cansancio. La fibromialgia no produce deformidades ni discapacidad y no supone una amenaza para la vida. Es más frecuente en mujeres que en hombres y entre los 30 y los 50 años, pero también puede aparecer en personas más jóvenes.

El diagnóstico médico, hoy por hoy, se basa en los síntomas que refiere la persona afectada y en la exploración, con unos puntos sensibles a la presión distribuidos por el cuerpo. Cuando se hacen pruebas (análisis, radiografías) sirven para descartar otras enfermedades.

¿Qué síntomas produce?

Los síntomas son fluctuantes pudiendo mejorar y empeorar a lo largo del tiempo.

El dolor, que en ocasiones puede ser intenso, empeora con el frío, la humedad, el estrés y la actividad física inadecuada, y mejora con calor local. A veces se acompaña de rigidez de las articulaciones de pocos minutos de duración, sobre todo por las mañanas. Puede aparecer sensación de hinchazón de manos y pies y hormigueos.

El cansancio es habitual, puede aumentar a lo largo del día y a veces se acompaña de sueño no reparador.

Algunas personas con fibromialgia pueden presentar además otros síntomas, como por ejemplo ansiedad, depresión, jaquecas, sequedad de boca, dolores menstruales.

¿Cómo se trata?

El objetivo del tratamiento es controlar el dolor, mejorar la forma física, el sueño y el estado de ánimo y normalizar la vida social y laboral.

Aunque no existe ningún tratamiento que cure la enfermedad, sí se puede aliviar las molestias y mejorar la calidad de vida.

Es muy importante que usted conozca y asuma su enfermedad y adopte un papel activo en su manejo, confiando en los profesionales sanitarios que le atienden. Su médico/a puede y debe ayudarle a entender y manejar su enfermedad, pregúntele sus dudas.

Entender y asumir la enfermedad le ayudará a beneficiarse de su tratamiento, basado en:

- Ejercicio físico.
- Medicación.
- Autocuidado para mejorar aspectos de salud general, psicológicos y sociales.



Ejercicio físico

El ejercicio físico es **fundamental** para cualquier paciente con FM para mantener en buen estado los músculos, tendones y articulaciones. Disminuye el dolor y puede hacerlo desaparecer por completo. Favorece el sueño y disminuye la ansiedad y depresión. Evite el sedentarismo.

Se recomienda el ejercicio aeróbico (por ejemplo, natación, andar deprisa, correr, bailar, bicicleta), comenzando poco a poco, sin producir empeoramiento ni fatiga, y de forma regular, por lo menos 5 días por semana. Comience con unos 5 minutos al día, y aumente la duración de forma progresiva según la tolerancia al esfuerzo, hasta llegar a los 30 minutos. Es normal notar molestias al principio del ejercicio, que no deben ser motivo de abandono. Dolores fuertes pueden ser indicio de ejercicio excesivo.

Lo importante es empezar a hacer ejercicio y no abandonar esta actividad. Busque un ejercicio que sea agradable para usted y no una obligación.

Cada persona debe encontrar su tipo de ejercicio adecuado a sus condiciones y gustos.

Los ejercicios comentados se pueden complementar con otros de fortalecimiento suave, como Pilates. Algunas técnicas como el Yoga, Chi-Kung y el Tai-Chi, pueden ser útiles para la relajación y el control postural.

Medicación

En algunos casos, su médico puede indicarle el uso de medicación, en general por periodos cortos de tiempo. Los analgésicos y en ocasiones los antidepresivos pueden ser utilizados para mejorar algunos síntomas.

Evite la automedicación. Tome sólo lo que le indique su médico. Antes de emplear cualquier terapia alternativa, consulte con su médico.

Autocuidado

- Mantenga un peso ideal y evite el sedentarismo.
- Siga una dieta baja en proteínas en general y ligera por las noches, con una alimentación equilibrada: rica en verduras, cereales integrales, soja, frutos frescos y secos...
- Evite el abuso de alcohol, sal, azúcares refinados y edulcorantes, conservas y grasas saturadas.
- Beba alrededor de 2 litros de líquidos al día.
- No fume. El tabaco incrementa el dolor en la enfermedad de fibromialgia y empeora el insomnio por distintos mecanismos.
- Se puede utilizar el calor local o los chorros de agua para aliviar el dolor.
- Para favorecer un sueño reparador, procure mantener un horario de sueño regular, no ver la televisión ni trabajar con el ordenador por las noches. Evite sustancias estimulantes (te, café) antes de acostarse. Puede ser útil la relajación y meditación o un baño caliente para conciliar y mantener el sueño.
- Intente mantener o recuperar en la medida de lo posible su ritmo de actividades cotidianas normal. Ordene sus tareas empezando por las más



fáciles y tómese su tiempo. Evite levantar o sostener pesos excesivos y posturas incorrectas.

- Transforme las actividades domésticas y cotidianas en ejercicio físico: vaya andando o en bicicleta a la compra, al trabajo...; haga movimientos amplios y conscientes, con pequeños períodos de descanso no muy prolongados.
- Aumente las actividades agradables (dar pequeños paseos, escuchar música, actividades sociales...), aprenda a disfrutar del momento y mantenga las relaciones sociales.
- Procure no fijar su atención en el dolor. Usted y su entorno deben aceptar que el dolor existe y aprender a vivir con él. Es importante no hablar constantemente de su enfermedad y del dolor que le supone, ya que esto le puede impedir mantener el control sobre él pudiendo incluso aumentar la percepción de la intensidad del dolor y puede empeorar su calidad de vida.
- En la medida en que sea capaz de solucionar aquellos conflictos potencialmente solucionables en la vida cotidiana y de asumir aquellos problemas que no tienen solución, se podrá ir encontrando mejor física y psicológicamente.
- Procure expresarse en positivo: Intente detectar los pensamientos negativos y transformarlos en otros más positivos y realistas. Ej: cambie el “ya no puedo hacer las excursiones de antes” por “puedo ir de paseo”. No se sienta culpable ni haga juicios generales sobre sí mismo. Valore sus logros y comuníquelos a las personas importantes para usted y también a su médico o enfermera.
- Formar parte de grupos de ayuda mutua o asociaciones, con el asesoramiento de profesionales, puede ayudarle a seguir el tratamiento.

¿Cuándo consultar con su médico?

- Cuando haya un empeoramiento de los síntomas.
- Cuando se produzcan problemas con el tratamiento.



CONSEJOS PARA LA HIGIENE DEL SUEÑO

- Cree un ambiente relajado y tranquilo en la habitación de dormir. No tenga la televisión ni aparatos electrónicos en el dormitorio.
- Utilice la cama para dormir pero no para leer, ver la tele o escuchar música.
- Establezca un horario regular de sueño, tanto para ir a dormir, como para levantarse. Es importante mantener siempre los mismos horarios.
- Duerma las horas suficientes, entre 6 y 9 horas, y no pase tiempo de más en la cama. Reduzca al máximo posible el tiempo que pasa en la cama sin dormir.
- Puede descansar después de la comida principal durante 15-20 minutos como máximo.
- Las cenas deben ser frugales. No coma de forma copiosa antes de ir a dormir.
- Hacer un ejercicio regular diario es muy saludable, y en los pacientes con fibromialgia mejora la calidad del sueño. Es preferible realizarlo por las mañanas y no se debe realizar unas horas antes de acostarse.
- El café por las mañanas tiene un efecto estimulador, combate la fatiga crónica y mejora la tolerancia al dolor. No debe tomarse después de las 17 horas bebidas estimulantes tales como el café, el té o las colas.
- El tabaco incrementa el dolor en la enfermedad de fibromialgia y empeora el insomnio por distintos mecanismos.
- Antes de dormir, realice actividades relajantes como meditación, lectura de poesía, una ducha de agua templada...
- Evite, durante las horas previas a acostarse, trabajar, hablar de problemas, discutir, realizar actividades intelectual o emocionalmente intensas, ver la televisión o utilizar el ordenador.
- Cuando se acueste y tarde más de 20 minutos en dormirse, levántese y salga de la habitación. Si durante la noche se despierta y no se puede volver a dormir fácilmente, haga lo mismo; para distraerse realice alguna actividad relajante como leer un periódico o revista y, cuando tenga sueño otra vez, vuelva a la cama.
- Establezca rituales antes de ir a dormir, la repetición sistemática de ciertas conductas suele dar sensación de seguridad y rebajar la tensión. La visualización imaginaria de una imagen placentera, o la lectura repetida de una poesía que le guste pueden ser buenos inductores del sueño.
- Si el insomnio se convierte en un problema crónico, busque ayuda con su médico de familia.



BIBLIOGRAFÍA

DE CONSULTA

- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad: Fibromialgia Recomendaciones 2011:
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>
- Häuser W, Thieme K, Turk DC. Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome - A systematic review. *Eur J Pain* 2010;14:5-10.
- Rivera J, Alegre C, Ballina FJ, Carbonell J, Carmona L, Castell B, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol Clin* 2006; 2(Supl 1):S55-66.
- http://www.uptodate.com/contents/search?search=fibromialgia&sp=0&searchType=0&source=USER_INPUT&searchControl=TOP_PULLDOWN&searchOffset=

OTRAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso Álvarez B. Ejercicio físico en la fibromialgia. *Rehabilitación (Madr)* 2003; 37(6):363-74
- Arnold B, Häuser W, Bernateck M, Bernardy K et al. Multimodale Therapie des Fibromyalgiesyndroms. *Der Schmerz* 2012. 26(3):287-290.
- Arnold LM, Zhang S, Pangallo BA. Efficacy and safety of duloxetine 30 mg/d in patients with fibromyalgia: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Clin J Pain*. 2012 Nov-Dec;28(9):775-81. doi: 10.1097/AJP.0b013e3182510295.
- Arreola Ornelas H, Rosado Buzzo A, García L, Dorantes Aguilar J, Contreras Hernández I, Mould Quevedo JF. Análisis de coste-efectividad en el tratamiento farmacológico del síndrome de fibromialgia en México *Reumatol Clin*. 2012;08:120-7.
- Berenguer R, Ramos-Casals M, Siso A, Rivera J. Clasificación de la fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura *Reumatol Clin*. 2009;05:55-62.
- 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.
- *Butll Groc* 2013;26 nº 2:6-8.
- Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskila D, et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis* 2008; 67:536-41.
- Casanueva FB. Tratado de fibromialgia. Editorial Cantabria; 2007.
- Esteve-Vives J, Batlle-Gualda E. Evaluación de pacientes con fibromialgia. Estudio comparativo de 4 versiones españolas del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) *Reumatol Clin*. 2006;2:283-8.
- Esteve-Vives J, Rivera J, Salvat Salvat MI, de Gracia Blanco M, Alegre de Miquel C, Propuesta de una versión de consenso del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) para la población española, *Reumatol Clin*. 2007; 3:21-4.
- Esteve-Vives J, Rivera J, Vallejo MA, Evaluación de la capacidad funcional en fibromialgia. Análisis comparativo de la validez de constructo de tres escalas. *Reumatol Clin*. 2010; 6:141-4.
- Gobbo M, Esteve-Vives J, Rivera J, Vallejo MA, Lopez-González R, Fibromyalgia Health Assessment Questionnaire: evaluación de la sensibilidad al cambio. *Reumatol Clin*. 2012; 08:174-8.
- Häuser W, Jung E, Erbslöh-Möller B, Gesmann M, Kühn-Becker H, Petermann F, Langhorst J, Thoma R, Weiss T, Wolfe F, Winkelmann A. The German fibromyalgia consumer reports - a cross-sectional survey. *BMC Musculoskelet Disord*. 2012 May 18;13:74. doi: 10.1186/1471-2474-13-74.
- Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) MANUAL DE ACTUACIÓN PARA MÉDICOS DEL INSS, Fibromialgia, Síndrome de fatiga crónica y Sensibilidad química múltiple. Documento interno.



- López-Rodríguez MM, Fernández-Martínez M, Matarán-Peñarrocha GA, Rodríguez-Ferrer ME, Granados Gámez G, Aguilar Ferrándiz E. Effectiveness of aquatic biodance on sleep quality, anxiety and other symptoms in patients with fibromyalgia. *Med Clin (Barc)*. 2012 Dec 12.
- Marlow NM, Bombill HS, Short E B. Efficacy of trascranial direct current stimulation and repetitive trascranial magnetic stimulation for treating fibromyalgia syndrome: a systematic review. *Pain Practice* 2012.
- Nader Navarro L et al. Hidrocinesiterapia y fibromialgia. *Rehabilitación (Madr)* 2002;36(3):129-136
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Neuropathic pain: the pharmacological management of neuropathic pain in adults in non-specialist settings. NICE clinical guideline 173. November 2013.
- Nüesch E, Häuser W, Bernardy K, Barth J, Jüni P. Comparative efficacy of pharmacological and non-pharmacological interventions in fibromyalgia syndrome: network meta-analysis. *Ann Rheum Dis*. 2012 Jun 27. [Epub ahead of print]
- Rivera J, Vallejo MA, Esteve-Vives J. Estrategias de prescripción de fármacos en el tratamiento de pacientes con fibromialgia. *Reumatol Clin*. 2012; 08:184-8.
- Segura-Jiménez V, Carbonell-Baeza A, Aparicio VA, Samos B, Femia P et al. A Warm Water Pool-Based Exercise Program Decreases Immediate Pain in Female Fibromyalgia Patients: Uncontrolled Clinical Trial. *Int J Sports Med*. 2012 Dic 20.
- Sommer C, Häuser W, Alten R, Petzke F, Späth M, Tölle T, Uçeyler N, Winkelmann A, Winter E, Bär KJ. Drug therapy of fibromyalgia syndrome. Systematic review, meta-analysis and guideline. *Schmerz*. 2012 Jun;26(3):297-310. doi: 10.1007/s00482-012-1172-2.
- Tomas-Carus P, Gusi N, Leal A, García Y, Ortega-Alonso A. El tratamiento para la fibromialgia con ejercicio físico en agua caliente reduce el impacto de la enfermedad en la salud física y mental de mujeres afectadas. *Reumatol Clin*. 2007;3:33-7.



REVISORES EXTERNOS

- **Dirección General de Ordenación, Evaluación, Investigación, Calidad y Atención al paciente**
 - **Cristina Nebot Marzal.** Jefa de Servicio de Evaluación, Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente. Conselleria de Sanitat.

- **Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios**
 - **Ruth Uso Talamantes.** Subdirección General de Posicionamiento Terapéutico y Farmacoeconómico. Conselleria de Sanitat.

- **Dirección General de Salud Pública**
 - **Joan Quiles Izquierdo.** Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanitat.

- **Gestión de servicios de salud mental**
 - **Juan José Moreno Murcia.** Jefe de Servicio de Salud Mental. Conselleria de Sanitat.
 - **María Jesús Megía Sanz.** Servicio de Salud Mental. Conselleria de Sanitat.

- **MSPSI Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad**
 - **Rosa María López Rodríguez.** Observatorio de Salud de las Mujeres. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

- **Guiasalud**
 - **Flavia Salcedo Fernández.** Médica. Área Transferencia del Conocimiento Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS). Aragón.

- **Sociedades científicas**
 - **Instituto Médico Valenciano.** Presidente Dr. Francisco Morales Olivas.
 - **Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC).** Presidente José Ramón Martínez Riera.

- **Profesionales y expertos**
 - **José Luis Gonzálbez Perales.** Médico de Familia. Asesor Agencia Española del Medicamento.
 - **Francisco Javier Morales Olivas.** Catedrático de Farmacología. Universitat de Valencia.
 - **M^a Angeles Pastor Mira.** Catedrática de Escuela Universitaria. Área Psicología Social, Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández. Elx.
 - **Monica Portillo Santamaría.** Psicóloga clínica. USM Hospital la Ribera. Departamento de salud de La Ribera.
 - **María Dolores Ruescas Moreno.** Reumatóloga. Médico Inspector INSS Delegación provincial de Albacete.
 - **Jose Miguel Santonja Llabata.** Jefe de sección de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Departamento de salud de Valencia – Hospital Clínic.

- **Pacientes expertos**
 - **M^a Carmen Oliver.** Asociación de Afectados de Fibromialgia y Fatiga Crónica de la Ribera (ADAFIR).
 - **Desamparados Santamaría.** Ex presidenta ADAFIR.

- **Asociaciones de pacientes**
 - **Dolores Herrera Reglero.** Asociación de Salud Integral, Mejoras Psicofísicas y Psicosociales (ASIMEPP). Torrevieja.
 - **Minerva Morales.** Asociación Valenciana de Afectados de Fibromialgia (AVAFI).

