
IMPLANTACIÓN PAI FIBROMIALGIA2010

H. U. PUERTO REAL

COMISIÓN DE IMPLANTACIÓN PAI FIBROMIALGIA

PARTICIPANTES EN LA COMISIÓN DE IMPLANTACIÓN DEL PAI FIBROMIALGIA EN EL ÁREA SANITARIA DEPENDIENTE DEL H.U. PUERTO REAL.

- Dra. Carmen Iglesias Arrabal
Médico de Familia. C. S Cayetano Roldan. Distrito Bahía de Cádiz - La Janda
Coordinadora del Grupo de Implantación.
- Dña. Lucia Arias Velarde
Enfermera de Enlace. ZBS Puerto Real. Distrito Bahía de Cádiz - La Janda.
- Dña. Mercedes Benítez Pérez
Secretaria AFIPO. El Puerto de Santa María
- Dña. Dolores María Burgueño Núñez
Presidenta Federación Provincial de FM, SFC y SQM, "Alba Gaditana" y
Secretaria de la Federación Andaluza de FM, SFC y SQM "Alba Andalucía".
- Dña. M^a Isabel Casado Mora
Enfermera de Enlace. Hospital Universitario Puerto Real.
- Dr. Rogelio del Pino Algarrada
Jefe Sección de Rehabilitación Hospital. Universitario Puerto Real.
- Dr. Julián Elorza Guisasola
FEA (Psiquiatra) UGC Salud Mental. Hospital Universitario Puerto Real.
- Dr. Angel Antonio García Egido
FEA UGC Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real.
Coordinador, Grupo Implantación en Atención Especializada.
- Dr. Francisco Gómez Rodríguez.
Director UGC Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real.
Secretario del Grupo de Implantación
- Dña. Antonia Loaiza Pérez
Presidenta AFICHI. Chiclana de la Frontera.
- Dr. Tomás López Brenes
FEA. Sección de Rehabilitación Hospital. Universitario Puerto Real.
- Dr. Fernando Neira Reina
FEA UGC Anestesiología/ Clínica del Dolor H.U. Puerto Real
Coordinador Relación con las Asociaciones de Pacientes
- Dña. M^a Angeles Querol Zaldívar
Fisioterapeuta. Sección de Rehabilitación Hospital. Universitario Puerto Real.
- Dña. Agueda Quintino Lucas
Fisioterapeuta. ZBS Barbate. Distrito Bahía de Cádiz - La Janda
- Dr. Adolfo Rendón Acosta
FEA (Psicólogo) UGC Salud Mental. Hospital Universitario Puerto Real.
- Dña. Rosario Rodríguez González
Vicepresidenta Federación Provincial de FM, SFC y SQM, "Alba Gaditana" y
Tesorera de la Federación Andaluza de FM, SFC y SQM "Alba Andalucía"
- Dr. Sotero Romero Salado
FEA UGC Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real.
- Dña. Concepción Vázquez Cañas
Representante de la asociación ACFIFAS. Chiclana de la Frontera.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
CRONOGRAMA	5
CRITERIOS PARA EL SEGUIMIENTO DESDE ATENCION PRIMARIA	6
Abordaje inicial de la persona con sospecha de fibromialgia	6
Criterios diagnósticos de fibromialgia (FM)	6
Pruebas complementarias	7
Diagnostico diferencial de la fibromialgia.	8
Evaluación del nivel sintomático para decisión terapéutica	10
Informar a la paciente sobre la FM	13
Tratamiento en función del nivel sintomático.	16
Tratamiento farmacológico	17
Derivación a Atención Especializada	22
Derivación en Atención Primaria	24
CRITERIOS PARA EL SEGUIMIENTO DESDE ATENCION ESPECIALIZADA	25
Medicina Interna	25
Rehabilitación	26
Psiquiatría	27
ACTIVIDADES A REALIZAR POR EL ENFERMERO DE FAMILIA	28
Diagnósticos de enfermería más prevalentes	28
Características de calidad de la asistencia por enfermería de AP	33
Planes de cuidados	34
ACTIVIDADES A REALIZAR POR EL FISIOTERAPEUTA DE ZONA	36
ANEXOS	
Anexo 1: Criterios para el Diagnóstico Clínico de Fibromialgia	48
Índice de Dolor Generalizado	
Índice de gravedad de los síntomas	
Anexo 2: Formación del Grupo de Educación para la Salud (GES)	51
Anexo 3: Encuesta para los GES	52
Anexo 4: Hoja de Detección de Necesidades del GES	53
Anexo 5: Registro de Sesiones Formativas del GES	54
Anexo 6: Evaluación de los profesionales participantes en el GES	55
Anexo 7: Evaluación de la actividad del GES	56
Anexo 8: Taller de fibromialgia. Enfermería y Fisioterapia en AP	58
Anexo 9: Información a pacientes de actividades de enfermería AP	79
BIBLIOGRAFÍA	82
REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL PROCESO	83
GUÍA ABREVIADA DEL PROCESO	86

IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO FIBROMIALGIA EN EL AREA SANITARIA DEPENDIENTE DEL H. U. PUERTO REAL

INTRODUCCION

La fibromialgia (FM) es un trastorno doloroso crónico, no inflamatorio, que afecta a las partes blandas del aparato locomotor. Si bien la Organización Mundial de la Salud la reconoce como una entidad diferenciada, algunos autores la consideran como un síndrome que sirve para explicar la existencia de personas con dolor generalizado, persistente e idiopático.

El EPISER estima que la prevalencia de la FM en la población española es del 2,7% (4,2% para el sexo femenino y 0,2% para el masculino).

Las medidas organizativas desde Atención Primaria (AP) para el abordaje de la FM deben dar respuesta a las necesidades asistenciales según el nivel sintomático de cada paciente, facilitando su incorporación a grupos de ayuda mutua y sirviendo de apoyo a las asociaciones de pacientes con FM en su ámbito natural de la zona básica de salud. AP deberá coordinar las actuaciones con Atención Especializada (AE) cuando sea necesaria la utilización de sus recursos.

Otro aspecto necesario para contribuir a la mejora de la calidad de vida de este colectivo de pacientes es facilitarles el conocimiento de su enfermedad para que sean agentes activos y corresponsables de su salud y cuidados.

En abril de 2010 se constituye el Grupo de Implantación del Proceso Asistencial Integrado Fibromialgia en el área del Hospital Universitario Puerto Real, estableciéndose el cronograma adjunto, en el que se contemplan no sólo las actividades del propio grupo de implantación, sino las que se refieren a la implantación del proceso y, su evaluación y actualización.

CRITERIOS PARA EL SEGUIMIENTO DESDE ATENCION PRIMARIA

ACTIVIDADES A REALIZAR POR EL MEDICO DE FAMILIA

1. Abordaje inicial de la persona con sospecha de fibromialgia (dolor crónico generalizado o difuso en raquis y/o extremidades superiores o inferiores)
 - a. Anamnesis inicial: características del dolor (localización, ritmo, duración, intensidad, factores agravantes y de mejora) y sintomatología acompañante como síndrome constitucional, lesiones dérmicas, procesos diarreicos, cansancio matutino y trastornos del sueño y del ánimo, rigidez matutina generalizada, trastornos miccionales, colon irritable, sensación de hinchazón en alguna parte del cuerpo, parestesias, piernas inquietas, sequedad bucal,, sensación de inestabilidad y mareos.
 - b. Exploración física: valoración del estado general de la paciente, de la estética corporal en bipedestación, existencia de puntos fibromiálgicos dolorosos, movilidad del raquis, movilidad activa/pasiva de hombros, codos, manos, caderas, rodillas, tobillos y pies y existencia de inflamación articular.

2. Criterios diagnósticos de fibromialgia (FM)
 - a. Paciente con dolor crónico, generalizado, sin signos inflamatorios, que suele empeorar con el frío, acompañado con frecuencia de astenia-fatigabilidad, rigidez matutina, trastornos del sueño, alteraciones del estado de ánimo y otros signos asociados (parestesias, cefaleas fronto-occipitales, dismenorrea, etc).

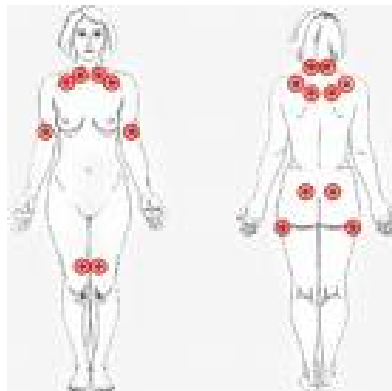
Según los criterios clasificatorios de FM de 1990 del American College of Rheumatology se define el dolor difuso generalizado y crónico como aquel que tiene más de 3 meses de duración, en los 4 cuadrantes del cuerpo, en ambos lados del cuerpo, por encima y debajo de la cintura y en el esqueleto axial.
 - b. Dolor a la presión de al menos 11 de los 18 puntos sensibles definidos para el diagnóstico de esta enfermedad por el American College de Rheumatology en 1990.
 1. Occipucio: bilateral, en la inserción del músculo suboccipital.

2. Cervical inferior: bilateral, en la cara anterior del cuello, entre C5-C7.
3. Trapecio: bilateral, en el punto medio del borde superior.
4. Supraespinoso: bilateral, en la parte superior del borde medial de la escápula.
5. Segunda costilla: bilateral, en la segunda unión costochondral.
6. Epicóndilo: bilateral, 2 cm distal al epicóndilo.
7. Glúteo: bilateral, en el cuadrante superoexterno de las nalgas.
8. Trocánter mayor: bilateral, por detrás de la eminencia trocantérea.
9. Rodilla: bilateral, en el paquete adiposo medial y proximal a la línea articular

Antes de proceder a explorar los puntos dolorosos, es aconsejable valorar la sensibilidad de ciertas áreas que se utilizan como control porque deberían ser indoloras, como la uña del pulgar, la frente o el antebrazo.

La presión digital, con el dedo índice o pulgar preferentemente, debe realizarse con una fuerza aproximada de unos 4 kg, que, de forma práctica debe corresponder al momento en que cambia la coloración subungueal del dedo del explorador.

Para que un punto se considere “positivo” debe despertar dolor en el paciente y no sólo sensibilidad. La presión sobre los puntos dolorosos debe ser gradual durante varios segundos, ya que si la presión es excesivamente breve se puede obtener un resultado falso negativo.



En mayo de 2010 han aparecido unos nuevos criterios de diagnóstico de fibromialgia descritos en el ANEXO 1, en los que aparece una lista de síntomas somáticos que pueden ser considerados como asociados a la enfermedad.

3. Pruebas complementarias

No existe ninguna prueba de laboratorio ni hallazgo radiológico específico de la fibromialgia. Las pruebas complementarias sirven para descartar otras enfermedades que pueden simularla o que pueden coexistir con ella. Su indicación será individualizada en función del cuadro clínico, la exploración física y la sospecha de enfermedad concomitante:

Recomendables para la derivación a Medicina Interna:

- a. Hemograma completo
- b. Glucemia, creatinina, transaminasas, GGT, FA, calcio, fósforo, sodio y potasio, LDH
- c. Creatinina
- d. Proteína C reactiva
- e. TSH
- f. Proteinograma

Optativas según la sospecha clínica:

- a. Factor reumatoide, látex
- b. ANA

No es preciso solicitar pruebas radiológicas a no ser que exista sospecha de patología articular u ósea concomitante.

4. Diagnostico diferencial de la fibromialgia.

La anamnesis y exploración física, valorando las constantes, sistema musculoesquelítico (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 y 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.
- m. Elaboración psicológica de síntomas somáticos: los síntomas físicos son exagerados o prolongados debido al estado psicológico del paciente.
- n. Producción intencionada o fingimiento de síntomas somáticos (Trastorno ficticio y simulación)

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/Dolor miofascial

	Fibromialgia	Dolor miofascial
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

- a. Fatiga crónica persistente (al menos 6 meses) o intermitente, inexplicada, que recidiva o con inicio definido y que no es

consecuencia de esfuerzos recientes; no mejora con el descanso; empeora la actividad habitual previa del paciente.

- b. Exclusión de otras enfermedades que puedan ser causa de fatiga crónica
- c. De forma concurrente, deben aparecer 4 o más de los siguientes criterios menores (signos o síntomas), todos ellos persistentes durante 6 meses o más y posteriores a la presentación de la fatiga.
Criterios menores (signos y síntomas):

- Alteraciones de la concentración o de la memoria recientes
- Odinofagia
- Adenopatías cervicales o axilares dolorosas
- Mialgias
- Poliartralgias sin signos de flogosis
- Cefalea de inicio reciente o de características diferentes de la habitual.
- Sueño no reparador
- Malestar postesfuerzo de duración superior a 24 horas.

5. Evaluación del nivel sintomático para decisión terapéutica

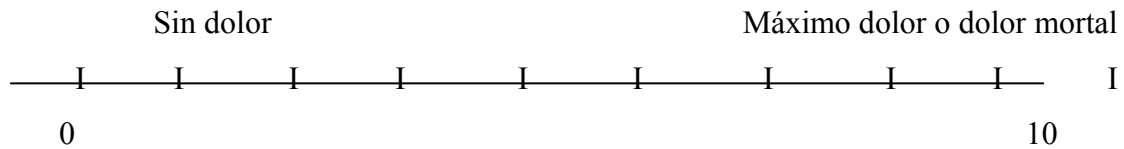
Se evaluará con la ejecución de cuatro escalas analógicas visuales correspondientes a las dimensiones del ámbito de la calidad de vida (física, psicológica y social) que constituyen el núcleo fundamental de la afectación de la FM. Su simplicidad de formato y la sencillez del lenguaje facilitan su aplicación. Puede ser autoadministrada, o bien, si lo precisa, dirigida.

La escala debe tener una longitud de 10 cm y estar marcada a intervalos de 1 cm numerando exclusivamente los extremos con el 0 a la izquierda y el 10 a la derecha.

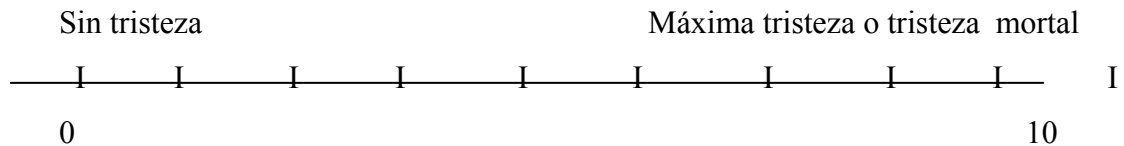
La escala sería la siguiente:

MARQUE CON UNA CRUZ (X) EL PUNTO DE LA LÍNEA que mejor exprese la intensidad de los síntomas que está padeciendo y las dificultades que nota para realizar sus tareas o trabajo en la última semana. El 0 indica la ausencia del síntoma y el 10 expresa la máxima intensidad del síntoma hasta el punto de querer desear la muerte.

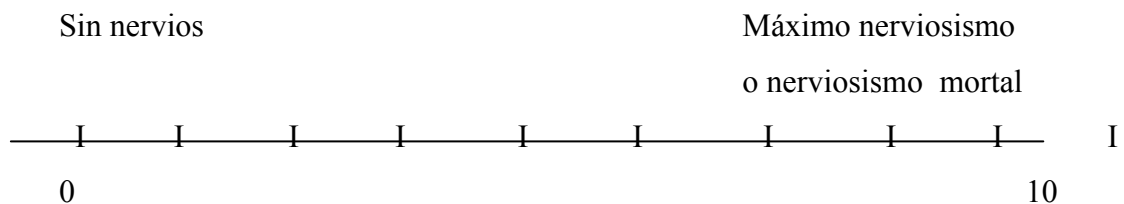
1. ¿Cuánto dolor tiene?



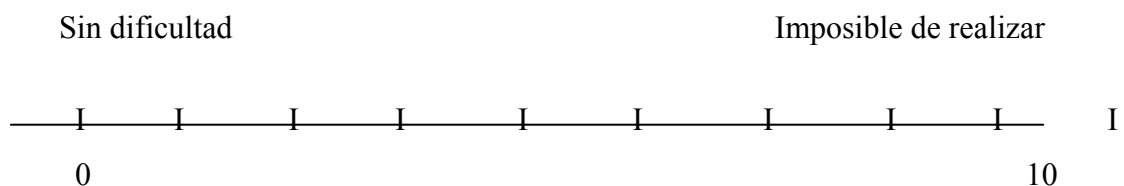
2. ¿Cuánta tristeza o depresión siente?



3. ¿Cuánto nerviosismo o ansiedad nota?



4. ¿Cuánta dificultad tiene al realizar sus tareas o trabajo?



Niveles sintomáticos de la fibromialgia

Bajo: puntuaciones de 0 a 5 en todas las preguntas

Medio: puntuación superior a 5 e inferior a 8 en alguna de las preguntas

Alto: puntuación igual o superior a 8 en alguna de las preguntas

Los autores del PAI consideran que el FIQ en español constituye una herramienta valiosa en la investigación clínica, y por ello, con un nivel de adecuación menos idóneo para la práctica clínica diaria.

6. Informar a la paciente sobre la FM

¿QUÉ ES LA FIBROMIALGIA?

La fibromialgia es una enfermedad reconocida en el 1992 por la Organización Mundial de la Salud y que afecta mayoritariamente a mujeres. Se caracteriza por la presencia de un intenso dolor generalizado crónico, una fatiga que no mejora con el reposo, insomnio y otros síntomas, como hormigueo en las extremidades, trastornos abdominales, necesidad de orinar con frecuencia, ansiedad y depresión entre otras.

¿QUÉ SÍNTOMAS PRODUCE?

Dolor muscular, Fatiga/agotamiento, Rigidez, Síndrome de Colon Irritable, Problemas de comprensión o memoria, Debilidad muscular, Dolor de cabeza, Calambres en el abdomen, Entumecimiento / hormigueos, Mareo, Insomnio, Depresión, Estreñimiento, Dolor en la parte alta del abdomen, Náuseas, Intolerancia al sol, Ansiedad, Trastornos auditivos, Dolor torácico, Visión borrosa, Diarrea, Boca seca, Picores, Pitidos al respirar (sibilancias), Fenómeno de Raynaud, Urticaria, Zumbidos en los oídos, Vómitos, Acidez de estómago, Aftas orales (úlceras), Pérdida o cambios en el gusto, Convulsiones, Ojo seco, Respiración entrecortada, Pérdida de apetito, Erupciones/Rash, Moretones frecuentes (hematomas), Caída del cabello, Micción frecuente, Micción dolorosa, Espasmos vesicales.

Estos síntomas pueden variar con el tiempo, con el nivel de ansiedad y la tensión psíquica, pero no tienen porque agravarse.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA FIBROMIALGIA?

Aunque hace ya más de 15 años que se llegó a un acuerdo sobre los criterios para su definición, las propias características del síndrome (no se detecta en análisis ni radiografías), hacen que su diagnóstico sea dificultoso. El diagnóstico diferencial debe incluir enfermedades reumáticas y otros trastornos que cursen con dolor y rigidez musculoesquelético y extraarticular (Síndrome del dolor miofascial, Polimialgia reumática o arteritis de células gigantes, Polimiositis o

dermatopolimiositis, Miopatías endocrinas, hipotiroidismo, hipertiroidismo, enfermedades somatomorfas y trastornos de somatización, efectos secundarios de fármacos: estatinas, esteroides, cimetidina, fibratos, drogas de abuso).

¿QUÉ CAUSA LA FIBROMIALGIA?

La fibromialgia no tiene una causa conocida. En las investigaciones sobre fibromialgia se han descrito casos que apuntan a un origen físico de la enfermedad, y otros, a factores psicológicos o sociales. Hay procesos de fibromialgia que comienzan después de pasar por una infección originada por una bacteria o un virus, y otros que se inician tras un accidente de automóvil, una separación, etc. Además, también hay casos en los que la fibromialgia aparece después de otra enfermedad como la artritis reumatoide o el lupus eritematoso.

Ninguna de estas causas parecen provocar la fibromialgia, sino que probablemente lo que hacen es despertar un desequilibrio en la capacidad de respuesta del organismo ante determinados estímulos.

¿QUÉ TRATAMIENTO HAY?

Por ahora, no existe un único tratamiento con el que abordar la fibromialgia. Actualmente, la medida más eficaz para combatir la fibromialgia es la práctica regular de ejercicio físico adecuada a los síntomas.

Existen medicamentos que regulan el sueño y hacen disminuir el dolor. Estos fármacos se utilizan a dosis bajas y pueden proporcionar alivio. Los calmantes o analgésicos también pueden ser útiles. Su eficacia es sólo parcial aunque permiten ayudar de forma puntual.

¿QUÉ PUEDO HACER PARA MEJORAR?

La Sociedad Española de Reumatología, constituida por los médicos españoles expertos en las enfermedades del aparato locomotor, aconseja:

1) Aprenda a convivir con su dolor

No hay recetas ni píldoras mágicas para la fibromialgia y el dolor crónico. Por ello, el primer paso para controlarlo es asumir que el dolor puede persistir para siempre y que, por tanto, en adelante, va a formar parte de nuestra vida. Cuando se asume el dolor, se aprende a reconocerlo y a saber lo que lo mejora o empeora, y estamos entonces en situación de buscar soluciones y de volver a disfrutar de la vida.

2) Controle sus emociones

Muchas personas con esta enfermedad desarrollan sentimientos negativos que antes no presentaban y que les hacen convertirse en personas diferentes. Los sentimientos negativos más frecuentes en las personas con fibromialgia son enfado e ira, depresión, frustración, sensación de fracaso, culpa y vergüenza. Debe aprender a controlarlos para que no se cronifiquen y se conviertan en un problema añadido. Reconozca todo lo positivo que le sucede en la vida: a pesar del dolor no es un incapacitado y puede hacer muchas más cosas de las que piensa.

3) Controle su estrés

El estrés es, básicamente, la respuesta del organismo cuando afrontamos un peligro y nos preparamos para luchar o para huir. La mejor manera de combatir este estrés perjudicial es, en primer lugar, reconociendo cuál es la causa del nuestro, y evitando las situaciones que lo favorezcan. También es útil organizar y planificar nuestras actividades diarias, y dedicar diariamente tiempo a la relajación. Ésta se practica siguiendo determinadas técnicas -como la respiración profunda o la relajación muscular- que pueden aprenderse con un corto entrenamiento.

4) Evite la fatiga

Tan negativo es permanecer en inactividad, como realizar un número excesivo de tareas. No intente ser un perfeccionista; planee sus obligaciones, y elimine o delegue aquellas que no sean estrictamente necesarias. Intercale periodos de descanso entre los de actividad, y haga sus tareas a un ritmo que usted pueda controlar.

5) Haga ejercicio

Posiblemente es el aspecto terapéutico más importante para el tratamiento de la fibromialgia. El ejercicio no sólo mantiene en forma los músculos y pone a punto el sistema cardiovascular, sino que disminuye el dolor, favorece el sueño, mejora la sensación de fatiga y disminuye la ansiedad y la depresión. Caminar, correr, andar en bicicleta o bailar, son ejercicios aeróbicos que favorecen el control de la enfermedad. Comience a realizar el ejercicio de una forma suave y vaya progresivamente incrementando su intensidad y duración, hasta realizarlo de 20 a 40 minutos, como mínimo 3 días a la semana. Al principio es posible que su dolor se incremente, pero progresivamente irá disminuyendo.

6) Relaciónese con los demás

Todos sabemos cómo alivia nuestras preocupaciones la conversación con los amigos y compañeros. Cuente a los demás lo que le pasa y cómo no puede hacer

siempre las cosas que hacía antes, pero evite que la comunicación se centre continuamente en su dolor.

7) Proteja su salud

La depresión que puede acarrear el dolor crónico determina que se abandonen los buenos hábitos de salud. El tabaco, nocivo para cualquier aspecto de la salud, es también un excitante del sistema nervioso que hace más difícil el control del dolor. Lo mismo sucede con la cafeína y el exceso de alcohol, el cual puede además interferir con la medicación. Vigile su peso, y haga ejercicio para mantenerse en forma.

8) Use con precaución los medicamentos

Muchos de los síntomas de la fibromialgia mejoran con medicación. Los analgésicos y antiinflamatorios, que tan eficaces resultan en el dolor agudo, no funcionan tan bien en el dolor crónico de la fibromialgia, aunque son útiles en muchos pacientes. Existen analgésicos más potentes, denominados opiáceos, que pueden ser empleados en la fibromialgia, siempre que los recomiende un médico experto en su empleo. Otros fármacos, como los anticonvulsivantes y los antidepresivos también pueden disminuir el dolor. Existen medicamentos que pueden mejorar el sueño, los trastornos psicológicos, las molestias intestinales, etc. pero, lo más importante es que la persona que padece esta enfermedad evite el automedicarse, y se ponga en manos de un médico experto en el tratamiento del dolor crónico y en el uso de las medicaciones anteriormente mencionadas.

9) Use con precaución las medicinas alternativas

Como con frecuencia los medicamentos tienen un resultado solamente parcial, es habitual que muchos enfermos busquen soluciones en las terapias alternativas. Algunas de estas terapias mejoran el dolor y pueden favorecer el control de estrés, como p.ej. el yoga, la acupuntura, masaje, Tai-Chi. La medicina alternativa puede ser cara, y no está regulada por las guías médicas. Por ello, se debe recomendar al paciente que consulte siempre con su médico antes de comenzar cualquier terapia de medicina alternativa, ya que algunas pueden interferir con el tratamiento estándar o habitual. Desconfíe si le prometen curación, si le recomiendan que abandone la terapia con medicinas, o si le dicen que el tratamiento es un secreto y solo puede ser administrado por ciertos proveedores.

10) Sea constante

La paciencia es una virtud importante; conseguir resultados puede tardar algún tiempo. No lo eche todo a perder porque tenga un "día malo". Aunque haya

conseguido estabilizar su enfermedad, los "días malos" inevitablemente aparecerán y debe estar preparado para afrontarlos. En esos días, salga de casa y relaciónese con los demás, mantenga sus compromisos habituales y procure dedicar más tiempo a relajarse. Mantener con regularidad los consejos que le hemos dado anteriormente es la mejor forma de seguir controlando su enfermedad.

¿QUÉ APOYO OFRECEN LAS ASOCIACIONES?

La experiencia de hablar con personas que han pasado por los mismos problemas, y sobre todo, conocer la forma en que estas personas han llegado a superarlos, resulta muy útil.

Una experiencia beneficiosa para algunas personas con fibromialgia puede ser integrarse en una asociación de pacientes y compartir actividades.

7. Tratamiento en función del nivel sintomático.

a. Nivel bajo:

a. Plan de cuidados

- Educación
- Estrategias de autoayuda
- Ejercicio físico no supervisado
- Higiene del sueño
- Intervención familiar

b. Tratamiento farmacológico

b. Nivel medio:

a. Plan de cuidados

- Educación
- Estrategias de autoayuda
- Higiene del sueño
- Intervención familiar
- Ejercicio físico supervisado

b. Tratamiento farmacológico

c. Nivel alto:

a. Plan de cuidados

- Educación
- Estrategias de autoayuda

- Higiene del sueño
 - Intervención familiar
 - Ejercicio físico supervisado
- b. Tratamiento farmacológico
- c. Tratamiento especializado (reumatológico, rehabilitador, psicológico, terapia ocupacional)

8. Tratamiento farmacológico

En la actualidad, el desconocimiento de los mecanismos de producción de la Fibromialgia (FM) imposibilita la administración de un tratamiento etiopatogénico, limitándose a un tratamiento sintomático que la mayoría de las veces resulta poco eficaz. En el abordaje terapéutico de la FM existe evidencia de la utilidad, casi de forma exclusiva, de la práctica de ejercicio físico supervisado y adaptado al nivel sintomático del paciente.

Dado que no existen fármacos específicos para la FM, el tratamiento debe ir dirigido hacia dos objetivos: el control del dolor y el control de otros síntomas tales como los trastornos del sueño, la astenia-fatigabilidad, alteraciones del estado de ánimo y disautonomía. Para evitar frustraciones y sobremedicación, la meta del tratamiento debería ser paliar los síntomas, no hacerlos desaparecer.

Se han utilizado múltiples fármacos, aunque sólo una minoría han demostrado ser eficaces.

Ya que son necesarias múltiples intervenciones para el tratamiento satisfactorio de la FM no es sorprendente que existan muy pocos fármacos estudiados en ensayos clínicos demostrando efectos positivos publicados hasta la fecha. Por otra parte, los ensayos clínicos realizados presentan numerosas deficiencias: escaso número de pacientes, altas tasas de abandonos, periodos de seguimiento muy cortos y deficiente registro de los efectos adversos.

Los resultados de los estudios son difíciles de sintetizar debido a la diversidad de variables utilizadas en cada uno de ellos, los diferentes criterios de respuesta clínica a valorar e instrumentos utilizados, generalmente encuestas de calidad de vida, escala visual del dolor o que miden la capacidad funcional, el sueño, el cansancio o la rigidez.

Las bases del tratamiento farmacológico en estos pacientes se relacionan a continuación:

- Intención de mejorar la función
- Intención de paliar, no de eliminar los síntomas

- Dosis de inicio muy bajas
- Evitar la habituación mediante medicación cíclica
- Revisión frecuente de la medicación
- Retirar periódicamente las medicaciones
- Evitar la polifarmacia

Los fármacos con mejor evidencia de la mejora del dolor y/o sueño son los antidepresivos tricíclicos, los relajantes musculares y los analgésicos.

El tratamiento analgésico intenta disminuir el sufrimiento derivado del dolor generalizado, especialmente los dolores axiales y de las contracturas musculares dolorosas, localizadas y frecuentes. Ninguno de ellos se comporta como un analgésico absolutamente eficaz para estos pacientes.

Los antidepresivos tricíclicos (ATC) son los fármacos con mayor evidencia clínica, sin embargo no hay datos que avalen su eficacia a largo o medio plazo.

Dos metaanálisis de ensayos controlados han concluido que los ATC son eficaces para mejorar todos los síntomas de la FM, incluidos el dolor, el sueño, el cansancio, el número de puntos gatillo y el bienestar general.

El profundo cansancio y la astenia, que interfieren gravemente con la calidad de vida, las actividades laborales y el nivel de recuperación física también mejoran con los ATC.

No obstante, parece que el cansancio responde peor a los ATC que el dolor o el sueño.

Entre los ATC, la *AMITRIPTILINA* es de elección por su mayor eficacia y efecto sedante (Evidencia consistente); mejora la calidad del sueño y el malestar general, sin embargo su efecto sobre la disminución de la rigidez y el dolor es menor. Se debe comenzar con dosis de 5-10 mg en dosis única, 1 hora antes de acostarse e ir subiendo cada dos semanas hasta 25-50 mg. La dosis final y la duración del tratamiento se fijarán en función de la eficacia y de los efectos adversos, manteniéndola lo más baja posible, especialmente en pacientes de edad avanzada donde la tolerabilidad se ve disminuida.

Los efectos adversos anticolinérgicos como la retención urinaria, sequedad de boca y las dificultades de concentración, junto a la cardiotoxicidad pueden limitar su uso en ancianos.

La *CICLOBENZAPRINA* es un relajante muscular estructuralmente y farmacológicamente relacionado con los ATC (Evidencia consistente). Presenta una eficacia a corto plazo y una tolerancia similar a amitriptilina. Mejora de manera moderada principalmente el sueño pero los efectos no se mantienen en el tiempo. Sus efectos sobre el dolor resultan discordantes en los estudios disponibles.

Los Inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina (ISRS) presentan una moderada evidencia en cuanto a los síntomas depresivos, pero los efectos sobre el dolor, el sueño y la fatiga son menos robustos que los de los ATC. Comparativamente presentan un perfil de efectos secundarios más favorable que los ATC, consecuencia al parecer de una mayor especificidad farmacológica.

Los ISRS estudiados en la FM son *FLUOXETINA*, *PAROXETINA*, Y *SERTRALINA* (Evidencia Moderada). Mejoran las alteraciones del ánimo pero sus efectos sobre el dolor son a menudo decepcionantes, no demostrando efectividad cuando se utilizan como único fármaco.

La asociación *FLUOXETINA* 20 mg en dosis matinal y *AMITRIPTILINA* 25 mg al acostarse se ha mostrado eficaz en la mejora del estado de ánimo y ayuda a disminuir el dolor, pero presenta una mayor tasa de abandonos por efectos adversos. Por este motivo, los beneficios del uso de antidepresivos más ATC no están suficientemente claros.

Igualmente *FLUOXETINA* (10-20 mg) más *CICLOBENZAPRINA* 10 mg por la noche resulta más eficaz que ambos fármacos por separado y frente a placebo.

SERTRALINA 50 mg se debe utilizar en casos de intolerancia a Fluoxetina.

A pesar de que los inhibidores duales de la recaptación de serotonina y norepinefrina pudieran ser más efectivos sobre el manejo de los síntomas, la realidad es que *VENLAFAXINA* no ha demostrado tener mejores resultados frente a placebo en un ensayo doble ciego.

Con *DULOXETINA* 60 mg/12 horas mejora el dolor y el funcionamiento general del paciente con o sin depresión.

En cuanto al grupo de los analgésicos, el *TRAMADOL* (Evidencia moderada) consigue mejorar el dolor incluso a dosis bajas sin superar los 400 mg/día. Es posible que su acción monoaminérgica, similar a la que desarrollan los ATC, sea la base de su eficacia. Se aconsejan dosis pequeñas al inicio del tratamiento e ir incrementando progresivamente hasta conseguir beneficio.

La asociación *TRAMADOL+PARACETAMOL* (Evidencia Moderada) resulta eficaz en dosis bajas y no se recomienda superar 4 g de paracetamol al día. En los ensayos clínicos disponibles la tasa de abandonos fue del 50%, aun tratándose de ensayos a 6-12 semanas. Una estrategia recomendable sería la asociación a dosis eficaces de estos dos fármacos y no utilizar asociaciones a dosis fijas.

No existe ninguna evidencia de la eficacia de los *OPIOIDES* mayores, por lo que solo se deberían usar después de haber agotado todas las demás opciones terapéuticas, tanto farmacológicas como no.

El *PARACETAMOL* se emplea en dosis de cada tres enfermos con FM. La dosis oscila entre 1 y 4 g diarios y no se aconseja subir estas dosis para evitar toxicidad.

Los *ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINES)* no se han asociado a ninguna mejoría de las medidas de resultados evaluadas, y aunque se utilizan de forma aguda en ningún caso han de mantenerse como tratamiento crónico por su toxicidad.

Su nula eficacia en la FM es consecuencia de su efecto exclusivamente sobre el dolor nociceptivo periférico a través de la vía de la prostaglandinas.

Los antihistamínicos con efecto sedante como la *DIFENHIDRAMINA* o la *HIDROXICINA* han sido utilizadas con buenos resultados en los trastornos del sueño aunque su efectividad no ha sido valorada de forma reglada.

Los hipnóticos análogos de las benzodiazepinas como *ZOLPIDEM* y *ZOPICLONA* con propiedades sedantes y de acción corta se han propuesto como tratamiento de los trastornos del sueño, ya que mejoran la fatiga y el descanso pero sin efecto sobre el dolor. En general no deben ser utilizados de forma continuada con el fin de evitar fenómenos de tolerancia.

Los pacientes con síntomas claros de ansiedad podrían beneficiarse de las *BENZODIAZEPINAS*, preferentemente en combinación con psicoterapia. Estas sustancias o su análogo tipo zolpidem o zopiclona deben tener una duración máxima de 4 semanas en el tratamiento de insomnio y de 8 a 12 semanas incluyendo el periodo de retirada del mismo en el tratamiento de la ansiedad.

La *PREGABALINA* ha sido aprobada por la FDA para el tratamiento de la Fibromialgia. Una revisión Cochrane afirma que es eficaz en esta enfermedad.

FÁRMACOS CON ESCASA EVIDENCIA O SIN EVIDENCIA

- Hormona del crecimiento
- Opioides
- Antiinflamatorios no esteroideos (incluidos los COX-2)
- Corticoides
- Benzodiazepinas e hipnóticos no benzodiazepínicos
- Ademetionina (S-Adenosil-metionina)
- Oxitriptán (5-hidroxitriptofano)

- Dehidroepiandrosterona
- Calcitonina
- Hormona tiroidea
- Magnesio
- Carisoprodol
- Gamma-hidroxibutirato
- Interferón-alfa
- Litio
- Melatonina
- Selenio y complementos vitamínicos
- Toxina botulínica
- Inyecciones de ozono

FÁRMACOS RECOMENDADOS POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA

Amitriptilina 25-50 mg Noche

Ciclobenzaprina 10-30 mg Noche (ttos cortos)

Tramadol 50 mg 8 horas

Paracetamol 1 g 6-8 horas

Paracetamol+Tramadol* 350/12,5 mg 6-8 horas

Zolpidem 10 mg Noche (menos de 4 sem.)

Fluoxetina 20-40 mg mañana

Alprazolam 1 mg 12-24 horas (menos de 8 sem.)

* Las especialidades comercializadas en la actualidad no permiten esta dosificación.

En resumen, es importante racionalizar al máximo el uso de fármacos, en especial si presentan efectos centrales, ya que los síntomas como el cansancio, inestabilidad, mareos, dificultad de concentración y trastornos de memoria pueden exacerbarse.

Los tratamientos no han demostrado ser eficaces y/o seguros a más de 2 meses, de ahí la necesidad de revisar periódicamente la medicación, incluidos los fármacos OTC, plantas medicinales y los “productos milagros”.

Resulta imprescindible individualizar el tratamiento en cada caso, buscar el fármaco o la combinación más adecuada, introducir los tratamientos progresivamente y explicar con claridad al paciente lo que se espera de ellos, ya que muchos tienen un perfil de efectos secundarios elevado y además los pacientes con FM manifiestan con mucha frecuencia intolerancias farmacológicas múltiples.

9. Derivación a Atención Especializada

La derivación se realizará acompañada de informe detallado en el que se incluyan, además de la correcta identificación del médico solicitante, los datos de afiliación de la paciente, anamnesis, exploración, pruebas complementarias realizadas, juicio diagnóstico, tratamiento prescrito y motivo de la remisión.

a. Medicina Interna

Los criterios de derivación son:

- a. Duda diagnóstica y/o refuerzo del papel del médico de familia tras estudios en Atención Primaria, en consulta única.
- b. Comorbilidad que dificulte enfoque diagnóstico o terapéutico.
- c. Nivel sintomático alto refractario a pesar de tratamiento multidisciplinar en Atención Primaria (para orientación terapéutica).
- d. Pruebas exigidas para la derivación:
 - a. Motivo de derivación
 - b. Nivel sintomático
 - c. Pruebas básicas realizadas (analíticas, radiografías)
 - d. Estrategia terapéutica previa.

b. Rehabilitación

i. Los criterios de derivación son:

- a. Paciente correctamente diagnosticado de Fibromialgia que presenta una discapacidad que pueda beneficiarse de una ortesis o ayuda técnica, permitiendo así la realización del programa terapéutico.
- b. Fracaso del programa de ejercicios de Atención Primaria después de 6 meses de ejercicio físico constatado
- c. Presencia de patología del aparato locomotor en paciente diagnosticado de fibromialgia y no mejora con tratamiento habitual:
Hombro doloroso de más de 4 semanas sin limitación de movilidad ó de >2 semanas con limitación de la movilidad activa.

Radiculopatía de >5 semanas sin respuesta a tratamiento habitual.

Podalgia de >3 semanas que impide hacer programa de ejercicios

ii. Si el paciente ya está diagnosticado, tratado y se ha dado de alta con criterio de cronicidad, NO precisa ser revalorado para inclusión en tratamiento de recuperación funcional (terapia ocupacional, fisioterapia, etc...)

iii. NO son Criterios de Derivación:

a. Paciente que no ha hecho el programa de formación.

b. Ausencia de Informe Clínico de actuación estructurada del Proceso.

c. Pacientes con reagudizaciones de dolor sin pérdida funcional (Unidad del Dolor).

c. Salud Mental Comunitaria (USMC)

Los criterios de derivación son:

a. Descartar o diagnosticar posible patología psiquiátrica.

b. Valoración y tratamiento, si procede, de posibles factores psicológicos que estén complicando de manera importante la evolución del paciente fibromiálgico (por ejemplo, ansiedad refractaria a tratamiento por Atención Primaria)

c. Tratamiento de patología psiquiátrica asociada de difícil control por Atención Primaria.

d. Clínica del Dolor

Los criterios de derivación son:

a. Paciente correctamente diagnosticado de fibromialgia que presenta dolor localizado o síndromes dolorosos incontrolables con diagnóstico etiológico confirmado y sin respuesta a tratamiento en Atención Primaria y tributario de técnicas invasivas.

- b. La derivación se realizará mediante P111 a la Clínica del Dolor a través del Servicio de Admisión (Atención al Ciudadano) del H.U Puerto Real.
- e. Traumatología
 - Los criterios de derivación serian:
 - a. Sospecha de patología concomitante que requiere tratamiento quirúrgico u ortopédico.

10. Derivación dentro de Atención Primaria

- a. Trabajadora social
 - a. Valorar red de apoyo social
 - b. Favorecer el asociacionismo
- b. Enfermería
 - a. Enfermera responsable en cada centro de salud para valoración e inclusión en las Actividades de Enfermería.
 - b. Derivación a través de cita creada al efecto en Diraya
- c. Fisioterapia
 - a. Nivel sintomático Medio para valoración e intervención fisioterápica.

11. Seguimiento por Médico de Atención Primaria

- a. En cualquier momento y a instancias del paciente previa cita en consulta a demanda.
- b. En todos los pacientes tras dos meses de acabado el grupo de Planes de Cuidados para revisión y nueva valoración del nivel sintomático (EVA).
- c. En los pacientes con nivel sintomático alto para intensificación de tratamiento y control.

CRITERIOS PARA EL SEGUIMIENTO DESDE ATENCION ESPECIALIZADA

MEDICINA INTERNA

- 1. Criterios de derivación
 - a. Duda diagnóstica y/o refuerzo del papel del médico de familia tras estudios en Atención Primaria, en consulta única.

- b. Comorbilidad que dificulte enfoque diagnóstico o terapéutico.
 - c. Nivel sintomático alto refractario a pesar de tratamiento multidisciplinar en Atención Primaria (para orientación terapéutica).
2. Pruebas exigidas para la derivación desde Atención Primaria
 - a. Motivo de derivación
 - b. Nivel sintomático
 - c. Pruebas básicas realizadas (analíticas, radiografías,...)
 - d. Estrategia terapéutica previa
3. Actuaciones por parte de Medicina Interna
 - a. Confirmación diagnóstica
 - b. Descartar otros procesos con pruebas complementarias necesarias, en su caso.
 - c. Información y educación sobre el proceso
 - d. Ajuste del tratamiento médico, en su caso.
 - e. Remitir a Atención Primaria para seguimiento del proceso
 - f. Remitir a otras unidades hospitalarias si es necesario
 - g. Informe escrito (DIRAYA) entregado al paciente con copia a médico de AP.
 - h. Cumplimentación del procedimiento para la monitorización de los indicadores de calidad establecidos en el PAI Fibromialgia.

REHABILITACIÓN

El Objetivo de la Rehabilitación de los pacientes con Fibromialgia será conseguir una Recuperación de funcionalidad, en el caso de haber pérdida de ella. Las funcionalidades básicas son la independencia para el aseo, el baño, el vestido, la alimentación y la marcha. Los mecanismos para conseguir este fin serían:

- adiestramiento en ejercicio terapéutico
- empleo de ortesis
- terapia ocupacional ó fisioterapia

Los criterios de derivación son:

1. Paciente correctamente diagnosticado de Fibromialgia que presenta una discapacidad que pueda beneficiarse de una ortesis o ayuda técnica, permitiendo así la realización del programa terapéutico.

2. Fracaso del programa de ejercicios de Atención Primaria después de 6 meses de ejercicio físico constatado
3. Presencia de patología del aparato locomotor en paciente diagnosticado de fibromialgia y que no mejora con tratamiento habitual:
 - a. Hombro doloroso de más de 4 semanas sin limitación de movilidad ó de >2 semanas con limitación de la movilidad activa.
 - b. Radiculopatía de >5 semanas sin respuesta a tratamiento habitual.
 - c. Podalgia de >3 semanas que impide hacer programa de ejercicios

Si el paciente ya está diagnosticado, tratado y se ha dado de alta con criterio de cronicidad, NO precisa ser revalorado para inclusión en tratamiento de recuperación funcional (terapia ocupacional, fisioterapia, etc...)

NO son Criterios de Derivación:

1. Paciente que no ha hecho el programa de formación.
2. Ausencia de Informe Clínico de actuación estructurada del Proceso.
3. Pacientes con reagudizaciones de dolor sin pérdida funcional (Unidad del Dolor)

El Servicio de Rehabilitación no emplea técnicas de relajación (pilates, musicoterapia, masajes, hidroterapia, etc...)

Las características del Informe Clínico de Rehabilitación serán:

- Evaluación previa y posterior mediante escala FIQ o adaptada según patología concomitante.
- Especificación de tratamiento concreto realizado.
- Recomendaciones de ortesis, actividades o precauciones.
- Indicación de fecha de revisión o alta

PSIQUIATRIA

Los criterios de derivación son:

- a. Descartar o diagnosticar posible patología psiquiátrica.
- b. Valoración y tratamiento, si procede, de posibles factores psicológicos que estén complicando de manera importante la evolución del paciente fibromiálgico (por ejemplo, ansiedad refractaria a tratamiento por Atención Primaria).
- c. Tratamiento de patología psiquiátrica asociada de difícil control por Atención Primaria.

d. Las características de esta Atención Especializada por parte de Salud Mental serían las siguientes:

- Derivación por parte de su referente en Atención Primaria para valoración y/o intervención psicológica y/o tratamiento psicofarmacológico. Los tiempos de demora variarán en función de la lista de espera existente en ese momento en la USMC correspondiente, si bien es objetivo de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Universitario de Puerto Real que ésta no sea superior a 60 días.
- En la evaluación psíquica del paciente se explorarán con minuciosidad aquellos aspectos que puedan estar incidiendo en la clínica somática y en su evolución, descartando patología psiquiátrica asociada, o diagnosticándola caso de estar presente, analizando su posible repercusión tanto en la etiología del cuadro somático, como en el pronóstico del mismo.
- De iniciarse tratamiento psicofarmacológico, éste sería revisado por la propia USMC en tanto se valorara como necesario, derivándose posteriormente para su seguimiento por su médico de Atención Primaria.
- Caso de verse necesario se iniciaría la intervención psicológica que se considerase oportuna, condicionando la periodicidad de la misma a la dinámica del propio dispositivo (USMC).

ACTIVIDADES A REALIZAR POR EL ENFERMERO DE FAMILIA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA MAS PREVALENTES

1. DETERIORO DE LA ADAPTACIÓN

(Incapacidad para modificar el estilo de vida de forma coherente con un cambio en la situación de salud)

relacionado con: la falta de optimismo, no hay intentos de cambiar la conducta y actitud negativa hacia la conducta de salud.

manifestado por: la negación del cambio en el estado de salud.

Resultados:

NOC:1300 Aceptación: Estado de salud

130007 Expresa sentimientos sobre el estado de salud

130009 Búsqueda de información

130010 Superación de la situación de salud

130011 Toma decisiones relacionadas con la salud

130014 Realización de tareas de cuidados personales

Intervenciones

NIC 5250. Apoyo en toma de decisiones.

NIC 5430. Grupos de apoyo.

NIC 5240. Asesoramiento.

NIC 5450. Terapia de grupo.

NIC 5230. Aumentar el afrontamiento.

NIC 5820. Disminución de la ansiedad.

NIC 4360. Modificación de la conducta.

2. AFRONTAMIENTO INEFECTIVO

(Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles)

relacionado con: la falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.

manifestado por: expresiones de incapacidad para afrontar la situación o para pedir ayuda.

Resultados:

NOC: 1603 Conducta de búsqueda de la salud.

160301 Hace preguntas cuando es necesario

160306 Describe estrategias para eliminar la conducta insana.

160308 Realiza la conducta sanitaria prescrita cuando es necesario

160309 Busca información actual relacionada con la salud

Intervenciones:

NIC 5430. Grupos de apoyo.

NIC 5230. Aumentar el afrontamiento.

NIC 5450. Terapia de grupo.

NIC 4420. Acuerdo con el paciente.

NIC 5820. Disminución de la ansiedad.

NIC 4320. Terapia asistida con animales.

NIC 5520. Facilitar el aprendizaje.

3. DOLOR CRONICO

(Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento, de cualquier intensidad de leve a severa, con un final anticipado o previsible y una duración mayor de 6 meses.)
relacionado con: incapacidad física o psicosocial crónica.

manifestado por: informes verbales o codificados u observación de evidencias de conducta de protección o defensa, máscara facial, agitación, depresión, atrofia de grupo musculares, fatiga, cambios en el patrón de sueño.

Resultados:

NOC: 1605 Control del dolor

160501 Reconoce factores causales

160503 Utiliza medidas preventivas.

160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas.

160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada.

160510 Utiliza un diario de dolor

160511 Refiere dolor controlado.

Intervenciones:

NIC 5460. Contacto.

NIC. 5900. Distracción.

NIC 4920. Escucha activa.

NIC 2380. Manejo de la medicación.

NIC 1320. Acupresión.

NIC 6040. Terapia de relajación.

NIC 1380. Aplicación de calor o frío.

NIC 0200. Fomento de ejercicios: extensión, control muscular, deambulación, movilidad articular.

4. ANSIEDAD

(Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica - cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo-; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.)

Relacionado con: necesidades no satisfechas y amenaza de cambio: en el rol, en el estado de salud, en el entorno, en los patrones de interacción, en la situación económica.

Manifestado por:

(Nivel conductual) Agitación, lanzar miradas alrededor, insomnio, inquietud.

(Nivel afectivo) Angustia, sobresalto, desconcierto, temor.

(Nivel fisiológico) Voz temblorosa, temblor de manos, tensión facial.

(Nivel cognitivo) Confusión, preocupación, olvido, desatención, disminución de la habilidad para solucionar problemas o para aprender.

Resultados:

NOC: 1402 Control de la ansiedad

140203 Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso.

140204 Busca información para reducir la ansiedad.

140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.

140209 Refiere incremento de la duración del tiempo entre episodios.

140210 Mantiene el desempeño del rol.

140211 Conserva las relaciones sociales.

140217 Controla la respuesta de ansiedad.

Intervenciones:

NIC 8180. Consulta por teléfono.

NIC 5900. Distracción.

NIC 4920. Escucha activa.

NIC 5230. Aumentar el afrontamiento.

NIC 6040. Terapia de relajación Simple.

NIC 4400 Terapia musical.

NIC 5430 Grupo de apoyo.

NIC 0200. Fomento de ejercicios: extensión, control muscular, de deambulación, movilidad articular.

5. INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD

(Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas)

Relacionado con: debilidad generalizada y estilo de vida sedentario.

Manifestado por: informes verbales de fatiga o debilidad. Malestar o disnea de esfuerzo.

Resultados:

NOC: 1811 Conocimiento: actividad prescrita

181101 Descripción de la actividad prescrita.

181102 Explicación del propósito de la actividad.

181105 Descripción de las precauciones de la actividad.

181107 Descripción de la estrategia para el incremento gradual de la actividad.

181109 Ejecución de las actividades de automonitorización.

181110 Descripción de los obstáculos para la aplicación habitual.

181111 Descripción de un programa de ejercicio realista.

Intervenciones:

NIC 5612. Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito.

NIC 0200. Fomento del ejercicio.

NIC 0810. Manejo de energía.

NIC 2380. Manejo de la medicación.

NIC 1430. Manejo del dolor.

NIC 6040. Terapia de relajación Simple.

NIC 4400. Terapia musical.

NIC 5430. Grupo de apoyo.

NIC 0200. Fomento de ejercicios: extensión, control muscular, deambulación, movilidad articular.

Asociacionismo

6. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA

(Limitación del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades)

relacionado con: malestar o dolor, la falta de conocimientos respecto al valor de la actividad física, rigidez articular, estado depresivo o ansioso.

manifestado por: enlentecimiento del movimiento, limitación de la amplitud de los movimientos, inestabilidad postural durante la ejecución de las actividades habituales de la vida diaria.

Resultados:

NOC: 0208 Nivel de movilidad

020801 Mantenimiento del equilibrio.

020802 Mantenimiento de la posición corporal.

020803 Movimiento muscular.

020804 Movimiento articular.

020806 Deambulación: camina.

020808 Otras: especificar

Intervenciones:

NIC 5612. Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito.

NIC 0200. Fomento del ejercicio.

NIC 0810. Manejo de energía.

NIC 2380. Manejo de la medicación.

NIC 1430. Manejo del dolor.

NIC 6040. Terapia de relajación.

NIC 4400. Terapia musical.

NIC 5430. Grupo de apoyo.

Asociacionismo.

NIC 0200. Fomento de ejercicios: extensión, control muscular, deambulación, movilidad articular.

7. DETERIORO DEL PATRON DEL SUEÑO

(Trastorno de la cantidad y calidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica, natural, limitada en el tiempo).

relacionado con: pensamientos repetitivos antes del sueño, pensar en el hogar, higiene del sueño inadecuada, el patrón de actividad diurna, asincronía circadiana.

manifestado por: desvelo prolongado, quejas verbales de dificultad para conciliar el sueño, de no sentirse bien descansado, insatisfacción con el sueño.

Resultados:

NOC: 0004 Sueño

000401 Horas de sueño.

000403 Patrón del sueño.

000404 Calidad del sueño.

000406 Sueño ininterrumpido.

000407 Hábito de sueño.

000408 Sensación de rejuvenecimiento después del sueño.

000410 Despertar a horas apropiadas.

Intervenciones:

NIC 1850. Fomentar el sueño.

NIC 0840. Cambio de posición.

NIC 6480. Manejo ambiental.

NIC 2380. Manejo de la medicación.

NIC 1430. Manejo del dolor.

NIC 4400. Terapia musical.

NIC 6040. Terapia de relajación.

NIC 1460. Relajación muscular progresiva.

NIC 0221. Terapia de ejercicios: deambulación

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA POR ENFERMERIA DE AP. PAPEL DEL ENFERMERO REFERENTE.

1. Poner en marcha programas de FM en los centros de AP.
2. Entrevista individual con las pacientes derivadas por el médico de familia.
 - Aplicar cuestionario para evaluación del nivel sintomático a todas las pacientes que han sido incluidas en programa de FM, si no lo ha realizado el MAP.
 - Explicación e información acerca de los planes de cuidados.
 - Suministrar a las pacientes folleto informativo acerca de los planes de cuidados e impreso de compromiso de asistencia a las sesiones.
3. Promover la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes por las pacientes para el afrontamiento de su enfermedad.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR POR ENFERMERIA DE AP. PLANES DE CUIDADOS.

1. Características generales
 - En cada centro será necesario nombrar uno o dos enfermeros referentes según las características del centro.
 - Se necesitará una sala en el Centro de Salud para las reuniones.
 - El número de personas aconsejable para cada grupo sería entre 8 y 12, teniendo en cuenta el espacio y los recursos de cada centro.
 - El número de sesiones aconsejado oscila entre 1 y 4, de una hora u hora y media de duración, 2 días a la semana (cada centro podrá decidir los días según planificación interna). Las sesiones deberán reunir inexcusablemente (independientemente del número de sesiones y los horarios propuestos en cada centro) las actividades a realizar propuestas en este documento.
 - El encargado de las sesiones será el enfermero referente. La última sesión será dada de forma conjunta por el enfermero referente y el fisioterapeuta de zona.
 - Los criterios de inclusión de los pacientes a los grupos serán los siguientes:
 - Pacientes diagnosticados desde la implantación del proceso y que no hayan realizado ningún programa educacional.
 - Pacientes diagnosticados previamente a la implantación del proceso, sin programa de educación previa, se valorarán individualmente los conocimientos acerca de la enfermedad.

- Excluidos los pacientes a los que previamente se les haya incluido en los grupos y que hayan abandonado sin justificación importante.
 - Los pacientes deberán tener un folleto informativo acerca de los planes de cuidados y las actividades a realizar en los grupos y deberán firmar un compromiso de asistencia a las sesiones. Anexo 9.
- En los grupos se incluirán todos los pacientes independientemente de su nivel sintomático. Posteriormente, los pacientes con nivel sintomático medio serán derivados a fisioterapia de zona para grupo de ejercicio supervisado, y los de nivel sintomático alto se derivarán a MAP para ajuste de medicación (no entrarán en el grupo de ejercicio supervisado hasta no tener nivel sintomático medio).
 - Sería deseable una relación de bidireccionalidad con las asociaciones, para ello sería el enfermero referente de FM en cada centro de salud el que sirva de interlocutor a las mismas.

2. Actividades a realizar

- Primera reunión del grupo. Explicación de la razón de ser de la intervención grupal.
 - Recogida individual y análisis conjunto de las expectativas y necesidades.(Anexos 3 y 4)
 - Información general reforzando la importancia del protagonismo de la paciente en su proceso, de la trascendencia del ejercicio físico adecuado a su nivel sintomático y de la idoneidad de la inclusión y participación en los grupos de ayuda mutua.
 - Evaluar la aceptación y promover la implicación de las participantes.
 - Planificación operativa de las siguientes sesiones (fechas, horas, participantes...)
 - Deberá recogerse en una hoja de registro de formación del grupo el nombre de los participantes, los criterios de formación del grupo, así como los datos de organización del grupo: fecha de comienzo, etc. (Anexo 2)
- Desarrollo de las sesiones sucesivas. Anexo 8
 - En función de la planificación establecida se desarrollaran las sesiones sucesivas. Para cada una se cumplimentará el anexo 5, registrando el grado de participación, las ausencias y si tienen o no

justificación importante, los objetivos propuestos, metodología desarrollada y las observaciones pertinentes.

- Información general sobre la enfermedad, etiología, pronóstico e intervenciones terapéuticas eficaces.
- Aspectos emocionales inherentes a la fibromialgia (aceptación, tristeza- ansiedad, resolución de conflictos y fracasos, fomento de la autoestima,...)
- Rol del paciente con fibromialgia en el entorno social. Cambio de actitudes.
- Importancia del asociacionismo – ayuda mutua.
- Información sobre recursos sociales y sanitarios en la comunidad.

3. Evaluación

- Los profesionales que participan en el grupo evaluarán el grado de consecución de los objetivos planteados y la participación de los integrantes del grupo así como la existencia de colaboración y seguimiento del mismo. Cada profesional deberá rellenar la hoja de evaluación (Anexo 6)
- Los participantes en el grupo se evaluarán:
 - En la última sesión se pasará un segundo cuestionario donde se evaluará el grado de satisfacción del paciente con respecto al programa, sus profesionales y sus propias impresiones. (Anexo 7)
 - A través de la revisión con el médico de AP a los dos meses de acabadas las sesiones, con un nuevo EVA para valorar el nivel sintomático

ACTIVIDADES A DESARROLLAR POR EL FISIOTERAPEUTA DE ZONA

PACIENTES CON FIBROMIALGIA(Nivel sintomático medio)

SESIONES (Sala de fisioterapia), cuatro sesiones.

Primera sesión:

Objetivo

Beneficio de la actividad física en pacientes diagnosticados de fibromialgia.

Efectos saludables.

Consideraciones generales.

Pasos principales recomendados.

Medidas higiénicas posturales.

Modelos de actividad.

Guía de ejercicios

Material necesario para la realización de los ejercicios.

Ejercicios de flexibilidad y estiramiento.

Ejercicios de fortalecimiento muscular.

La segunda , tercera y cuarta sesión abarcan los mismos ejercicios explicados en la primera sesión pero aumenta en cada una de ellas el número de repeticiones.

OBJETIVO

Informar del beneficio que aporta el ejercicio físico sobre la capacidad física, flexibilidad, fuerza, resistencia y los síntomas de fibromialgia a corto plazo.

Comunicación de las medidas higiénicas posturales para el autocuidado.

Obtener una guía de ejercicios adecuados.

BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE FIBROMIALGIA

-Sensación en la disminución de los puntos dolorosos.

-Mejora en Resistencia, fuerza y flexibilidad, importante para el acondicionamiento físico en la fibromialgia.

- Mejora de los movimientos habituales.

-Percibir notable mejoría del sueño.

- Appreciar un descenso de la fatiga generalizada.

EFFECTOS SALUDABLES

-Proporciona relajación física y psicológica.

- Ayuda a conseguir el peso adecuado.

- El ejercicio, además, le ayuda a mantener los niveles adecuados de glucosa en sangre, a controlar el colesterol y la tensión arterial.

- Previene la osteoporosis y mejora el dolor de espalda crónico.

-Mejora la calidad de vida, aumenta las defensas del organismo, nos ayuda a envejecer de forma más saludable.

CONSIDERACIONES GENERALES

Es normal que le cueste hacer el ejercicio puesto que el dolor puede que le dificulte la movilidad.

Cualquier ejercicio se realiza poco a poco y con una actividad de baja intensidad, evitando las contracciones excéntricas.

Es fundamental que le resulte agradable y confortable, pero no debe abandonarse si persiste el dolor, puesto que la adaptación al ejercicio genera crisis de dolor de 3 o 4 días de evolución y se necesitan de 8 y 12 semanas para encontrar mejoría.

Es mejor comenzar por ejercicios que se adapten a su constitución física, costumbres y capacidad.

Pasear y nadar le puede servir para comenzar la actividad física.

No realizar ejercicios en las 3 horas siguientes de una comida abundante.

Descansar 30 minutos al finalizar.

Los primeros 15 días caminar en llano, el ritmo va a depender de la capacidad de la persona.

A partir de los 3 meses de la actividad continuada (3 veces por semana), se comienza a experimentar mejoría y un bienestar mayor.

PASOS PRINCIPALES RECOMENDADOS.

Antes de comenzar realizar calentamiento y estiramientos, para continuar con ejercicios lentos, suaves y de baja intensidad., durante 5 minutos.

Así, por ejemplo , si usted va a nadar realice movimiento circular hacia delante y hacia detrás de hombros.

A continuación practique la actividad principal programada. Esta actividad puede durar en principios unos 20 minutos e ir progresando según la capacidad y la tolerancia.

La actividad principal debe ser nadar, caminar y realizar una tabla ejercicios.

Es importante, por ultimo aminorar el ritmo en los 3 minutos último de la práctica de la actividad.

MEDIDAS HIGIENICAS POSTURALES

Decúbito (tumbado)

Tendremos en cuenta el estado del colchón ya que este tiene una vida útil que dependerá del fabricante. Evitaremos así los incómodos muelles y la deformación de la cama.

La almohada tiene que ser de una altura que permita tener el cuello en prolongación a la columna vertebral.

Decúbito supino (boca arriba):

Con almohada en la zona cervical y debajo de las rodillas teniendo un perfecto apoyo en la zona lumbar manteniendo así la columna en línea recta.

Decúbito lateral (de lado):

Con almohada en la zona cervical. La rodilla de abajo flexionada y la de arriba estirada o las dos flexionadas por completo. El brazo que apoya en flexión y debajo de la almohada y el brazo de arriba estirado a lo largo del cuerpo.

Sedestación(sentado)

Con las piernas en ángulo recto y los brazos apoyados en la mesa o en los reposabrazos de sillón o silla. Los dos pies deben estar en contacto con el suelo. El asiento no debe ser más largo que los 2/3 de la longitud del muslo, sin llegar nunca a estar en contacto con la región posterior de la rodilla. La espalda debe de estar en contacto con el respaldo, sobre todo la región lumbar. El ángulo de inclinación del respaldo dependerá de la actividad realizada siendo más recostada 110° cuando sea para descansar y en torno a los 105° cuando sea para leer.

Bipedestación (de pie)

Evitaremos los largos periodos de bipedestación estática procurando tener un pie encima de una estructura sólida. Cambiaremos de pie pasado un tiempo. Esta postura evitará la acumulación de tensión en la zona lumbar. Evitaremos también tener los dos pies juntos.

Transporte de cargas

Deberemos repartir la carga en partes iguales a ambos lados de nuestro cuerpo para evitar descompensaciones o posturas forzadas. Para ello utilizaremos mochilas, siempre que se pueda, de dos asas evitando colocar los bolsos en un solo hombro.

Llevaremos sólo y exclusivamente elementos necesarios evitando así la carga excesiva.

Levantamiento de pesos desde el suelo

Deberemos coger la carga con las rodillas flexionadas y la espalda recta evitando así que las fuerzas se centren en la zona lumbar. Nos levantaremos poco a poco estirando las piernas haciendo el mínimo de esfuerzo posible con la espalda.

Esta regla se aplicará también para realizar tareas diarias que necesiten de una postura agachada (hacer las camas, aspiradora, limpiar...)

MODELOS DE ACTIVIDAD

Programa de actividad para nivel sintomático medio

Ejercicios aeróbicos

Caminar, 3 días semanales según tolerancia del paciente, se recomienda realizar 5 series de 5 minutos de marcha con 1 minuto de descanso, ejecutando en los descansos ejercicios de estiramiento de los flexores de las piernas.

Se aumentara hasta 10 series del tiempo de ejecución y el descanso ó mantener las series, pero incrementar el tiempo de ejecución en 8 minutos .

Ejercicio de estiramiento de los flexores de las piernas.

Posición de partida: posición de pie, apoyada sobre un objeto firme.

Ejecución: manteniendo una pierna adelantada, inclínese hacia el objeto. Luego cambie de pierna.

Realización de 5 repeticiones por cada lado.



El ritmo será de paseo en pacientes con afectación alta y rápida en aquellos que presenten una afectación leve, pudiendo correr suavemente, 3 minutos para parar un rato y hacer los estiramientos y continuar caminando de 5 a 10 minutos hasta ir notando la mejoría.

Bicicleta estática con una resistencia discreta comenzando por 4 series de 5 minutos a 50 rpm en pacientes con resistencia moderada con 2 minutos de descanso, si la tolerancia es buena aumentar las series hasta llegar a 6 manteniendo el tiempo de ejecución, o incrementar el tiempo del mismo hasta un máximo de 8 minutos incrementando el descanso hasta 3 minutos para los estiramientos. y teniendo en cuenta la importancia de realizar el estiramiento de extensores de pierna realizados en descansos de 2 minutos, cada 5 o 8 minutos de actividad.

Ejercicio de estiramiento de extensores de las piernas.

Posición de partida: Bipedestación, apoyada sobre un objeto firme.

–Ejecución: flexionando la rodilla coger el pie con la mano, luego repita alternativamente con la otra pierna.

-Realizar: 5 repeticiones por cada lado.



Natación, Se llevara a cabo solo en el límite de afectación entre moderada y leve.: 15 series de 10 metros (ancho de la piscina) en estilo braza con 2 minutos entre series para ejercicio de movilidad general.

Si la tolerancia es buena, se aumentarán las series hasta llegar a 20 manteniendo el tiempo de descanso activo o se mantendrán las series pero aumentando la distancia, incrementando el descanso para estiramientos a 3 minutos.

GUIA DE EJERCICIOS

Los ejercicios se realizan por la mañana, a ser posible, para vencer la rigidez matutina. Aumentan la movilidad articular y estiran los tejidos.

La sesión estará comprendida de una serie de movimientos, que se realizaran de forma seguida un número de veces, con periodos de descanso entre uno y otro.

Las sesiones en domicilio tras la enseñanza de los ejercicios se realizaran 3 días a la semana no consecutivos.

Se llevaran a cabo 4 sesiones, con número entre 6 y 10 participantes, que serán variables dependiendo de las necesidades y de la capacidad de la sala.

En cada sesión se incluirán los mismos ejercicios. Diferencian las mismas, el número de repeticiones que se realizan en cada una de ellas, así el paciente podrá asimilar los ejercicios llevados a cabo y reforzamos su ejecución.

MATERIAL NECESARIO

- 10 Colchonetas
- 8 juegos de mancuernas de medio kilo.
- Acudir con ropa cómoda

EJERCICIOS DE FLEXIBILIDAD Y ESTIRAMIENTO

Mientras practique los ejercicios al incorporarse en posición de partida se inspira (llenando de aire los pulmones), y se espira durante su realización.

1º Estiramientos cervicales

- Posición de partida: De pie en posición relajada con las manos en la cintura.
- Ejecución: Movilizar el cuello delante-detrás, derecha-izquierda de forma secuencial.
- Realización: 1ª sesión 5 repeticiones, descansando 30" después de cada serie.
2ª sesión 10 repeticiones.
3ª sesión 12 repeticiones



4ª sesión 15 repeticiones

2º Estiramiento cintura escapular y pectorales

- Posición de partida: Posición de pie.
- Ejecución: Manténgase erguido y mueva los brazos formando círculos, con los codos extendidos.
- Realización: 1ª sesión 5 circulaciones por brazo.
2ª sesión 10 circulaciones por brazo.
3ª sesión 12 circulaciones por brazo.
4ª sesión 15 circulaciones por brazo.



3º Estiramiento de cuádriceps

-Posición de partida: Bipedestación, apoyada sobre un objeto firme.

-Ejecución: flexionando la rodilla coger el pie con la mano, luego repita alternativamente con la otra pierna.

-Realizar: 1ª sesión 5 repeticiones por cada lado

2ª sesión 10 repeticiones por cada lado

3ª sesión 12 repeticiones por cada lado.

4ª sesión 15 repeticiones por cada lado



4º Estiramiento de psoas

- Posición de partida: De rodillas adelantando una pierna flexionada, apoyando las manos sobre las rodillas.

- Ejecución: inclinar el cuerpo hacia delante manteniendo la posición.

-Realización: 1ª sesión 2 repeticiones de 10 segundos.

2ª sesión 5 repeticiones de 10 segundos.

3ª sesión 7 repeticiones de 10 segundos.

4ª sesión 10 repeticiones de 10 segundos



5º Estiramiento de isquiotibiales

- Posición de partida: Sentada con las piernas abiertas lo más posible.

- Ejecución: Inclinarse deslizando las manos sobre las espinillas y mantener la posición.

- Realización: 1ª sesión 2 repeticiones de 15''

2ª sesión 5 repeticiones de 15''

3ª sesión 7 repeticiones de 15''

4ª sesión 10 repeticiones de 15''



6º Estiramiento de aductores

-Posición de partida: Sentada con las plantas de los pies unidas acercándolas al cuerpo

-Ejecución: empujar los muslos con los codos notando la tensión.

- Realización: 1ª sesión 2 repeticiones de 15 segundos.

2ª sesión 5 repeticiones de 15 segundos.

3ª sesión 7 repeticiones de 15 segundos.

4ª sesión 10 repeticiones de 15 segundos.



7º Estiramiento lumbar

-Posición de partida: tumbada boca arriba y sujetando ambas rodillas cerca del cuerpo.

-Ejecución: intentar acercar las rodillas al cuerpo manteniendo la posición.

-Realización: 1ª sesión 2 repeticiones de 10 segundos.

2ª sesión 5 repeticiones de 10 segundos.

3ª sesión 7 repeticiones de 10 segundos.

4ª sesión 10 repeticiones de 10 segundos.



EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR

1º Ejercicio de fortalecimiento de bíceps.

-Posición de partida: Sentada con los brazos estirados hacia abajo, cogiendo con la mano un peso de medio kilo.

-Ejecución: elevar el peso flexionando el codo a la altura de las orejas.

-Realización: 1ª sesión 2 repeticiones con cada mano.

2ª sesión 5 repeticiones con cada mano.

3ª sesión 7 repeticiones con cada mano.

4ª sesión 10 repeticiones con cada mano.



2º Ejercicio de fortalecimiento de tríceps

-Posición de partida: Sentado con el brazo estirado sobre la cabeza y con un peso de medio kilo.

- Ejecución: Flexionar el codo por la espalda.

- Realización: 1ª sesión 2 repeticiones con cada brazo.

2ª sesión 5 repeticiones con cada brazo.

3ª sesión 7 repeticiones con cada brazo.

4ª sesión 10 repeticiones con cada brazo.



3ª Ejercicio de fortalecimiento de trapecios



-Posición de partida: De pie con los brazos a lo largo del cuerpo, manteniendo un peso de medio kilo en cada mano.

-Ejecución: Encoger los hombros manteniendo la posición.

-Realización: 1ª sesión 2 repeticiones de 10 “.

2ª sesión 5 repeticiones de 10”

3ª sesión 7 repeticiones de 10”

4ª sesión 10 repeticiones de 10”

4º Ejercicio de fortalecimiento de musculatura dorsal

-Posición de partida: De pie cara al hueco de una puerta, apoyar los codos y palmas de las manos sobre las paredes.

- Ejecución: Inclinar hacia el hueco conservando el cuerpo y las piernas rectas y sin levantar los talones, manteniendo la posición.

-Realización: 1ª sesión 2 repeticiones de 5”.

2ª sesión 3 repeticiones de 5”.

3ª sesión 4 repeticiones de 5”.

4ª sesión 5 repeticiones de 5”



5º Ejercicio de fortalecimiento de gemelos.

-Posición de partida: de pie con los brazos a lo largo del cuerpo manteniendo un peso en cada mano de medio kilo.

-Ejecución: Elevar los talones manteniendo la posición.

-Realización: 1ª sesión 2 repeticiones de 5”.

2ª sesión 5 repeticiones de 5”

3ª sesión 7 repeticiones de 5”

4ª sesión 10 repeticiones de 5”



6º Ejercicio de fortalecimiento de glúteos

-Posición de partida: tendida boca arriba con piernas ligeramente separadas y brazos estirados y con las palmas sobre el suelo.

-Ejecución: Despegar los glúteos del suelo manteniendo la posición.

-Realización: 1ª sesión 2 repeticiones de 10”

2ª sesión 5 repeticiones de 10”.

3ª sesión 7 repeticiones de 10”

4ª sesión 10 repeticiones de 10”



7º Ejercicios de fortalecimiento de abdominales.

-Posición de partida: tendida boca arriba, piernas juntas y brazos estirados.

-Ejecución: intentar despegar las escápulas del suelo manteniendo la posición.

-Realización: 1ª sesión 2 repeticiones de 5”, relajando el cuerpo cada vez.

2ª sesión 5 repeticiones de 5”, relajando e el cuerpo cada vez.

3ª sesión 7 repeticiones de 5”, relajando el cuerpo cada vez.

4ª sesión 10 repeticiones de 5” relajando el cuerpo cada vez.



8º Ejercicio de fortalecimiento de pectorales

-Posición de partida: Tumbada boca arriba los brazos estirados y juntos.

-Ejecución: separar los brazos hasta tocar el suelo

- Realización: 1ª sesión 1 serie de 3 repeticiones seguidas. . Descansar entre series.
- 2ª sesión 2 series de 3 repeticiones seguidas. Descansando entre series.
- 3ª sesión 2 series de 6 repeticiones seguidas. Descansando entre series.
- 4ª sesión 3 series de 6 repeticiones seguidas. Descansando entre serie.



9º Ejercicio de fortalecimiento de cuádriceps

-Posición de partida: sentada con las manos sobre los muslos.

-Ejecución: elevar una pierna hasta mantenerla horizontal.

.-Realizar: 1ª sesión 2 repeticiones de 10”

2ª sesión 5 repeticiones de 10 “

3ª sesión 7 repeticiones de 10”

4ª sesión 10 repeticiones de 10”



ANEXO 1

Nuevos Criterios Preliminares para el Diagnóstico Clínico de la Fibromialgia

Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB, Yunus MB. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res*,2010;62:600-10.

Un paciente satisface los criterios diagnósticos para la Fibromialgia si cumple las 3 condiciones siguientes:

1. Índice de dolor generalizado (WPI))> o igual a 7 y puntuación de escala de gravedad de síntomas (SS) > o igual a 5 o WPI entre 3 y 6 y puntuación de escala SS> 0 igual a 9.
2. Los síntomas han estado presentes a un nivel similar durante al menos 3 meses
3. El paciente no tiene patología que pueda explicar el dolor.

Los síntomas somáticos que pueden ser considerados son: dolor muscular, síndrome de intestino irritable, fatiga/cansancio, problemas para pensar o recordar, debilidad muscular, dolor de cabeza, dolor /calambres en abdomen, entumecimiento u hormigueo, mareos, insomnio, depresión, estreñimiento, dolor en abdomen superior, nauseas, nerviosismo, dolor de pecho, visión borrosa, fiebre, diarrea, sequedad boca, prurito, sibilancias, fenómeno de Raynaud, urticaria/ronchas, zumbidos en los oídos, vómitos, acidez estomacal, úlceras orales, pérdida de /cambio en el sabor, convulsiones, sequedad de ojos, dificultad para respirar, pérdida del apetito, erupción cutánea, sensibilidad al sol, dificultades para oír, fácil aparición de moratones, pérdida de cabello, frecuente orinar, dolor al orinar y espasmos de vejiga.

Índice de Dolor Generalizado – Widespread Pain Index (WPI)

Ponga una cruz sobre cada área en la que ha sentido dolor durante la semana pasada, teniendo en cuenta que no debe incluir dolores producidos por otras enfermedades que sepa que sufre (artritis, lupus, artrosis, tendinitis, etc.):

Cintura Escapular Izquierda

Cintura Escapular Derecha

Brazo Superior Izquierdo

Brazo Superior Derecho

Brazo Inferior Izquierdo

Brazo Inferior Derecho

Nalga Izquierda

Nalga Derecha

Pierna Superior Izquierda

Pierna Superior Derecha

Pierna Inferior Izquierda

Pierna Inferior Derecha

Mandíbula Izquierda

Mandíbula Derecha

Pecho (Tórax)

Abdomen

Cuello

Espalda Superior

Espalda Inferior

Cuente el número de áreas que ha marcado y anótelo aquí: _____

Observará que el valor WPI oscila entre 0 y 19.

Índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score – SS Score) SS-Parte 1

Indique la gravedad de sus síntomas durante la semana pasada, utilizando las siguientes escalas, que se puntúan del 0 (leve) al 3 (grave):

1. Fatiga

0 = No ha sido un problema

1 = Leve , ocasional

2 = Moderada , presente casi siempre

3 = Grave, persistente, he tenido grandes problemas

2. Sueño no reparador

0 = No ha sido un problema

1 = Leve , intermitente

2 = Moderada , presente casi siempre

3 = Grave, persistente, grandes problemas

2. Trastornos Cognitivos

0 = No ha sido un problema

1 = Leve , intermitente

2 = Moderada , presente casi siempre

3 = Grave, persistente, grandes problemas

Sume el valor de todas las casillas marcadas y anótelo aquí: _____

Observará que el valor SS-Parte 1 oscila entre 0 y 9.

Índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score – SS Score) SS-Parte 2

Marque cada casilla que corresponda a un síntoma que ha sufrido durante la semana pasada.

Dolor muscular	Pitidos al respirar (sibilancias)
Síndrome de Colon Irritable	Fenómeno de Raynaud
Fatiga / agotamiento	Urticaria
Problemas de comprensión o memoria	Zumbidos en los oídos
Debilidad muscular	Vómitos
Dolor de cabeza	Acidez de estómago
Calambres en el abdomen	Aftas orales (úlceras)
Entumecimiento / hormigueos	Pérdida o cambios en el gusto
Mareo	Convulsiones
Insomnio	Ojo seco
Depresión	Respiración entrecortada
Estreñimiento	Pérdida de apetito
Dolor en la parte alta del abdomen	Erupciones / Rash
Nauseas	Intolerancia al sol
Ansiedad	Trastornos auditivos
Dolor torácico	Moretones frecuentes (hematomas)
Visión borrosa	Caída del cabello
Diarrea	Micción frecuente
Boca seca	Micción dolorosa
Picores	Espasmos vesicales

Cuente el número de síntomas marcados, y anótelos aquí: _____

Si tiene 0 síntomas, su puntuación es 0

Entre 1 y 10, su puntuación es 1

Entre 11 y 24, su puntuación es 2

25 o más, su puntuación es 3

Anote aquí su puntuación de la SS-Parte 2 (entre 0 y 3): _____

Suma de su puntuación SS-Parte 1 + SS-Parte 2: _____

Compruebe que la puntuación se encuentre entre 0 y 12 puntos.

ANEXO 2

FORMACIÓN DEL GRUPO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Nombre de los participantes

1-

2-

3-

4-

5-

6-

7-

8-

9-

10-

11-

12-

Fecha de comienzo del grupo:

Nº de sesiones

Duración:

Observaciones (Criterios de formación):

Fecha final prevista:

Periodicidad:

ANEXO 3

EXPECTATIVAS

Preguntas a 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 ocurriera durante estas sesiones?

ANEXO 4

HOJA DE DETECCIÓN DE NECESIDADES.

Fecha:

Profesionales participantes:

Nº de asistentes sobre el total del grupo:

NECESIDADES DETECTADAS:

De conocimiento sobre la enfermedad y recursos

De habilidades

Emocionales y propias de la enfermedad

ANEXO 5

REGISTRO DE SESIONES FORMATIVAS

Se cumplimentará una hoja por cada sesión formativa que se desarrolle en el grupo.

SESIÓN N°:

FECHA:

PROFESIONALES PARTICIPANTES:

ASISTENTES:

Nº de asistentes/total del grupo.

No asistentes con justificación (Nombre y Apellidos y causa de la no asistencia):

OBJETIVO DE LA SESIÓN (relacionado con la necesidad formativa):

METODOLOGÍA:

Tiempo dedicado a la participación de los asistentes:

Tiempo dedicado a la exposición:

Tiempo dedicado al resumen y conclusiones:

OBSERVACIONES (Anotar la actitud de los participantes y grado de participación):

ANEXO 6

HOJA DE EVALUACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL GRUPO

Fecha:

Grado de consecución de los objetivos

Valorar en una escala de 0 a 5

DE CONOCIMIENTO

DE HABILIDADES

DE ACTITUDES

DE PARTICIPACIÓN DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO

Porcentaje de participantes que acuden a todas las sesiones:

Porcentaje de participantes que excusan su ausencia:

Comentario de los profesionales que participan en el grupo:(Como orientación para los comentarios, se sugiere plantearse las siguientes cuestiones: Qué nos propusimos, qué hemos conseguido, cómo nos hemos sentido y cómo nos hemos organizado)

ANEXO 7

HOJA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE GRUPO

Queremos conocer su opinión sobre el grupo de Ayuda del que usted ha formado parte, agradeciéndole de antemano su colaboración. Por este motivo vamos a plantearle unas cuestiones que usted deberá calificar anotando una X en la casilla que le parezca correcta.

- 1- Su participación en el grupo le ha ayudado a aumentar sus conocimientos para llevar una forma de vida más normalizada

Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho	Completamente

- 2- Con respecto a la enfermedad que padece, ha aprendido a aplicar los conocimientos adquiridos

Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho	Completamente

- 3- Su participación en el grupo ha conseguido disminuir su ansiedad

Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho	Completamente

- 4- Su participación en el grupo le ha ayudado a reconocer y expresar sus sentimientos

Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho	Completamente

- 5- Su participación en el grupo le ha ayudado a controlar sus sentimientos negativos

Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho	Completamente

- 6- Considera que su participación en el grupo le ha ayudado a afrontar mejor su situación

Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho	Completamente

7- La actuación de los profesionales en el grupo le ha parecido

	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
Enfermera						
Médico						

Otros profesionales.....

Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Excelente

8- El horario se ha adaptado a sus necesidades

Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho	Completamente

9- La duración del grupo le ha parecido apropiada

Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho	Completamente

10- ¿Desearía mantener el contacto con los participantes en el grupo?

11- ¿Recomendaría a otras personas en su situación que participasen en un grupo?

12- Comente, por favor, lo que más le ha gustado

13- Comente lo que considere necesario mejorar

14- ¿Qué asuntos no se han tratado y cree que se deberían tratar?

15- ¿Qué ha aprendido?

SUGERENCIAS:

Muchas gracias.

ANEXO 8

TALLER DE FIBROMIALGIA

PRIMERA SESIÓN

QUÉ ES LA FIBROMIALGIA

Nos remitimos a la información sobre la fibromialgia de la página 12. Realizamos fotocopias a color de “Aprende a vivir con fibromialgia” y la aportamos también.

INICIACIÓN A LA RELAJACIÓN: RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON

Empezaremos por la clásica técnica de relajación de Jacobson. Esta técnica nos enseñará a diferenciar claramente qué es tensión y qué relajación. Por lo tanto nos enseñará como nosotros mismos podemos manejar nuestra tensión.

Relajación de Jacobson:

Esta técnica consiste en tensar deliberadamente los músculos que se tensan en una situación de ansiedad o temor para posteriormente relajarlos conscientemente. Es muy buena para que con el tiempo y mucho entrenamiento lleguemos a estar completamente seguros de que podemos relajarnos cuando queramos, incluso en situaciones que ahora consideremos imposibles o a evitar a toda costa.

Practicar este ejercicio dos veces al día o antes de enfrentarnos a una situación estresante nos ayudará a mantener un nivel bajo de ansiedad y a perder el miedo a ciertas situaciones.

Procederemos ahora a hacer un ejercicio de Relajación Progresiva llamado de Jacobson, durante un tiempo que podemos negociar pero que suele ser de 20 minutos aprox.

Se divide en:

- 1) fase de entrada de unos 10 o 15' para ir tensando y destensando diferentes partes del cuerpo,
- 2) fase de aprovechamiento o pausa de unos 5' para disfrutar de la relajación obtenida y,
- 3) fase de salida en unos 3-4', que es muy importante que sea lenta y gradual, nada súbita.

De acuerdo?. Alguna pregunta o duda...

Conviene que adoptes una posición cómoda que ahora explicaré. Mejor si vas aflojando todo aquello que te apriete: ropa, zapatos, cinturón, etc.

- Si quieres estirarte es recomendable en decúbito supino, con los pies ligeramente separados y los brazos a cada lado del cuerpo. Si te duele la zona lumbar puedes ponerte un pequeño grosor debajo de las rodillas.
- Si quieres estar sentado es recomendable que sea con la espalda recta, la cabeza en posición erecta pero apoyada en algún lugar sólido, las manos sobre los muslos y los pies ligeramente separados.
- La posición en todos los casos debe ser estable y confortable.
- Puedes cerrar los ojos o dejarlos abiertos o semiabiertos. Si los cierras, no los aprietes, y si los dejas semiabiertos procura mirar hacia el suelo, a medio metro por delante de los pies, pero sin fijarlos en nada concreto. Puede ser normal tener algunas alteraciones de la visión y también lo sería que más adelante te caigan los párpados.
- Tienes el control en todo momento, y si en algún momento sientes que te vas y que ello no te hace sentir bien, puedes apretar y aflojar la mano dominante, para sentir que controlas. Aunque es aconsejable intentarlo.

El objetivo es tener un ratito de bienestar y paz interior. Por tanto, es adecuado mantener la mente abierta y fresca, con calma, para poder observar lo que pase como un simple espectador de nuestros propios procesos interiores. Después ya tendrás ocasión de reflexionar sobre ellos y comentarlos, aunque se sugiere que siempre empieces por las sensaciones más agradables y después sigas con las no tan agradables.

- Si escuchas las instrucciones dadas por otro persona, sería conveniente que fueses sustituyendo la voz de esa persona por la tuya, repitiéndote mentalmente siempre en la persona del presente de indicativo lo que oigas.

1. Si quiero, puedo cerrar los ojos, pero sin apretar los párpados. Aflojo las barras de la boca y entrebrazo ligeramente los labios, destensando la cara con una leve sonrisa...
2. Pongo mi atención en la respiración. Siento como el aire entra y sale suavemente y procuro alargar la espiración aunque sin forzar.

3. Me fijo si al inspirar el aire entra sólo hasta hinchar los pulmones o si llega hasta la barriga. Si no llega, lo procuro, hinchando y deshinchando la barriga como un globo, pero sin forzar nada, suavemente.
4. Puedo respirar profundamente 3 o 4 veces, sintiendo como con cada exhalación voy sacando todas las tensiones acumuladas en el cuerpo.... y me relajo.
5. Y con cada inspiración siento que aspiro toda la paz y el bienestar que me rodean..., y me relajo...
6. Mientras hago estas respiraciones voy repasando mentalmente todo mi cuerpo y voy aflojando todos los miembros..., y me relajo....
7. Si siento que necesito mover alguna parte para estar más comfortable, lo puedo hacer ahora o en cualquier momento del ejercicio. Se trata de sentirme aflojar. Busco bienestar y placidez.
8. Quizás en algún momento me distraiga o pierda el hilo. No pasa nada. Es normal. Puedo volver a centrar mi atención en las indicaciones del conductor, sustituyéndolas por mi propia voz.
9. Pongo ahora mi atención en la frente. Levanto los músculos de la frente, de las cejas y de los párpados como en un gesto de sorpresa y mantengo esta posición hasta sentir la tensión (10 seg.) y.... ahora los aflojo hasta sentir la relajación (15 seg). Presto atención a la diferencia entre tensión y relajación. Ahora aprieto fuertemente los ojos (si no hay glaucoma) (10 seg.) y aflojo.
9. bis (si hay glaucoma) Sin mover la cabeza ni abrir los ojos miro a la derecha y aguanto los ojos en esta posición sintiendo la tensión.... (10 seg.) y ahora vuelvo los ojos a la posición normal y siento la distensión de los músculos oculares. (15 seg.) Presto atención a la diferencia entre tensión y relajación.
Ahora repito el ejercicio mirando a la izquierda y aguanto... (10 seg.) y vuelvo al centro y siento la relajación, prestando atención a la diferencia entre tensión y relajación. (15 seg.)... y hago lo mismo mirando hacia arriba (10 seg.).... y vuelvo al centro (15 seg.).... y miro hacia abajo (10 seg.) y cuando vuelvo al centro disfruto de la sensación de relajación que he logrado en el conjunto de la cara... (30 seg.). Puedo sentir como toda la cara y la cabeza están relajados y sin tensiones...
10. Ahora fuerzo una sonrisa hasta las orejas mientras aprieto las mandíbulas... y aguanto (10 seg.).... y aflojo y puedo sentir como se relajan las mandíbulas (15 seg.). Sin volverlas a apretar puedo fruncir los labios, haciéndolos salir hacia afuera y cuando los aflojo, puedo sentir que toda la cara se ha relajado y puedo extender esta sensación al resto del cuero cabelludo,.. (15 seg.).

11. Estirado: Ahora me centro en el cuello y los hombros. Puedo girar la cabeza hacia la derecha procurando que la mejilla toque el suelo (si estoy estirado o mirar al hombro si estoy sentado), pero sin tensar el hombro y aguanto hasta sentir la tensión en los músculos del cuello (15 seg.) y vuelvo lentamente al centro donde descanso y siento la diferencia con el otro lado (30 seg.). Ahora giro la cabeza a la izquierda sin levantar el hombro (como he hecho con el otro lado), y aguanto para sentir la tensión (15 seg.)... y vuelvo lentamente al centro donde disfruto la sensación de distensión (30 seg.)

11. bis Sentado: dejo caer la cabeza hacia delante hasta casi tocar el pecho con la barbilla y giro suavemente la cabeza sobre el eje del cuello en el sentido de las agujas del reloj, sobretodo sin forzar, bien suavemente... puedo sentir los huesos de las cervicales crujir.... hasta volver al centro, dos o tres veces... (En hipotiroidismo con la cabeza hacia atrás, mover los mandíbulas., No en hipertiroidismo).

12. (No hacerlo si hay hernia de discos vertebrales: puede decirse que imagine que contrae sin hacerlo) Sentado: levantar los hombros y sacar pecho hacia afuera -sin tensar ninguna otra parte del cuerpo- y aguanto hasta sentir la tensión en la columna vertebral (10 seg.).... y bajo suavemente dejándome apoyar en el suelo (o en la silla). Puedo notar que la sensación de relajación se extiende desde el codo hasta la pelvis y el bajo vientre. Estirado: hago fuerza con la espalda (no la barriga ni las piernas) hacia el suelo como si alguien me empujase...

13. Ahora respiro una poco más profundamente (sin exagerar) y sin detenerme entre inhalación y exhalación, 2 o 3 veces para percibir como se tensa el pecho al inspirar y como se relaja en la espiración que procuro hacer más lenta..., alargándola, y disfruto de la sensación de ir relajando todo el cuerpo. Puedo sentir el aire como una onda agradable que me llena y desparrama y extiende la relajación por todo el cuerpo.... (30 seg.)

14. Ahora levanto el brazo dominante bien estirado y con los dedos de la mano unidos. Lo mantengo en tensión en el aire y doblo la muñeca hasta que la mano forme un ángulo recto con el brazo, Mantengo esta posición y siento la sensación de tensión (15-20 seg.).

15. Dejo bajar el brazo lentamente hasta apoyarlo, aflojo los dedos y los separo. Ahora percibo la sensación de relajación de este miembro y sus articulaciones. También puedo sentir la diferencia entre un brazo y el otro. (30 seg.)

16. Levanto el otro brazo bien estirado y con los dedos de la mano unidos. Lo mantengo en tensión en el aire y doblo la muñeca hasta que la mano forme un ángulo recto con el brazo. Mantengo esta posición y siento la sensación de tensión (15-20 seg.).

17. Dejo bajar el brazo lentamente hasta apoyarlo, aflojo los dedos y los separo. Ahora percibo la sensación de relajación de este miembro y sus articulaciones. (30 seg.).
 18. Levanto los dos brazos simultáneamente bien estirados y con los dedos de las manos unidos. Lo mantengo en tensión en el aire y doblo la muñeca hasta que la mano forme un ángulo recto con los brazos. Mantengo esta posición y siento la sensación de tensión (15seg.).
 19. Dejo bajar los brazos lentamente hasta apoyarlos, aflojo los dedos y los separo. Ahora, dejándome ir, percibo la sensación de relajación (30 seg.)
 20. Ahora hago lo mismo con las piernas, pero manteniendo la relajación en los brazos. Primero la pierna del lado dominante, bien estirada con la rodilla bloqueada, coloco el pie en ángulo recto respecto a la pierna, los dedos extendidos y juntos y mantengo la postura hasta sentir la sensación de tensión (15 seg.)
 21. Dejo bajar lentamente y aflojo toda la extremidad apoyándola en el suelo fláccidamente y siento la sensación de relajación y puedo sentir también la diferencia con la otra pierna que no he tensado todavía. (30 seg.)
 22. Ahora lo repito con la otra pierna, bien estirada con la rodilla bloqueada, coloco el pie en ángulo recto respecto a la pierna, los dedos extendidos y juntos y mantengo la postura hasta sentir la sensación de tensión (15 seg.)
 23. Dejo bajar lentamente y aflojo toda la extremidad apoyándola en el suelo fláccidamente y siento la sensación de relajación (30 seg.).
 24. Ahora lo repito con las dos piernas juntas (excepto si tengo dolor en la zona lumbar), pero sin tensar ni los brazos ni la barriga. Son las piernas las que se levantan y se mantienen en el aire en tensión, con los pies en ángulo recto. Puedo notar como tiemblan (15 seg.).
 25. Las bajo suavemente apoyándolas fláccidamente en el suelo, puedo dejar que los pies se abran un poquito, y puedo disfrutar de la sensación de bienestar que siento casi por todo el cuerpo. (30 seg.).
 26. Puedo completar el ejercicio con la contracción de los músculos pélvicos (como cuando quiero interrumpir un pipí que ya esté saliendo)..., y después aflojo.., y aprieto los glúteos (como cuando me aguanto la orina) un ratito y después aflojo...
 27. Y ahora sí puedo sentir todo el cuerpo relajado. Puedo sentir paz y bienestar,.. Puedo disfrutar de estas vivencias que me he ganado con mi esfuerzo durante un tiempo
- PAUSA:
- Mientras puedo escuchar la música, o dejar fluir el pensamiento libremente, no intentando dirigir ninguna actividad mental o física si lo puedo evitar, me dejo llevar,

vivo mis propias vivencias como un espectador, no sigo el curso de mis pensamientos, no interpreto las posibles imágenes que vengan, después ya habrá ocasión... ahora simplemente me dejo ir en todo y para todo... procurando sólo mantener la conciencia sin dormirme.... sabiendo que en el tiempo pactado, y siguiendo la guía del conductor iniciaré los ejercicios de recuperación y salida...

SALIDA:

Muy bien. Ahora empezaré los ejercicios de salida, pero poco a poco y sin prisa, y para hacerlo iré siguiendo los pasos que me vayan diciendo:

1. Puedo empezar a mover lenta y suavemente los dedos de las manos y de los pies... poco a poco, sin prisa...
2. Ahora puedo mover las manos, brazos, pies y piernas también suavemente...
3. y puedo estirarme (desperzarme) como si me despertase después de haber dormido...
4. y por último, puedo abrir los ojos.

SEGUNDA SESIÓN

Se inicia la sesión con una nueva relajación introduciendo la RELAJACIÓN CREATIVA

TÉCNICA DE RELAJACIÓN Y CONCIENCIA CORPORAL

- Autoobservación de zonas de tensión frecuentes
- Momento en las que las activo. ¿Con qué situaciones las relaciono?
- Momento en los que las relajo
- ¿Qué me ayuda a relajarlas?

PRIMER EJERCICIO: CONCIENCIA CORPORAL

- Tal como estamos sentados en este momento cerramos los ojos y sentimos cómo están.
- Nuestros pies, nuestras piernas, la espalda, los hombros, el cuello, la cabeza....
- Detectamos zonas doloridas, tensas.
- Observamos cómo está nuestra respiración.
- Intentamos adoptar una postura cómoda, repartiendo el peso de nuestro cuerpo por toda la espalda, las nalgas, las piernas y los pies..
- Colocamos nuestros brazos en posición cómoda.

- Aflojamos todos nuestros músculos.
- Nos centramos en nuestra respiración. Ver si notamos algún cambio.
- Y en esta sensación de relajación nos quedamos el tiempo que necesitemos y cuando queramos volver: 1º inspiramos profundamente, 2º abrimos los ojos, 3º sacudimos brazos y piernas, 4º y nos estiramos.

SEGUNDO EJERCICIO: RELAJACIÓN CREATIVA (Dr. Eugenio Herrero)

- Para conseguir la relajación hay que:
 1. Necesidad (tomar conciencia de la necesidad de relajarse)
 2. Aceptar la posibilidad (se puede hacer)
 3. Práctica (mucho frecuencia y paciencia)
- Cuento de los monjes

El Lama del Sur dirigió una urgente llamada al gran Lama del Norte pidiéndole que le enviara a un monje sabio y santo que iniciara a los novicios en la vida espiritual. Para general sorpresa, el Gran Lama envió a cinco monjes. en lugar de uno solo. Y a quienes le preguntaban el motivo, les respondía enigmáticamente:

— «Tendremos suerte si al menos uno de los cinco consigue llegar al Lama».

El grupo llevaba algunos días en camino cuando llegó corriendo hasta ellos un mensajero que les dijo:

— «El sacerdote de nuestra aldea ha muerto. Necesitamos que alguien ocupe su lugar».

La aldea parecía un lugar confortable y el sueldo del sacerdote era bastante atractivo. A uno de los monjes le entró un súbito interés pastoral por aquella gente y dijo:

— «No sería yo un verdadero budista si no me quedara a servir a esta gente».

De modo que se quedó.

Unos días más tarde sucedió que se encontraban en el palacio de un rey que se encaprichó de uno de los monjes.

— «Quédate con nosotros», le dijo el rey, «y te casarás con mi hija. Y cuando yo muera, me sucederás en el trono».

El monje se sintió atraído por la princesa y por el brillo de la realeza, de manera que dijo:

— «¿Qué mejor modo de influir en los súbditos de este reino para

inclinarnos al bien que siendo rey de todos ellos? No sería un buen budista si no aceptara esta oportunidad de servir a la causa de nuestra santa religión».

De modo que también éste se quedó.

El resto del grupo siguió su camino y una noche, hallándose en una región montañosa, llegaron a una solitaria cabaña habitada por una bella muchacha que les ofreció cobijo y le dio gracias a Dios por haberle enviado a aquellos monjes. Sus padres habían sido asesinados por los bandidos y la muchacha se encontraba sola y llena de ansiedad. A la mañana siguiente, cuando llegó la hora de partir, uno de los monjes dijo:

— «Yo me quedaré con esta muchacha. No sería un auténtico budista si no practicara la compasión».

Fue el tercero en abandonar.

Los dos restantes llegaron, por último, a una aldea budista, donde, para su espanto, descubrieron que todos los habitantes de la aldea habían abandonado su religión y habían sido convencidos por un guru hindú. Uno de los dos monjes dijo:

— «Es mi deber hacia esta pobre gente y hacia el Señor Buda quedarme aquí y reconducirlos a la verdadera religión». Fue el último en abandonar.

Por fin, el quinto monje llegó ante el Lama del Sur. El Gran Lama del Norte había tenido razón, después de todo.

Hace años inicié la búsqueda de Dios. Una y otra vez me apartaba del camino. Y siempre por los mejores motivos: para reformar la liturgia, para transformar las estructuras de la Iglesia, para actualizar mis estudios bíblicos y aprender la teología pertinente... Por desgracia, me resulta más fácil embarcarme en el trabajo religioso, sea cual sea, que perseverar firmemente en aquella búsqueda.

- Relajación creativa: Técnica inductiva y activa. 2 partes
 1. Relajación física
 2. Relajación creativa (imaginar con la mente, dirigir los pensamientos)
- Focalizar y dirigir la atención hacia lo que quiere hacer
- Se realiza sentado, con ropa de calle y aprendiendo a relajarse sólo (capacidad interior)
- Se inicia dándonos instrucciones (autoinstrucciones)

- PRIMERA PARTE:

- Es para la relajación del sistema músculoesquelético: ejemplo de la goma. Conocer la sensación corporal.

Blando: peso, flotar, ausencia, ablandamiento. Son sensaciones de blando. Estas son las señales que el cuerpo nos da de que estamos blando.

- Cómo percibirlo:
- Postura adecuada: pies en el suelo, espalda apoyada
- Ojos cerrados o abiertos mirando al suelo
- Aflojar el cuerpo por partes
- Poner una intención: “estoy tranquila”. Firme y clara.
- Repetir internamente: “mi brazo derecho está blando” (o izdo si es zurdo)
- Para salir, se realiza el retroceso:
- Inspiración profunda
- Abrir los ojos
- Sacudir los brazos
- Estirarse.
- Esta parte hay que repetirla muchas veces para facilitar el aprendizaje.
- A la semana siguiente se utiliza el mensaje: “piernas y brazos blandos”

- SEGUNDA PARTE:

- Relajación de la musculatura lisa (sistema circulatorio). La sensación primera de que se está relajado es la de caliente.
- Caliente: calor, pulsaciones o latidos, hormigueo, aumento de volumen, acorchamiento
- Se va a producir un proceso de generalización y de facilitación desde las extremidades hacia el resto del cuerpo y vamos a profundizar en la relajación
- “brazos y piernas blandos y calientes”
- Utilizar el retroceso
- La relajación de la musculatura lisa a nivel abdominal (vísceras, es a nivel del plexo solar: boca del estómago). Relajación del vientre
- “vientre blando y caliente”. Lo más importante es dar la orden
- Retroceso
- Llegar al final a decir: “brazos, piernas y vientre blandos y calientes”

- TERCER PASO:

- El siguiente paso y último: sistema voluntario e involuntario, consciente e inconsciente: RESPIRACIÓN.
- Observa los cambios en la respiración. Observamos cómo está
- No controlarla. Observar como entra y sale el aire
- Una vez hecho, inspirar a la vez que se diga: “estoy” y al espirar “tranquila”, al ritmo de la respiración.
- Terminar con cuento de la motivación Teresa de Calcuta.

SIEMPRE TEN PRESENTE

La piel se arruga, el pelo se vuelve blanco, los días se convierten en años...

Pero lo importante no cambia; tu fuerza y tu convicción no tienen edad. Tu espíritu es el plumero de cualquier telaraña.

Detrás de cada línea de llegada, hay una de partida. Detrás de cada logro, hay otro desafío.

Mientras estés vivo, siéntete vivo. Si extrañas lo que hacías vuelve a hacerlo.

No vivas de fotos amarillas... Sigue aunque todos esperen que abandones. No dejes que se oxide el hierro que hay en ti. Haz que en vez de lástima, te tengan respeto.

Cuando por los años no puedas correr, trota. Cuando no puedas trotar, camina.

Cuando no puedas caminar, usa el bastón. Pero nunca te detengas!!!

CUARTO PASO: FOCALIZACIÓN: imaginación con todo lujo de detalles.

- ejemplo limón

- Imagínate un día de verano, con calor. Salimos de casa, nos dirigimos al mercado donde siempre vamos a comprar. Nos paramos en el puesto de las verduras, frutas. Nos paramos ante los limones, vemos el color, forma, olor, textura. Abrimos el limón, el jugo que nos salpica. Exprimimos el limón y dejamos que su zumo nos entre en la boca.

Pensamiento ----- sensación -----acción

- Conectar con nuestra imaginación e imaginar una fruta (elevar los ojos como para recordar). Color, textura, frescura,...
- Diseñar el marco de un espejo (tamaño de una puerta y bordes no negros) y diseñar nuestra propia imagen lo mejor posible (autoimagen). El límite lo pone uno. Se puede trabajar hasta donde puede trabajar la imaginación.
- Una vez conseguido (nos tenemos que ver reflejados en el espejo), se va a saludar a la imagen y se le va a decir “estoy mejor, mejor y mejor”.
- Atravesar el espejo y al atravesarlo, qué imagen nos viene.

- Imaginar el paisaje interno: construimos un paisaje con vegetación, sol que queremos que nos caliente y agua en movimiento. Sol: nos da energía, vitalidad y el agua: en movimiento, que se mueve, que limpia por dentro y por fuera.
- Este paisaje es para estar sólo: sol, agua, vegetación. Para guiar, para tener un marco de referencia.
- Si uno tiene una enfermedad, se puede ir al agua y utilizarla para “limpiar”.
- Lo más fácil es hacerlo de forma “asociada con el paisaje (viviendo la experiencia)
- Otra forma es disociada, que es ver la imagen.
- Cómo saber si estoy asociada o disociada. Si veo mi parte de atrás estoy disociada.
- Intentar ir hacia una experiencia asociada (viviendo la experiencia)

QUINTO PASO: INCORPORAR LA MORADA INTERNA

- Lugar cubierto para entrar (casa, palacio, cueva)
- Aquí se puede meter a alguien para trabajar con ella
- Va a tener un sillón para imaginar que tenemos una pantalla delante donde pueden aparecer imágenes y proyectar. Se puede utilizar para poner a alguien que se quiere ayudar o ver de la mejor manera posible. Antes de quitar la imagen de la persona hay que agradecer a esa persona que haya podido estar allí.
- En una persona con un conflicto, imaginamos resolviendo el conflicto con esa persona (proyectamos el resultado no la forma de cómo va a ser). Un resultado que desees.
- A cada imagen realizar un anclaje (imágenes positivas y como si tuviéramos un mando a distancia, vamos moviendo el botón).
- utilizar también para mejorar el rendimiento

HIGIENE DEL SUEÑO

- Mala calidad del descanso
- Fatiga que persiste durante la noche

→ DESESPERACIÓN TOTAL

La mayoría de las personas pueden conciliar el sueño sin dificultad pero se despiertan con frecuencia.

La perturbación del sueño profundo altera muchas funciones críticas del sueño como la producción de las sustancias químicas necesarias para reparar el tejido muscular, así como la percepción del dolor por parte de la persona (algunos investigadores creen que los trastornos del sueño pueden ser la causa de la FM).

MEDIDAS A LLEVAR A CABO:

- Reparto de presiones
- Evitar el tabaco, café, té y chocolate
- Realizar ejercicios suaves de respiración previos al descanso
- Cumplir un horario , evitando dormir a destiempo
- Evitar quedarse dormido en cualquier sitio y en mala posición
- Evitar estímulos auditivos y visuales previos al descanso (TV, radio, nintendo...)

Son pacientes muy sensibles a los cambios de hora (en los cambios oficiales se recomienda incrementar o atrasar la hora de irse a la cama progresivamente cada 15 minutos)

ESTUDIOS SOBRE LOS TRASTORNOS DE SUEÑO

- Existe una contaminación de ondas Alfa durante la fase IV del sueño; Así estos pacientes tienen una menor duración de la fase de sueño profundo que es fundamental para algunos procesos anabólicos cerebrales
- Se hizo un experimento con voluntarios sanos a los que se les privó de la fase IV del sueño, provocando con ello los mismos síntomas de dolor generalizado que en los enfermos de FM (1965)

DIETA

- Dieta baja en grasas, fritos y azúcares de absorción rápida
- SUPLEMENTO ALIMENTICIO : MAGNESIO

Induce al sueño

Favorece la relajación

ALIMENTOS RICOS EN MAGNESIO

- Frutos secos (girasol, sésamo, almendras, pistacho, avellanas y nueces)
- Cereales (germen de trigo, levadura, mijo, arroz y trigo)
- Legumbres(soja, alubias, garbanzos y lentejas)

FAMILIA

- Es bueno hablar sobre la enfermedad. Es importante discutir la enfermedad y sus efectos sobre la familia y sobre cada miembro en particular (incluye a los más pequeños). La importancia de la COMUNICACIÓN
- El funcionamiento interno de la familia tiene que flexibilizarse (REDISTRIBUCIÓN DE ROLES)
- Evitar actitudes sobreprotectoras
- Expresar sentimientos y emociones abiertamente
- Vida sexual: Hablar con la pareja , de las limitaciones y de las alternativas
- Hacer comprender a la familia y amigos que” su ritmo” no es el de los demás

Si no es posible encontrar el equilibrio: TERAPEUTA FAMILIAR

MODIFICACIÓN DE COMPORTAMIENTOS

- Cambiar el ritmo y las actividades diarias
- Sistemas de romper la monotonía
- Intentar disminuir la atención sobre el propio dolor con actividades diversas que obliguen a una concentración
- Realizar trabajos orientados hacia el exterior , relacionados con la gente y evitar los trabajos unipersonales (ordenador, costura...) siempre que sea posible
- Aprender qué factores agravan los síntomas y evitarlos en lo posible. Evitar las metas excesivas (suelen ser personas perfeccionistas y autoexigentes) y las grandes oscilaciones en la actividad
- Descansar unos minutos en postura de relajación antes de llegar a la fatiga (mejor en un lugar oscuro y sin ruidos)
- Usar sillas con respaldo firme y apoyabrazos
- Darse una ducha o baño de agua caliente diariamente

- Aplicar calor en las zonas mas dolorosas con almohadilla eléctrica , secador de pelo, bolsa de agua caliente o similar
- Dar masajes suaves a los músculos mas doloridos durante unos minutos
- Apoyarse en una agenda para no olvidar citas
- Establecer límites
- Emplear cualquier utensilio que facilite las tareas cotidianas y haga la vida más sencilla (pequeños electrodomésticos, mobiliario ergonómico)
- Utilizar gafas de sol para reducir la tensión ocular

IMPORTANTE: La aceptación del dolor (aceptar no es una derrota) Importante llevar un DIARIO de su dolor y síntomas.

AUTOESTIMA

REESTRUCTURACION COGNITIVA

LAS PERSONAS ESTAN CONSTANTEMENTE INMERSAS EN UN DIALOGO CONSIGO MISMAS

“La felicidad tiene mucho que ver con el diálogo que mantenemos con nosotros mismos”

Es importante identificar los pensamientos inadecuados rápidamente para evitar que nos invadan y para cortar círculos viciosos

PENSAMIENTOS NO ADAPTATIVOS

Distorsionan la realidad, dificultan la consecución de objetivos y originan emociones no adecuadas.

La identificación de los propios pensamientos no siempre es fácil: Necesita de la AUTOOBSERVACIÓN y ENTRENAMIENTO.

PENSAMIENTO-----EMOCIÓN

FASES

- 1- Analizar hasta qué punto los pensamientos se ajustan a la realidad (OBJETIVIDAD)

Por ejemplo: ¿tengo evidencias suficientes, qué datos confirman lo que estoy pensando, me hace falta información...?

- 2- Analizar las consecuencias de los pensamientos (CONSECUENCIAS)

Por ejemplo: ¿Me sirve de algo darle vueltas ?

- 3- Analizar qué pasaría si lo que se piensa fuera cierto (RELATIVIZAR)

CONCLUSIÓN DE LA REESTRUCTURACIÓN: LOS PENSAMIENTOS ALTERNATIVOS (PARA UTILIZAR COMO AUTOINSTRUCCIONES)

AUTOINSTRUCCIONES: Aquello que una persona se dice a sí misma en el momento en que le invaden los pensamientos no adaptativos y que la ayudaran a ver la realidad más objetivamente.

Ejemplo de PENSAMIENTOS ALTERNATIVOS:

¿Que le diría a un amigo que tiene este tipo de pensamientos?

¿Podría hacer alguna cosa más productiva para afrontarlo que dar vueltas al mismo tema?

Todo ello reduce la posibilidad de padecer estrés y ansiedad

En una conversación, la paciente tendrá más posibilidad de interpretar la realidad si se le hace pensar que si se le dice lo que tiene que hacer. No se trata de interrogarla ni de seguir el procedimiento al pie de la letra, sino de INTRODUCIR PREGUNTAS que le ayuden a reflexionar.

SESION FISIOTERAPEUTA

OBJETIVO

Informar del beneficio que aporta EL EJERCICIO FÍSICO sobre la capacidad física (flexibilidad, fuerza y resistencia) y los síntomas de la FM A CORTO PLAZO.

Enseñar un programa de ejercicios sencillos adecuados para todos los niveles sintomáticos (bajo, medio, alto).

BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE FIBROMIALGIA

- Sensación en la disminución de los puntos dolorosos.
- Mejora en resistencia, fuerza y flexibilidad, importante para el acondicionamiento físico en la fibromialgia.
- Mejora de los movimientos habituales.
- Percibir notable mejoría del sueño.
- Apreciar un descenso de la fatiga generalizada.

EFFECTOS SALUDABLES

- Proporciona relajación física y psicológica.
- Ayuda a conseguir el peso adecuado.
- El ejercicio, además, le ayuda a mantener los niveles adecuados de glucosa en sangre, controlar el colesterol y la tensión arterial.
- Previene la osteoporosis y mejora el dolor de espalda crónico.
- Mejora la calidad de vida, aumenta las defensas del organismo, nos ayuda a envejecer de forma más saludable.

CONSIDERACIONES GENERALES

- Es normal que le cueste hacer el ejercicio puesto que el dolor puede que le dificulte la movilidad.
- Cualquier ejercicio se realiza poco a poco y con una actividad de baja intensidad, evitando las contracciones excéntricas.
- Es fundamental que le resulte agradable y confortable, pero no debe abandonarse si persiste el dolor, puesto que la adaptación al ejercicio genera crisis de dolor de 3 o 4 días de evolución y se necesitan de 8 y 12 semanas para encontrar mejoría.
- Es mejor comenzar por ejercicios que se adapten a su constitución física, costumbres y capacidad.
- Pasear y nadar le puede servir para comenzar la actividad física.
- No realizar ejercicios a las 3 horas siguientes de una comida abundante.
- Descansar 30 minutos al finalizar.

- Los primeros 15 días caminar en llano, el ritmo va a depender de la capacidad de la persona.
- A partir de los 3 meses de la actividad continuada (3 veces por semana), se comienza a experimentar mejoría y un bienestar mayor.

PASOS PRINCIPALES RECOMENDADOS.

Antes de comenzar realizar calentamiento y estiramientos, para continuar con ejercicios lentos, suaves y de baja intensidad., durante 5 minutos.

Así, por ejemplo, si usted va a nadar realice movimiento circular hacia delante y hacia detrás de hombros.

A continuación practique la actividad principal programada. Esta actividad puede durar en principios unos 20 minutos e ir progresando según la capacidad y la tolerancia.

La actividad principal debe ser nadar, caminar y realizar una tabla ejercicios. Es importante, por último aminorar el ritmo en los 3 minutos último de la práctica de la actividad.

MODELOS DE ACTIVIDAD

Programa de actividad para todos los niveles sintomáticos.

Ejercicios aeróbicos

- 1- Caminar, 3 días semanales según tolerancia del paciente, comenzando por 5 minutos hasta unos 30 minutos los que tengan una afectación leve y toleren sin esfuerzo ese tiempo.

Se realizan descansos de 3 minutos cada 5 o 8 minutos de marcha, ejecutando ejercicios de estiramiento de los flexores de las piernas.

1. Posición de partida: posición de pie, apoyada sobre un objeto firme.

- Ejecución: manteniendo una pierna adelantada, inclínese hacia el objeto. Luego cambie de pierna.
- Realización de 5 repeticiones por cada lado.



El ritmo será de paseo en pacientes con afectación alta y rápida en aquellos que presenten una afectación leve, pudiendo correr suavemente, 3 minutos para parar un rato y hacer los estiramientos y continuar caminando de 5 a 10 minutos hasta ir notando la mejoría.

- 2- Bicicleta estática con una resistencia discreta comenzando por 2 series de 5 minutos a 50 rpm en pacientes con afectación alta y llegando a 20 minutos para un nivel de afectación leve, teniendo en cuenta la importancia del estiramiento de extensores de pierna realizados en descansos de 2 minutos, cada 5 o 8 minutos de actividad.

1. Posición de partida: Bipedestación, apoyada sobre un objeto firme.

-Ejecución: flexionando la rodilla coger el pie con la mano, luego repita alternativamente con la otra pierna.

-Realizar: 5 repeticiones por cada lado.



3-Natación, libre de estilo y tiempo (sin sobrepasar los 45 minutos en el agua), que la intensidad de moviendo dentro del agua, impida el enfriamiento corporal, para el nivel sintomático leve.

En caso de afectación severa no estará indicada.

Ejercicios de flexibilidad

Los ejercicios se realizaran al menos 3 días a la semana.

Los pacientes realizaran en domicilio los ejercicios o lo integraran con otras actividades que realicen en los grupos de ayuda, asociaciones etc.

1. Posición de partida: de pie, en posición relajada y con las manos en la cintura.

-Ejecución: movilizar el cuello delante detrás, derecha-izquierda de forma secuencial.

-Realización: descansar 30 segundos de cada serie. Repetir 5 veces.



2. Posición de partida: posición de pie.

-Ejecución: mantenerse erguido y mover los brazos formando círculos, con los codos extendidos.

-Realización: 10 circulaciones por brazo.



3. Posición de partida: De pie, con la cara interna del pie elevada y apoyada a unos 50 cm,

-Ejecución: mantener la posición notando la tensión en el interior de la pierna.

-Realización: cinco repeticiones por cada lado.



4. Posición de partida: Sentada con las piernas abiertas lo más posible.

-Ejecución: Inclinarse deslizando las manos sobre las espinillas y mantener la posición.

-Realización: 5 repeticiones de 15 segundos.



5. Posición de partida: tumbada boca arriba y sujetando ambas rodillas cerca del cuerpo.

-Ejecución: intentar acercar las rodillas al cuerpo manteniendo la posición.

-Realización: 3 repeticiones de 10 segundos.



6. Posición de partida: De rodillas adelantando una pierna flexionada, apoyando las manos sobre las rodillas.

-Ejecución: inclinar el cuerpo hacia delante manteniendo la posición.

-Realización: 5 repeticiones de 10 segundos.



Ejercicios de fortalecimiento muscular

1. Posición de partida: Sentada con los codos estirados hacia abajo cogiendo con la mano un peso de $\frac{1}{2}$ Kg.

- Ejecución: elevarlo flexionando el codo hasta la oreja.

-10 repeticiones con cada brazo



2. Posición de partida: Tumbada boca arriba con los brazos estirados y juntos.

-Ejecución: separar los brazos hasta tocar el suelo.

-Realización: 3 series de 6 repeticiones seguidas. . Descansar entre series.



3. Posición de partida: de pie con los brazos a lo largo del cuerpo manteniendo un peso en cada mano de $\frac{1}{2}$ Kg.

-Ejecución: Flexionar la rodillas no más de 45° , manteniendo la posición contrayendo la posición.

-Realizar 10 repeticiones de 5 segundos.



4. Posición de partida: sentada con las manos sobre los muslos.

-Ejecución elevar una pierna hasta mantenerla horizontal.

-Realizar 10 repeticiones de 10 segundos



LUGAR DE PRESENTACION

En cada sala de fisioterapia de atención primaria, de la zona básica de Salud.

Una duración de una hora aproximadamente.

Con un numero de participantes de 6 a 10 .Exceptuando la sala de fisioterapia de Chiclana que no tiene capacidad para la ejecución de dicha sesión del programa de educación en pacientes con fibromialgia, en los aspectos de la actividad física, donde habría que buscar un sitio alternativo.

ANEXO 9

INFORMACION A LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE FIBROMIALGIA (FM) SOBRE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA.

El trabajo grupal en Educación para la Salud ha demostrado ser una forma eficaz para promover cambios en las actitudes, conductas, emociones y hábitos, a través de la reflexión conjunta, el intercambio de experiencias y el apoyo entre los participantes.

Tras su diagnóstico, tanto su médico de familia como su enfermera, entienden que su participación en los grupos de FM que funcionan en este centro, le ayudará a desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas y a mejorar su adaptación emocional.

¿Cómo se desarrollan las Actividades de Enfermería?

Las Actividades de Enfermería constan de dos partes: la Educación para la Salud y el Taller de ejercicio.

En las sesiones de Educación para la Salud aprenderá todo lo relacionado con su enfermedad (causas, diagnóstico, tratamiento), así como a enfrentarse a ella por sí mismo y con la ayuda de otras personas en su misma situación.

En el Taller de Ejercicio un fisioterapeuta de nuestra zona, con la ayuda de la enfermera, le enseñara ejercicios que usted puede hacer en casa para ayudarle a solventar el día a día.

¿Qué sé de mi enfermedad?

A continuación vamos a hacerle algunas preguntas acerca de su enfermedad, no se preocupe si no sabe las respuestas. Ponga una señal en la que crea correcta, al finalizar las reuniones sabrá cómo responder a todas.

1. ¿Qué es la fibromialgia?
 - a. Es una enfermedad reconocida por la Organización Mundial de la Salud
 - b. Es una tontería, es una queja de mujeres que no tienen otra cosa que hacer
 - c. Es una depresión encubierta, pero no una enfermedad
2. ¿Qué síntomas produce?
 - a. Sólo dolor
 - b. No tiene síntomas.
 - c. Dolor y otros síntomas asociados
3. ¿Cómo se diagnostica?

- a. Se diagnostica haciendo muchas pruebas que salen positivas.
 - b. Se diagnostica por unos criterios de la Sociedad de Reumatología Americana.
 - c. No tiene diagnostico.
4. ¿Cuál es su causa?
- a. No tiene causa conocida
 - b. Su causa es un virus
 - c. Su causa es la depresión.
5. ¿Qué tratamiento existe?
- a. Se toman unas pastillas y desaparece.
 - b. No existe un único tratamiento, lo más eficaz es el ejercicio físico regular.
 - c. Es necesaria una operación quirúrgica.

¿Tengo que saber o hacer algo antes de acudir a las reuniones?

En las reuniones se necesitará ropa cómoda, no sólo para el Taller de ejercicio, sino también para el resto de las sesiones, ropa deportiva será lo mejor.

Hay personas que no pueden hacer ejercicio físico, ya sea porque tienen otras enfermedades, porque se hayan operado recientemente, porque tengan problemas para andar o porque tengan mucho dolor. Si está en alguno de estos grupos hable con su médico de familia o con su enfermera, ellos le dirán lo que tiene que hacer.

Existen muchas personas en su situación, todas ellas diagnosticadas de fibromialgia y que cómo usted se beneficiarían de estos Planes de Cuidados de Enfermería. Así que si cree que no va a acudir a todas las reuniones, dígame a la enfermera cuando le ofrezca un grupo que no cuente con usted. Más adelante, según sus circunstancias, podrá integrarse en otro grupo.

Por este motivo, le rogamos que si decide acudir a las reuniones, rellene y firme el siguiente compromiso de asistencia. La no asistencia no justificada supondrá su salida del grupo y no poder integrarse en otro.

COMPROMISO DE ASISTENCIA

Yo,me comprometo a acudir a todas las reuniones de los Planes de Cuidados de Enfermería de Fibromialgia los días asignados empezando el día.....

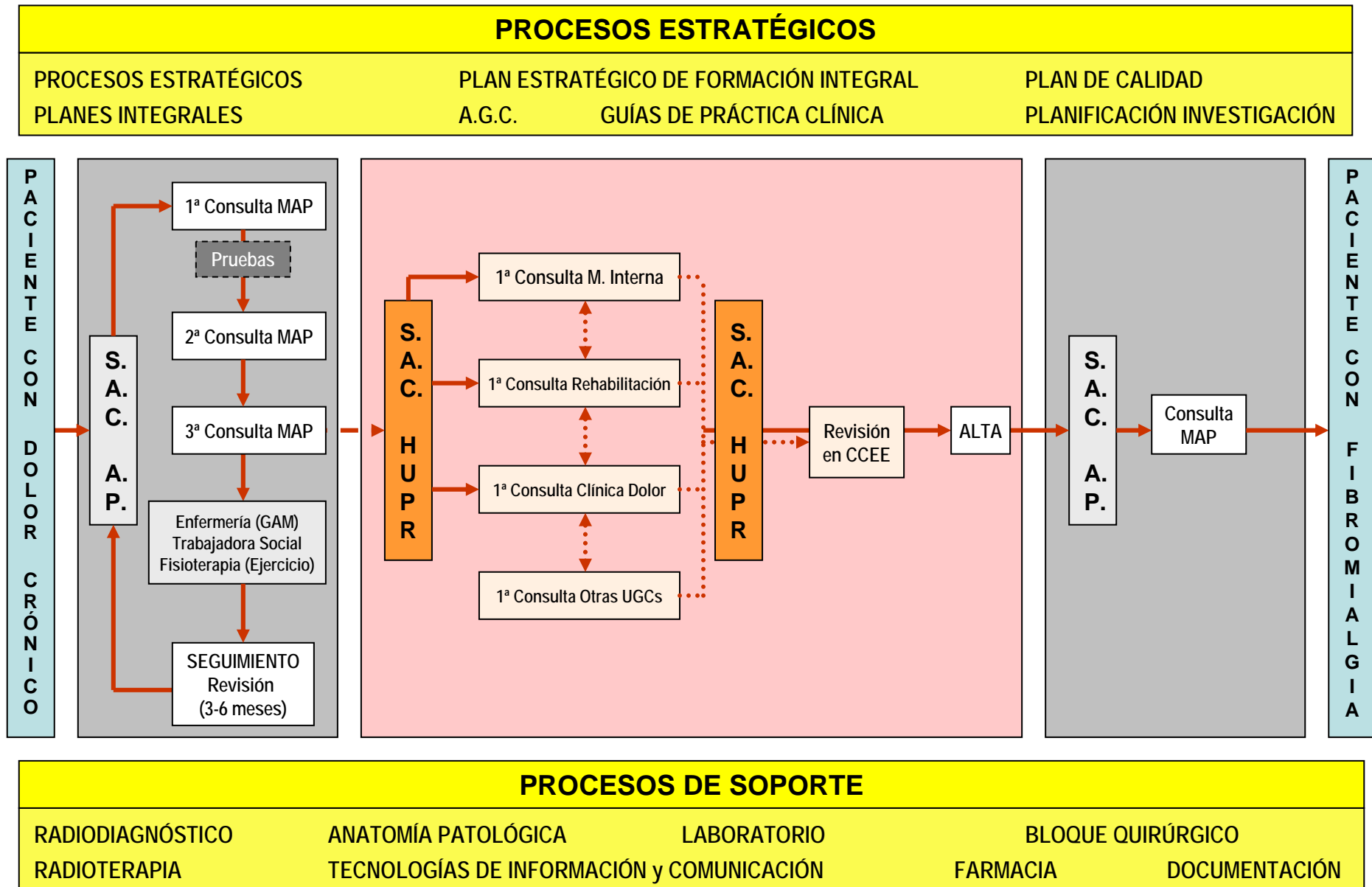
En.....ade.....de 20....

ENTREGAR A LA ENFERMERA EN LA PRIMERA REUNIÓN DEL GRUPO.
GRACIAS

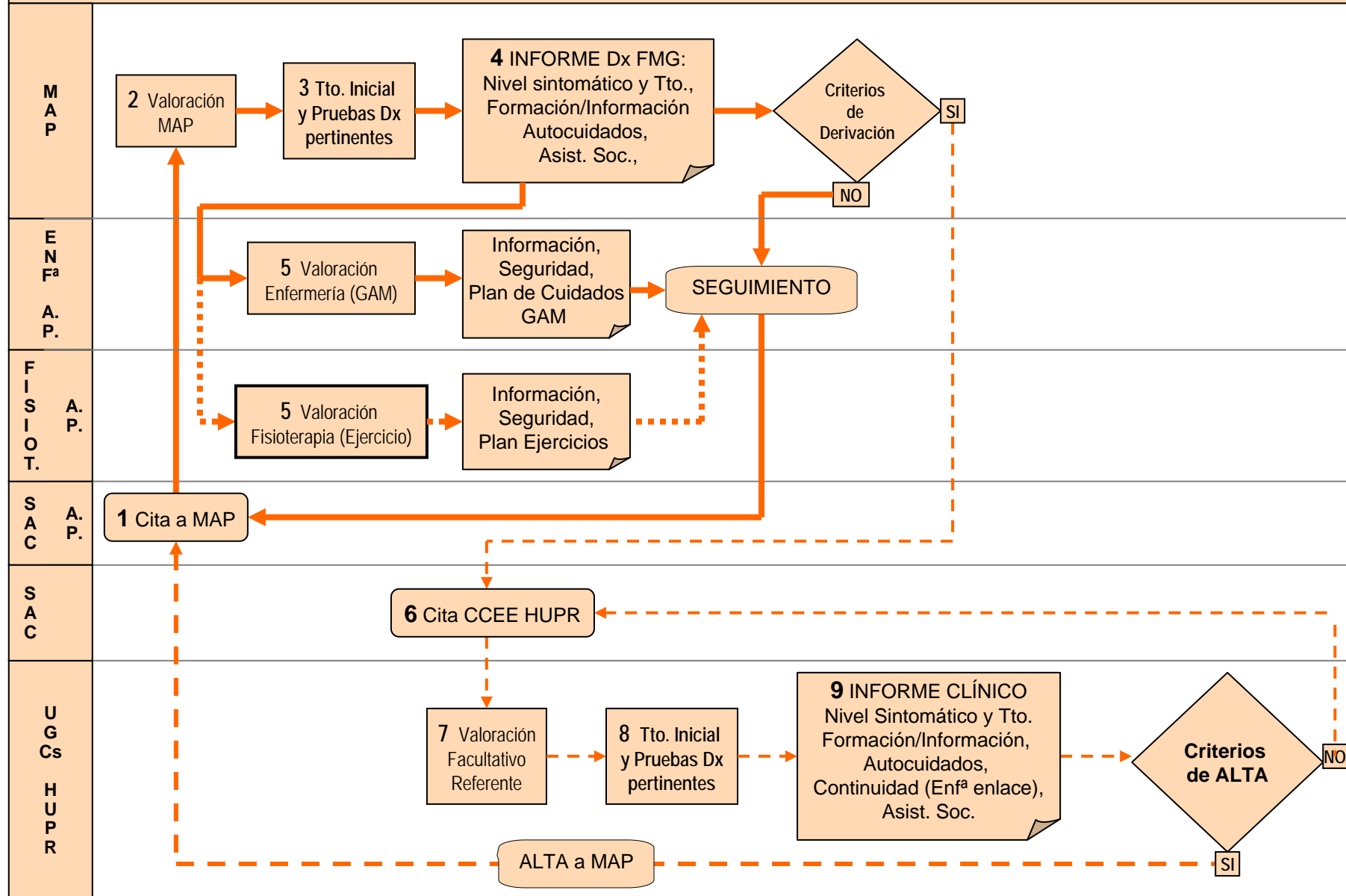
BIBLIOGRAFÍA

1. Alegre de Miguel C, et al. «Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia.» *Actas Esp Psiquiatr*, 2010: 108-120.
2. B., Alonso Alvarez. «Ejercicio físico en la fibromialgia.» *Rehabilitación*, 2003;37(6): 363-74
3. Burckhardt C, Goldenberg DL, Crofford LJ, Gerwin R, Gowans S, Kugek P, et al. *Guideline for de management of fybromialgia sy ndrome pain in adults and chi ldren*. APS Clinical Practice Guidelines Series, nº 4, 2005.
4. Carville, SF et al. «EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome.» *Ann Rheum Dis*, 2008: 536-541.
5. García- Campayo J, et al. «Intervención psicoeducativa en pacientes con fibromialgia en Atención Primaria: Efectividad y diferencias entre terapia individual y grupal.» *C Med Psicosom*, 2005; 73: 33-41.
6. Goldenberg, DL et al. «Management of fibromyalgia syndrome.» *JAMA*, 2004: 2388-2395.
7. González Ramírez MT, Landero Hernandez R, Garcia-Campayo J. «Fibromialgia: relación de síntomas somáticos, burnout e impacto de la enfermedad.» *C Med Psicosom*, 2010 (93-94): 16-21.
8. Hochlehnert A, et al. «A computer-based informatio-tool for chronic pain patients. Computerized information to support the process of shared decision-making.» *Pat Ed Counseling*, 2006: 92-98.
9. IJ, Russell. «Síndrome de fibromialgia.» En *Bonica Terapeutica del Dolor* , de Butler SH, Chapman CR, Turk DC Loeser JD, 654-671. México: McGraw Hill, 2003.
10. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. *Proceso Asistencial Integrado Fibromialgia*. 2005.
11. Mayorga Buiza MJ, et al. «Impacto de un programa de educación sanitaria en pacientes con fibromialgia.» *Rev Soc Esp Dolor*, 2010; 17 (5): 227-232.
12. Molodofsky h, Merskey H. «From fibrositis and Psychogenic Rheumatism to Firomyalgia.» En *The Paths of Pain 19 75-2005*, de Loeser JD,Dubner R. Merskey H, 391-401. Seattle: IASP Press, 2005.
13. Neira F, Ortega JL. «Fibromialgia.» En *Sindromes dolorosos poco frecuentes*, de Torres Morera LM. EdikaMed, 2006.
14. Pastor Mira MA, et al. «Predictores de la utilización de recursos sanitarios en la fibromialgia.» *Psicothema*, 2010;22(4): 549-555.
15. Rodríguez Muñoz RM, Orta González MA, Amashta Nieto L. «Cuidados de Enfermería a los pacientes con fibromialgia.» *Enfermería Global*, 2010 (19): 1-16.
16. Servicio Andaluz de Salud. *Plan Integral de interve nción en el Proceso de Fi bromialgia en el Distrito Sanitario Guadalquivir*. 2008.
17. *Proceso Fibromialgia. Distrito Sanitario Jaén, Jaén-Sur y Complejo Hospitalario de Jaén*.
18. 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.
19. Wang C, et al. «A randomized trial of tai chi for fibromyalgia.» *N Engl J Med*, 2010: 743-754.
20. Wolfe F, et al. «The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity.» *Arthritis Care Res*, 2010;62: 600-610.
21. Busch AJ, Barber KAR, Overend TJ, Peloso PMJ, Schachter CL. Ejercicio para el tratamiento del síndrome de fibromialgia (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
22. Comeche Moreno M^a Isabel, Martín Fernández Alejandra, Rodríguez Muñoz M^a de la Fe, Ortega Pardo José, Díaz García Marta Isabel, Vallejo Pareja Miguel Ángel. Tratamiento Cognitivo-Conductual, Protocolizado y en Grupo, de la Fibromialgia. Clínica y Salud [revista en la Internet]. 2010 [citado 2010 Dic 27] ; 21(2): 107-121. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000200001&lng=es. doi: 10.4321/S1130-52742010000200001.

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL PAI FIBROMIALGIA

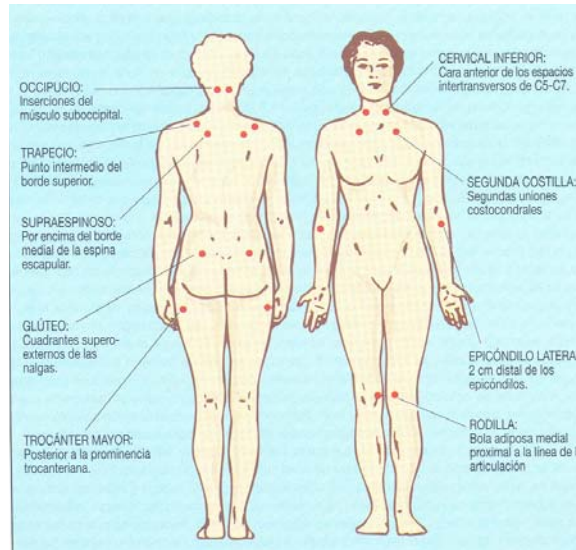


REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL PAI FIBROMIALGIA





Proceso Asistencial Integrado: Fibromialgia GUÍA RÁPIDA



Distrito Sanitario Cádiz-Bahía-La Janda:

Medicina de Familia. Enfermería. Enfermería de Enlace. Fisioterapeutas.

Hospital Universitario Puerto Real:

Unidades de Gestión Clínica de Anestesiología (Clínica del Dolor), Medicina Interna, Rehabilitación y, Salud Mental.

Asociaciones de pacientes:

ACFIFAS. AFICHI. AFIPO. Federación Andaluza de FM, SFC y SQM, "Alba Andalucía".

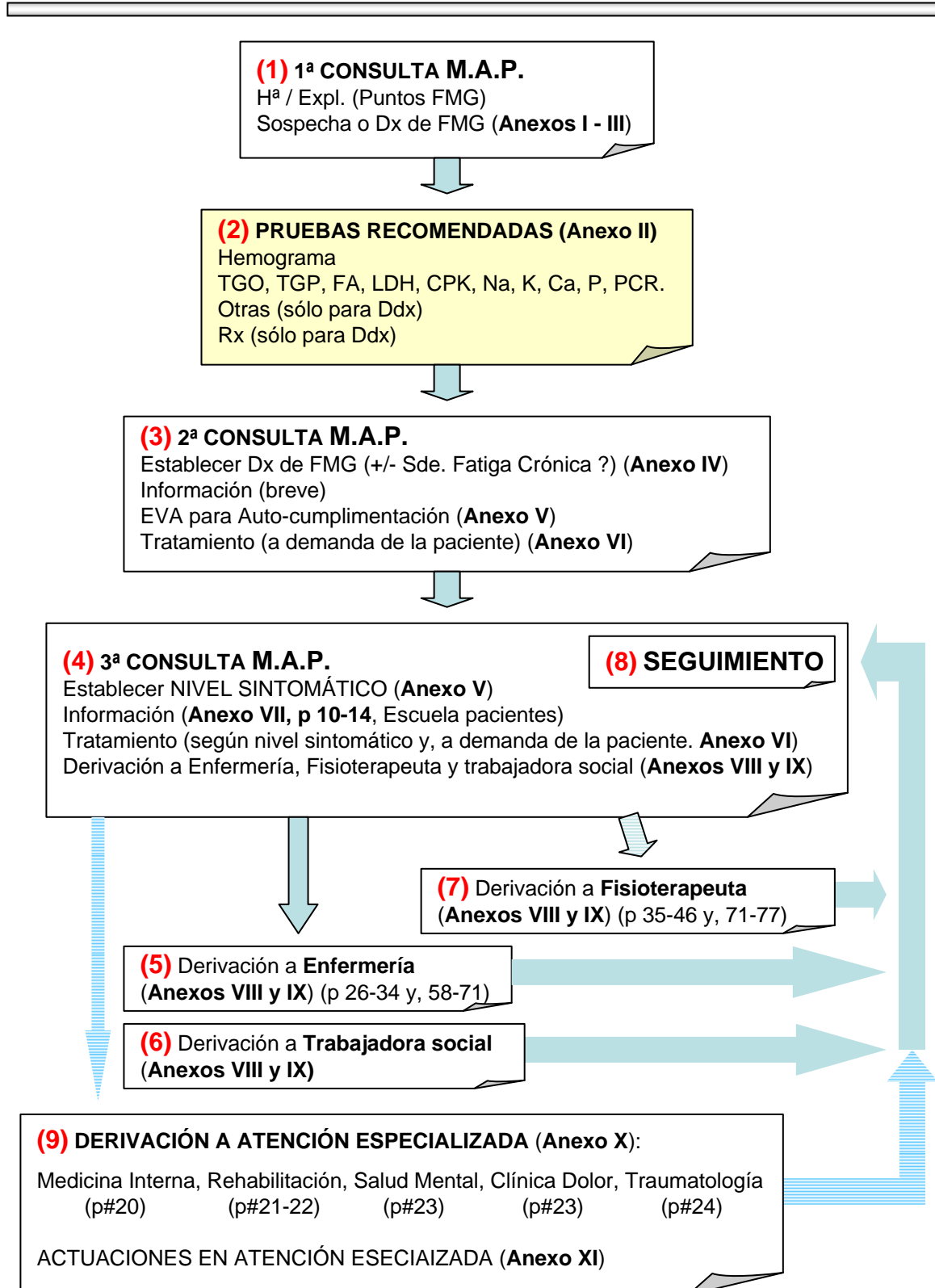
16 de Diciembre de 2010

**PARTICIPANTES EN LA COMISION DE IMPLANTACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO
FIBROMIALGIA EN EL ÁREA SANITARIA DEPENDIENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL.**

- Dra. Carmen Iglesias Arrabal. Médico de Familia. C.S. Cayetano Roldan. Distrito Bahía de Cádiz–La Janda. Coordinadora del Grupo de Implantación.
- Dña. Lucia Arias Velarde. Enfermera de Enlace. ZBS Puerto Real. Distrito Bahía de Cádiz–La Janda.
- Dña. Mercedes Benítez Pérez. Secretaria AFIPO.
- Dña. Dolores María Burgueño Núñez. Secretaria Federación Andaluza de FM, SFC y SQM. Presidenta de la asociación “Alba Gaditana”.
- Dña. M^a Isabel Casado Mora Enfermera de Enlace. Hospital Universitario Puerto Real.
- Dr. Rogelio del Pino Algarrada. Jefe Sección de Rehabilitación Hospital. Universitario Puerto Real.
- Dr. Julián Elorza Guisasola. FEA (Psiquiatra) UGC Salud Mental. Hospital Universitario Puerto Real.
- Dr. Angel Antonio García Egido. FEA UGC Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Coordinador del Grupo Implantación en Atención Especializada.
- Dr. Francisco Gómez Rodríguez. Director UGC Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Secretario del Grupo Implantación
- Dña. Antonia Loaiza Jiménez. Presidenta AFICHI.
- Dr. Tomás López Brenes. FEA. Sección de Rehabilitación Hospital. Universitario Puerto Real.
- Dr. Fernando Neira Reina. FEA UGC Anestesiología/ Clínica del Dolor H.U. Puerto Real. Coordinador de Relación con las Asociaciones de Pacientes
- Dña. M^a Angeles Querol Zaldívar. Fisioterapeuta. Sección de Rehabilitación Hospital. Universitario Puerto Real.
- Dña. Agueda Quintino Lucas. Fisioterapeuta. ZBS Barbate. Distrito Bahía de Cádiz–La Janda.
- Dr. Adolfo Rendón Acosta. FEA (Psicólogo) UGC Salud Mental. Hospital Universitario Puerto Real.
- Dña. Rosario Rodríguez González. Vicepresidenta Federación Andaluza de FM, SFC y SQM, “Alba Andalucía”.
- Dr. Sotero Romero Salado. FEA UGC Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real.
- Dña. Concepción Vázquez Cañas. Representante de la asociación ACFIFAS.

Proceso Fibromialgia. GUÍA ABREVIADA

ESQUEMA DE ACTIVIDADES



Anexo I: Proceso Fibromialgia

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO

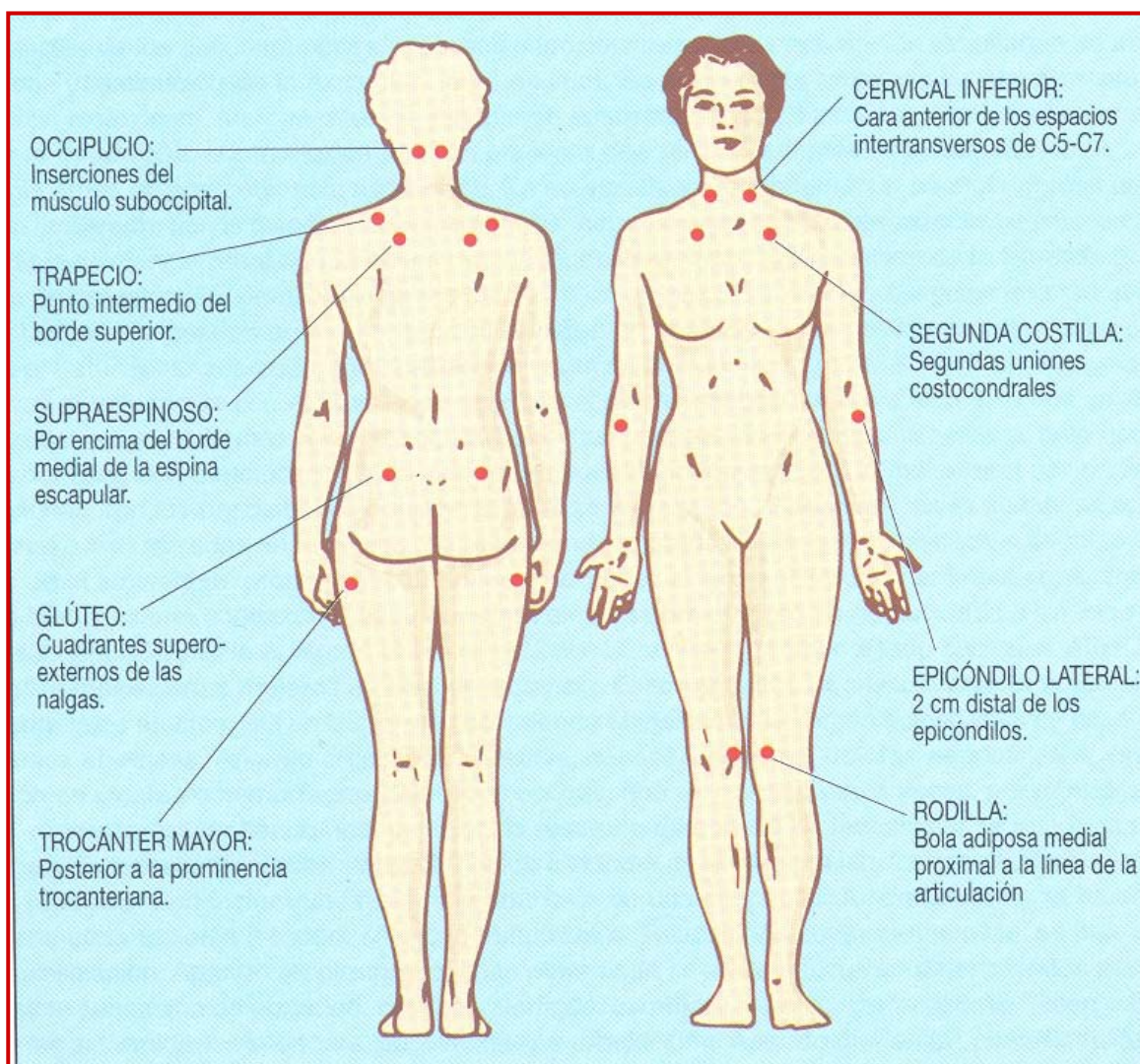
1.- DOLOR CRÓNICO: \geq 3 meses

4 cuadrantes

Ambos lados raquis

Por encima y por debajo de la cintura

2.- DOLOR A LA PRESIÓN en \geq 11 / 18 puntos sensibles



Anexo II: Proceso Fibromialgia

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

RECOMENDABLES PARA DERIVACIÓN A MEDICINA INTERNA: Hemograma completo, glucemia, creatinina, TGO, TGP, FA, Ca, P, Na, K, LDH, CK, PCR, TSH,

OPCIONALES (para el Diagnóstico Diferencial): Proteinograma (si $>$ 50 años), F. Reumatoide, ANAs,...

NO ES PRECISO exploraciones Rx, salvo sospecha de patología específica

Anexo III: Proceso Fibromialgia

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- DOLOR MIOFASCIAL
- SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA
- LES
- Artritis reumatoide
- Espondiloartropatías
- Esclerosis múltiple
- Hipotiroidismo
- Hipercalcemia
- Neuropatías periféricas
- Alteraciones mecánicas o degenerativas del raquis (Rx)
- Miopatías
- Polimialgia reumática
- Trastornos somatomorfos (psicógenos)
- Trastorno depresivo mayor

Anexo IV: Síndrome de Fatiga Crónica

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO

- **FATIGA CRÓNICA** (≥ 6 meses) o **INTERMITENTE, INEXPLICADA**.
No mejora con el descanso y, empeora con la actividad habitual del paciente.
- **EXCLUSIÓN DE OTRAS CAUSAS DE FATIGA CRÓNICA**
- **≥ 4 CRITERIOS** (≥ 6 meses) **POSTERIORES A LA FATIGA EN EL TIEMPO**
 - Alteraciones de la concentración o, de la memoria reciente
 - Odinofagia
 - Adenopatías cervicales o axilares dolorosas
 - Mialgias
 - Poliartralgias sin signos inflamatorios
 - Cefalea de inicio reciente o, de características distintas a la habitual
 - Sueño no reparador
 - Malestar pos-tesfuerzo de duración > 24 horas



AUTO-EVALUACIÓN DEL NIVEL SINTOMÁTICO

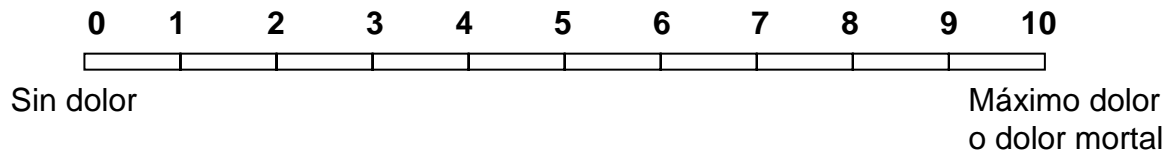
Identificación del paciente /
Etiqueta adhesiva

Fecha:

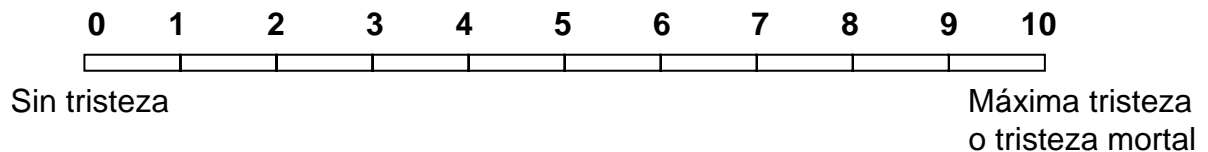
Marque con una cruz (X) el punto de la línea que mejor exprese la intensidad de los síntomas que está padeciendo y, las dificultades que nota para realizar sus tareas o trabajo en la última semana.

El 0 indica la ausencia del síntoma y, el 10 expresa la máxima intensidad del síntoma hasta el punto de querer desear la muerte

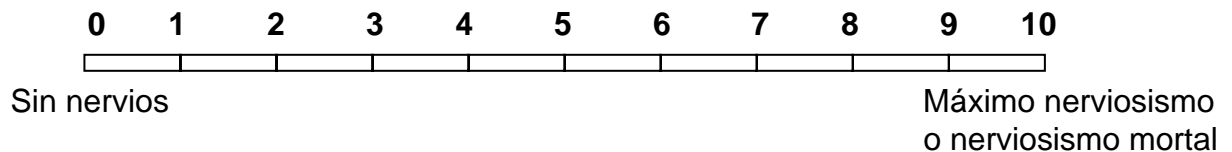
¿ Cuánto dolor tiene ?



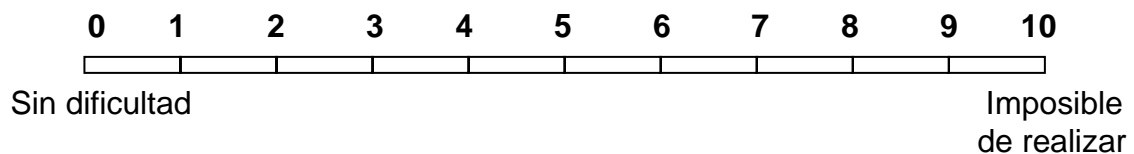
¿ Cuánta tristeza o depresión siente ?



¿ Cuánto nerviosismo o ansiedad siente ?



¿ Cuánta dificultad tiene para realizar sus tareas o trabajo ?



NIVEL SINTOMÁTICO

BAJO: Puntuaciones < 6 en todas las preguntas

MEDIO: Puntuación 6 ó 7 en alguna de las preguntas

ALTO: Puntuación > 7 en alguna de las preguntas

Anexo VI: Proceso Fibromialgia.

TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- EJERCICIO: Programa Individualizado.
Cardiovascular. Tai Chi.
Agua templada.
- TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL (TCC)
- EDUCACIÓN DEL PACIENTE: Charlas en grupo, Material escrito,
- TRATAMIENTO MULTIDISPLINAR: Ejercicio +/- TCC +/- Educación de la paciente

ALTA EVIDENCIA

Acupuntura

BAJA EVIDENCIA

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Amitriptilina: 5-10 mg noche hasta 25-50 mg noche
- Ciclobenzaprina: 10-20 mg / 8 h.
- Pregabalina: 150-600 mg / día

ALTA EVIDENCIA

+ / -

- Fluoxetina: 10-40 mg mañana (Sertralina: 50 mg mañana)

- Tramadol: 100-400 mg / día
- Paracetamol: 1 g / 8-6 h
- Tramadol + Paracetamol (1 g / 8-6 h.)
- Gabapentina: 900-2000 mg / día

MODERADA EVIDENCIA

INSOMNIO: Zolpidem (10 mg noche) o Zopiclona (evitar tolerancia <1 mes)
ANSIEDAD: Benzodiazepinas (Alprazolam 1 mg / 24-12 h < 2 meses)

- Antidepresivos: Paroxetina, Duloxetina, Venlafaxina, Milnacipran, Moclobemida, Pirlindole
- Tropisetron
- Pramipexol
- Oxibato sódico

BAJA EVIDENCIA

Anexo VII: Síndrome de Fatiga Crónica

INFORMACIÓN PARA PACIENTES

¿QUÉ ES LA FIBROMIALGIA?

La fibromialgia es una enfermedad reconocida en el 1992 por la Organización Mundial de la Salud y que afecta mayoritariamente a mujeres. Se caracteriza por la presencia de un intenso dolor generalizado crónico, una fatiga que no mejora con el reposo, insomnio y otros síntomas, como hormigueo en las extremidades, trastornos abdominales, necesidad de orinar con frecuencia, ansiedad y depresión entre otras.

¿QUÉ SÍNTOMAS PRODUCE?

Dolor muscular, Fatiga/agotamiento, Rigidez, Síndrome de Colon Irritable, Problemas de comprensión o memoria, Debilidad muscular, Dolor de cabeza, Calambres en el abdomen, Entumecimiento / hormigueos, Mareo, Insomnio, Depresión, Estreñimiento, Dolor en la parte alta del abdomen, Náuseas, Intolerancia al sol, Ansiedad Trastornos auditivos, Dolor torácico, Visión borrosa, Diarrea, Boca seca, Picores, Pitidos al respirar (sibilancias), Fenómeno de Raynaud, Urticaria, Zumbidos en los oídos, Vómitos, Acidez de estómago, Aftas orales (úlceras), Pérdida o cambios en el gusto, Convulsiones, Ojo seco, Respiración entrecortada, Pérdida de apetito, Erupciones/Rash, Moretones frecuentes (hematomas), Caída del cabello, Micción frecuente, Micción dolorosa, Espasmos vesicales.

Estos síntomas pueden variar con el tiempo, con el nivel de ansiedad y la tensión psíquica, pero no tienen porque agravarse.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA FIBROMIALGIA?

Aunque hace ya más de 15 años que se llegó a un acuerdo sobre los criterios para su definición, las propias características del síndrome (no se detecta en análisis ni radiografías), de ahí la dificultad de su diagnóstico. El diagnóstico diferencial debe incluir enfermedades reumáticas y otros trastornos que cursen con el dolor y rigidez musculoesquelético y extraarticular (Síndrome del dolor miofacial, Polimialgia reumática o arteritis de células gigantes, Polimiositis o dermatopolimiositis, Miopatías endocrinas, hipotiroidismo, hipertiroidismo, medades somatomorfias y trastornos de somatización, efectos secundarios de fármacos: estatinas, esteroides, cimetidina, fibratos, drogas de abuso).

¿QUÉ CAUSA LA FIBROMIALGIA?

La fibromialgia no tiene una causa conocida. En las investigaciones sobre fibromialgia se han descrito casos que apuntan a un origen físico de la enfermedad, y otros, a factores psicológicos o sociales. Hay procesos de fibromialgia que comienzan después de pasar por una infección originada por una bacteria o un virus, y otros que se inician tras un accidente de automóvil, una separación, etc. Además, también hay casos en los que la fibromialgia aparece después de otra enfermedad como la artritis reumatoide o el lupus eritematoso.

Ninguna de estas causas parecen provocar la fibromialgia, sino que probablemente lo que hacen es despertar un desequilibrio en la capacidad de respuesta del organismo ante determinados estímulos.

Anexo VII: Síndrome de Fatiga Crónica

INFORMACIÓN PARA PACIENTES

¿QUÉ TRATAMIENTO HAY?

Por ahora, no existe un único tratamiento con el que abordar la fibromialgia. Actualmente, la medida más eficaz para combatir la fibromialgia es la práctica regular de ejercicio físico adecuada a los síntomas.

Existen medicamentos que regulan el sueño y hacen disminuir el dolor. Estos fármacos se utilizan a dosis bajas y pueden proporcionar alivio. Los calmantes o analgésicos también pueden ser útiles. Su eficacia es sólo parcial aunque permiten ayudar de forma puntual.

¿QUÉ PUEDO HACER PARA MEJORAR?

La Sociedad Española de Reumatología, constituida por los médicos españoles expertos en las enfermedades del aparato locomotor, aconseja:

1) Aprenda a convivir con su dolor. No hay recetas ni píldoras mágicas para la fibromialgia y el dolor crónico. Por ello, el primer paso para controlarlo es asumir que el dolor puede persistir para siempre y que, por tanto, en adelante, va a formar parte de nuestra vida. Cuando se asume el dolor, se aprende a reconocerlo y a saber lo que lo mejora o empeora, y estamos entonces en situación de buscar soluciones y de volver a disfrutar de la vida.

2) Controle sus emociones. Muchas personas con esta enfermedad desarrollan sentimientos negativos que antes no presentaban y que les hacen convertirse en una persona diferente. Los sentimientos negativos más frecuentes en las personas con fibromialgia son enfado e ira, depresión, frustración, sensación de fracaso, culpa y vergüenza. Debe aprender a controlarlos para que no se cronifiquen y se conviertan en un problema añadido. Reconozca todo lo positivo que le sucede en la vida: a pesar del dolor no es un incapacitado y puede hacer muchas más cosas de las que piensa.

3) Controle su estrés. El estrés es, básicamente, la respuesta del organismo cuando afrontamos un peligro y nos preparamos para luchar o para huir. La mejor manera de combatir este estrés perjudicial es, en primer lugar, reconociendo cuál es la causa del nuestro, y evitando las situaciones que lo favorezcan. También es útil organizar y planificar nuestras actividades diarias, y dedicar diariamente tiempo a la relajación. Esta se practica siguiendo determinadas técnicas -como la respiración profunda o la relajación muscular- que pueden aprenderse con un corto entrenamiento.

4) Evite la fatiga. Tan negativo es permanecer en inactividad, como realizar un número excesivo de tareas. No intente ser un perfeccionista; planee sus obligaciones, y elimine o delegue aquellas que no sean estrictamente necesarias. Intercale periodos de descanso entre los de actividad, y haga sus tareas a un ritmo que usted pueda controlar.

5) Haga ejercicio. Posiblemente es el aspecto terapéutico más importante para el tratamiento de la fibromialgia. El ejercicio no sólo mantiene en forma los músculos y pone a punto el sistema cardiovascular, sino que disminuye el dolor, favorece el sueño, mejora la sensación de fatiga y disminuye la ansiedad y la depresión. Caminar, correr, andar en bicicleta o bailar, son ejercicios aeróbicos que favorecen el control de la enfermedad. Comience a realizar el ejercicio de una forma suave y vaya progresivamente incrementando su intensidad y duración, hasta realizarlo de 20 a 40 minutos, como mínimo 3 días a la semana. Al principio es posible que su dolor se incremente, pero progresivamente irá disminuyendo.

Anexo VII: Síndrome de Fatiga Crónica

INFORMACIÓN PARA PACIENTES

6) Relaciónese con los demás. Todos sabemos cómo alivia nuestras preocupaciones la conversación con los amigos y compañeros. Cuente a los demás lo que le pasa y cómo no puede hacer siempre las cosas que hacía antes, pero evite que la comunicación se centre continuamente en su dolor.

7) Proteja su salud. La depresión que puede acarrear el dolor crónico determina que se abandonen los buenos hábitos de salud. El tabaco, nocivo para cualquier aspecto de la salud, es también un excitante del sistema nervioso que hace más difícil el control del dolor. Lo mismo sucede con la cafeína y el exceso de alcohol, el cual puede además interferir con la medicación. Vigile su peso, y haga ejercicio para mantenerse en forma.

8) Use con precaución los medicamentos. Muchos de los síntomas de la fibromialgia mejoran con medicación. Los analgésicos y antiinflamatorios, que tan eficaces resultan en el dolor agudo, no funcionan tan bien en el dolor crónico de la fibromialgia, aunque son útiles en muchos pacientes. Existen analgésicos más potentes, denominados opiáceos, que pueden ser empleados en la fibromialgia, siempre que los recomiende un médico experto en su empleo. Otros fármacos, como los anticonvulsivantes y los antidepressivos también pueden disminuir el dolor. Existen medicamentos que pueden mejorar el sueño, los trastornos psicológicos, las molestias intestinales, etc. pero, lo más importante es que la persona que padece esta enfermedad evite el automedicarse, y se ponga en manos de un médico experto en el tratamiento del dolor crónico y en el uso de las medicaciones anteriormente mencionadas.

9) Use con precaución las medicinas alternativas. Como con frecuencia los medicamentos tienen un resultado solamente parcial, es habitual que muchos enfermos busquen soluciones en las terapias alternativas. Algunas de estas terapias mejoran el dolor y pueden favorecer el control de estrés, el yoga la acupuntura, masaje, Tai-Chi. La medicina alternativa puede ser cara, y no está regulada por las guías médicas. Por ello, se debe recomendar al paciente que consulte siempre con su médico antes de comenzar cualquier terapia de medicina alternativa, ya que algunas pueden interferir con el tratamiento estándar o habitual. Desconfíe si le prometen curación, si le recomiendan que abandone la terapia con medicinas, o si le dicen que el tratamiento es un secreto y solo puede ser administrado por ciertos proveedores.

10) Sea constante. La paciencia es una virtud importante; conseguir resultados puede tardar algún tiempo. No lo eche todo a perder porque tenga un "día malo". Aunque haya conseguido estabilizar su enfermedad, los "días malos" inevitablemente aparecerán y debe estar preparado para afrontarlos. En esos días, salga de casa y relaciónese con los demás, mantenga sus compromisos habituales y procure dedicar más tiempo a relajarse. Mantener con regularidad los consejos que le hemos dado anteriormente es la mejor forma de seguir controlando su enfermedad.

¿QUÉ APOYO OFRECEN LAS ASOCIACIONES?

La experiencia de hablar con personas que han pasado por los mismos problemas, y sobre todo, conocer la forma en que estas personas han llegado a superarlos, resulta muy útil.

Una experiencia beneficiosa para algunas personas con fibromialgia puede ser integrarse en una asociación de pacientes y compartir actividades.

VISITE la Escuela de Pacientes: <http://www.escueladepacientes.es>

Anexo VIII: Proceso Fibromialgia

DERIVACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

ENFERMERÍA

- Enfermera responsable en cada CCSS para valoración e inclusión en las Actividades de Enfermería (pp 26-34)
- Derivación a través de la cita creada al efecto en DIRAYA

FISIOTERAPEUTA A.P.

- Nivel sintomático MEDIO para valoración e intervención fisioterápica

TRABAJADORA SOCIAL

- Valorar red de apoyo social
- Favorecer asociacionismo

SEGUIMIENTO (Médico de Familia)

- En cualquier momento y a instancia del paciente, previa cita en consulta
- En todos los pacientes tras 2 meses de acabado el grupo de Planes de Cuidados, para revisión y valoración del nivel sintomático (EVA)
- En pacientes con nivel sintomático ALTO para intensificación del tratamiento

Anexo IX: Proceso Fibromialgia

ACTIVIDADES EN ATENCIÓN PRIMARIA

ENFERMERÍA DE FAMILIA

- Establecer los diagnósticos enfermeros en cada paciente diagnosticado de FMG
- Poner en marcha programas de FMG en los centros de AP
- Entrevista individual con cada paciente diagnosticada de FMG derivada por el Médico de Familia:
 - Aplicar el cuestionario del nivel sintomático, si no lo hizo el MF
 - Información acerca de los Planes de Cuidados + Folleto informativo
 - Compromiso de asistencia a las sesiones
- Sesiones: De 1 a 4 sesiones de 1 a 1,5 horas en grupos de 8 a 12 personas (p # 24 y ss)

FISIOTERAPEUTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

- Nivel sintomático MEDIO para valoración e intervención fisioterápica
- 4 Sesiones (p 35-46)

Anexo X: Proceso Fibromialgia

DERIVACIÓN A ATENCIÓN ESPECIALIZADA

M. INTERNA

- Duda diagnóstico y/o Refuerzo del Médico de Familia
- Comorbilidad que dificulta enfoque diagnóstico o terapéutico
- Nivel sintomático ALTO REFRACTARIO, a pesar de Tto. multidisciplinar en A.P. (para orientación terapéutica)
- PRIMERA y ÚNICA confirmación diagnóstica (REFUERZO PAPEL DEL MÉDICO DE FAMILIA)

REQUISITOS

- Motivo derivación
- Nivel Sintomático
- Pruebas básicas realizadas (analítica, Rx)
- Estrategia terapéutica previa

REHABILITACIÓN

- Paciente con Dx correcto de FMG + Discapacidad con posible beneficio por ortesis o ayuda técnica para poder realizar el programa terapéutico
 - Fracaso del programa terapéutico de AP tras 6 meses de ejercicio físico constatado
 - Patología Ap. Locomotor en paciente con FMG que no mejora con tto. habitual:
 - Hombro doloroso de > 4 semanas (sin limitación de movilidad) o, de >2 semanas (con limitación de movilidad)
 - Radiculopatía > 5 semanas sin respuesta al tratamiento habitual
 - Podalgia > 3 semanas que impide hacer programa de ejercicios
 - El paciente diagnosticado, tratado y dado de alta con criterio de cronicidad, NO precisa ser revalorado para inclusión en tratamiento de recuperación funcional (terapia ocupacional, fisioterapia, etc,...)
 - NO son criterios de derivación:
 - Paciente que no ha hecho el programa de formación
 - Ausencia de informe clínico de actuación estructurada según el Proceso
 - Pacientes con reagudizaciones de dolor sin pérdida funcional (Unidad del Dolor)
- La Unidad de Rehabilitación no emplea técnicas de relajación (pilates, musicoterapia, masajes, hidroterapia,...)

SALUD MENTAL

- Descartar o diagnosticar posible patología psiquiátrica
- Valoración y tratamiento de factores psicológicos que compliquen la evolución del paciente con FM
- Tratamiento de patología psiquiátrica asociada de difícil control por AP

CLÍNICA DEL DOLOR

Dolor localizado o Sdes. dolorosos incontrolables con diagnóstico etiológico confirmado, sin respuesta a tto en AP
Patologías concomitantes subsidiarias de tratamiento invasivo.

TRAUMATOLOGÍA

- Sospecha de patología concomitante que precise tratamiento quirúrgico u ortopédico

Anexo XI: Proceso Fibromialgia

ACTUACIONES EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

M. INTERNA

- Confirmación diagnóstica, descartando otros procesos con pruebas adicionales, en su caso
- Información y educación sobre el proceso
- Ajuste / Orientación terapéutica, en su caso
- Remitir a AP para seguimiento del proceso
- Remitir a otras unidades hospitalarias, si fuera preciso
- Informe escrito con dos escalas de medida (EVA y Severidad de Síntomas) (DIRAYA)
- Cumplimentación del registro para monitorización de indicadores del PAI FMG

REQUISITOS

Motivo derivación
Nivel Sintomático
Pruebas básicas realizadas (analítica, Rx)
Estrategia terapéutica previa

REHABILITACIÓN

Características del Informe Clínico:

- Evaluación previa y posterior mediante escala FIQ o adaptada según patología concomitante
- Especificación de tratamiento realizado
- Recomendaciones de ortesis, actividades o precauciones
- Indicación de fecha de revisión o alta

SALUD MENTAL

- Derivación por MAP para valoración y/o intervención psicológica y/o tratamiento psicofarmacológico (tiempo respuesta < 60 días)
- Descartar o Confirmar patología psiquiátrica asociada, relacionándola con el pronóstico de la FMG
- Revisión de tratamiento psicofarmacológico, si se hubiera prescrito por la USMC
- Alta para seguimiento por su MAP
- Intervención psicológica, si estuviera indicada, adaptada a las características del paciente y, de la USMC

Proceso Fibromialgia: BIBLIOGRAFÍA

- Carville SF et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. Ann Rheum Dis 2008;67:536-541.
- Goldenberg DL et al. Management of fibromyalgia syndrome. JAMA 2004;292:2388-2395.
- Wang C, et al. A randomized trial of tai chi for fibromyalgia. N Engl J Med 2010;363:743-754.
- PAI Fibromialgia. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2005.
- Hochlehnert A, et al. A computer-based information-tool for chronic pain patients. Computerized information to support the process of shared decision-making. Pat Ed Counseling 2006;61:92-98

ÍNDICE DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS (*Symptom Severity Score - Parte 1*)

Indique la gravedad de sus síntomas durante la semana pasada, utilizando las siguientes escalas que, se puntúan del 0 (leve) al 3 (grave):

- Fatiga: 0 = No ha sido un problema
 1 = Leve, Ocasional
 2 = Moderada, casi siempre presente
 3 = Grave, persistente, he tenido grandes problemas
- Sueño no reparador: 0 = No ha sido un problema
 1 = Leve, Ocasional
 2 = Moderada, casi siempre presente
 3 = Grave, persistente, he tenido grandes problemas
- Trastornos cognitivos: 0 = No ha sido un problema
 1 = Leve, Ocasional
 2 = Moderada, casi siempre presente
 3 = Grave, persistente, he tenido grandes problemas

Cuenta el valor que ha marcado en las 3 preguntas y, anótelo aquí: _____

Observará que el valor está entre 0 y 9

ÍNDICE DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS (*Symptom Severity Score - Parte 2*)

Marque la casilla que corresponda a un síntoma que haya sufrido durante la semana pasada:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor muscular | <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Ojo seco |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Colon Irritable | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Respración entrecortada |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Dolor torácico | <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito |
| <input type="checkbox"/> Problemas de comprensión o memoria | <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Erupciones / Rash |
| <input type="checkbox"/> Debilidad muscular | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Intolerancia al sol |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Boca seca | <input type="checkbox"/> Trastornos auditivos |
| <input type="checkbox"/> Calambres en el abdomen | <input type="checkbox"/> Picores | <input type="checkbox"/> Moretones (hematomas) frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento, hormigueos | <input type="checkbox"/> Zumbidos de oídos | <input type="checkbox"/> Caída del cabello |
| <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Vómitos | <input type="checkbox"/> Micción (orina) frecuente |
| <input type="checkbox"/> Insomnio | <input type="checkbox"/> Acidez de estómago | <input type="checkbox"/> Micción (orina) dolorosa |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Aftas orales (úlceras) | <input type="checkbox"/> Espasmos vesicales |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Pérdida o cambios en el gusto | <input type="checkbox"/> Dolor en la parte alta del abdomen |
| | <input type="checkbox"/> Convulsiones | |

Cuenta el número de síntomas marcados y, anótelo aquí: _____

Obtenga la puntuación de la Tabla adjunta y, anótela aquí: _____

SÍNTOMAS	PUNTUACIÓN
0	0
1 a 10	1
11 a 24	2
> 24	3

Puntuación SS-Parte 1 + Puntuación SSS-Parte 2 = _____

Compruebe que la puntuación se halla entre 0 y 12 puntos

ÍNDICE DE DOLOR GENERALIZADO (*Widespread pain Index*)

Ponga una cruz sobre cada área en la que haya sentido dolor durante la semana pasada, teniendo en cuenta que no debe incluir dolores producidos por otras enfermedades que sufre (artritis, artrosis, lupus, tendinitis,...):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cintura escapular izquierda | <input type="checkbox"/> Nalga izquierda | <input type="checkbox"/> Mandíbula izquierda |
| <input type="checkbox"/> Cintura escapular derecha | <input type="checkbox"/> Nalga derecha | <input type="checkbox"/> Mandíbula derecha |
| <input type="checkbox"/> Brazo izquierdo | <input type="checkbox"/> Muslo izquierdo | <input type="checkbox"/> Pecho (tórax) |
| <input type="checkbox"/> Brazo derecho | <input type="checkbox"/> Muslo derecho | <input type="checkbox"/> Abdomen |
| <input type="checkbox"/> Antebrazo izquierdo | <input type="checkbox"/> Pierna izquierda | <input type="checkbox"/> Cuello |
| <input type="checkbox"/> Antebrazo derecho | <input type="checkbox"/> Pierna derecha | <input type="checkbox"/> Espalda Superior |
| | | <input type="checkbox"/> Espalda Inferior |

Cuente el número de áreas que ha marcado y, anótelo aquí: _____

Observará que el valor está entre 0 y 19