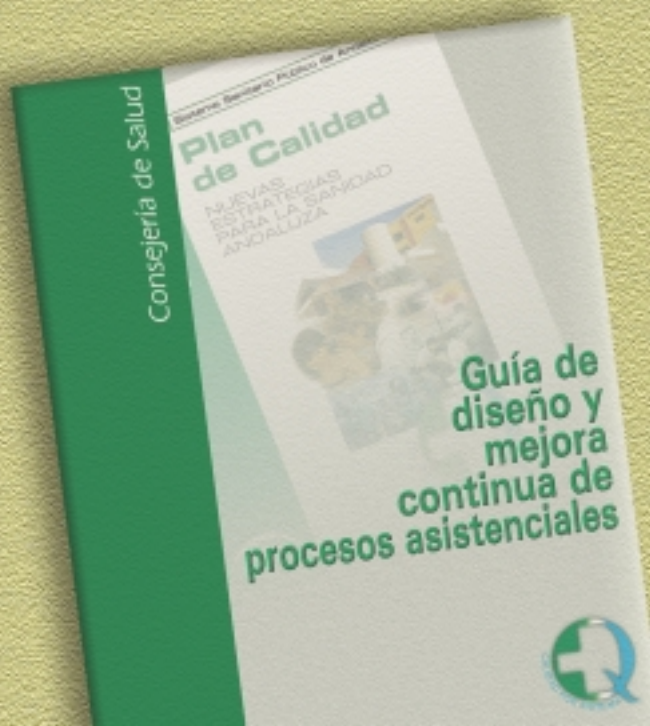


CONSEJERÍA DE SALUD

FIBROMIALGIA

PROCESO
ASISTENCIAL
INTEGRADO



PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO



FIBROMIALGIA

FIBROMIALGIA: proceso asistencial
integrado. – [Sevilla] : Consejería de Salud,
[2005]

120 p. ; 24 cm + 1 CDROM

1. Fibromialgia 2. Calidad de la atención
de salud 3. Pautas prácticas 4. Andalucía
I. Andalucía. Consejería de Salud

WE 544

FIBROMIALGIA

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud

Depósito Legal: S-1348-2005

Maquetación: PDF-Sur s.c.a.

Coordinación y producción: Forma Animada

Presentación

Con la configuración del Mapa de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y con el objetivo común de ofertar a los ciudadanos andaluces unos servicios sanitarios de alta calidad, hemos iniciado un camino que esperamos sea de estímulo para todos los profesionales implicados.

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos hasta lograr un grado de homogeneidad razonable.

Se trata, pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario.

Cuando nos referimos a la Gestión por Procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de ellos –incluidos en el Mapa que se ha definido– y ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que el paciente demanda una asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

Cada uno de los libros que se presentan recoge el fruto del importante esfuerzo que ha realizado la organización sanitaria pública de Andalucía, y en especial los profesionales que prestan la asistencia, por analizar cómo se están haciendo las cosas y, sobre todo, cómo deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta para el Sistema Sanitario Público de nuestra comunidad autónoma.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al numeroso grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con un Mapa de Procesos del Sistema Sanitario de Andalucía, que iremos desarrollando e implantando de forma progresiva, y que será, sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Antonio Torres Olivera
Director General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento



EQUIPO DE TRABAJO

Manuel Caraballo Daza (Coordinador), Francisco José Berral de la Rosa, José Manuel Brandi de la Torre, Serafín Campos Sánchez, M^a del Pilar Cejudo Ramos, Delfín Galiano Orea, José Carlos Jaenes Sánchez, Alfonso Montaña Alonso, M^a Pilar Romero García

AGRADECIMIENTOS

Juan Bautista Lorite, Alfonso Leal Cerro, Begoña López Hernández, Pablo Tercedor Sánchez y Loreto Benítez Arthous

Índice

1. INTRODUCCION.....	11
2. DEFINICIÓN GLOBAL	13
3. DESTINATARIOS Y OBJETIVOS	15
Destinatarios y expectativas	15
Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad	21
4. COMPONENTES	27
Descripción general	27
Profesionales. Actividades. Características de calidad	31
Competencias profesionales	42
Recursos. Características generales. Requisitos	53
Unidades de soporte.....	54
5. REPRESENTACIÓN GRÁFICA	55
Arquitectura del procesos nivel 1	56
Arquitectura del procesos nivel 2	57
Arquitectura del procesos nivel 3	59
6. INDICADORES	61
ANEXOS	
Anexo 1. Localización de los puntos dolorosos en la fibromialgia.....	65
Anexo 2. Escala de valoración del nivel sintomático	67
Anexo 3. Información para el paciente.....	73
Anexo 4. Estrategias terapéuticas según el nivel sintomático.....	77
Anexo 5. Diagnóstico diferencial de la fibromialgia	79
Anexo 6. Tratamiento Farmacológico	81
Anexo 7. Ejercicio Físico	83
Anexo 8. Tratamiento Educativo	97
Anexo 9. Material para trabajos en grupos	99
Anexo 10. Tratamientos no farmacológicos en el manejo de la fibromialgia.	111
Abreviaturas	113
Bibliografía	115

1 INTRODUCCIÓN

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 hecho de que no conozcamos con certeza sus causas y mecanismos fisiopatológicos supone un desafío al estado de opinión de la medicina actual.

A pesar de su importante prevalencia, la realidad epidemiológica de la FM no se conoce con exactitud debido a las limitaciones metodológicas de los estudios publicados. 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 necesario 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.

Consideramos que la implantación de este proceso podrá reducir la variabilidad en la práctica clínica, facilitando el conocimiento de aquellos aspectos asistenciales más idóneos en relación con la evidencia científica actualmente disponible, promover la mejora en la utilización racional de los recursos sanitarios y estimular el desarrollo de nuevas líneas de investigación sobre las causas de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento. La evaluación de las actividades del proceso nos permitirá medir el impacto de las intervenciones propuestas sobre el bienestar de las pacientes y el nivel de implicación de los profesionales.

Se presenta un documento de consenso que pretende dar respuesta a las expectativas de las personas afectadas, que han expresado sus vivencias a título personal o a través de las asociaciones de FM de Andalucía.

Deseamos que la propuesta sea de la satisfacción de todos.

2

DEFINICIÓN GLOBAL

Definición funcional:

Conjunto de actividades destinadas a establecer el diagnóstico en aquellas personas que presentan síntomas sugerentes de FM, y proporcionarles la asistencia necesaria y coordinada para un tratamiento integral, con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

Límite de entrada:

Demanda de asistencia por dolor crónico, generalizado o difuso en raquis y/o extremidades superiores o inferiores. Se considera idónea la entrada al proceso asistencial por Atención Primaria.

Límite final:

El objetivo es el adecuado diagnóstico y tratamiento de la FM. El tratamiento incluye la provisión de conocimientos que impliquen a la paciente en la adquisición de habilidades y actitudes para mejorar su calidad de vida.

Las características clínicas de la FM determinan que no se pueda definir un límite final preciso.

Límites marginales:

Pacientes diagnosticadas de enfermedad grave (psiquiátrica, degenerativa, inflamatoria, miopática, infecciosa, tumoral y endocrina) en los que la FM no sea el diagnóstico principal.

Observaciones:

Se considera dolor crónico el que está presente al menos durante tres meses.

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

3 DESTINATARIOS Y OBJETIVOS

Destinatarios y expectativas

PACIENTE

Este apartado recoge expresiones literales formuladas por pacientes con FM y recogidas a través de los grupos focales que se constituyeron para este proceso.

Accesibilidad

- Más agilidad en las derivaciones a consultas de especialidad.
- Disminución de las largas listas de espera para consultas, para pruebas, para obtener resultados de pruebas y para rehabilitación.
- Posibilidad de seguimiento en la consulta del especialista.

Capacidad de respuesta

- Que no “les den largas” en las consultas.
- Que el sistema sanitario dé respuesta a sus necesidades.
- Recibir asistencia sanitaria aunque sus dolencias o lesiones sean leves.

Cortesía

- Atención correcta por parte de los profesionales: que los profesionales que me atiendan me “miren a la cara”, muestren interés, cercanía, comprensión, me hagan caso y me dispensen un “trato humano”.

Comunicación

- Información sobre el proceso y cómo mejorar la calidad de vida.
- Esperamos de los profesionales que no emitan comentarios desagradables sobre nosotras o sobre la enfermedad.
- Que los profesionales no desacrediten otras fuentes de información, como Internet.

Comprensión

- Profesionales comprensivos que no nos tilden de flojas, locas o que nos digan que nuestros síntomas son fruto de nuestra imaginación.

Competencia

- Profesionales que nos proporcionen una buena atención en las consultas, nos escuchen, animen y se impliquen en la búsqueda de una solución.
- Realización de las pruebas suficientes.
- Evitar errores de diagnóstico, en el tratamiento o rehabilitación y/o en la realización de pruebas.
- Ante la presencia de síntomas, que los profesionales no “achaquen todo a lo mismo”.
- Investigar lo suficiente y desechar hipótesis ya superadas en otros países.
- Prestar una buena atención basada en la realización de pruebas, emisión del diagnóstico y buen trato: interés, escucha, comprensión, cercanía, dedicación de tiempo suficiente y derivación cuando sea necesario.

Tangibilidad

- Disponer de los recursos suficientes para rehabilitación, tratamiento psicológico y otras terapias beneficiosas.

Necesidades y expectativas de pacientes sobre el sistema sanitario

- Hacer todo lo posible para mejorar su calidad de vida.
- Garantizar la accesibilidad a los servicios sanitarios y consultas de especialidad.
- Agilidad en las citas.
- Continuidad de los profesionales en las consultas.
- Realización de pruebas diagnósticas necesarias y suficientes para emitir un diagnóstico.

- Acceso a terapias alternativas que les benefician como acupuntura u ozonoterapia.
- Mejorar la accesibilidad a rehabilitación y consultas de psicología.
- Buena definición del proceso asistencial.
- Creación de unidades específicas de FM.
- Reconocimiento de la enfermedad por la Seguridad Social: facilidad para acceder a bajas laborales, cuando sea preciso.
- Impulsar la investigación sobre FM.
- Dotación de recursos para investigación.
- Subvenciones para asociaciones de pacientes.

Necesidades y expectativas de pacientes sobre profesionales sanitarios

- Que muestren interés por cada una de sus pacientes de FM, que investiguen sus síntomas, que pidan las pruebas necesarias o deriven cuando sea preciso.
- Que muestren comprensión por su vivencia, por la experiencia que está pasando cada paciente y por su situación.
- Que tengan información sobre la FM.
- Que sepan informar a sus pacientes sobre qué pueden esperar de la enfermedad y del proceso asistencial y qué pueden hacer para mejorar su calidad de vida.
- Formación para tratar la FM, realizar un diagnóstico precoz, y para no diagnosticar como FM lo que no es.
- Más tiempo para atender a cada paciente.
- Escuchar suficientemente a cada paciente.
- Capacidad para establecer una buena comunicación y una relación terapéutica.

MÉDICO DE FAMILIA

- Disponer de espacio adecuado para la correcta atención de las pacientes (consultas amplias, confortables e informatizadas).
- Disponer de tiempo para la atención adecuada a las pacientes. En la gestión de la demanda debe participar todo el equipo de AP.
- Mejorar la confianza entre los profesionales implicados en el proceso.
- Coordinación y comunicación fluida entre niveles, en particular en lo referente a los informes de los especialistas, que deben contemplar un juicio clínico y unas pautas de tratamiento y seguimiento.
- Que los criterios o normas de actuación sean homogéneos y estén consensuados por todas las partes implicadas.

- Tener acceso a la información sobre los resultados del proceso, así como participación en los planes de mejora del mismo.
- Que todos los profesionales recibamos formación continuada sobre FM.

ENFERMERA DE AP

- Que los médicos se impliquen en esta enfermedad.
- Poner en marcha programas de FM en los centros de AP.
- Que los profesionales que tengan la responsabilidad de los programas reciban la formación adecuada.
- Disponer de los recursos materiales y humanos necesarios para el desarrollo del programa.
- Reconocimiento del valor fundamental de los programas de FM en el bienestar de la paciente y que no sean considerados como “programas de lujo”.
- Trabajar en coordinación con colectivos sociales e institucionales para rentabilizar los recursos.

FISIOTERAPEUTA DE AP

- Coordinación y posibilidad de consultar directamente con otros profesionales (médicos de familia, especialistas, profesionales de la salud y otros fisioterapeutas) implicados en el proceso.
- Disponer de espacio y tiempo para la atención adecuada a las pacientes con procesos crónicos y para las actividades en AP.
- Posibilidad de registrar la actividad asistencial y posibilidad de explotación de los datos.
- Trabajo en equipo por parte de los profesionales implicados para facilitar que las pacientes se responsabilicen y adquieran habilidades en el manejo de su proceso.
- Que los médicos cooperen en nuestra labor, de manera que no se dé un alta médica sin coordinación con Fisioterapia.
- Que los médicos consideren mi trabajo.
- Que los otros profesionales lean los informes que escribo.
- Tratamiento respetuoso, sin presiones injustificadas, por parte de los médicos.

REUMATÓLOGO

- Disponer de información escrita de guías sobre recursos sociales, comunitarios o especializados.
- Desmedicalizar la asistencia y que exista más apoyo social.
- Que la elección y priorización de los motivos de consulta se realicen de forma racional y en el documento de derivación se incluya la máxima información posible.
- Que los enfermos sean remitidos al mismo especialista que lo haya atendido por otro proceso de la misma especialidad.
- Que nos remitan a las pacientes de acuerdo con las características de calidad establecidas en el proceso.
- Adecuación del número de pacientes citadas para permitir una valoración apropiada.
- Personal administrativo adecuado a las cargas de trabajo.
- Disponer de la historia clínica en el momento de ver a la paciente.
- Sistema informático integrado.
- Que las consultas dispongan del mobiliario adecuado y el espacio y entorno permitan la práctica de la medicina en condiciones dignas.
- Disponer de canales de comunicación eficaces (teléfono, fax, etc).
- Que los resultados de las exploraciones complementarias estén disponibles en los plazos adecuados.
- Demanda distribuida homogéneamente y sin sobrecarga a determinados especialistas.
- Fomento de la investigación clínica y epidemiológica.
- Promocionar la colaboración en ensayos clínicos con nuevos tratamientos.
- Recibir formación y entrenamiento en habilidades y estrategias de comunicación para mejorar la interacción con la paciente y los familiares.
- Que existan programas educativos para pacientes en AP.

REHABILITADOR

- Actualización periódica de conocimientos y habilidades basadas en la evidencia científica.
- Que el tiempo de espera hasta el inicio del tratamiento fisioterápico esté en concordancia con la severidad de los síntomas.
- Existencia de consultas extrahospitalarias en el centro de salud.
- Que exista una sala de tratamiento que incluya aparatos gimnásticos en el centro de salud donde se realiza la consulta.
- Posibilidad de desarrollar líneas de investigación sobre aspectos diagnósticos y terapéuticos de la FM.

PSICÓLOGO

- Que lo psicológico no sea un cajón de sastre.
- Posibilidad de informar a los familiares que se consideren relevantes para que sirvan de apoyo en el proceso.
- Posibilidad de investigar con los grupos debidamente diagnosticados sobre impacto psicosocial del problema, locus de control, eficacia de los tratamientos.
- Disponer de los informes que nos permitan conocer el itinerario seguido por la paciente.
- Que los facultativos que remitan a la paciente informen sobre aquellos aspectos psicológicos detectados en la evaluación realizada.
- Fácil acceso (cuando sea prescriptivo) al servicio de asistencia psicológica.
- Caso de ser necesario, si se valora alta ansiedad en la paciente, que el psicólogo pueda participar en el proceso de información sobre la enfermedad.
- Que los psicólogos tengan acceso a la información disponible sobre los tratamientos eficaces.
- Ser informado en el caso de que la paciente abandone algún programa terapéutico en el que participe.
- Poder disponer de un espacio y tiempo adecuado para garantizar el tratamiento, su calidad y seguimiento.
- Poder informar y ser informado sobre las altas de las pacientes.

OTROS PROFESIONALES (MÉDICOS DEL DEPORTE)

- Divulgación de los conocimientos al personal sanitario para que sean conscientes de los beneficios que reporta la actividad física en las pacientes con FM.
- Que las autoridades sanitarias entiendan que el ejercicio físico, en la actualidad, es la principal alternativa no farmacológica en el tratamiento de esta enfermedad.
- Creación de unidades específicas de FM, donde se contemple la participación de un Especialista en Medicina del Deporte.
- Proporcionar los recursos necesarios y destinar fondos para la investigación de esta enfermedad.
- Que en la historia clínica se contemple el seguimiento y la efectividad de la práctica del ejercicio físico.
- Existencia de coordinación con las enfermeras para el seguimiento.
- Fluidez en la transmisión de información.
- Actualización de conocimientos en ejercicio físico dirigido a los agentes sanitarios implicados.



Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad

DESTINATARIO: **PACIENTE**

FLUJOS DE SALIDA: **INFORMACIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Información estandarizada, tras el diagnóstico, de las características del proceso, pronóstico, tratamiento, hábitos recomendables y plan de cuidados en general.
- Ayudar en la identificación de causas posibles que pueden aumentar el dolor y su afrontamiento.

FLUJOS DE SALIDA: **ACCESIBILIDAD**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Establecimiento de programas de citas y seguimiento según evolución.
- Desarrollo de programas de contacto/consulta telefónica para seguimiento de las pacientes.

FLUJOS DE SALIDA: **COMUNICACIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Establecer una relación efectiva con la paciente.
- Obtener información de los tres niveles (biológico, psicológico y social).
- Dar información y negociar la propuesta de tratamiento.
- Concluir la entrevista.

FLUJOS DE SALIDA: **ASISTENCIA SANITARIA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Solicitud de las pruebas complementarias básicas pertinentes tras el diagnóstico.
- Informe clínico de asistencia.
- Establecimiento de criterios conjuntos de derivación, tratamiento y seguimiento.
- Programas de evaluación y control de medicación.
- Conseguir la mejor capacidad funcional para la paciente.
- Control del dolor.
- Programas de ejercicio individualizados

FLUJOS DE SALIDA: **EDUCACIÓN SANITARIA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Programa de aprendizaje para el cumplimiento del tratamiento médico y rehabilitador y de hábitos saludables.
- Programa de adiestramiento en autocuidados.
- Informar sobre grupos de ayuda locales.

FLUJOS DE SALIDA: **ASISTENCIA SANITARIA POR MÉDICO DE FAMILIA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Los informes clínicos incluirán los datos necesarios para permitir el seguimiento del proceso por otros profesionales.
- Se pondrán en marcha estrategias para la educación en la salud.
- Se proporcionará a la paciente información estandarizada de los conocimientos actuales sobre la FM (características, tratamiento, pronóstico).
- Coordinación entre los distintos niveles asistenciales.

- Establecimiento de programa de citas y periodicidad según evolución: diagnóstico de presunción, confirmación, procedimientos diagnósticos, controles, etc.
- Plan de comunicación externa y protocolos de seguimiento de FM entre los diferentes niveles asistenciales, adaptados a las características del medio.

FLUJOS DE SALIDA: **ASISTENCIA SANITARIA POR ENFERMERA DE AP**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Poner en marcha programas de FM en los centros de AP.
- Aplicar cuestionario para evaluación del nivel sintomático a todas las pacientes que han sido incluidas en programa de FM.
- Promover la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes por las pacientes para el afrontamiento de su enfermedad.

FLUJOS DE SALIDA: **ASISTENCIA SANITARIA POR FISIOTERAPEUTA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Se realizará la atención en la Unidad de Fisioterapia más cercana al domicilio y en horarios adecuados a las necesidades de la paciente.
- La demora en el inicio del tratamiento fisioterápico se corresponderá con la severidad de los síntomas (no superior a 30 días).
- Evitar la discontinuidad del tratamiento.
- Facilitar información con respecto al funcionamiento de la Unidad de Fisioterapia.
- Cuidar el respeto, intimidad y dignidad de la paciente/usuario.
- Valoración funcional, identificación del problema y especificación para la fisioterapia.
- Cumplimentar el Registro de Fisioterapia.
- Emitir informe al alta de su actividad asistencial.
- Desarrollar actividades de formación e información dirigidas a las pacientes, familiares (cuidadores) y profesionales.

FLUJOS DE SALIDA: ASISTENCIA SANITARIA POR REUMATÓLOGO

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Asistencia del especialista en un periodo inferior a los 60 días.
- Implantación de consultas de alta resolución.
- Establecimiento de criterios conjuntos para valoración, tratamiento y derivación en atención primaria.
- Accesibilidad a la comunicación de profesionales entre distintos niveles.

FLUJOS DE SALIDA: ASISTENCIA SANITARIA POR REHABILITADOR

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Garantizar una primera visita dentro de los 60 días posteriores a la solicitud.
- Facilitar información sobre la enfermedad y los objetivos del tratamiento a realizar.
- Valoración del dolor, la disfunción corporal y la discapacidad mediante el uso de instrumentos de medida estandarizados (EVA, FIQ, etc.).
- El tratamiento rehabilitador se aplicará dentro de un programa multidisciplinario coordinado desde AP.
- La consulta de revisión, posterior al tratamiento aplicado, se realizará en un plazo de 15 días máximo. Se comprobarán los conocimientos de autocuidado y manejo de la enfermedad que el paciente ha adquirido a lo largo del tratamiento rehabilitador.
- Informe de alta especificando procedimientos terapéuticos empleados y sus resultados según instrumentos de medida empleados en la primera consulta. Incluir pautas de cuidados para continuar con los mismos en Atención Primaria.

FLUJOS DE SALIDA: ASISTENCIA SANITARIA POR PSICÓLOGO

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Información al personal sanitario sobre “habilidades sociales” o tipos de respuestas que puedan servir para manejar mejor la situación por parte de la paciente.
- Aplicar programas de educación, manejo y control del dolor.
- Tratamientos cognitivo-conductuales.
- Entrenamiento en manejo de la percepción de control y competencia percibida.

FLUJOS DE SALIDA: ASISTENCIA SANITARIA POR OTROS PROFESIONALES (MÉDICOS DE DEPORTE)

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Proporcionar una guía de ejercicios adecuados (aeróbicos, de fuerza y flexibilidad) para estas pacientes, donde principalmente se estratifique el esfuerzo físico mediante estandarización de la frecuencia, intensidad y duración de la actividad física, sobre la base de la sintomatología individual.
- Asesorar a los profesionales de los Centros de Atención Primaria sobre la elaboración de programas de actividad física personalizados y manejo de los mismos, que permitan mejorar la calidad de vida de las pacientes.
- Facilitar la orientación a las pacientes, en coordinación con el personal sanitario, hacia aquellas actividades físico-deportivas que mayor beneficio le puedan proporcionar, según su capacidad funcional y características personales.
- Colaborar en la organización con las entidades locales (Ayuntamientos, Asociaciones, etc.) de actividades físicas y deportivas dirigidas hacia las pacientes con FM (gimnasia de mantenimiento, natación, etc.).
- Formar a las propias pacientes como agentes de salud con implicaciones en la organización y dirección de actividades físicas y deportes organizadas desde las entidades locales, siendo asesorados de manera continua por los Especialistas en Actividad Física y Deporte.
- Formar y colaborar con los agentes sociales implicados (asociaciones, agentes de salud y ejercicio, grupos de ayuda mutua -GAM-).

4 COMPONENTES

Descripción general

Asistencia en AP

QUÉ	1º. GESTIÓN DE CITA PARA MÉDICO DE FAMILIA
------------	---

QUIÉN	UAU de AP
--------------	-----------

CUÁNDO	Tras la demanda de asistencia
---------------	-------------------------------

DÓNDE	Centro de Salud
--------------	-----------------

CÓMO	Manual de Procedimientos
-------------	--------------------------

QUÉ	2º. VALORACIÓN MÉDICA: 1ª CONSULTA
QUIÉN	Médico de Familia
CUÁNDO	En 24 horas tras la solicitud de asistencia
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Guías de Práctica Clínica

QUÉ	3º. GESTIÓN DE CITA PARA PRUEBAS COMPLEMENTARIAS/ 2ª CONSULTA CON EL MÉDICO DE FAMILIA
QUIÉN	UAU de AP
CUÁNDO	Tras la indicación por el Médico de Familia
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Manual de Procedimientos

QUÉ	4º. VALORACIÓN MÉDICA: 2ª CONSULTA
QUIÉN	Médico de Familia
CUÁNDO	En un plazo de 15 días desde la 1ª consulta
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Guías de Práctica Clínica

QUÉ	5º. PLANES DE CUIDADOS
QUIÉN	Enfermera
CUÁNDO	Tras el diagnóstico
DÓNDE	Centro de Salud/Recursos Comunitarios
CÓMO	Programa de FM

QUÉ	6º. SEGUIMIENTO
QUIÉN	Médico de Familia
CUÁNDO	2 meses, salvo incidencias
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Guías de Práctica Clínica

QUÉ	7º. GESTIÓN DE CITA PARA CONSULTA DE REUMATÓLOGO/ REHABILITADOR/ PSICÓLOGO/ FISIOTERAPEUTA/ PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
QUIÉN	UAU de AP
CUÁNDO	Tras la demanda de asistencia
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Manual de Procedimientos

QUÉ	8º. VALORACIÓN POR REUMATÓLOGO: 1ª CONSULTA
QUIÉN	Reumatólogo
CUÁNDO	Antes de 60 días desde la solicitud
DÓNDE	Centro Periférico de Especialidades/ Consultas Externas
CÓMO	Guías de Práctica Clínica, Protocolos

QUÉ	9º. VALORACIÓN POR REHABILITADOR: 1ª CONSULTA
QUIÉN	Rehabilitador
CUÁNDO	En los 60 días siguientes a la solicitud
DÓNDE	CPE/Hospital/Centro de Salud/Otros
CÓMO	Guías de Práctica Clínica, Procedimientos, Protocolos

QUÉ	10º. VALORACIÓN POR REHABILITADOR: 2ª CONSULTA
QUIÉN	Rehabilitador
CUÁNDO	En los 15 días posteriores al tratamiento aplicado
DÓNDE	CPE/Hospital/Centro de Salud/Otros
CÓMO	Guías de Práctica Clínica, Procedimientos, Protocolos

QUÉ	11º. VALORACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
QUIÉN	Psicólogo
CUÁNDO	En los 30 días tras la solicitud
DÓNDE	Dispositivo de Apoyo de AP
CÓMO	Manual de Procedimientos

QUÉ	12º. VALORACIÓN E INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICA
QUIÉN	Fisioterapeuta
CUÁNDO	En los 15 días tras la solicitud
DÓNDE	Sala de fisioterapia de AP-AE/Recursos Comunitarios
CÓMO	Manual de Procedimientos



Profesionales. Actividades. Características de calidad

Facultativo/Enfermera/Conductor/Administrativo	
Actividades	Características de calidad
1º Gestión de cita para Médico de Familia	<ol style="list-style-type: none">1. Unidad accesible telefónicamente para información y citas.2. Atención personalizada, amable y correcta.3. Registro informatizado de datos de filiación/administrativos de las pacientes.4. Identificación correcta de la paciente.

Facultativo/Enfermera	
Actividades	Características de calidad
2º Valoración médica: 1ª consulta	<ol style="list-style-type: none">1. Ante sospecha de FM (dolor crónico, generalizado o difuso en raquis y/o extremidades superiores o inferiores) se realizará historia clínica a la paciente que incluirá en todos los casos:<ol style="list-style-type: none">a) Anamnesis: con especial énfasis en las características de dolor (localización, duración, ritmo, factores agravantes y de mejora) y sintomatología acompañante como síndrome constitucional, lesiones dérmicas, procesos diarreicos, cansancio matutino y trastornos del sueño y del ánimo.b) Exploración física: incluye valoración del estado general de la paciente, de la estática corporal en bipedestación, existencia de puntos fibromiálgicos dolorosos (Anexo 1), movilidad del raquis, movilidad activa/pasiva de hombros, codos, manos, caderas, rodillas, tobillos y pies, y existencia de inflamación articular.2. Criterios diagnósticos de FM:<ol style="list-style-type: none">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 (parestias, cefaleas fronto-occipitales, dismenorrea, etc.).

- b) Dolor a la presión en al menos 11 de los 18 puntos sensibles definidos para el diagnóstico de esta enfermedad (Anexo 1). No es necesario detectar el total de los puntos requeridos si el cuadro clínico lo sugiere y se descartan otras patologías.
3. Pruebas complementarias: no existe ninguna prueba de laboratorio ni hallazgo radiológico específico de la FM. Las pruebas complementarias sirven para descartar otras enfermedades que puedan simularla o que puedan coexistir con ella. Su indicación será individualizada en función del cuadro clínico, la exploración física y la sospecha de enfermedad concomitante:
- a) Hemograma.
 - b) Velocidad de sedimentación globular (VSG).
 - c) Glucemia.
 - d) Creatinina.
 - e) Enzimas hepáticas: transaminasas (AST/ALT), gamma-glutamiltanspeptidasa, fosfatasa alcalina.
 - f) Calcio y fósforo.
 - g) Creatinina.
 - h) Proteína C reactiva.
 - i) Hormona estimuladora del tiroides.
 - j) No es preciso solicitar pruebas radiológicas a no ser que exista sospecha de patología articular u ósea concomitante.
4. Se registrarán en la historia clínica los datos obtenidos, la sospecha diagnóstica y las pruebas complementarias solicitadas.
5. Si el paciente cumple los criterios diagnósticos de FM:
- a) Se le realizará una evaluación del nivel sintomático para decisión terapéutica (Anexo 2).
 - b) Se le proporcionará información sobre la FM (Anexo 3).
 - c) Se iniciará el plan terapéutico en función del nivel sintomático (Anexo 4).
 - d) Se derivará a la enfermera para plan de cuidados (continúa en la actividad nº 5).

UAU de AP

Actividades	Características de calidad
3º Gestión de cita para pruebas complementarias/ 2ª consulta con el Médico de Familia/	<ol style="list-style-type: none">1. Cuando las características de las pruebas lo permitan, se adecuarán las citas para realizar las pruebas complementarias en el mismo día, para evitar desplazamientos innecesarios y duplicidad de consultas.2. Se informará de las condiciones especiales para la realización de pruebas complementarias en el caso de que se requiera.3. La cita para una 2ª valoración por el Médico de Familia se realizará teniendo en cuenta la disponibilidad de los resultados de las pruebas complementarias realizadas.

Médico de Familia

Actividades	Características de calidad
4º Valoración médica: 2ª consulta	<ol style="list-style-type: none">1. Se confirmará el diagnóstico si cumple los criterios diagnósticos de FM y, tras la valoración de las pruebas complementarias, se descarta la existencia de otras patologías (Anexo 5):<ol style="list-style-type: none">a) Lupus eritematoso sistémico.b) Artritis reumatoide.c) Espondiloartropatías.d) Esclerosis múltiple.e) Hipotiroidismo.f) Hiperparatiroidismo.g) Neuropatías periféricas.h) Alteraciones estructurales mecánicas o degenerativas del raquis.i) Miopatía (metabólica o inflamatoria).j) Polimialgia reumática.k) Trastornos somatomorfos.l) Trastorno depresivo mayor.2. Tras la confirmación diagnóstica se realizará:<ol style="list-style-type: none">a) Evaluación del nivel sintomático para decisión terapéutica (Anexo 2) e información sobre las distintas opciones terapéuticas en función de su situación clínica (Anexo 4).b) Información a la paciente sobre su enfermedad de acuerdo a su nivel cultural, evitando dramatizar y recurriendo a mensajes positivos (Anexo 3).

- c) Instauración de tratamiento de forma progresiva, que estará basado en tres pilares fundamentales:
- Tratamiento médico según la situación clínica de la paciente (Anexo 6)
 - Ejercicio físico (Anexo 7)
 - Terapia educativa (Anexo 8)
- d) Se derivará a la enfermera para plan de cuidados.
3. Se remitirá la paciente, en función de su situación clínica, a otros profesionales para abordaje específico en las siguientes situaciones:
- a) Reumatólogo cuando exista:
- Comorbilidad
 - Duda diagnóstica
 - Nivel sintomático alto, para orientación terapéutica
- b) Rehabilitador en aquellas pacientes en las que haya que valorar la aplicación de rehabilitación al ejercicio en casos especiales:
- Fracaso en el programa de ejercicios de AP
 - Comorbilidad que dificulte la realización de programas de ejercicio
 - Nivel sintomático alto, para orientación terapéutica
- c) Psicólogo cuando la paciente padece un fuerte estado de ansiedad, nerviosismo, incapacidad manifiesta para hacer frente adecuadamente a la enfermedad, o importante desajuste vital (emocional, relacional y social).
- d) Fisioterapeuta en caso de nivel sintomático alto, cuando el Médico de Familia lo considere necesario, para intervención.
4. La derivación se realizará acompañada de informe detallado en el que se incluyan, además de la correcta identificación del médico solicitante, los datos de filiación de la paciente, anamnesis, exploración, pruebas complementarias realizadas, juicio diagnóstico, tratamiento prescrito y motivo de la remisión.

Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">5º</p> <p>Planes de cuidados</p>	<p>1. Informar a la paciente sobre las actividades a desarrollar. Cuando la paciente no sea tributaria de plan de cuidados grupal se realizará un abordaje individualizado.</p>

2. Asignar a la paciente a un GAM. Inicialmente pueden reunirse en alguna sala del propio centro de salud, pero posteriormente conviene que lo hagan fuera de él (recursos comunitarios), con la finalidad de “desmedicalizar” la situación y de que pueda servir para que las pacientes “despeguen” en la creación de asociaciones propias.

3. Desarrollo del programa de FM:

a) Coordinado por la enfermera.

b) Número de personas aconsejado para cada grupo: entre 10 y 20.

c) Las actividades a realizar serán (Anexo 9):

- Educación para la salud. Los programas educativos tienen como objetivo la mejora en el afrontamiento del proceso, en la autoeficacia y las conductas de salud y por ello en la calidad de vida. El número de sesiones aconsejado oscila entre 10 y 20, de una hora de duración, 2 días a la semana, en horario adecuado a las necesidades del grupo. Incluye información sobre:

- Qué es la FM.

- Medidas no farmacológicas que favorezcan el alivio del dolor, importancia del ejercicio físico, y consejo ergonómico.

- Rol de la mujer en el entorno social. Cambio de actitudes.

- Información sobre aspectos emocionales inherentes:

- (a) Depresión

- (b) Ansiedad, tristeza, llanto...

- (c) Estrategia de afrontamiento del dolor

- (d) Resolución de conflictos y fracasos

- (e) Control de ideas irracionales

- (f) Autoestima

- Importancia del asociacionismo en la vida de las personas:

- (a) Importancia del grupo

- (b) Compartir sentimientos

- (c) Abordaje de situaciones

- (d) Adhesión al tratamiento

- El ejercicio físico se puede realizar en sesiones de 30 a 60 minutos (2-4/semana), fundamentalmente de tipo aeróbico, ajustando la progresión de forma individual (Anexo 7).

4. Información sobre la disponibilidad de los recursos sanitarios (trabajador social, psicólogo, fisioterapeuta, especialistas, etc.) y de la comunidad, de los que se puedan beneficiar.
5. Evaluación del nivel sintomático de cada uno de los componentes del grupo al finalizar el programa (Anexo 2).

Médico de Familia/ Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>6^º</p> <p>Seguimiento</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorización mediante entrevista personal en aquellas pacientes sin mejoría. 2. Se establecerá la periodicidad de las revisiones evaluando el grado de afectación vital, adherencia al tratamiento y respuesta al mismo. 3. Se valorará la pertinencia de posibles consultas a otros profesionales. 4. Derivación a atención especializada cuando se cumplan los criterios especificados en la actividad 4.3. 5. Modificación del tratamiento según el nivel sintomático de la paciente.

UAU-AP

Actividades	Características de calidad
<p>7^º</p> <p>Gestión de citas para consulta de Reumatólogo/ Rehabilitador/ Psicólogo/ Fisioterapeuta/ Pruebas complementarias</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se tendrá información a disposición de la paciente sobre la situación de la lista de espera para acceder a las consultas de especialidades. 2. Las citas de valoración, pruebas complementarias y seguimiento se obtienen mediante procedimientos automatizados y se realizan sin cambios ni demoras. 3. Cuando sea posible se facilitan citas coordinadas para las sucesivas consultas y las pruebas complementarias, procurando su agrupación en el mismo día.

Reumatólogo

Actividades	Características de calidad
8^e Valoración: 1 ^a consulta	<ol style="list-style-type: none">1. Evaluación de pacientes que presenten comorbilidad, duda diagnóstica y nivel sintomático alto, para orientación terapéutica.2. En la recepción de la paciente, deben estar disponibles:<ol style="list-style-type: none">a) El documento de derivación en el que consten los datos de filiación actualizados, antecedentes personales, y un resumen de la anamnesis, exploración, pruebas complementarias solicitadas, juicio clínico de presunción y tratamientos efectuados.b) Las pruebas complementarias previamente realizadas.3. Si se realiza el diagnóstico de otras patologías reumáticas, se prescribirá el tratamiento específico e indicará el plan de seguimiento.4. En caso de confirmación diagnóstica de FM se realizará:<ol style="list-style-type: none">a) Evaluación del nivel sintomático (Anexo 2).b) Información, que puede ser oral o escrita, adaptada a la paciente sobre la FM (Anexo 3), evitando dramatizar la información y recurriendo a mensajes positivos.c) Prescripción individualizada del tratamiento, en función del nivel sintomático, que se realizará de forma progresiva e informando correctamente a la paciente sobre las ventajas y desventajas de las distintas opciones terapéuticas:<ul style="list-style-type: none">• Tratamiento médico (Anexo 6)• Ejercicio físico (Anexo 7)• Asesoramiento psicológico/tratamiento cognitivo-conductual/educacional (Anexo 8)d) Constancia documental y emisión de informe clínico, con indicaciones precisas del manejo de la paciente para seguimiento en Atención Primaria.

Rehabilitador

Actividades	Características de calidad
9^e Valoración: 1 ^a Consulta	<ol style="list-style-type: none">1. Pacientes en las que haya que valorar la aplicación de rehabilitación al ejercicio, sólo en casos especiales:<ol style="list-style-type: none">a) Fracaso en el programa de ejercicios de AP.

- b) Grado de FM o descondicionamiento tan avanzados (nivel sintomático alto) que hacen imposible el aprendizaje y realización de ejercicio en AP. Las contraindicaciones para realizar ejercicio son:
- Absolutas: IAM (3-5 días), angina inestable, arritmias no controladas, endocarditis activa, miocarditis o pericarditis aguda, estenosis aórtica severa sintomática, fallo cardíaco incontrolado, embolismo pulmonar agudo o infarto pulmonar, trastorno agudo tipo no cardíaco que se agrave con el ejercicio (p.ej., infección, fallo renal, tirotoxicosis), trombosis de MMII.
 - Relativas: Estenosis de la arteria coronaria izda. o su equivalente, estenosis valvular cardíaca moderada, alteraciones electrolíticas, hipertensión arterial severa no controlada, anemia, hipertensión pulmonar, taquiarritmias o bradiarritmias, cardiomiopatía hipertrófica, bloqueo AV grave, trastorno mental que inhabilite la cooperación.
- c) Pacientes con contraindicación absoluta al tratamiento farmacológico, y remitidas por el Reumatólogo o Médico de Familia.
- d) Pacientes con discapacidad avanzada que requieren apoyo especializado para hacer frente a las actividades de la vida cotidiana. Se valorará indicación de tratamiento de terapia ocupacional.
2. La valoración de la paciente incluirá:
- a) Anamnesis del dolor, de la capacidad funcional y del impacto del proceso sobre la calidad de vida de la paciente. Uso de escalas de valoración -hoja de evaluación, FIQ, EVA- (Anexo 2).
 - b) Exploración clínica: balance articular, muscular. Exploración de puntos fibromiálgicos.
 - c) Valoración de las pruebas complementarias realizadas (radiología, analítica) e indicación de pruebas complementarias adicionales, si fuese necesario: TC, RM, etc.
 - d) Valoración de la comorbilidad para establecer las particularidades del tratamiento, terapia ocupacional, ayudas técnicas, etc.
 - e) Confirmación de que la paciente conoce su enfermedad y recibe y maneja adecuadamente las medidas terapéuticas habituales.
3. Se informará a la paciente y la familia de forma clara y comprensible sobre las características de la enfermedad (croni-

	<p>cidad), así como de los objetivos del tratamiento y de las expectativas razonables a esperar del mismo (entrenamiento al ejercicio y, en su caso, tratamiento fisioterápico).</p> <p>4. Se establecerá un plan terapéutico individualizado según las necesidades de la paciente:</p> <p>a) Indicación del tipo de entrenamiento al ejercicio a aplicar, dentro de un programa de readaptación a la vida cotidiana (Anexo 7).</p> <p>b) Se valorará la aplicación de técnicas que, individualmente, puedan reportar un beneficio a la paciente (Anexo 10).</p> <p>c) La indicación de terapia ocupacional puede ser de ayuda en caso de gran limitación de la paciente para las actividades de la vida diaria (AVD).</p> <p>d) Valoración de los aspectos socioeconómicos de la paciente y la familia. Remitir al trabajador social si se detecta un problema específico.</p>
--	---

Rehabilitador	
Actividades	Características de calidad
<p>10º</p> <p>Consulta de seguimiento</p>	<ol style="list-style-type: none"> Control y evolución del tratamiento instaurado. Elaboración del informe para el Médico de Familia con indicación de la situación clínica de la paciente, valoración funcional mediante la utilización de escalas -hoja de evaluación, FIQ, EVA- (Anexo 2) y el tratamiento realizado. Indicar pautas de cuidados, plan de ejercicio para continuidad y seguimiento de los mismos en Atención Primaria. Coordinación y comunicación entre los profesionales de distintos niveles ante determinadas situaciones clínicas que se produzcan en el manejo de la paciente.

Psicólogo	
Actividades	Características de calidad
<p>11º</p> <p>Valoración e intervención psicológica</p>	<ol style="list-style-type: none"> La paciente será remitida para valoración e intervención psicológica cuando padezca un fuerte estado de ansiedad, nerviosismo, incapacidad manifiesta para hacer frente adecuadamente a la enfermedad e importante desajuste vital (emocional, relacional y social).

2. Se debe garantizar que si se percibe malestar psicológico importante pueda ser valorada antes de 30 días.
3. La actuación psicológica forma parte del tratamiento integral que se le ofrece a la paciente: farmacológico, planes de cuidados, ejercicio, etc.
4. Se realizará evaluación psicológica:
 - a) Anamnesis que recoja puntual y minuciosamente las quejas sobre el dolor, percepción del mismo, estado de ánimo, índices de depresión y ansiedad como factores independientes.
 - b) Detectar los factores que puedan influir en la percepción y el manejo del dolor.
 - c) Estado emocional de la paciente: niveles de ansiedad, depresión, etc.
 - d) Valoración de la situación psicosocial: familia, allegados, etc.
 - e) Capacidades de afrontamiento de la paciente. Locus de control.
 - f) Expectativas de autoeficacia.
5. Tratamiento:
 - a) Los psicólogos del programa de FM deben estar entrenados en la batería de técnicas derivadas de la psicología cognitivo-conductual que han demostrado capacidad de mejorar la percepción de dolor, el cansancio y el estado de ánimo.
 - b) El tratamiento debe basarse en una información veraz, amplia y exenta de dramatismo, sobre la importancia del control de la enfermedad por parte de la paciente, la adherencia al tratamiento, el buen pronóstico que tiene el locus de control interno y que el núcleo familiar se involucre en la comprensión y el tratamiento de la paciente.
 - c) Los tratamientos sobre los que existe evidencia de su efectividad son:
 - Terapias cognitivo-conductuales
 - Educación a través de materiales específicos
 - Combinación de los dos anteriores y ejercicio físico adecuado
 - Grupos de apoyo
 - Entrenamiento en manejo de la percepción de control y competencia percibida
6. Una vez concluidas las sesiones de trabajo que se le han prescrito, si la mejoría es suficiente y manifiesta, se remi-

tirá con informe al facultativo que derivó a la paciente. El tratamiento podrá ser suspendido cuando la paciente pida el alta voluntariamente, cuando no se ajuste a las pautas de trabajo y no existan razones justificadas, o cuando sea llevado de forma parcial e inconstante por falta de interés de la paciente.

Fisioterapeuta	
Actividades	Características de calidad
<p>12º</p> <p>Valoración e intervención fisioterápica</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La paciente será remitida por el MF cuando lo considere necesario o por los distintos profesionales para valoración e intervención fisioterápica cuando se encuentre en un nivel sintomático alto. 2. Se realizará valoración que se incluirá en todos los casos: <ol style="list-style-type: none"> a) Balance articular. b) Balance muscular. 3. El programa terapéutico debe cumplir los siguientes criterios: <ol style="list-style-type: none"> a) El tratamiento debe ser individualizado y adaptado a la paciente. b) Requiere la participación activa de la paciente. c) Es sintomático. d) El objetivo es paliar el dolor y mejorar la capacidad funcional. e) Realización de pautas específicas para adquirir patrones de movimiento adecuados. 4. Intervención fisioterápica.

Competencias Profesionales

Competencias Generales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

La competencia es un concepto que hace referencia a la capacidad necesaria que ha de tener un profesional para realizar un trabajo eficazmente, es decir, para producir los resultados deseados, y lograr los objetivos previstos por la organización en la que desarrolla su labor. Así entendida, la competencia es un valor susceptible de ser cuantificado.

Las competencias se pueden clasificar en tres áreas:

- Conocimientos: el conjunto de saberes teórico-prácticos y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria profesional, necesarios para el desempeño del puesto de trabajo.
- Habilidades: capacidades y destrezas, tanto genéricas como específicas, que permiten garantizar el éxito en el desempeño del puesto de trabajo.
- Actitudes: características o rasgos de personalidad del profesional que determinan su correcta actuación en el puesto de trabajo.

El Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía incluye entre sus objetivos la puesta en marcha de un Sistema de Gestión Profesional por Competencias. Con esta finalidad, se ha constituido un grupo de trabajo central de Gestión por Competencias y, tras diversas reuniones con profesionales del SSPA, se ha generado, para cuatro grupos profesionales (médicos, enfermeras, matronas y fisioterapeutas), un Mapa General de Competencias tipo, en el que se han establecido las competencias que son nucleares para el desempeño y desarrollo exitoso de cada puesto de trabajo en la organización sanitaria actual, con independencia del nivel o proceso asistencial en el que se ubiquen los respectivos profesionales.

En una segunda fase, se han categorizado dichas competencias nucleares para cada grado de desarrollo (avanzado, óptimo, excelente), de acuerdo a dos categorías: imprescindible (I) y deseable (D).

En el nivel de excelencia, todas las competencias identificadas tienen el carácter de imprescindible. Sin embargo, no son entre sí de igual valor relativo. Para esta discriminación, se ha dado un valor relativo a cada competencia, siendo 1 el valor de menor prioridad y 4 el de la máxima. Se ha generado así el perfil relativo de competencias para el nivel de excelencia que, por término medio, se alcanza entre los 3 y 5 años de incorporación al puesto de trabajo.

Con toda esta información, se han construido los Mapas de Competencias tipo de los profesionales del SSPA, en los que no se incluyen las Competencias Específicas de cada proceso o nivel asistencial.

A partir de este punto, y para la adecuada puesta en marcha de la Gestión por Competencias, resulta necesario definir específicamente las competencias de los distintos niveles, tal y como se ha hecho, por ejemplo, para los profesionales de los servicios de urgencia, para los de las empresas públicas de reciente constitución, etc.

Competencias Específicas del Proceso

En el caso concreto del diseño de los procesos asistenciales, resulta también necesario definir las competencias que deben poseer los profesionales para el desempeño de su labor en el desarrollo de dichos procesos.

No obstante, no es pertinente detenerse en la definición de las Competencias Específicas de cada una de las especialidades o titulaciones, puesto que éstas se encuentran ya estandarizadas y definidas muy detalladamente en los planes específicos de formación correspondientes a cada una de las mismas.

Sin embargo, sí resulta de mucha mayor utilidad definir concretamente aquellas otras competencias que, si bien son consideradas necesarias para el desarrollo de los Procesos Asistenciales, no se incluyen habitualmente, o de manera estándar, en los planes de formación especializada, o bien, aún estando contempladas en éstos, requieren de un énfasis especial en su definición.

Esto, además, representa un desafío importante para el SSPA, pues debe diseñar y gestionar las actividades de formación adecuadas y necesarias para conseguir que los profesionales que participan en los procesos, que ya cuentan con determinados conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas durante su formación académica en orden a lograr su titulación, puedan incorporar ahora esas otras competencias que facilitarán que el desarrollo de los mismos se realice con el nivel de calidad que el SSPA quiere ofrecer al ciudadano, eje central del sistema.

De esta forma, y una vez definidos los Mapas de Competencias Generales (Competencias tipo) de médicos/as y enfermeros/as, se han establecido las Competencias Específicas por Procesos Asistenciales, focalizando la atención básicamente en las competencias que no están incluidas habitualmente (o no lo están con detalle) en la titulación oficial exigible para el desempeño profesional en cada uno de los niveles asistenciales. Para determinar estas competencias, se ha utilizado una metodología de paneles de expertos formados por algunos de los miembros de los grupos encargados de diseñar cada proceso asistencial, pues son ellos quienes más y mejor conocen los requisitos necesarios para su desarrollo. El trabajo final de elaboración global de los mapas ha sido desarrollado por el grupo central de competencias.

A continuación, se presenta el Mapa de Competencias para el proceso, que incluye tanto la relación de Competencias Generales para médicos/as y enfermeros/as del SSPA (Competencias tipo) como las Competencias Específicas de este proceso, las cuales, como ya se ha mencionado a lo largo de esta introducción, no están incluidas con el suficiente énfasis en los requisitos de titulación.

Así, los diferentes profesionales implicados en los procesos, junto con los correspondientes órganos de gestión y desarrollo de personas, podrán valorar, según su titulación específica y las competencias acreditadas, cuáles son las actividades de formación y de desarrollo profesional que les resultan necesarias para adquirir las nuevas competencias en aras de lograr un mayor nivel de éxito en el desarrollo de los procesos asistenciales.

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

CONOCIMIENTOS		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				
C-0024	Informática, nivel usuario	I	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	D	I				
C-0077	SopORTE vital avanzado cardiológico	I	I	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0107	Sistemas de evaluación sanitaria	D	I	I				
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	D	I	I				
C-0168	Planificación, programación de actividad asistencial	D	I	I				
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	D	I	I				
C-0173	Metodología de calidad	D	I	I				
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	D	I	I				
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía	D	I	I				
C-0180	Definición de objetivos y resultados: dirección por objetivos (DPO)	D	D	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	I	I	I				
C-0497	Conocimientos de sistemas de red social y recursos extrasanitarios (autoayuda)	D	I	I				
C-0526	Efectos secundarios e interacciones de fármacos	I	I	I				
C-0527	Conocimiento de escalas de valoración de discapacidad	D	I	I				
C-0531	Conocimiento de medicinas alternativas	D	D	I				
C-0532	Conocimiento de terapia ocupacional, hidroterapia, etc.	D	D	I				
C-0533	Conocimiento de las técnicas diagnóstico-terapéuticas "de su ámbito de responsabilidad"	I	I	I				
C-0534	Exploración psicopatológica	I	I	I				
C-0535	Otras instituciones no sanitarias, relacionadas "con el proceso"	D	I	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

HABILIDADES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, incorporar adeptos y estimular el compromiso, Capacidad de motivar	D	D	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	I	I	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	I	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad interpersonal, capacidad de construir relaciones)	D	I	I				
H-0025	Capacidad de liderazgo	D	D	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	D	I	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0042	Manejo Telemedicina	D	I	I				
H-0054	Informática nivel usuario	I	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0085	Dar apoyo	D	I	I				
H-0087	Entrevista clínica	I	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	I	I	I				
H-0096	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	I	I				
H-0332	Desarrollo de grupos psicoeducativos; psicoterapéuticos	D	D	I				
H-0333	Técnicas de ayuda psicológica no reglada	D	I	I				
H-0334	Supervisión, interconsulta y coterapia	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

ACTITUDES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0020	Proactivo	D	I	I				
A-0024	Juicio crítico	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro), respeto de los derechos de los pacientes	I	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	D	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio, accesible,	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0048	Positivo	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				
A-0075	Creatividad	D	I	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMERAS

CONOCIMIENTOS		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
C-0004	Conocimientos básicos de calidad (Indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, guías de práctica clínica)	D	I	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C-0069	Metodología en gestión de procesos	D	D	I				
C-0077	Soporte vital avanzado cardiológico	I	I	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	D	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0165	Metodología de cuidados (procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados)	I	I	I				
C-0171	Promoción de la salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	I	I	I				
C-0174	Bioética	D	D	I				
C-0179	Conocimientos básicos de gestión recursos (planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto...)	D	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0497	Conocimientos de sistemas de red social y recursos extrasanitarios (autoayuda)	D	I	I				
C-0525	Manejo de la ansiedad	D	D	I				
C-0526	Efectos secundarios e interacciones de fármacos	I	I	I				
C-0527	Conocimiento de escalas de valoración de discapacidad	D	I	I				
C-0563	Protocolos, procedimientos y guías prácticas para la enfermera "según proceso"	D	I	I				
C-0570	Diagnósticos enfermeros e intervenciones en el proceso	D	I	I				
C-0597	Promoción de la enseñanza de los autocuidados a la paciente y a su entorno familiar	I	I	I				
C-0619	Conocimiento avanzado del proceso asistencial	D	I	I				
C-0643	Enfermería basada en la evidencia	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMERAS

HABILIDADES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, incorporar adeptos y estimular el compromiso, capacidad de motivar	D	D	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	D	I	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-0022	Resolución de problemas	D	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	D	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad interpersonal, capacidad de construir relaciones)	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0028	Habilidad de comunicación, transmisión	D	D	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	I	I	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0054	Informática nivel usuario	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0069	Facilidad para la comunicación	I	I	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0087	Entrevista clínica	I	I	I				
H-0089	Individualización de cuidados	I	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	D	I	I				
H-0096	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	D	I				
H-0270	Dinámica de grupos	D	D	I				
H-0331	Capacidad para adiestrar y apoyar a la familia en su rol cuidador	D	I	I				
H-0332	Desarrollo de grupos psicoeducativos, psicoterapéuticos	D	D	I				
H-0333	Técnicas de ayuda psicológica no reglada	D	D	I				
H-0338	Capacidad de aplicar criterios de calidad en la práctica habitual	D	D	I				
H-0373	Registros de enfermería (plan de acogida, valoración inicial, plan de cuidados, informe de alta, recomendaciones cuidados,...)	I	I	I				
H-0394	Detectar complicaciones	I	I	I				
H-0413	Educación de la paciente en el manejo de su enfermedad y promoción del autocuidado	I	I	I				
H-0417	Capacidad de establecer relaciones entre las diferentes áreas/líneas de la organización	D	I	I				
H-0419	Elaboración de planes de cuidados según proceso	D	I	I				
H-0420	Cuidados específicos según proceso	D	I	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMERAS

ACTITUDES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0024	Juicio crítico	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro), respeto de los derechos, de las pacientes	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio, accesible	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0048	Positivo	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0007	Creatividad	D	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	D	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: FISIOTERAPEUTAS

CONOCIMIENTOS		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
C-0004	Conocimientos básicos de calidad (indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, guías de práctica clínica)	D	I	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C-0069	Metodología en gestión de procesos	D	D	I				
C-0077	SopORTE vital avanzado cardiológico	D	I	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	D	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0110	Conocimiento de las técnicas básicas de imagen	D	D	I				
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0171	Promoción de la salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	I	I	I				
C-0174	Bioética	D	D	I				
C-0179	Conocimientos básicos de gestión de recursos (planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto...)	D	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0490	Procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica del fisioterapeuta	I	I	I				
C-0493	Conocimientos básicos de los apoyos ortésicos y protésicos	D	I	I				
C-0497	Conocimientos de sistemas de red social y recursos extrasanitarios (autoayuda)	D	I	I				
C-0528	Conocimientos de biomecánica	I	I	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: FISIOTERAPEUTAS

HABILIDADES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	D	I	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-0022	Resolución de problemas	D	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	D	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	I	I	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0054	Informática nivel usuario	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0089	Individualización de cuidados	I	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	D	I	I				
H-0235	Manejo de vendaje funcional	D	I	I				
H-0290	Movilización bajo anestesia	D	I	I				
H-0291	Manejo de heridas	D	I	I				
H-0292	Ergonomía (escuela de la espalda, higiene postural...)	D	I	I				
H-0293	Manejo técnicas específicas: respiración, drenaje linfático, cardiovascular	D	I	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: FISIOTERAPEUTAS

ACTITUDES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0007	Creatividad	D	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0024	Juicio crítico	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro), respeto de los derechos de las pacientes	I	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	D	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio, accesible	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0048	Positivo	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad)	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				



Recursos. Características generales. Requisitos

RECURSOS	NECESIDADES	
Humanos	Dotación suficiente para el adecuado desarrollo del proceso	Cada nivel asistencial deberá establecer el perfil profesional necesario (habilidades, conocimiento y actitudes) para el ejercicio profesional
Papelería/ Soporte lógico	<ul style="list-style-type: none">– Documentos estandarizados para seguimiento de las pacientes, la relación con los distintos profesionales y servicios de soporte– Hojas de evaluación del nivel sintomático– Documentos informativos para la paciente:<ul style="list-style-type: none">• Sobre la enfermedad y el tratamiento• Hojas informativas sobre ejercicio físico• Folletos educativos sobre hábitos de vida saludable– Material didáctico para las consultas y sesiones de educación sanitaria individual y grupal	
Sistemas de información	<ul style="list-style-type: none">– Soporte informático– Soporte de telefonía y fax– Intranet/Internet/Correo electrónico	<ul style="list-style-type: none">– Historia clínica informatizada con módulo específico– Capacidad para recoger toda la información requerida para el adecuado desarrollo del proceso– Facilidad de manejo y accesibilidad– Información estructurada por paciente, diagnóstico, servicio, etc.

		– Conexión entre los centros de Atención Primaria y acceso a bases de datos.
Equipamientos	<ul style="list-style-type: none"> – Aula para talleres – Sala de fisioterapia – Equipo de proyección audiovisual 	Dotación para la realización de las actividades planificadas.

Unidades de soporte

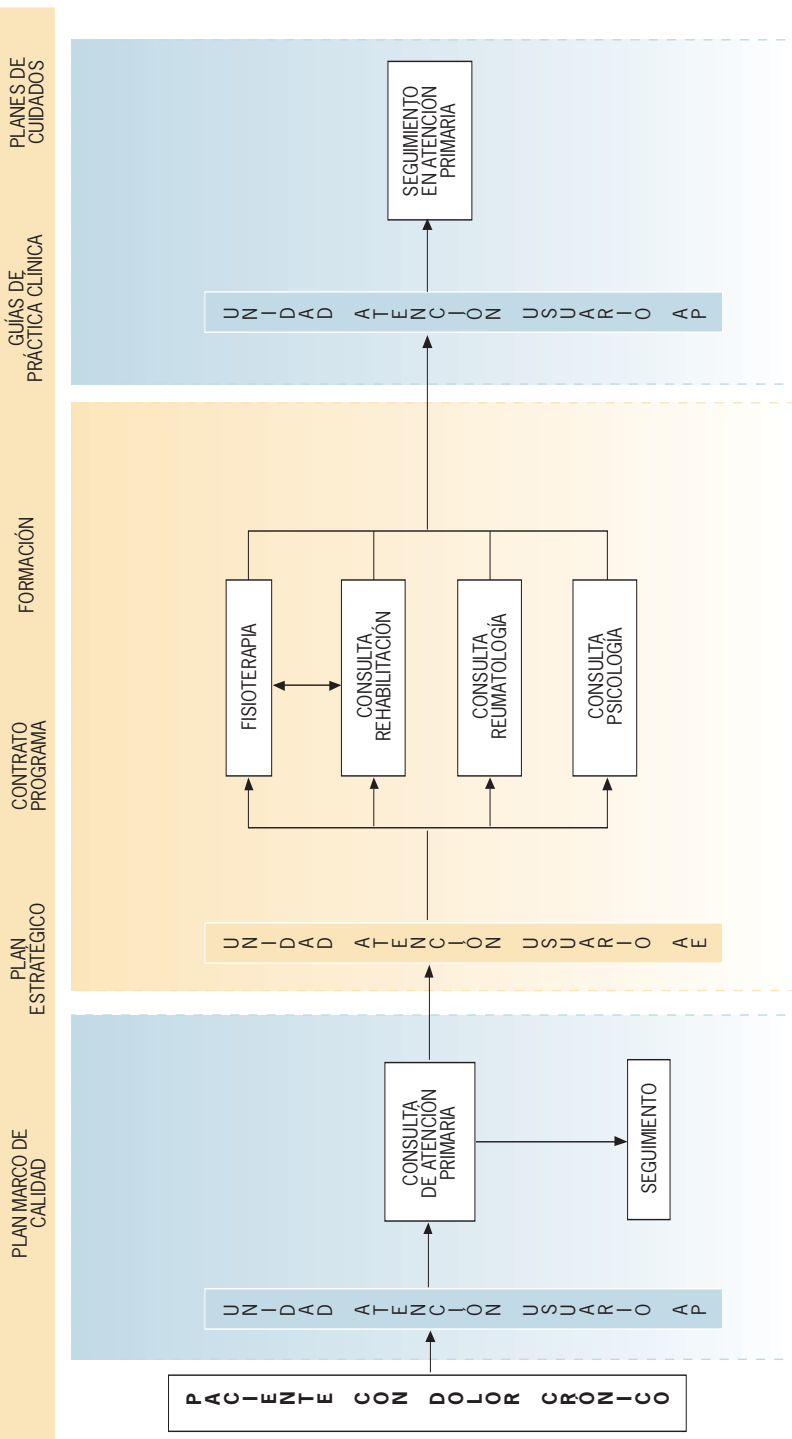
UNIDADES DE SOPORTE	ENTRADAS
Servicio de Laboratorio	Determinaciones analíticas que permitan el diagnóstico diferencial con otras enfermedades
Servicio de Diagnóstico por Imagen	Estudios específicos para el diagnóstico diferencial
Recursos comunitarios (entidades locales, asociaciones)	<ul style="list-style-type: none"> Aula para talleres Piscina Gimnasio para ejercicio no supervisado

5

REPRESENTACIÓN GRÁFICA

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1: FIBROMIALGIA

PROCESOS ESTRATÉGICOS

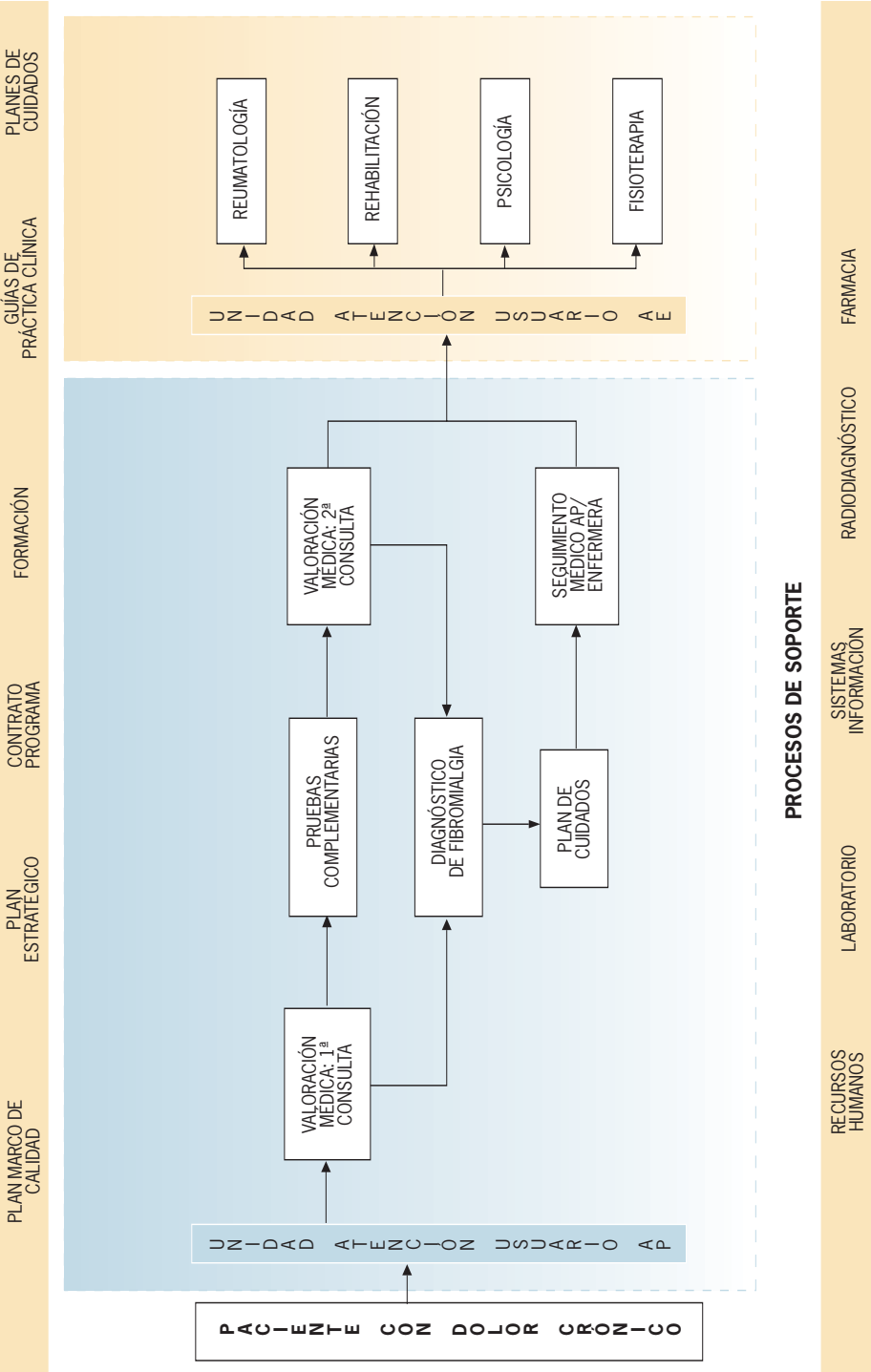


PROCESOS DE SOPORTE



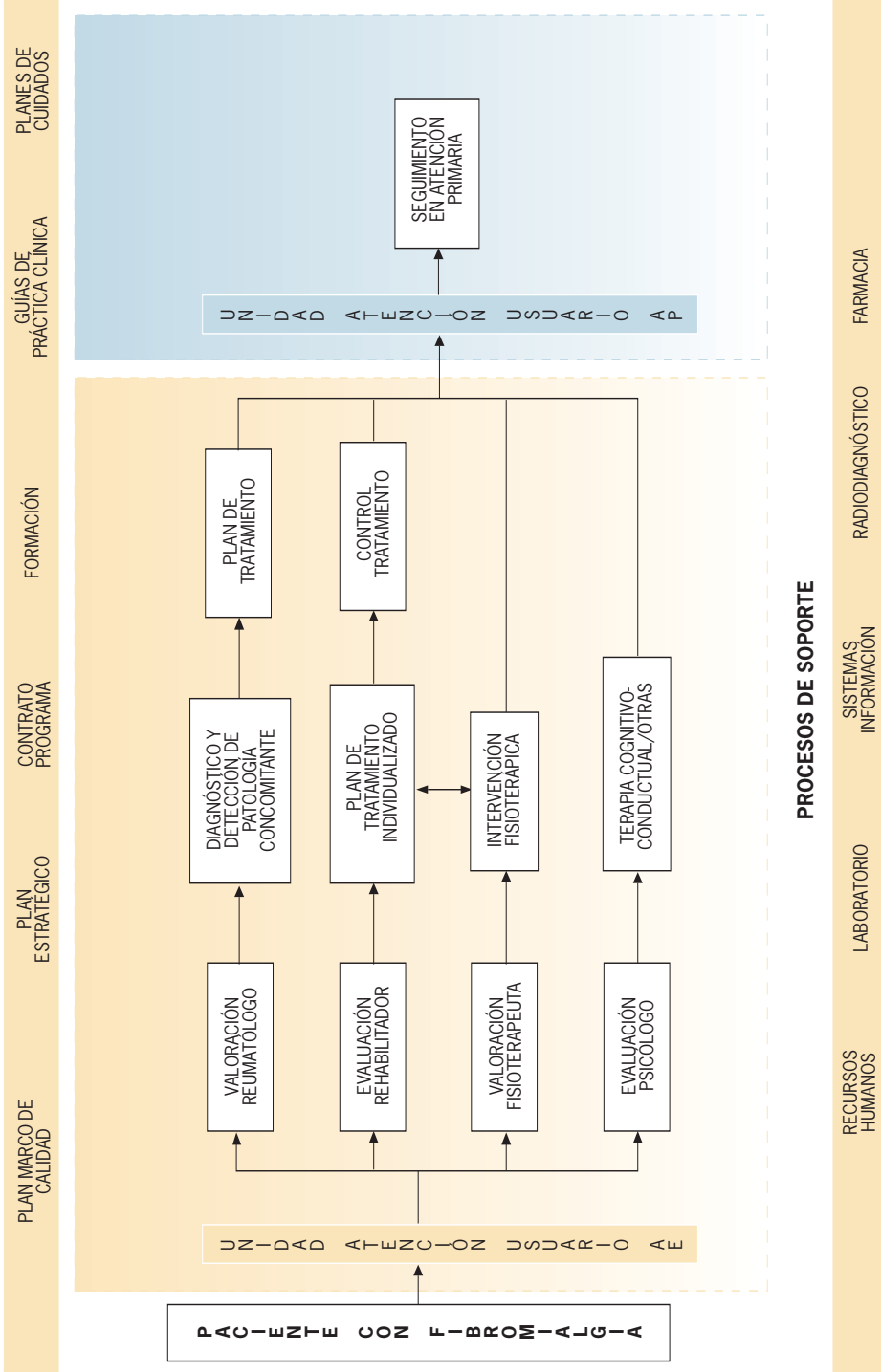
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2. FIBROMIALGIA: ATENCIÓN PRIMARIA

PROCESOS ESTRATÉGICOS

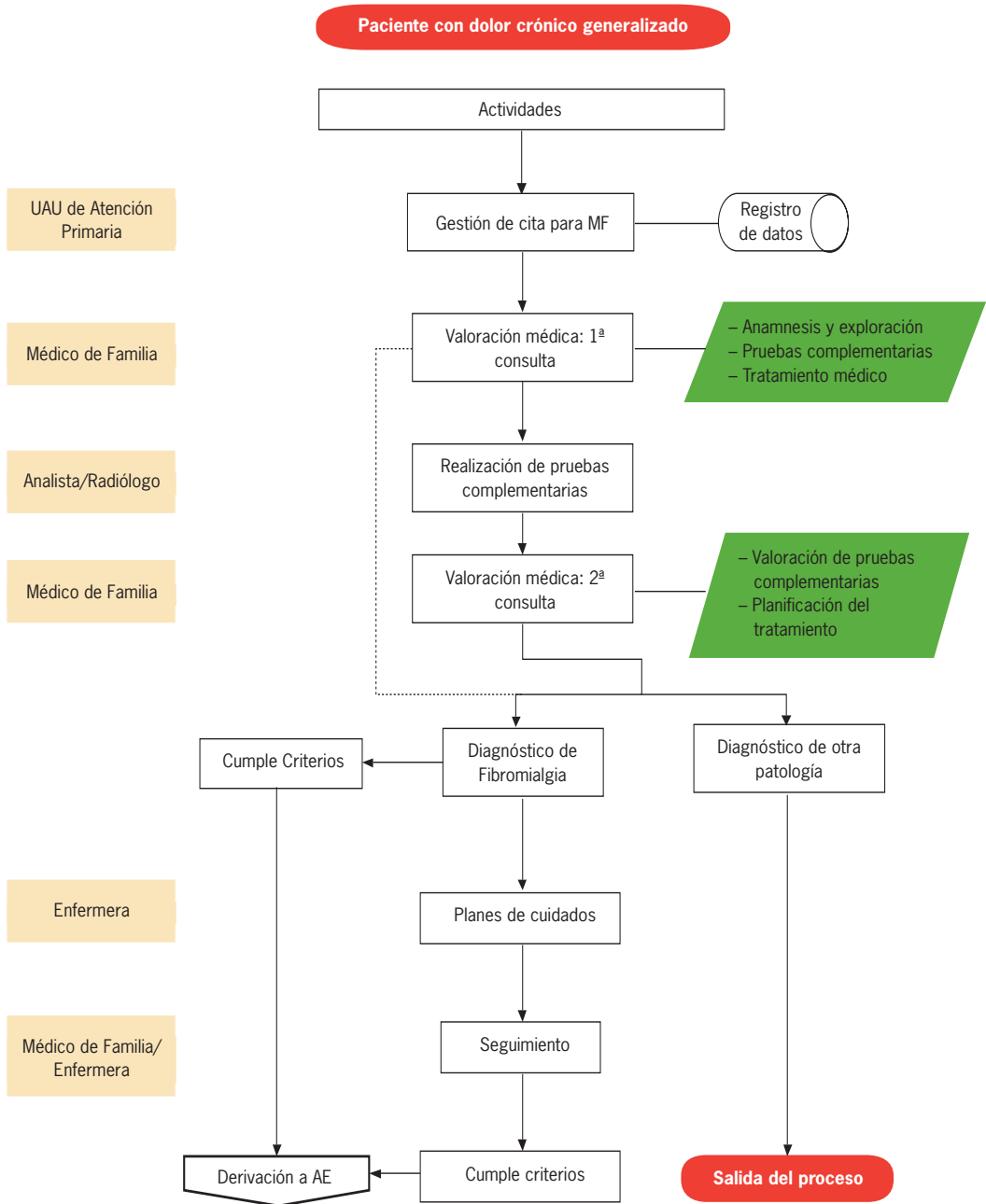


ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2. FIBROMIALGIA: ATENCIÓN ESPECIALIZADA

PROCESOS ESTRATÉGICOS



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. FIBROMIALGIA: ATENCIÓN PRIMARIA



6 INDICADORES

1. PREVALENCIA

Denominación	Prevalencia de la FM
Tipo de indicador	Resultado
Fundamento	La prevalencia en la población general es aproximadamente del 2,7%, una desviación del $\pm 20\%$ del estándar nos orienta hacia un infradiagnóstico o exceso del mismo
Fórmula	$\frac{\text{Número casos de FM}}{\text{Población total}} \times 100$ a fecha de 31 de diciembre del año evaluado
Fuente	Registros de AP, BDU, Historia Clínica
Estándar	2,7%

2. NIVEL SINTOMÁTICO

Denominación	Pacientes diagnosticadas de FM en los que se ha registrado la valoración del nivel sintomático en la Historia Clínica
Tipo de indicador	Proceso
Fundamento	El abordaje terapéutico de este colectivo está en función del nivel sintomático y las modificaciones que se producen en el mismo nos orientan hacia las estrategias a seguir en los distintos periodos evolutivos de la enfermedad
Fórmula	$\frac{\text{Pacientes diagnosticadas de FM en AP en los que se ha registrado la valoración del nivel sintomático en la HC}}{\text{Total de pacientes diagnosticadas en un año}} \times 100$
Fuente	Registros de AP, Historia Clínica
Estándar	80%

3. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Denominación	Cuando exista necesidad de tratamiento farmacológico, porcentaje de prescripción de amitriptilina o ciclobenzaprina en pacientes diagnosticadas de FM
Tipo de indicador	Efectividad
Fundamento	Existe fuerte evidencia de la utilidad de la amitriptilina y ciclobenzaprina en la mejora sintomática de pacientes con FM. Este indicador nos va a permitir monitorizar si se va produciendo un incremento del uso de estos fármacos con relación a otros de menor o ninguna evidencia
Fórmula	$\frac{\text{Pacientes con FM a las que se les prescribe amitriptilina o ciclobenzaprina}}{\text{Total de pacientes diagnosticadas en un año}} \times 100$
Fuente	Registros de AP, Historia Clínica
Estándar	A determinar en futuros estudios

4. GAM

Denominación	Pacientes diagnosticadas de FM incluidas en GAM
Tipo de indicador	Proceso
Fundamento	La evidencia disponible indica que la inclusión de la paciente en GAM supone una mejora en su calidad de vida
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes diagnosticadas de FM incluidas en GAM}}{\text{Total de casos de FM diagnosticadas, a fecha de 31 de diciembre del año evaluado}} \times 100$
Fuente	Registros AP
Estándar	No conocido. A determinar en futuros estudios

5. EJERCICIO FÍSICO

Denominación	Porcentaje de pacientes que continúan en programa de ejercicio físico
Tipo de indicador	Proceso
Fundamento	El ejercicio es la base del tratamiento de la FM y la adherencia al tratamiento produce una mejoría en su calidad de vida
Fórmula	$\frac{\text{Pacientes con FM que continúan en programa de ejercicio físico a los 6 meses de iniciado}}{\text{Total de pacientes que lo iniciaron en el año evaluado}} \times 100$
Fuente	Programa de FM
Estándar	50%

6. CALIDAD DE VIDA

Denominación	Porcentaje de pacientes con mejoría significativa en al menos dos escalas de evaluación del nivel sintomático a los 6 meses desde la inclusión en el proceso
Tipo de indicador	Resultado
Fundamento	La finalidad del proceso es la mejoría del nivel de calidad de vida de la paciente. La implementación del proceso nos permitirá conocer el impacto en la mejoría de la calidad de vida de las pacientes incluidas
Fórmula	$\frac{\text{Pacientes con una mejoría en su puntuación global de al menos el 20\%, en dos de las escalas, a los 6 meses de la evaluación inicial del nivel sintomático}}{\text{Pacientes incluidas en el proceso en el año evaluado}} \times 100$
Fuente	Hojas de evaluación del nivel sintomático, Registros de AP, Historia Clínica
Estándar	A determinar en futuros estudios

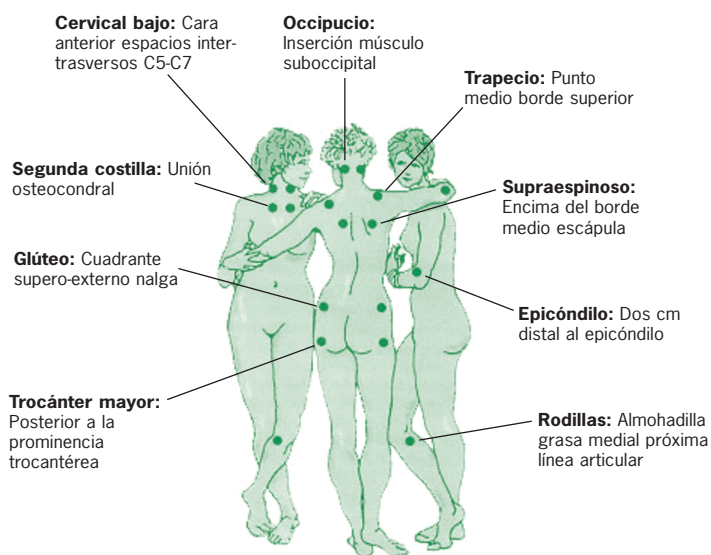
7. CALIDAD DE VIDA

Denominación	Porcentaje pacientes con mejoría de su nivel sintomático a los 6 meses desde la inclusión en el proceso
Tipo de indicador	Resultado
Fundamento	La finalidad del proceso es la mejoría del nivel de calidad de vida de la paciente. La implementación del proceso nos permitirá conocer el impacto en la mejoría de la calidad de vida de las pacientes incluidas
Fórmula	$\frac{\text{Pacientes con una mejoría en su nivel sintomático inicial a los 6 meses de la evaluación}}{\text{Pacientes incluidas en el proceso en los seis meses previos}} \times 100$
Fuente	Hojas de evaluación del nivel sintomático, Registros de AP, Historia Clínica
Estándar	A determinar en futuros estudios
Definición de términos	Se considera que ha mejorado el nivel sintomático cuando pasa a a un nivel inferior del evaluado inicialmente (del alto pasa al medio o bajo, o del medio pasa al bajo)

LOCALIZACIÓN DE LOS PUNTOS DOLOROSOS EN LA FIBROMIALGIA

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

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



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

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

ESCALA DE VALORACIÓN DEL NIVEL SINTOMÁTICO

El grupo de profesionales que ha elaborado el proceso considera que la evaluación del dolor, estado de ansiedad y depresión, y de la capacidad funcional de la persona con FM debe realizarse en todas las consultas orientadas al establecimiento de una estrategia terapéutica. Ello ayudará a orientar distintas pautas de tratamientos o a recurrir a diferentes profesionales. Esta evaluación deberá realizarse de forma sencilla, ágil y con un consumo realista del tiempo de ejecución, garantizando así su viabilidad en nuestro sistema sanitario.

Las escalas son un método fiable y sensible al cambio para la cuantificación del dolor y otros síntomas. Entendemos que el FIQ en español, validado en nuestro país por algunos investigadores, constituye una herramienta valiosa en la investigación clínica, y por ello, con un nivel de adecuación menos idóneo para la práctica clínica diaria.

Proponemos 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 en 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.

Modelo de hoja de evaluación de fibromialgia

Nombre y apellidos:

Situación laboral:

Fecha nacimiento:

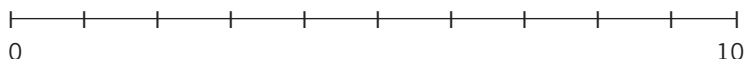
Fecha realización:

Esta hoja puede ser rellenada por usted o, si lo necesita, con ayuda del personal sanitario. **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?

Sin dolor

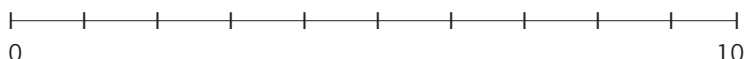
Máximo dolor
o dolor mortal



2. ¿Cuánta tristeza o depresión siente?

Sin tristeza

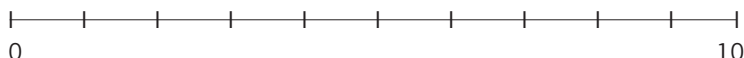
Máxima tristeza
o tristeza mortal



3. ¿Cuánto nerviosismo o ansiedad nota?

Sin nervios

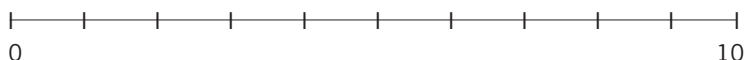
Máximo nerviosismo
o nerviosismo mortal



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

Sin dificultad

Imposible de realizar



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

FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire)¹

Fecha: ___ / ___ / ___

Nombre

INSTRUCCIONES: Haga un círculo alrededor del número que mejor describa **su capacidad** para realizar las siguientes tareas durante la **última semana**. Si usted no ha realizado alguna actividad de las preguntas, déjela en blanco.

	Siempre	Bastantes veces	En ocasiones	Nunca
1- ¿Usted pudo?:				
• Ir a comprar	0	1	2	3
• Lavar y tender la ropa	0	1	2	3
• Preparar la comida	0	1	2	3
• Lavar los platos a mano	0	1	2	3
• Limpiar el suelo	0	1	2	3
• Hacer las camas	0	1	2	3
• Caminar varios centenares de metros	0	1	2	3
• Visitar a los amigos o a los parientes	0	1	2	3
• Cuidar el jardín	0	1	2	3
• Conducir un coche	0	1	2	3
2- De los 7 días de la semana pasada, ¿cuántos se sintió bien?				
0 1 2 3 4 5 6 7				
3- ¿Cuántos días de trabajo perdió la semana pasada debido a la fibromialgia?				
0 1 2 3 4 5 6 7				

¹ MONTERDE, S; SALVAT, I; MONTULL, S, Y FERNÁNDEZ BALLART, J.: "Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire", *Rev Esp Reumatol* 2004; 31 (9):507-513.

Haga un círculo alrededor del número que mejor describa **cómo se sintió** usted la **última semana**:

4- Cuando trabajó, ¿cuánto afectó el dolor u otros síntomas de la fibromialgia a su capacidad para trabajar?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No tuve problemas						Tuve grandes dificultades				
5- ¿Hasta qué punto ha sentido dolor?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún dolor						He sentido un dolor muy intenso				
6- ¿Hasta qué punto se ha sentido cansada?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me he sentido cansada						Me he sentido muy cansada				
7- ¿Cómo se ha sentido al levantarse por la mañana?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me he despertado descansada						Me he despertado muy cansada				
8- ¿Hasta que punto se ha sentido agarrotada?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me he sentido agarrotada						Me he sentido muy agarrotada				
9- ¿Hasta qué punto se ha sentido tensa, nerviosa o ansiosa?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me he sentido nerviosa						Me he sentido muy nerviosa				
10- ¿Hasta qué punto se ha sentido deprimida o triste?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me he sentido deprimida						Me he sentido muy deprimida				

Instrucciones para obtener la puntuación total

El FIQ es actualmente el estándar para valorar los componentes del estado de salud en las personas con fibromialgia, especialmente en los trabajos de investigación. Se estima que su tiempo de realización está en torno a los 5 minutos.

Este cuestionario, que se entrega a la paciente para que lo rellene, tiene un rango de puntuación del 0 al 100, siendo el 100 el peor estado. Las preguntas se refieren a la semana anterior.

Son 10 preguntas, cada una de ellas con un valor máximo de 10 puntos.

Para los tres primeros ítems, cuya respuesta no se recoge en una escala del 0 al 10, se necesitan ajustes:

- La primera pregunta: “¿Usted pudo?...” tiene 10 apartados (“Ir a comprar”, etc.) que puntúan en un rango de 0-3. Para calcular su peso relativo:
 - Se suma la puntuación total de las contestadas (máximo 30).

- Se divide por el número de contestadas (máximo 10).
- El resultado se multiplica por 3,33.
- La segunda pregunta: “De los 7 días de la semana pasada, ¿cuántos se sintió bien?”. Para calcular su peso relativo se adecua el valor del resultado, para considerar los días que se sintió mal. (1 día bien, suponen 6 mal) Se multiplica el resultado corregido, por 1,43.
- Para la tercera pregunta, considerando el valor máximo 7, se aplica el factor multiplicador 1,43. Si sólo se considerasen 5 días laborables, el resultado se obtendría multiplicando por 2.
- Para el resto de las preguntas se suma el resultado tal cual.

Para la puntuación final, por si alguna pregunta se ha dejado en blanco, se suman las puntuaciones obtenidas y se divide por el número de preguntas contestadas.

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE²

¿Qué es la fibromialgia?

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

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

NO TIENE UNA CAUSA CONOCIDA y antes de llegar al diagnóstico definitivo, la persona con fibromialgia puede haber consultado a diferentes especialistas (digestivo, corazón, traumatología, psiquiatría, reumatología, rehabilitación...). Es más, con frecuencia los mismos FAMILIARES dudan de la veracidad de las molestias que el enfermo refiere, puesto que el médico les cuenta que los análisis y las radiografías son normales. Las múltiples molestias que ocasiona la fibromialgia a quien la sufre, junto con el hecho de que con frecuencia no sea identificado el proceso, ocasionan inquietud en la enferma. Por este motivo, muchas pacientes se tranquilizan si reciben una explicación sobre la naturaleza de su padecimiento, comprendiendo así sus propias molestias y pudiendo realizar los cambios adecuados en su ESTILO DE VIDA.

¿Qué la produce?

Se han descrito casos de fibromialgia que COMIENZAN después de procesos puntuales, como puede ser una infección bacteriana o viral, un accidente de automóvil, la separación matrimonial o el divorcio, un problema con los hijos...

En otros casos aparece después de que otra enfermedad diferente modifique la calidad de vida de la enferma, como es el caso de la artritis reumatoide, lupus eritematoso...

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

Los estudios médicos en la fibromialgia se han orientado a analizar si hay lesiones en los músculos, alteraciones en el sistema inmunológico, anomalías psicológicas, problemas hormonales

² Modificado del documento de información a la paciente editado por la Sociedad Española de Reumatología.

o como se ha señalado previamente, alteraciones en los mecanismos protectores del dolor. Todo está aún en investigación. La ANSIEDAD y la DEPRESIÓN no son causa de la fibromialgia, pero sí parece que empeoran los síntomas.

¿Qué síntomas produce?

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

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

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

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

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

¿Cómo se diagnostica?

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

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

¿En qué consiste el tratamiento de la fibromialgia?

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

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

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

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

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

Es necesario EVITAR los factores que agravan los síntomas. Si se adoptan posturas forzadas y poco naturales se fuerzan las inserciones de los músculos, provocando dolor. Por este motivo habrá que cuidar los asientos en el trabajo o en la casa. Hay que evitar levantar o sostener pesos para los que la musculatura de la persona en cuestión no está preparada. La obesidad es un factor de sobrecarga musculotendinosa y por tanto, es recomendable perder esos kilos de más. Cuando la depresión y la ansiedad se asocian a la fibromialgia, habrá que tratar estos problemas, y si es preciso, con la ayuda del psiquiatra. Una actitud positiva en el día a día es fundamental. La excesiva preocupación por los problemas cotidianos es un elemento clave de las personas con fibromialgia. Así, habrá que procurar un cambio de mentalidad tanto en dichas personas como en las que las rodean, buscando un ambiente familiar relajado y libre de exigencias constantes, donde todos los miembros de la familia deberán asumir las responsabilidades familiares y compartir las tareas del hogar. Es conveniente marcarse OBJETIVOS DIARIOS que se sepa que se pueden cumplir (ir a comprar a tal sitio, no dejar de hacer aquello que se había previsto, intentar no dar a los pequeños problemas más importancia de la que tienen...).

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

pueden ser eficaces los masajes, el calor local, los baños calientes, los ejercicios de estiramiento muscular y algunos tipos de “corrientes”.

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

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

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

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS SEGÚN EL NIVEL SINTOMÁTICO

I.- Nivel bajo

- Plan de cuidados:
 - Educación
 - Estrategias de autoayuda
 - Ejercicio físico no supervisado
 - Higiene del sueño
- Tratamiento farmacológico

II.- Nivel medio

- Plan de cuidados:
 - Educación
 - Estrategias de autoayuda
 - Higiene del sueño
 - Intervención familiar
 - Ejercicio físico supervisado
- Tratamiento farmacológico

III.- Nivel alto

- Plan de cuidados:
 - Educación
 - Estrategias de autoayuda
 - Higiene del sueño
 - Intervención familiar
 - Ejercicio físico supervisado
- Tratamiento farmacológico
- Tratamiento especializado (reumatológico, rehabilitador, psicológico, terapia ocupacional, fisioterapéutico)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA FIBROMIALGIA

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

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

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

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

Criterios mayores

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

Criterios menores

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

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

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

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Las evidencias disponibles actualmente indican que las terapias más efectivas para el tratamiento de la FM son el ejercicio, la terapia cognitivo-conductual, la educación sanitaria y el uso de dosis bajas de tricíclicos como la amitriptilina y ciclobenzaprina.

El objetivo del tratamiento es el control del cortejo sintomático ya que no existe tratamiento farmacológico específico para la FM. Se han utilizado múltiples fármacos, aunque sólo una minoría han demostrado ser eficaces.

Existe evidencia de su efectividad:

Amitriptilina: Mejora el sueño y el malestar general. Iniciar la dosis con 10 mg en la cena e ir incrementándola según tolerancia hasta alcanzar la dosis recomendada (25-50 mg).

Ciclobenzaprina: Similar en respuesta y posibles efectos adversos a la amitriptilina. Dosis de 10-30 mg antes de acostarse.

Evidencias moderadas, en fármacos comercializados en España:

Tramadol: Eficaz como analgésico incluso a dosis bajas sin sobrepasar los 400 mg día.

Paracetamol/Tramadol: Combinación eficaz en dosis bajas. No sobrepasar 4 g de paracetamol al día.

Fluoxetina: En toma diurna (10-20 mg) mejora el cansancio, la sintomatología depresiva y el dolor. La administración combinada con tricíclicos (ciclobenzaprina 10 mg o amitriptilina 25 mg), tomados por la noche, puede potenciar su acción.

Sertralina: En dosis de 50 mg. En casos de intolerancia a la fluoxetina.

Escasas evidencias o sin evidencias:

- Hormona del crecimiento, 5 hidroxitriptamina, S-adenosil metionina, opioides, corticosteroides, benzodiazepinas e hipnóticos no benzodiazepínicos, melatonina, calcitonina, hormona tiroidea, guaifensina, dehidroepiandrosterona, magnesio, carisoprodol, gamma-hidroxibutirato, interferón alfa, litio, selenio y complementos vitamínicos, toxina botulínica.
- Antiinflamatorios no esteroideos (incluidos los cox2)
- Inyecciones de ozono.

EJERCICIO FÍSICO

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

Aspectos generales

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

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

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

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

Beneficios del ejercicio físico

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

- a) *Resistencia orgánica* o aeróbica, definida como una capacidad cardiorrespiratoria que requiere oxígeno y se realiza de forma rítmica y continuada. Esta cualidad puede mejorarse a través de diferentes pautas como son caminar, correr, nadar, remar, u otras activida-

des que se realicen mediante gestos deportivos continuados rondando los 20' de actividad. Los estudios demuestran que en las pacientes con fibromialgia se presenta mejoría asociada a situación de bienestar a partir de los tres meses de actividad continuada a razón de 2-3 sesiones por semana. Las mejoras se presentan en la disminución de puntos dolorosos, mejor eficacia mecánica de movimientos habituales, mejoría del sueño y descenso de la fatiga generalizada, aunque por norma general las pacientes suelen indicarlo como una "mejoría funcional general".

- b) **Fuerza**, entendiéndola como la capacidad del músculo para mantener o vencer una resistencia, mejora el rendimiento muscular general y el dolor generalizado, pero no ha demostrado mejoría en el componente del sueño o en la fatiga generalizada.
- c) **Flexibilidad** o capacidad de movimiento articular en sus diferentes grados de amplitud. Debe manejarse en función al estado de tensión muscular de las pacientes. Entenderemos los **ejercicios de estiramientos** como un mecanismo indispensable para el entrenamiento de la flexibilidad, pero también como estrategia asociada a la mejora de la resistencia y/o la fuerza. Por sí sola no ha demostrado que mejore el estado general de las pacientes, pero su utilización en fases iniciales consigue una mejor adaptación al hábito del ejercicio.

Principios generales de la prescripción

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

Elementos de la prescripción de la actividad física

- *Tipo de actividad*: Tanto el entrenamiento aeróbico como el de fuerza deben indicarse según el nivel de afectación de la paciente, por ello deberemos establecer al menos tres niveles de programas (suave, moderado y fuerte). Los ejercicios de estiramientos deben dividirse en suaves y moderados, para ser indicados adecuadamente en combinación con las pautas habituales.

- *Piscina*: Para aplicar la actividad seleccionada pueden utilizarse diferentes modelos de trabajo, todos ellos orientados hacia la mejora de las diferentes cualidades físicas, aunque la aplicación de entrenamientos en medio acuático está aconsejado siempre que la intensidad de movimiento dentro del agua impida el enfriamiento corporal, lo que causaría rigidez y aumento del dolor generalizado. Por tanto en grados de afectación severa y moderada no será el modelo de elección.
- *Frecuencia y duración*: Evaluable por el número de sesiones por semana, combinación entre series y fases de descanso, y los criterios de progresión que se deseen aplicar.
- *Intensidad*: Con toda seguridad es el aspecto más difícil en la programación de la actividad física, pues depende de numerosos factores, entre los que interviene de forma importante la técnica de ejecución. Los estudios publicados en los que se ha fundamentado la evidencia científica del ejercicio aconsejan que para la fibromialgia se utilice el porcentaje de la frecuencia cardíaca para indicar la intensidad de la actividad, aunque se encuentra muy extendida en la práctica clínica el uso de la Escala de Börg en la percepción del esfuerzo, disnea y cansancio en las piernas (tabla 1).

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

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

Se trata de una escala de percepción subjetiva que nos sirve para valorar el nivel de esfuerzo que realiza el sujeto desde su punto de vista, y la evolución que presenta la paciente. Entre las puntuaciones **11 y 13 de la percepción del esfuerzo**, se considera que la paciente está trabajando a un 75% de su frecuencia cardíaca máxima, que es lo que debe alcanzar a la hora de

realizar el ejercicio. Las puntuaciones en **dificultad para respirar y cansancio de piernas es aconsejable que oscilen entre 2 y 4** de esta escala de Börg modificada.

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

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

Puede aplicarse según el procedimiento de la tabla 2.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Modelos de actividad

Recomendaciones previas:

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

Tabla 3. Pautas para llevar a cabo el trabajo aeróbico

Programa Suave: Nivel de afectación alto	Programa Moderado Nivel de afectación medio	Programa Fuerte: Nivel de afectación bajo
<p>2 veces por semana</p> <p>CAMINAR</p> <p>- 5 series de 3' a ritmo de paseo con 2' de descanso para estiramiento de flexores de piernas (Ejercicio Nº 14)</p> <p>Progresión: Con buena tolerancia</p> <p>– Criterio A: Aumentar las series hasta llegar a 10 manteniendo el tiempo de ejecución y el descanso.</p> <p>– Criterio B: Mantener las series pero incrementar el tiempo de ejecución hasta un máximo de 8'. Incrementar el descanso para estiramientos a 3'.</p> <p>BICICLETA ESTÁTICA</p> <p>- 2 series de 5' a 50 r.p.m. y resistencia discreta. Bajarse para 2' de descanso para estiramiento de extensores de piernas.</p> <p>Progresión: Con buena tolerancia</p> <p>– Criterio A: Aumentar las series hasta llegar a 4 manteniendo el tiempo de ejecución y el descanso.</p> <p>– Criterio B: Mantener las series pero incrementar el tiempo de ejecución hasta un máximo de 8'. Incrementar el descanso para estiramientos a 3'.</p>	<p>3 veces por semana</p> <p>CAMINAR</p> <p>- 5 series de 5' a ritmo de marcha con 1' de descanso para estiramiento de flexores de piernas (Ejercicio Nº 14)</p> <p>Progresión: Con buena tolerancia</p> <p>– Criterio A: Aumentar las series hasta llegar a 10 manteniendo el tiempo de ejecución y el descanso.</p> <p>– Criterio B: Mantener las series pero incrementar el tiempo de ejecución hasta un máximo de 8'. Incrementar el descanso para estiramientos a 2'.</p> <p>BICICLETA ESTÁTICA</p> <p>- 4 series de 5' a 50 r.p.m. y resistencia moderada. Bajarse para 2' de descanso para estiramiento de extensores de piernas.</p> <p>Progresión: Con buena tolerancia</p> <p>– Criterio A: Aumentar las series hasta llegar a 6 manteniendo el tiempo de ejecución y el descanso.</p> <p>– Criterio B: Mantener las series pero incrementar el tiempo de ejecución hasta un máximo de 8'. Incrementar el descanso para estiramientos a 3'.</p>	<p>4 – 5 veces por semana</p> <p>CAMINAR o TROTE SUAVE</p> <p>- 4 series de 3' a ritmo rápido o carrera suave con 2' de descanso para estiramiento de flexores de piernas (Ejercicio Nº 14)</p> <p>Progresión: Con buena tolerancia</p> <p>– Criterio A: Aumentar las series hasta llegar a 8 manteniendo el tiempo de ejecución y el descanso.</p> <p>– Criterio B: Mantener las series pero incrementar el tiempo de ejecución hasta un máximo de 6'. Incrementar el descanso para estiramientos a 3'.</p> <p>BICICLETA ESTÁTICA o CINTA CONTINUA</p> <p>- 6 series de 5' a 50 r.p.m. y resistencia moderada. Bajarse para 3' de descanso para estiramiento de extensores de piernas.</p> <p>Progresión: Con buena tolerancia</p> <p>– Criterio A: Aumentar las series hasta llegar a 8 manteniendo el tiempo de ejecución y el descanso.</p> <p>– Criterio B: Mantener las series pero incrementar el tiempo de ejecución hasta un máximo de 8'. Incrementar el descanso para estiramientos a 3'.</p>

	<p>NATACIÓN (sólo en el límite de afectación entre moderada y leve)</p> <p>- 15 series de 10 metros (ancho de la piscina) en estilo braza con 2' entre serie para ejercicios de movilidad general.</p> <p>Progresión: Con buena tolerancia</p> <p>– Criterio A: Aumentar las series hasta llegar a 20 manteniendo el tiempo de descanso activo.</p> <p>– Criterio B: Mantener las series pero incrementar la distancia. Incrementar el descanso para estiramientos a 3'.</p>	<p>NATACIÓN</p> <p>Libre en estilos y tiempo (procurar no sobrepasar los 45' en el agua).</p> <hr/> <p>Para la cinta continua no superar el 3 % de pendiente y mantener la velocidad por debajo de los 10 km/h.</p>
--	---	---

Estiramientos: No deben generar dolor

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

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

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

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

a) Durante tres semanas

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

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

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

c) Si asimila el ejercicio físico, pautar seis semanas






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

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









Tablas de ejercicio de flexibilidad y fuerza³



a) **FLEXIBILIDAD/ESTIRAMIENTOS:** No deben generar dolor

PROGRAMA SUAVE: NIVEL SINTOMÁTICO ALTO






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







³ Dibujos realizados por Loreto Benítez Arthous.

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

14		Posición de pie, apoyada sobre un objeto firme.	Manteniendo una pierna adelantada, inclínese hacia el objeto. Luego cambie de pierna	Cinco repeticiones por cada lado
15		Posición de pie, apoyada sobre un objeto firme	Flexionando la rodilla, coja el pie con la mano, luego repita alternativamente con la otra pierna	Cinco repeticiones por cada lado


PROGRAMA MODERADO: NIVEL SINTOMÁTICO MEDIO/BAJO





16		De pie, con el talón elevado y apoyado a unos 50 cm	Mantener la posición notando la tensión en el dorso de la pierna	30" con cada pierna
17		De pie, con la cara interna del pie elevada y apoyada a unos 50 cm	Mantener la posición notando la tensión en el interior de la pierna	30" con cada pierna
18		Sentada con las plantas de los pies unidas acercándolas al cuerpo	Empujar los muslos con los codos notando la tensión	5 repeticiones de 15"
19		Sentada con las piernas abiertas lo más posible	Inclinarse deslizando las manos sobre las espinillas y mantener la posición	5 repeticiones de 15"
20		Tumbada con los pies juntos y apoyando las manos en el suelo	Elevar el tronco y mantener la posición	5 repeticiones de 15"

21		Sentada con pierna estirada y apoyo de la otra en la rodilla	Intentar tocarse la punta de los pies, manteniendo la posición	2 repeticiones de 15" con cada pierna
22		Tumbada lateral con la pierna superior flexionada y sujeta con la mano	Tirar con la mano hasta notar la tensión en el muslo y mantener la posición	3 repeticiones de 10" con cada pierna
23		De rodillas adelantando una pierna flexionada apoyando las manos sobre las rodillas	Inclinar el cuerpo hacia delante manteniendo la posición	5 repeticiones de 10"
24		Tumbada boca arriba y sujetando una rodilla cerca del cuerpo	Intentar acercar la rodilla al cuerpo manteniendo la posición	3 repeticiones de 10"
25		Tumbada boca arriba y sujetando ambas rodillas cerca del cuerpo	Intentar acercar las rodillas al cuerpo manteniendo la posición	3 repeticiones de 10"
26		Tendida boca arriba con las rodillas dobladas y las manos por debajo	Alcanzar las rodillas con las manos, estando las piernas cruzadas y manteniendo la posición	5 repeticiones con cada pierna




b) **FUERZA**






PROGRAMA SUAVE: NIVEL SINTOMÁTICO ALTO

27		Sentada con los brazos extendidos hacia delante y palmas mirando hacia abajo	Cerrar fuertemente los puños, manteniendo la posición y después relajar las manos sin bajar los brazos	10 repeticiones de 10", relajando los brazos cada vez
----	---	--	--	---



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









PROGRAMA MODERADO: NIVEL SINTOMÁTICO MEDIO

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

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

PROGRAMA FUERTE: NIVEL SINTOMÁTICO BAJO

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

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

TRATAMIENTO EDUCACIONAL

El objetivo del tratamiento educacional es ayudar a afrontar la FM mediante la adquisición de hábitos saludables y la aplicación de autocuidados, mejorando la calidad de vida. Esta actividad será llevada a cabo preferentemente por la enfermera, a ser posible en grupos, si bien es recomendable un primer abordaje en la propia consulta médica de forma individual acerca de las siguientes “ideas clave”:

- La FM es un conjunto de síntomas crónicos no graves, el principal de los cuales es el dolor muscular.
- La causa exacta no se conoce, pero se sabe bastante acerca de la influencia del sistema nervioso, la incapacidad para relajarse (mala calidad de sueño...), tal vez un tipo de personalidad especial junto con alteraciones hormonales que se están investigando.
- La FM no se diagnostica mediante pruebas de laboratorio o de imagen, sino a través de la historia clínica.
- Se encuentra mejoría cuando el profesional sanitario le explica a la paciente la naturaleza del dolor, habiendo descartado otras enfermedades.
- Una de las terapias no farmacológicas más importantes es el ejercicio físico, aunque inicialmente y de forma transitoria el paciente puede sentirse peor.
- No obstante el médico prescribirá los medicamentos más adecuados a su situación y le informará de los efectos secundarios más frecuentes de los mismos.
- No se prescribirán antiinflamatorios por no existir evidencia sobre su eficacia y por la exposición innecesaria a sus efectos adversos, y se informará a la paciente de ello.

Estrategias de autoayuda (para entregar a la paciente)

En la búsqueda de una solución a los dolores, no perezca buscando remedios de los que no se tienen evidencias de eficacia –de que sirvan para algo–. Pida información sobre los tratamientos altamente eficaces. Así sabrá cómo invertir adecuadamente su tiempo y esfuerzos.

Infórmese de la enfermedad para que pueda situarse en la realidad. Lo mejor es tener una idea lo más clara posible de cómo va el proceso. Distinguirá lo que es esperado y lo que no. Saber sobre la FM y su pronóstico le ayudará a comprender mejor a lo que se enfrenta, así que no rehúya saber.

Acepte que estar contándole a “todo el mundo” su problema, no le ayudará; es más, podrá crear una relación de resistencia, de huida de los demás para no tener que “aguantar” sus problemas.

Busque una asociación de afectadas. Los datos indican que las personas que acuden a esta se sienten mejor porque tienen la oportunidad de contrastar sus experiencias con otras personas en la misma situación. Vivir sola el proceso es vivirlo peor.

De verdad, hay muchas personas que le comprenden, que saben lo difícil que es para cualquier persona vivir cada día -durante años- experimentando dolor, cansancio, apatía y el resto de los síntomas que caracterizan la FM.

Tiene que estar segura de una cosa: a pesar de todas las idas y venidas, de todas las confusiones, usted no está loca, ni siquiera “se está volviendo un poco loca”, así que créaselo usted misma, para actuar en consecuencia y que puedan creerlo los demás.

Trate de aprender a diferenciar lo que se debe a la FM y lo que no, de no ser así, acabará atribuyendo todo lo que le pasa a la FM, y esto limitará su capacidad de respuesta.

Consiga sus propias estrategias de afrontamiento. Busque, pruebe sus propios remedios para afrontar los síntomas, no dude que podrá encontrarlas.

Relativizar la enfermedad es importante, usted necesita que se produzca un cambio de actitud y comenzar a pensar y convencerse de que puede vivir sin estar todo el tiempo centrada en la enfermedad. Busque formas de relativizarla, una buena vía es compararla con otros problemas mayores que pueda tener o que conozca a su alrededor.

Desdramatizar la situación, centrarse en expectativas positivas y reales le ayudará a comprender que su colaboración en el tratamiento le ayudará a mejorar.

Aunque le cueste trabajo creerlo, mucho de lo que se puede hacer en el proceso, depende de usted misma, de su capacidad de afrontar la situación. Esto le hará más fuerte y capaz.

Seguramente tendrá que hacer varios intentos, antes de encontrar el programa de trabajo que le sea más adecuado.

Si se adhiere a un programa de tratamiento del tipo que sea, tenga paciencia, siga las pautas, trabaje a conciencia y no se deje llevar por los resultados o sensaciones inmediatas. Para que haya mejora efectiva tendrá que pasar un cierto tiempo.

Trabaje sobre “pensamientos útiles y eficaces”: del *no puedo* a *tengo que intentarlo*.

Sabemos que pensamientos como “no puedo ni meter la ropa mojada en la secadora” no ayudan en el proceso. Empiece a aprender a modificar sus pensamientos: “antes era una cosa tan fácil que la hacía sin pensar, pero ahora tengo que volver a ser capaz de meter la ropa mojada en la secadora”.

Trate de hacer positiva de alguna manera su experiencia, aprenda a vivir con sus síntomas y a potenciar sus puntos fuertes. Un punto fuerte a su favor es la fuerza y la energía que tienen los que padecen FM.

MATERIAL PARA TRABAJO EN GRUPO

INTRODUCCIÓN AL TRABAJO EN EL GRUPO

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

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

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

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

El primer objetivo del grupo es el trabajo físico: el ejercicio en grupo.

Es la terapia de elección para su enfermedad, como se indica en el anexo específico.

La principal dificultad es el abandono de la práctica.

PERFIL DE "RIESGO" PARA EL ABANDONO DEL EJERCICIO FÍSICO

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

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

- Personal (patrones de conducta y psicobiológicos preexistentes): con la interacción positiva entre las participantes se consigue un aumento de la motivación y del compromiso.

- Socio-familiar de las participantes y de los factores relacionados con la programación (conveniencia del lugar y horario).

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

LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA EN FIBROMIALGIA

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

Crean un espacio donde es posible reconstruir la identidad personal y mejorar la autoestima.

La autoestima es la apreciación de la propia valía e importancia, y la toma de responsabilidad sobre sí mismo y sobre las relaciones consigo mismo y con los demás.

Ser la causa de la propia vida y no el efecto de las circunstancias y de los demás.

En el grupo se genera:

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

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

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

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

MATERIAL PARA EL TRABAJO EN GRUPO

EXPECTATIVAS

Preguntas que se deberán responder de manera individual

¿Por qué estoy aquí?

.....

¿Qué me gustaría aprender?

.....
.....

¿Qué pienso aportar?

.....
.....

¿Qué me gustaría que no ocurriera durante estas sesiones?

.....
.....

¿Qué me gustaría que sí ocurriera durante estas sesiones?

.....
.....

RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Resto del cuerpo:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

GÉNERO Y SALUD: DIFERENCIAS Y DESIGUALDADES

Escribe las respuestas de manera individual:

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

Características del hombre:

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

Características de la mujer:

- Heredadas
- Debidas a la educación o al ambiente

2. *¿Qué es para ti la salud?*

3. *¿Quién debe cuidar tu salud?*

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

- *Diferente* porque hay factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.) diferenciadores.
- *Desigual* porque hay otros factores, que en parte son explicados por el género, y que influyen de una manera injusta en la salud de las personas:

Roles familiares, obligaciones, expectativas laborales y tipos de ocupación (impacto del trabajo doméstico), el nivel socioeconómico, el impacto de las situaciones de violencia de género, etc.

Los roles de género también afectan a la salud de los hombres condicionando su vida personal y autoestima a las expectativas sociales de éxito laboral y económico, a las dificultades ante las situaciones de paro y a la falta de socialización (dificultad) para expresar sentimientos y padecimientos mentales y físicos.

EL ESTRÉS

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

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

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

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

¿Cuándo aparece este concepto?

Fue introducido en 1926 por Hans Selye.

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

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

Concepto de estresor

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

Tipos y clases de estrés

Pueden ser de dos tipos:

- **Psicosociales:** Pueden generar estrés por el significado que la persona les asigna.

Ejemplo: hablar en público, tener una entrevista importante, examinarse (para unas personas puede ser estresante y para otras no).

- **Biogénicos:** Son aquellas situaciones que pasan a ser estresores por su capacidad para producir determinados cambios bioquímicos o eléctricos como respuesta de estrés.

Ejemplo: tener que hacer cuatro cosas a la vez: llevar al nieto o a la nieta al colegio, quedarse con el pequeño, hacer la compra, limpiar la casa, ir a recoger el diagnóstico de un enfermo, o hablar con el médico.

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

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

Algunas formas de respuestas son:

1ª fase de reacción

- Taquicardia
- Sudoración
- Tensión muscular
- Sequedad de boca
- Temblor
- Nerviosismo
- Nudo en el pecho
- Dificultad para respirar
- Aumento de la síntesis de la glucosa
- Aumento de la tensión arterial

2ª fase de agotamiento

Como la energía de adaptación es limitada, si el estrés continúa se puede entrar en una fase de agotamiento.

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

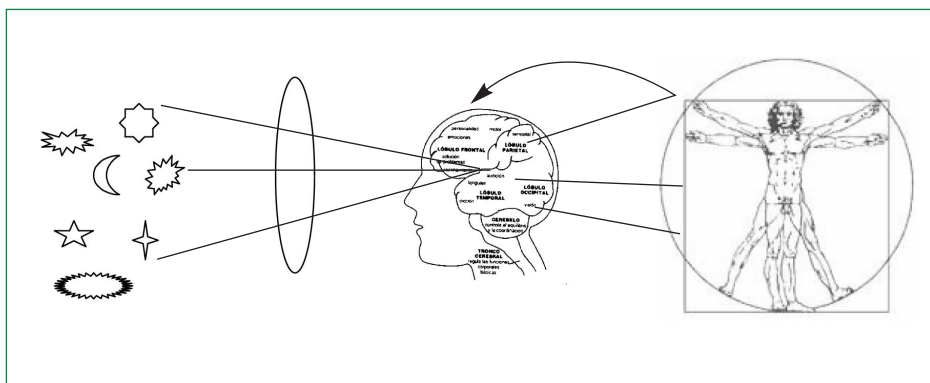
Fuentes de estrés

- Sucesos vitales internos y extraordinarios: Aparecen cuando se producen situaciones de cambio como separaciones matrimoniales, despidos en el trabajo, muerte de familiares...
- Sucesos diarios estresantes de pequeña intensidad: Son aquellos que cada día vivimos y de los que no podemos deshacernos. Estos a la larga pueden tener repercusiones más fuertes que los sucesos extraordinarios.
- Sucesos de tensión crónica mantenida: Son aquellas situaciones capaces de generar estrés manteniéndose durante períodos de tiempo más o menos largos. Ejemplo: el estrés que supone tener un hijo en la casa que consume droga, tiene alguna enfermedad, alcoholismo...

¿Cómo se puede superar el estrés?

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

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



Estímulos ambientales

Cogniciones, percepciones (entrada de información sensorial)

Interpretación, diálogo con uno mismo (ideas irracionales)

Sistema físico-emocional

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

LA ANSIEDAD

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

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

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

SEGUNDO MOMENTO. Confrontación inicial: el primer vistazo.

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

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

Para contrarrestar la ansiedad

– Hay que preparar cuatro tipos de afirmaciones internas:

1. ANTES DEL SUCESO

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

2. AL COMIENZO DEL SUCESO

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

3. TERCER MOMENTO: HACIENDO FRENTE

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

3. CUARTO MOMENTO: DESPUÉS DEL SUCESO

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

LA DEPRESIÓN

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

Hay expresiones falsas sobre la depresión. Por ejemplo:

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

Es decir, hay muchos problemas en la vida que nos pueden poner tristes, abatidos, sin ánimo... pero eso no quiere decir que estemos deprimidos.

Son expresiones que no utilizan el término adecuado.

LA DEPRESIÓN ES ALGO MÁS SERIO

Causas de la depresión

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

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

Personas vulnerables

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

- Mujeres
- Que estén en paro
- Personas con menos recursos económicos
- Personas cuya vida no les ofrece las recompensas necesarias:
 - Ambiente hostil
 - Despido en el trabajo
 - Droga y alcohol en la familia
 - Relación muy deteriorada con su pareja
- Personas con pasado traumático:
 - Maltrato físico

- Pérdida de los padres cuando era muy joven
- Pérdida de algún hijo
- Violación
- Desprecio en la familia
- Sentimiento de minusvaloración
 - Autoestima baja
 - Soledad
 - Indiferencia en la pareja
 - Aislamiento afectivo
- Carencia de metas
 - Falta de objetivos que dan sentido a la vida
 - Rutina e infravaloración de lo que hago
 - Falta de actividad, de actos que sean gratos y que permitan disfrutar de aquello que valoramos
 - No disponer de tiempo para nosotros y estar con quienes queramos y nos quieren y sentirnos a gusto

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

Por ello es urgente

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

Síntomas de la depresión

- Humor depresivo
 1. Ánimo triste y apático durante un tiempo prolongado
 2. Pesimismo
- Ausencia de placer en toda actividad
 1. No tiene interés por nada
 2. Todo le cansa y aburre
- Alteraciones del apetito
- Dificultad para tener un sueño reparador
 1. Insomnio
 2. Dificultad para conciliar el sueño si se despierta en la madrugada
- Descenso en la atención/memoria
 1. Se le olvidan las cosas
 2. Se queda en blanco
- Desesperanza
 1. Llanto fácil
 2. Ausencia de energía

- 3. Irritabilidad
- 4. Ansiedad
- 5. Pesimismo
- Sentimientos negativos hacia sí mismo
 1. Sentimiento de culpa
 2. Pérdida de autoestima
 3. Abandono del cuidado personal
- Pérdida de la libido
 1. Si tiene pareja no le apetece tener relaciones sexuales
 2. Si es un hombre se vuelve impotente
- Pensamientos y tendencias suicidas

¿Cómo prevenirla?

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

- Con medicamentos
- Con psicoterapia

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

- **Ámbito social**
 1. Crear vínculos de amistad duradera
 2. Apoyo de la familia
 3. Salir de casa y relacionarse con la gente
- **Ámbito físico**
 1. Hacer ejercicios físicos al aire libre: yoga, gimnasia...
 2. Alimentación sana y moderada
- **Ámbito mental**
 1. Ante pensamientos de inferioridad o desesperación, digo ¡No! y pienso en cosas positivas
 2. Mantenerse ocupada es un arma muy favorable para la salud
- **Ámbito espiritual**
 1. Si soy una persona creyente y confío en Dios, en su amor, en su promesa de estar siempre a nuestro lado y no dejarnos, abandonarnos a sus manos.

¿Cuándo se nota la mejoría?

¡No inmediatamente!

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

TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS EN EL MANEJO DE LA FIBROMIALGIA⁴

Evidencia fuerte de eficacia:

- Ejercicio cardiovascular: eficacia que desaparece al cesar la práctica del ejercicio
- Terapia cognitivo-conductual: mejoría que se mantiene durante meses
- Educación de la paciente: mediante conferencias a grupos, utilizando material escrito, demostraciones. La mejoría se mantiene durante 3-12 meses
- Terapia multidisciplinaria, como ejercicio + terapia conductual cognitiva o educación + ejercicio

Evidencia moderada de eficacia:

- Entrenamiento de fuerza
- Acupuntura
- Hipnoterapia
- Biofeedback
- Balneoterapia

Evidencia débil de eficacia:

- Terapia quiropráctica, manual y masoterapia
- Electroterapia
- Ultrasonidos

Ninguna evidencia de eficacia:

- Infiltración de los puntos gatillo
- Ejercicios de flexibilidad por sí solos no han demostrado que mejore el estado general de las pacientes, pero su utilización en fases iniciales consigue una mejor adaptación al hábito del ejercicio

⁴ Traducido de DL Goldenberg, C Buckhardt, L Crofford. JAMA 2004; 292:2388-2395.

ABREVIATURAS

AE:	Atención Especializada
AP:	Atención Primaria
AVD:	Actividades de la vida diaria
CPE:	Centro Periférico de Especialidades
EVA:	Escala visual analógica
FC:	Frecuencia Cardíaca
FIQ:	Fibromyalgia Impact Questionnaire
FM:	Fibromialgia
GAM:	Grupos de Ayuda Mutua
MET:	Unidad Metabólica Basal
UAU:	Unidad de Atención al Usuario
VSG:	Velocidad de sedimentación globular

Adams N, Sim J. An overview of fibromyalgia syndrome: mechanisms, differential diagnosis and treatment approaches. *Physiotherapy* 1998; 84: 304-318.

Alonso Álvarez B. Ejercicio físico en la fibromialgia. *Rehabilitación* 2003; 37(6): 363-74.

Ansari A. The efficacy of newer antidepressants in the treatment of chronic pain: a review of current literature. *Harv Rev Psychiatry* 2000; 7: 257-77.

Ballina García FJ. En Manual SER de las Enfermedades Reumáticas, Capítulo 23, 112-115, Editorial Médica Panamericana S.A. 2004.

Bennet RM, Burckhardt CS, Clark SR, O'Reilly CA, Wiens AN, Campbell SM. Group Treatment of Fibromyalgia: A 6 Month Outpatient Program. *J Rheum* 1995; 23: 521-8.

Bennett RM, Gatter RA, Campbell SM, et al. A comparison of cyclobenzaprine and placebo in the management of fibrositis. *Arthritis Rheum*. 1988; 31: 1535-1542.

Bennett RM, Kamin M, Karin R, Rosenthal N. Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibromyalgia pain. *Am J Med* 2003; 114: 537-545.

Biasi G, Manca S, Marcolongo R. Tramadol in the fibromyalgia syndrome: a controlled clinical trial versus placebo. *Int J Clin Pharmacol Res*. 1988; 18: 13-19.

Blechman EA, Brownell KD. *Medicina conductual de la mujer*. Ediciones Martínez Roca SA; 1992.

Bosch Romero E, Saenz Moya N, Valls Esteve M, Vinolas Valer S. Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. *Atencion Primaria*. 2002; 30: 16-21.

Burckhardt CS, Clark SR, Bennet RM. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: Development and Validation. *J Rheum* 1991; 18: 728-33.

Busch A, Schachter CL, Peloso PM, et al. Exercise for treating fibromyalgia syndrome (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 3; 2002.

Buskila D, Neumann L. Assessing Functional Disability and Health Status of Women with Fibromyalgia: Validation of a Hebrew Version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *J Rheum* 1996; 23: 903-6.

Calfas KJ, Long BJ, Sallis JF, et al. A controlled trial of provider counseling to promote the adoption of physical activity. *Prev Med* 1996; 25: 225-233.

Campos Sánchez S, Epidemiología de la fibromialgia. *Rev Esp Reumatol* 2000; 27: 417-420.

Carette S, Bell MJ, Reynolds WJ, et al. Comparison of amitriptyline, cyclobenzaprine and placebo in the treatment of fibromyalgia; a randomized, double-blind clinical trial. *Arthritis Rheum.* 1994; 37: 32-40.

Carette S, McCain GA, Bell DA, Fam AG. Evaluation of amitriptyline in primary fibrositis. *Arthritis Rheum.* 1986; 29: 655-659.

Collado A, Alijotas J, Benito P et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña. *Med Clin (Barc)* 2002; 118(19): 745-9.

Crofford L, Rusell IJ, Mease P, Corbing A, Young J, Lamoreaux L et al. Pregabalin improves pain associated with fibromyalgia syndrome in a multicenter, randomized placebo controlled monotherapy trial. *Arthritis Rheum* 2002; 46 Suppl: S613.

Dawson KA, Tiidus PM, Pierrynowski M, et al. Evaluation of a community-based exercise program for diminishing symptoms of fibromyalgia. *Physiother Can* 2003, 55: 17-22.

Davis M, McKay M, Robbins E. Técnicas de autocontrol emocional. Ediciones Martínez Roca SA 2001.

Fernández Rodríguez M.A. Fibromialgia. *Rev Esp Rheumatol* 2000; 27: 442-446.

Ferracioli G, Chirelli L, Scita F, et al. EMG-biofeedback training in fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol.* 1987; 14: 820-5.

Fulcher KY; White PD. Randomised controlled trial of graded exercise in patients with the chronic fatigue syndrome. *BMJ* 1997; 314: 1647-1652.

García López A; Campos Sánchez S. Impacto socioeconómico de la fibromialgia. *Rev Esp Reumatol* 2000; 27: 447-449.

Geel SE, Robergs RA. The effect of graded resistance exercise on fibromyalgia symptoms and muscle bioenergetics: A pilot study. *Arthritis Care Res* 2002, 47: 82-86.

Glass JM; Lyden AK; Petzke F; Stein P; Whelen G; Ambrose K; Chrousos G; Clauw DJ. The effect of brief exercise cessation on pain, fatigue, and mood symptom development in healthy, fit individuals. *J Psychosom Res* 2004; 57(4): 391-398.

Godfrey RG. A guide to the understanding and use of tricyclic antidepressants in the overall management of fibromyalgia and other chronic pain syndromes. *Arch Intern Med* 1996; 156: 1047-52.

Goldenberg D, Mayskiy M, Mossey C, Ruthazer R, Smichd C. A randomized, double blind crossover trial of fluoxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1996; 39: 1852-9.

Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of Fibromyalgia Syndrome. *Jama* 2004; 292: 2388-95.

Goldenberg DL, Felson DT, Dinerman HA. Randomized, controlled trial of amitriptyline and naproxen in the treatment of patients with fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1986; 29: 1371-1377.

Gowans SE, De Hueck A, Voss S, et al. Effect of a randomized, controlled trial of exercise on mood and physical function in individuals with fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2001; 45: 519-529.

Gowans SE, De Hueck A, Voss S, Richardson M. A randomized, controlled trial of exercise and education for individuals with fibromyalgia. *Arthritis Care Res* 1999; 12: 120-128.

Häkkinen K, Paharinen Lakkinen A, Pakarinen P, Hannonen, Häkkinen A, Airaksinen O, Valkeinen H, Alen M. Effects of Strength Training on Muscle Strength, Cross-Sectional Area, Maximal Electromyographic Activity, and Serum Hormones in Premenopausal Women with Fibromyalgia. *J Rheumatol* 2002; 29: 1287-1295.

Iversen MD, Eaton HM, Daltroy LH. How rheumatologists and patients with rheumatoid arthritis discuss exercise and the influence of discussions on exercise prescriptions. *Arthritis Care Res* 2004; 51: 63-72.

Jentoft ES, Kvalvik AG, Mengshoel AM. Effects of pool-based and land-based aerobic exercise on women with fibromyalgia/chronic widespread muscle pain. *Arthritis Rheum* 2001; 45: 42-47.

Jones KD, Burckhardt CS, Clark SR, et al. A randomized controlled trial of muscle strengthening versus flexibility training in fibromyalgia. *J Rheumatol* 2002a, 29:1041-1048.

Jones KD, Clark SR. Individualizing the exercise prescription for persons with Fibromyalgia *Rheumatic Diseases Clinics of North America* 2002; 28 (2).

Keel PJ, Bodoky C, Gerhard U, Muller W. Comparison of integrated group therapy and group relaxation training for fibromyalgia. *Clin J Pain* 1998; 14: 232-238.

Krsnich-Shriwise S. Fibromyalgia syndrome: an overview in physical therapy. *Phys Ther.* 1997; 77: 68-75.

Lemstra M, Olszynski M and W. The effectiveness of multidisciplinary rehabilitation in the treatment of fibromyalgia. *Clin J Pain* 2005; 21(2): 166-174.

Mannerkopi K, Nyberg B, Ahlmen M, Ekdahl Ch. Pool exercise combined with an education program for patients with fibromyalgia syndrome. A prospective, randomized study. *J Rheumatol* 2000; 27: 2473-2481.

Mannerkopi K, Ahlmen M, Ekdahl C. Six- and 24-month follow-up of pool exercise therapy and education for patients with fibromyalgia. *Scand J Rheumatol* 2002; 31: 306-310.

Mannerkorpi K, Iversen MD. Physical exercise in fibromyalgia and related syndromes. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003; 17: 629-647.

Mannerkorpi K. Exercise in fibromyalgia. *Curr Opin Rheumatol* 2005; 17 (2):190-194.

Martin L, Nutting A, Macintosh BR, Edworthy SM, Butterwick D, Cook J. An exercise program in the treatment of fibromyalgia. *J Rheumatol* 1996; 23: 1050-1053.

Martínez Lavín M. Management of Disautonomia in Fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am* (2002); 28: 379-88.

McCain GA. A cost effective approach to the diagnosis and treatment of fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am* 1996; 22: 323-49.

Meyer BB, Lemley KJ. Utilizing exercise to affect the symptomology of fibromyalgia: a pilot study. *Med Sci Sports Exerc* 2000; 32(10): 1691-1697.

Millea PJ, Holloway RL. Treating fibromyalgia. *American Family Physician*. 2000; 62(7):1575-82, 1587.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Fibromialgia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.

Monterde S, Salvat I, Montull S y Fernández Ballart J. Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rev Esp Reumatol* 2004; 31 (9):507-513.

Moss-Morris R, Sharon C, Tobin R, Baldi, JC. A randomized controlled graded exercise trial for chronic fatigue syndrome: outcomes and mechanisms of change. *Journal of Health Psychology* 2005; 10(2): 245-259.

Moulin DE. Systemic drug treatment for chronic musculoskeletal pain. *Clin J Pain* 2001; 17: S86-93.

Muñoz M, Pérula LA, Ruiz R. Eficacia del método centrado en el paciente en sujetos con dolor crónico musculoesquelético generalizado no articular en Atención Primaria. *Accésit premio investigación en salud en Andalucía* 2001. Sevilla: Consejería de Salud; 2002.

Nicassio PM, Radojevic V, Weissman MH, Schuman C, Kim J, Schoenfeld-Smith K, Krall T. A Comparison of Behavioral and Educational Interventions for Fibromyalgia. *J Rheum* 1997; 24: 2000-7.

Nicassio PM, Shuman C, Kim J, Cordova A, Weissman MH. Psychosocial Factors Associated With Complementary Treatment Use in Fibromyalgia. *J Rheum* 1997; 24: 2008-13.

Offenbaecher M, Waltz M. Validation of a German Version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ-G). *Journal of Musculoskeletal Pain* Vol 6S; 1998: 90.

Pate R, Pratt NI, Blair SN, et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995; 273: 402-407.

Powell P, Bentall RP, Nye FJ, Edwards HT. Randomised controlled trial of patient education to encourage graded exercise in chronic fatigue syndrome. *BMJ* 2001; 322: 1-5.

Qué es la Fibromialgia. Sociedad Española de Reumatología [en línea] 2005; 24(1-6). URL disponible en: <http://www.ser.es/>

Ramsai C, Moreland J, Ho M, Joyce S, Walker S, Pullar T. An observer-blinded comparison of supervised and unsupervised aerobic exercise regimens in fibromyalgia. *Rheumatology* 2000; 39: 501-505.

Rao SG, Bennett RM. Pharmacological therapies in Fibromyalgia. *Best Practice&Research Clinical Rheumatology* 2003; 17 (4): 611-627.

Richards SCM, Scott DL. Prescribed exercise in people with fibromyalgia: parallel group randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 325:185-188.

Rivera J, Gonzalez T. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: a validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol.* 2004; 22(5): 554-60.

Rusell IJ, Kamin M, Bennett R, et al. Efficacy of tramadol in treatment of pain in fibromyalgia. *J Clin Rheumatol* 2000; 6: 250-7.

Schachter CL, Busch AJ, Peloso PM, et al. Effects of short versus long bouts of aerobic exercise in sedentary women with fibromyalgia: a randomized, controlled trial. *Phys Ther* 2003, 83: 340-358.

Selwyn CM, Richards, David L Scott. Prescribed exercise in people with fibromyalgia: parallel group randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 325: 185.

Sociedad Española de Reumatología. Estudio EPISER. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2000.

Sorensen J, Bengtsson A, Backman E, Henriksson KG, Bengtsson M. Pain analysis in patients with fibromyalgia. Effects of intravenous morphine, lidocaine, and ketamine. *Scand J Rheumatol* 1995; 24: 360-5.

Taggart HM., Arslanian CL, Bae S, Singh K. Effects of T'ai Chi exercise on fibromyalgia symptoms and health-related quality of life. *Orthop Nurs* 2003; 22 (5): 353-360.

The Copenhagen Declaration. Available from Bente Danneskiold-Samsoe, Department of Rheumatology, Frederiksberg Hospital, Ndr Fasanvej, DK-2000 Frederiksberg, Denmark.

Tiidus PM, Pierrynowski M, Dawson KA. Influence of moderate training gait and work capacity of fibromyalgia patients: a preliminary fields study. *Journal of Sports Science and Medicine* 2002; 1:122-127.

Tofferi JK, Jackson JL, O'Malley PG. Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine: a meta-analysis. *Arthritis Rheum* 2004; 51: 9-13.

Valim V, Oliveira L, Suda A, et al. Aerobic fitness effects in fibromyalgia. *J Rheumatol* 2003; 30: 1060-1069.

Valverde M, Juan A, Rivas B, Carmona L. Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid: Editorial MSD y Sociedad Española de Reumatología; 2001.

Vlaeyen JWS, Teeken-Gruben NJG, Goossens MEJB, Rutten-van Mölken MPMH, Pelt RAGB, van Eek H, Heuts PHTG. Cognitive-Educational Treatment of Fibromyalgia: A randomized Clinical Trial. I. Clinical Effects. *J Rheum* 1996; 23: 1237-45.

White KP, Harth M. An analytical review of 24 controlled clinical trials for fibromyalgia syndrome (FMS). *Pain Vol* 1996; 64(2) 211-219.

WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Problems. ICD-10. Geneva: WHO, 1992.

Wigers SH, Stiles TC, Vogel PA. Effects of aerobic exercise versus stress management treatment in fibromyalgia. A 4.5 year prospective study. *Scand J Rheumatol* 1996; 25: 77-86.

Wolf F and The Vancouver Fibromyalgia Consensus Group. The Fibromyalgia Syndrome: A Consensus Report on Fibromyalgia and Disability. *J Rheum* 1996; 23: 534-39.

Wolf F, Anderson J, Harkness D, Bennet RM, Caro XJ, Goldenberg DL, Russel IJ, Yunus MB. Health Status and Disease Severity in Fibromyalgia. Results of a Six-Center Longitudinal Study. *Arthritis Rheum* 1997; 40: 1571-1579.

Wolf F, Anderson J, Harkness D, Bennet RM, Caro XJ, Goldenberg DL, Russell IJ, Yunus MB. Work and Disability Status of Persons with Fibromyalgia. *J Rheum* 1997; 24:1171-8.

Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennet RM, Caso SJ, Goldenberg DL et al. A prospective, longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1997; 40(9): 1560-70.

Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-72.