Proceso asistencial integrado de atención á fibromialxia



XUNTA DE GALICIA

MODO DE UTILIZACIÓN

Índice

Proceso asistencial integrado de atención á **fibromialxia**



Coordinación:

Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria

Subdirección Xeral de Planificación e Programación Asistencial

Grupo de traballo:

Alcoba Mayo, Idalina

Calvo Perez, Ana

Casal Nogueira, María del Carmen

Cimadevila Álvarez, Blanca

González Gómez, Estrella

Lanza Gándara, María Mercedes

Martínez Varela, Flor

Puime Montero, Paloma

Romero Yuste, Susana

Santamaría Solís, Teresa

Ventosa Rial, Javier

Edita: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde

Lugar: Santiago de Compostela

Ano: 2013

Ilustración Portada_ Javier Ventosa

Deseño e maquetación_ KRISSOLA DESEÑO, S.L.

01 INTRODUCIÓN — PX 04

02 ANÁLISE DE SITUACIÓN — PX 08

03 DEFINICIÓN DO PROCESO — PX 09

04 FLUXOGRAMAS — PX 10 — PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE ATENCIÓN Á FIBROMIALXÍA

05 FASES DO PROCESO

- PX 11 **5.1** SOSPEITA
- PX 12 **5.2** DIAGNÓSTICO CLINICO
- PX 14 **5.3** DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- PX 16 **5.4** TRATAMENTO/SEGUIMENTO
- PX 21 **5.5** INTERCONSULTA A OUTRAS ESPECIALIDADES

06 INDICADORES DO PROCESO — PX 22

07 BIBLIOGRAFÍA — PX 23

A ANEXOS

- PX 25 Localización dos puntos da dor na fibromialxia
- PX 26 Cuestionario de impacto da fibromialxia (CIF)
- PX 27 Resumo das recomendacións dos tratamentos
- PX 29 Fármacos utilizados no tratamento da fibromialxia en función da sintomatoloxía predominante
- PX 30 Niveis de evidencia científica e graos de recomendación de SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)
- PX 31 Recomendacións de exercicio físico para pacientes con fibromialxia

INTEGRANTES DO GRUPO DE TRABALLO — PX 37

Un click nos capitulos e enlaza coa páxina correspondente

Un click nos pes de páxina enlaza co **índice**

Proceso asistencial integrado de atención á **fibromialxia**



Coordinación:

Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria

Subdirección Xeral de Planificación e Programación Asistencial

Grupo de traballo:

Alcoba Mayo, Idalina

Calvo Perez, Ana

Casal Nogueira, María del Carmen

Cimadevila Álvarez, Blanca

González Gómez, Estrella

Lanza Gándara, María Mercedes

Martínez Varela, Flor

Puime Montero, Paloma

Romero Yuste, Susana

Santamaría Solís, Teresa

Ventosa Rial, Javier

Edita: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde

Lugar: Santiago de Compostela

Ano: 2013

Ilustración Portada_ Javier Ventosa

Deseño e maquetación_ KRISSOLA DESEÑO, S.L.

01 INTRODUCIÓN — PX 04

02 ANÁLISE DE SITUACIÓN — PX 08

03 DEFINICIÓN DO PROCESO — PX 09

04 FLUXOGRAMAS — PX 10

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE ATENCIÓN Á FIBROMIALXÍA

05 FASES DO PROCESO

PX 11 **5.1** SOSPEITA

PX 12 **5.2** DIAGNÓSTICO CLINICO

PX 14 **5.3** DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

PX 16 **5.4** TRATAMENTO/SEGUIMENTO

PX 21 **5.5** INTERCONSULTA A OUTRAS ESPECIALIDADES

06 INDICADORES DO PROCESO — PX 22

07 BIBLIOGRAFÍA — PX 23

A ANEXOS

PX 25 Localización dos puntos da dor na fibromialxia

PX 26 Cuestionario de impacto da fibromialxia (CIF)

PX 27 Resumo das recomendacións dos tratamentos

PX 29 Fármacos utilizados no tratamento da fibromialxia en función da sintomatoloxía predominante

PX 30 Niveis de evidencia científica e graos de recomendación de SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)

PX 31 Recomendacións de exercicio físico para pacientes con fibromialxia

INTEGRANTES DO GRUPO DE TRABALLO — PX 37

ABREVIATURAS

AINE
Antiinflamatorio non esteroide

ANA
Anticorpos antinucleares

CPK
Creatinfosfokinasa

ECCA
Ensaios clínicos con grupo control e aleatorio

EPISER
Estudo prevalencia de enfermidades reumáticas na poboación española

FA
Fosfatasa alcalina

FM
Fibromialxia

FR
Factor reumatoide

GABA
Ácido gamma-aminobutírico

GC
Glicocorticoides

GGT
Gamma-glutamil transpeptidasa

GOT
Transaminasa glutamicooxalacética

GPT
Transaminasa glutamicopirúvica

PCR
Proteína C reactiva

PM
Polimiosite

SIGN
Scottish Intercollegiate Guidelines Network

TCC
Terapia cognitivo condutual

TCO
Terapia condutual operante

TSH
Hormona tiroestimulante

VSG
Velocidade de sedimentación globular

01
INTRODUCIÓN

A fibromialxia é unha síndrome crónica, de etioloxía descoñecida, de evolución complexa e variable, que provoca unha dor xeneralizada cunha gran variedade de posibles síntomas acompañantes entre os máis frecuentes temos: alteracións do sono, depresión, fatiga e alteracións cognitivas que, nalgúns casos, pode chegar a alterar a calidade de vida do paciente. Afecta as esferas biolóxica, psicolóxica e social do paciente e é un problema importante de saúde pola súa prevalencia, morbilidade, alto índice de frecuentación sanitaria e o elevado consumo de recursos.

A Comisión de Sanidade e Servizos Sociais do Congreso dos Deputados, na súa sesión do día 8 de maio do 2012 acordou aprobar con modificacións a proposición non de lei relativa á consideración da fibromialxia como enfermidade incapacitante.

A prevalencia en España estimada no estudo EPISER é do 2,37%. Describíronse en ambos os sexos pero existe un claro predominio en mulleres e é máis frecuente no rango de idade entre 30 e 55 anos.

O escaso coñecemento inicial sobre os mecanismos etiopatoxénicos e o feito de que a dor se perciba a nivel osteomuscular introduciu no ámbito do seu manexo os especialistas do aparato locomotor, isto culminou no ano 1990 no que, por parte do Colexio Americano de Reumatoloxía, se estableceron uns criterios para a clasificación destes pacientes. Os criterios, inicialmente deseñados para estudos clínicos, estendéronse na práctica clínica habitual. Un paciente sería diagnosticado de fibromialxia en presenza de dor crónica xeneralizada de máis de tres meses de duración, en ausencia doutras causas e coa obxectivación de polo menos 11 puntos con dor dos 18 preestablecidos.

En maio de 2010 o Colexio Americano de Reumatoloxía propoñía uns novos criterios que intentaban valorar non só a dor percibida polo paciente, senón tamén todo o cortexo sintomático que con frecuencia a acompaña. A día de hoxe, e pendentes da súa validación definitiva e de consensos sobre a súa utilización, séguese recomendando a utilización dos criterios de 1990, sen esquecer que os síntomas ou comorbilidades acompañantes poden ofrecer valiosas pistas no diagnóstico.

No momento actual estase a afondar no coñecemento da base fisiopatolóxica da fibromialxia coa identificación de diferentes factores xenéticos e ambientais que se asocian ao risco de padecer a enfermidade.

01
INTRODUCIÓN

Entre os factores xenéticos demostrouse unha forte agregación familiar. Familiares de primeiro grao de pacientes con fibromialxia presentan un risco 8 veces maior de padecela. Existen estudos orientados a identificar a relación con certos polimorfismos xenéticos.

Existe tamén unha coagregación entre a fibromialxia e outras síndromes con dor crónica como son a síndrome do intestino irritable ou a disfunción temporomandibular e ata con trastornos psiquiátricos, trastornos de ansiedade, obsesivo-compulsivo e de estrés postraumático.

Estudos en xemelgos suxiren que a metade do risco de desenvolver dor crónica sería de orixe xenética e o resto de causa ambiental.

Como noutras enfermidades sobre unha predisposición xenética actuarían determinados factores ambientais que desencadearían o desenvolvemento dos síntomas.

Os factores ambientais que se puxeron en relación co inicio dos síntomas en pacientes con fibromialxia inclúen: estrés emocional, traumas físicos, especialmente os que afectan o tronco e certas infeccións como hepatite, Epstein Barr, parvovirus ou enfermidade de Lyme.

Cómpre destacar que estes factores desencadean síntomas de fibromialxia en só aproximadamente un 5-10% dos individuos que os padecen, o resto recuperan o seu estado basal de saúde tras estas experiencias traumáticas ou infecciosas. Non obstante, unha serie de factores poderían predicir un desenvolvemento da enfermidade, estes factores son: sexo feminino, preocupación pola cronicidade (anticipación) ou período de inactividade física ou laboral tras o evento traumático. Todos eles demostraron a súa relación co desenvolvemento da dor e outros síntomas somáticos.

Aínda que a patoxénese da fibromialxia non é coñecida, cada vez existe maior evidencia da implicación da sensibilización central como mecanismo fisiopatolóxico, mecanismo compartido con outras patoloxías xa mencionadas e outras como a disfunción temporomandibular, a síndrome do intestino irritable, a cefalea tensional, a síndrome de hipersensibilidade química múltiple, a cistite intersticial e a dor miofascial.

01
INTRODUCIÓN

Existiría un desequilibrio entre os neurotransmisores implicados no procesamento da dor polo sistema nervioso central. Así, encontráronse deficiencias nas vías serotoninérxicas e noradrenérxicas non así nas opioides. Demostrouse tamén unha elevación de neurotransmisores excitatorios como substancia P e glutamato no líquido cefaloraquídeo.

Entre as alteracións detectadas no sistema nociceptivo de pacientes con fibromialxia, ademais da hiperexcitabilidade e a sensibilización, comprobouse unha diminución na actividade das respostas inhibitorias ou descendentes implicadas na modulación e o control da dor.

Por último, estudos de neuroimaxe realizados mediante resonancia magnética nuclear funcional, que permiten visualizar a activación cerebral das rexións responsables do procesamento da dor tanto das áreas emocionais como sensoriais, demostraron que en pacientes con fibromialxia esta activación é maior fronte a estímulos e en condicións basais.

A realidade é que a fibromialxia supón unha afectación de todas as esferas da vida do paciente, o que obriga a unha atención multidisciplinar e a unha visión integradora e práctica desta para conseguir os nosos obxectivos. Necesitamos, polo tanto, elaborar por consenso, entre os profesionais de atención primaria e dos hospitais que interveñen na abordaxe da dor, un protocolo eficiente de diagnóstico e tratamento. Así, por instancia da Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria do Servizo Galego de Saúde e coordinado pola Subdirección Xeral de Planificación e Programación Asistencial púxose en marcha un grupo de traballo multidisciplinar, con profesionais de ambos os dous niveis asistenciais expertos no manexo de pacientes con fibromialxia.

A metodoloxía de traballo formúlase como participativa, centrada no paciente, e partindo da realidade actual deseñarase e desenvolverase de xeito integral o circuíto asistencial que garanta a coordinación do proceso asistencial en termos de eficacia e eficiencia.

Coa orientación de satisfacer as necesidades e expectativas dos usuarios, desenvólvese un proceso asistencial integrado que concreta, de maneira clara e precisa, a sistemática de atención aos pacientes, coordinando os distintos profesionais implicados en todos

01
INTRODUCIÓN

os niveis asistenciais, para minimizar os tempos de espera, facilitar a continuidade asistencial e basear a práctica clínica na mellor evidencia científica dispoñible na actualidade.

Grazas ao esforzo persoal dos profesionais, concrétanse solucións que veñen garantir a continuidade asistencial entre os centros de saúde e os hospitais, dentro deste modelo de xestión integrada, partindo da perspectiva de que a axilización dos circuítos e a reorganización dos procesos non só mellorarán a accesibilidade aos recursos sanitarios, senón tamén a calidade asistencial aos pacientes.

O establecemento de indicadores e a delimitación de responsabilidades e tarefas permite monitorar a actividade e, en todo caso, aumentar a efectividade e a eficiencia de todas as actuacións.

Os obxectivos finais son mellorar a atención no nivel asistencial máis axeitado en función das súas características clínicas, protocolizar o diagnóstico e tratamento da enfermidade en relación coa evidencia científica actualmente dispoñible e mellorar a coordinación entre niveis asistenciais diminuíndo a variabilidade.

Está fóra do alcance do presente documento ser unha guía de tratamento.

> Para o desenvolvemento deste proceso asistencial utilízase como documento principal de referencia Fibromialxia. 2011, elaborado polo Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade.

02
ANÁLISE DE SITUACIÓN

A **fibromialxia** é unha síndrome crónica, de etioloxía descoñecida, de evolución complexa e variable, que provoca unha dor xeneralizada que, nalgúns casos, pode chegar a ser invalidante. Así mesmo, estes pacientes teñen moitas demandas insatisfeitas á marxe do diagnóstico e tratamento da súa enfermidade.

O profesional sanitario, o sistema sanitario no seu conxunto, atópase cun grupo de pacientes cunha afectación de todas as esferas da súa vida, o que obriga a unha visión integradora e práctica desta para conseguir mellorar a atención sanitaria e a súa calidade de vida.

O diagnóstico da fibromialxia é un aspecto controvertido xa que polo momento non existe unha proba diagnóstica específica que o facilite, o que leva a unha gran variabilidade de criterios para o seu diagnóstico e tratamento, que pode orixinar diferenzas na súa abordaxe.

Necesitamos, polo tanto, elaborar por consenso, entre os profesionais de atención primaria e de atención hospitalaria que interveñen na abordaxe desta patoloxía, un protocolo eficiente de diagnóstico e tratamento que mellore a asistencia e a calidade de vida destes pacientes, que garanta a coordinación e a axilización da atención ao seu proceso e que permita optimizar a utilización dos recursos.

Proceso asistencial integrado de atención á **fibromialxia**

03 DEFINICIÓN DO PROCESO

Proceso	
Definición do proceso	Conxunto de actividades coordinadas encamiñadas ao diagnóstico e tratamento da fibromialxia. Inclúe a sospeita clínica dende calquera nivel asistencial, a confirmación diagnóstica, o diagnóstico diferencial, establecemento e execución do plan terapéutico así como do plan de seguimento.
Límites de entrada	Sospeita clínica de fibromialxia.
Límites de saída Puntos finais da cadea de actividades do proceso, que habitualmente se converten en límites de entrada doutros procesos	A fibromialxia é un proceso crónico e non se pode definir un límite de saída. O obxectivo é conseguir a estabilización da sintomatoloxía clínica e o desenvolvemento de habilidades das pacientes que melloren a súa calidade de vida.
	Saída voluntaria do circuíto asistencial do Servizo Galego de Saúde.
	Non confirmación da sospeita de fibromialxia.
Límites marxinais	Persoas que non teñan como diagnóstico principal a fibromialxia.
	Existencia de comorbilidades asociadas.
Obxectivos do proceso	**Definir** o circuíto asistencial dos pacientes con sospeita de fibromialxia no Servizo Galego de Saúde, garantindo a atención no nivel asistencial máis axeitado en función das súas características clínicas.
	Mellorar a accesibilidade á atención.
	Protocolizar o diagnóstico e tratamento da enfermidade (unificación de criterios).
	Mellorar a coordinación entre niveis asistenciais.
	Diminuír a variabilidade asistencial, facilitando o coñecemento dos aspectos asistencias mais idóneos en relación coa evidencia científica actualmente dispoñible.

05
FLUXOGRAMAS

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE ATENCIÓN Á FIBROMIALXIA

Paciente con sospeita de fibromialxia

CRITERIOS DE SOSPEITA

Paciente con dor xeneralizada con máis de tres meses de evolución e sen signos inflamatorios e que con frecuencia se acompaña de:

- Cansazo, fatigabilidade
- Trastornos do sono
- Alteración do estado de ánimo
- Parestesias difusas
- Cefalea tensional
- Síntomas asociados (síndrome de intestino irritable)

Paciente que acode á **consulta de atención primaria**

- **Historia clínica:** antecedentes familiares (depresión, fibromialxia), antecedentes persoais, patoloxía previa ou concomitante (transtornos de estrés psico/físico, patoloxía tiroide), hábitos tóxicos, transfusións, consumo de fármacos.
- **Anamnese por aparatos.**
- **Exploración sistémica:** dor á presión dixital en 11 dos 18 puntos sensibles ou zonas gatillo exercendo unha presión de 4 Kg
- **Analítica:** bioquímica (glicemia, creatinina, GOT, GPT, GGT, FA) hemograma (VSG, PCR, CPK, FR, ANA,TSH)
- **Radioloxía** en función do cadro clínico
- **Diagnóstico diferencial**. Enfermidades reumatolóxicas, miopáticas, neurolóxicas, endócrinas.

¿Confirmación diagnóstica?

SI

NON — **outras patoloxías ou dúbida diagnóstica** → **Atención primaria ou derivación a outras especialidades**

- Dúbida diagnóstica ou necesidade de facer un diagnóstico diferencial que require servizos hospitalarios.
- Control inadecuado da sintomatoloxía a pesar dun correcto tratamento, ao inicio ou durante a evolución do proceso.
- Comorbilidade que non se poida resolver en atención primaria.

Plan terapéutico atención primaria

Interconsulta a outros profesionais

Consulta médica

- Organización actividade terapéutica
- Control da dor/síntomas

Consulta enfermería

- Plan de coidados
- Educación para a saúde: grupal /individual

Estabilización

Control e seguimento en atención primaria

Criterios de sospeita

05
FASES DO PROCESO

5.1
SOSPEITA

ÁMBITO

A entrada no proceso asistencial será prioritariamente por atención primaria sen descartar o seu inicio dende outras especialidades

CRITERIOS DE SOSPEITA	Paciente con dor xeneralizada de máis de tres meses de evolución e sen signos inflamatorios. Con frecuencia vai acompañada de: **Cansazo** **Fatigabilidade** **Trastornos do sono** **Alteracións do estado de ánimo** **Paresias difusas** **Cefalea tensional** **Síntomas asociados (síndrome de intestino irritable)**

Facultativo de atención primaria/hospitalaria

- Iniciará as actividades deste proceso cando se produza a **sospeita clínica de fibromialxia.**
- **As situacións clínicas** nas que se debe sospeitar fibromialxia son:
  - Cansazo.
  - Fatigabilidade.
  - Trastorno do sono.
  - Alteración do estado de ánimo.
  - Parestesias difusas.
  - Cefalea tensional.
  - Síntomas asociados (síndrome de intestino irritable).

05 FASES DO PROCESO

5.2 DIAGNÓSTICO CLINICO

ÁMBITO

Atención primaria
Atención hospitalaria

FACTORES CLAVE

O diagnóstico de fibromialxia é fundamentalmente clínico ao non existir unha proba obxectiva

ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE
Historia clínica	Realizar historia clínica: **1.** Antecedentes familiares: depresión, fibromialxia **2.** Antecedentes persoais **3.** Patoloxías previas ou concomitantes: **3.1** Trastornos de estrés psico/físico **3.2** Patoloxía tiroide **4.** Hábitos tóxicos **5.** Transfusións **6.** Consumo de fármacos
Anamneses	Preguntando polas características da dor (localización, duración factores agravantes e de mellora) e sintomatoloxía acompañante como cansazo, fatigabilidade, trastorno do sono, alteración do estado de ánimo, parestesias difusas, cefalea tensional, lesións dérmicas, procesos diarreicos.
Exploración física	Inclúe valoración do estado xeral. Valoración sistema musculoesquelético: **1.** Mobilidade e aspecto normal (sen signos inflamatorios). **2.** Dor en estiradas laterais (cervicais e lumbares). **3.** Alodinia (percepción dolorosa de estímulos que habitualmente non o son) o rozamento cutáneo ou belisco suave (trapecios, brazos e coxas). **4.** Poden coexistir contracturas, espasmos musculares e dermografismo. **5.** Dor á presión dixital en 11 dos 18 puntos sensibles ou zonas "gatillo". A presión dixital realizarase de xeito gradual cunha forza aproximada de 4 kg que, de xeito práctico, corresponde ao momento en que comeza a cambiar a coloración subungual do dedo do explorador.

Facultativo de atención primaria/hospitalaria

05 FASES DO PROCESO

5.2 DIAGNÓSTICO CLINICO

ÁMBITO

Atención primaria
Atención hospitalaria

FACTORES CLAVE

O diagnóstico de fibromialxia é fundamentalmente clínico ao non existir unha proba obxectiva

ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE
Criterios diagnósticos	Presenza conxunta de: **1.** Historia de dor crónica xeneralizada sen signos de inflamación que vai acompañada con frecuencia de astenia-fatigabilidade, rixidez matutina, trastornos do sono, alteracións do estado de ánimo e outros signos asociados (parestesias, cefaleas fronto-occipitais, dismenorrea...). **2.** Dor á presión dixital en 11 dos 18 puntos sensibles ou zonas "gatillo" que corresponden a áreas moi sensibles para estímulos mecánicos. A presión dixital realizarase de xeito gradual cunha forza aproximada de 4 kg que, de xeito práctico, corresponde ao momento en que comeza a cambiar a coloración subungual do dedo do explorador. A localización dos puntos dolorosos: • **Occipicio:** nas inserción dos músculos suboccipitais (entre apófises mastoide e protuberancia occipital externa). • **Cervical baixo:** na cara anterior dos espazos intertransversos á altura de C5-C7. • **Trapecio:** no punto medio do borde posterior. • **Supraespinoso:** na súa orixe, por encima da espiña da escápula, preto do seu bordo medio. • **Segunda costela:** na unión osteocondral. • **Epicóndilo:** distal a 2 cm e lateralmente ao epicóndilo. • **Glúteo:** no cuadrante supero-externo da nádega. • **Trocánter maior:** na parte posterior da prominencia trocanterea. • **Xeonllo:** na almofada graxa medial próxima á liña articular.
Analítica	Bioquímica (glicemia, creatinina, GOT, GPT, GGT, FA) Hemograma (VSG, PCR, CPK, FR, ANA,TSH)
Radioloxía	Radioloxía convencional en función do cadro clínico.
Posibles patoloxías asociadas	Outras posibles patoloxías asociadas á fibromialxia: **1.** Síndrome de fatiga crónica. **2.** Síndrome de intestino irritable. **3.** Disfunción témporo-mandibular. **4.** Síndrome de pernas inquedas. **5.** Lumbalxia inespecífica. **6.** Dismenorrea primaria. **7.** Sensibilidade química múltiple. **8.** Cefalea. **9.** Síndrome de vexiga irritable. **10.** Dor pélvica e dismenorrea. **11.** Síndrome miofascial. Realizar os rexistros correspondentes en IANUS.

O código de CIAP2 en IANUS específico para fibromialxia é: **L18.01**

Facultativo de atención primaria/hospitalaria

05 FASES DO PROCESO

5.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ÁMBITO

Atención primaria

Atención hospitalaria

FACTORES CLAVE

Ao ser o diagnóstico da fibromialxia fundamentalmente clínico e non dispoñer de probas de laboratorio nin radiolóxicas específicas de fibromialxia é importante realizar diagnóstico diferencial con algunhas enfermidades que poden compartir manifestacións clínicas coa fibromialxia.

ACTIVIDADES			CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE	
Historia clínica	**1**	En relación cos puntos de dor temos que establecer diagnóstico diferencial con patoloxías de partes brandas:	**1.1.** Tendinite do supraespinoso. **1.2.** Epicondilite/Epitrocleite. **1.3.** Bursite trocanterea. **1.4.** Tendinite da pata de ganso.	
	2	Os síntomas que acompañan a dor como a rixidez, a fatiga, a depresión, parestesias, alteracións do sono obrigan a descartar procesos sistémicos ou autoinmunes:	**2.1.** **Enfermidades reumáticas**	**2.1.1.** Artrite reumatoide, lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren, polimialxia reumática. **2.1.2.** Espondiliartropatías: espondilite anquilosante, artrite psoriásica, artrite asociada a enfermidade inflamatoria, artrite reactiva.
			2.2. **Enfermidade musculares**	**2.2.1.** Inflamatorias (dermatomiosite/ polimiosite). Tóxicas. Metabólicas. Distrofias.
			2.3. **Enfermidades neurolóxicas**	**2.3.1.** Neuropatías por atrapamento. Neuropatías periféricas. **2.3.2.** Escleroses múltiple. Miastenia gravis.
			2.4. **Enfermidades endócrinas**	**2.4.1.** Hipotiroidismo.
			2.5. **Trastornos por sensibilización neurolóxica central**	**2.5.1.** Síndrome de fatiga crónica. Síndrome de hipersensibilidade química múltiple. **2.5.2.** Síndrome de intestino irritable. Cefalea tensional. Cistite intersticial. Dor miofascial.

Facultativo de atención primaria/hospitalaria

05 FASES DO PROCESO

5.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ÁMBITO

Atención primaria

Atención hospitalaria

FACTORES CLAVE

Ao ser o diagnóstico da fibromialxia fundamentalmente clínico e non dispoñer de probas de laboratorio nin radiolóxicas específicas de fibromialxia é importante realizar diagnóstico diferencial con algunhas enfermidades que poden compartir manifestacións clínicas coa fibromialxia.

ACTIVIDADES			CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE
Historia clínica	**3**	O diagnóstico diferencial realízase a partir dos datos obtidos da:	**3.1.** Anamnese **3.2.** Exploración física **3.3.** Analítica
	4	Datos de axuda no diagnóstico diferencial	**4.1. Artrite reumatoide:** tumefación articular, elevación de reactantes de fase aguda, seroloxía. **4.2. Lupus eritematoso sistémico.** Eritema malar, fotosensibilidade, artrite, serosite, afectación sistémica, citopenias, ANA+. **4.3. Síndrome de Sjögren:** sequidade de mucosa sen outra causa, ANA+. **4.4. Polimialxia reumática:** dor e rixidez na cintura escapular, pelviana, columna cervical. Idade maior de 50 anos, VSG elevada. Se ten cefalea temporal, claudicación mandibular ou amaurose, sospeitar arterite temporal. **4.5. Espondiloartropatías:** limitación da mobilidade axial, artrite periférica, psoríase cutánea, diarrea, infección previa. Historia familiar. **4.6. Miopatías:** debilidade muscular. Encimas musculares alterados. **4.7. Hipotiroidismo:** fatiga, lentitude de funcións superiores, depresión, alteracións de hormonas tiroides. **4.8. Neuropatías:** achados exploratorios e estudos neurofisiolóxicos.



Facultativo de atención primaria/hospitalaria

05 FASES DO PROCESO

5.4 TRATAMENTO/ SEGUIMENTO

ÁMBITO

Atención primaria

Atención hospitalaria

FACTORES CLAVE

O obxectivo é conseguir o control dos síntomas: a redución da dor, as alteracións do sono, a depresión, mellorar a capacidade funcional e a calidade de vida.

Sempre con adaptación individual.

ACTIVIDADES		CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE
Informar o paciente sobre a súa enfermidade		Que é a enfermidade Como se diagnóstica Prognóstico Alternativas terapéuticas
Consellos para afrontar a enfermidade correctamente e minimizar as súas consecuencias	**Factores agravantes**	Frío Tempo húmido Inactividade ou exceso de actividade Estrés mental Estrés físico Durmir mal
	Factores aliviantes	Calor Tempo seco Actividade física moderada Relaxación Descanso Sono reparador

Facultativo de atención primaria/hospitalaria

05
FASES DO PROCESO

5.4
TRATAMENTO/ SEGUIMENTO

ÁMBITO

Atención primaria
Atención hospitalaria

FACTORES CLAVE

O obxectivo é conseguir o control dos síntomas:
a redución da dor, as alteracións do sono, a depresión, mellorar a capacidade funcional e a calidade de vida.
Sempre con adaptación individual.

ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE	
Tratamento farmacolóxico	**Para o control dos síntomas:** na redución da dor, as alteracións do sono. **A depresión e a calidade de vida:** sempre con adaptación individual.	
	GRAO DE RECOMENDACIÓN A	**Amitriptilina.** Ten un efecto importante na redución da dor, a fatiga e nas alteracións do sono, mellora a depresión e a calidade de vida. Dose de 10-50mg/día. Comezar con doses baixas e ir aumentando progresivamente. **Duloxetina.** É un inhibidor mixto de recaptación da serotonina e da noraedrenalina. Diminúe a dor, mellora o estado de ánimo e o sono ten un efecto positivo sobre a calidade de vida e a capacidade funcional. Dose de 60 mg. **Ciclobenzaprina.** A estrutura química é moi similar á dun antidepresivo tricíclico pero trátase dun relaxante muscular. Demostrou unha melloría importante a curto prazo no sono e na dor. Dose de 10mg/noite, pódese aumentar progresivamente ata 30 ou 40 mg. **Pregabalina.** A pregabalina é un análogo do ácido gamma-aminobutírico (GABA) reduce a dor, mellora o sono e a calidade de vida, observouse unha pequena diminución da ansiedade e na fatiga. As doses que demostraron máis melloría foron de 300, 450, 600 mg/día repartidos en dúas doses, isto aumenta os efectos secundarios e a dificultade do cumprimento terapéutico.
	B	**Fluoxetina.** É un antidepresivo do grupo dos inhibidores selectivos da recaptación da serotonina. Parece un fármaco eficaz no tratamento da depresión e na limitación funcional dos pacientes con fibromialxia, e non está tan claro o efecto sobre a dor, o sono e a fatiga. A combinación de 20mg/día de fluxetina e 25mg/día de amitriptilina resultan máis eficaces que por separado. **Tramadol.** É un agonista débil sobre os receptores opioides ademais dun inhibidor mixto da recaptación de serotonina e noradrenalina. Demostrou a súa eficacia fronte ao placebo no tratamento da dor e na melloría da capacidade funcional. Pódese comezar con doses de 25-50 mg/día para ir incrementando posteriormente a razón de 50-100 mg/cada 3-7 días ata conseguir o efecto desexado, momento no que se pode valorar o cambio a pautas máis cómodas para o paciente. Tamén parece eficaz o tratamento de tramadol combinado con paracetamol.
	C	Gabapentina Hormona do crecemento Oxibato sódico Pramipexol Nabilona
	D	**Paracetamol.** O uso deste fármaco parece razoable pola súa tolerancia e seguridade, pero non existe ningún ensaio clínico comparado con placebo que analice a eficacia do paracetamol no tratamento da fibromialxia. **Glicocorticoides.** Non se recomendan no tratamento da fibromialxia. **AINES (Naproxeno e ibuprofeno)** por si sós non existe evidencia de ser efectivos no tratamento da fibromialxia, poden ser usados como adxuvantes analxésicos combinados con antidepresivos tricíclicos, ciclobenzaprina ou benzodiazepinas. **Opioides maiores, ketamina, lidocaína, marihuana.** Polo momento non existen estudos que permitan recomendar estes no tratamento da fibromialxia.



Facultativo de atención primaria/hospitalaria

05 FASES DO PROCESO

5.4 TRATAMENTO/ SEGUIMENTO

ÁMBITO

Atención primaria

Atención hospitalaria

FACTORES CLAVE

O obxectivo é conseguir o control dos síntomas: a redución da dor, as alteracións do sono, a depresión, mellorar a capacidade funcional e a calidade de vida.

Sempre con adaptación individual.

ACTIVIDADES	GRAO DE RECOMENDACIÓN	CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE
Tratamento rehabilitador e físico	A	Exercicio físico aeróbico de baixo impacto, cunha intensidade inicial baixa ou programas mixtos (combinando exercicios aeróbicos e de fortalecemento muscular).
	B	Programas de exercicios de fortalecemento muscular.
	C	**Láser, termoterapia superficial, campos magnéticos e corrente directa transcranial.** Existen algúns estudos que indican un efecto positivo a curto prazo. **Masaxes, tratamento quiropráctico.** Non existe evidencia suficiente do beneficio destes tratamentos na fibromialxia. **Acupuntura.** Algúns estudos suxiren unha leve melloría da dor pero non existe suficiente evidencia para recomendala. **Homeopatía.** Carecemos de evidencia para recomendala. **Qi-Gong, Reik.** Non está demostrado o beneficio destas terapias.
	D	**Ozonoterapia.** Non se pode recomendar no tratamento da fibromialxia por carecer de suficiente evidencia que avale a súa utilización. **Tai chi.** Non está suficientemente demostrada a súa eficacia no tratamento da fibromialxia.
Tratamento psicolóxico	A	**Terapia cognitivo-condutual.** Ten efecto sobre o control da dor, malestar físico e estado de ánimo. **Terapia condutual operante.** Ten efecto sobre a redución no número de visitas medicas.
	D	**Hipnoses.** Non hai suficiente evidencia. **Imaxinería guiada.** Non hai suficiente evidencia. **Intervención mediante escritura.** Non hai suficiente evidencia.
Tratamento multidisciplinar	A	Eficaz no alivio da dor e mellora da calidade de vida a combinación de fármacos con estratexias de intervención cognitivo-condutual e exercicio físico.
Planificar visitas de seguimento		Establecerase un período de seguimento. Levarase a cabo un programa predefinido de seguimento periódico que incluirá: • Unha entrevista persoal coa paciente. • Avaliación do grao da afectación da calidade de vida, adherencia ao tratamento e resposta a este. • Valorar a pertinencia de posibles consultas con outros profesionais.

Persoal de enfermería

05 FASES DO PROCESO

5.4 TRATAMENTO/ SEGUIMENTO

ÁMBITO

Atención primaria

Atención hospitalaria

FACTORES CLAVE

O obxectivo é conseguir o control dos síntomas: a redución da dor, as alteracións do sono, a depresión, mellorar a capacidade funcional e a calidade de vida.

Sempre con adaptación individual.

ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE
Plan de coidados	O persoal de enfermería deseñará un plan de coidados personalizado a partir dunha avaliación holística. Documentará o plan de coidados na historia clínica electrónica.
Informar o paciente sobre o plan de coidados	**Informará** os pacientes sobre as actividades de enfermería que se van desenvolver. **Entregaránselle** ao paciente os informes de continuidade de coidados coas recomendacións xerais e individuais que se precisen. **Facilitarase** información sobre a dispoñibilidade dos recursos sanitarios e da comunidade dos que se poida beneficiar.
Programa de educación sanitaria para pacientes	Desenvolverá un programa de educación sobre a fibromialxia. informando e implantando educación sanitaria aos pacientes. Este programa incluirá información sobre: • **Recoñecemento** da fibromialxia por parte do paciente e o seu contorno. • **Utilización de medidas non farmacolóxicas** que favorezan o alivio da dor, control do sono, importancia do exercicio físico adecuado nas distintas fases do proceso e consellos ergonómicos. • **Adhesión ao tratamento:** ensinanza sobre a medicación prescrita: doses, vías de administración e duración dos efectos de cada medicamento. Posibles efectos adversos e interaccións. Información acerca do propósito e acción de cada medicamento. • **Información** sobre aspectos emocionais inherentes: depresión, ansiedade, tristeza, choro. Resolución de conflitos e fracasos. Control de ideas irracionais. Autoestima. Compartir sentimentos.
Programas de educación de grupo	Realizaranse actividades de educación de grupo como intervencións cotiás da consulta de enfermería: desenvolvemento de actividades en grupos con pacientes e familiares e grupos sociais sobre os aspectos que se precisen.

Fisioterapia

05 FASES DO PROCESO

5.4 TRATAMENTO/ SEGUIMENTO

ÁMBITO

Atención primaria

Atención hospitalaria

FACTORES CLAVE

O obxectivo é conseguir o control dos síntomas: a redución da dor, as alteracións do sono, a depresión, mellorar a capacidade funcional e a calidade de vida.

Sempre con adaptación individual.

ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE
Valoración	Realizarase unha valoración que incluirá en todos os casos: • Balance articular. • Balance muscular.
Programa terapéutico	O programa terapéutico debe cumprir os seguintes criterios: • O tratamento debe ser individualizado, divertido, atractivo e adaptado ao paciente. • Require a participación activa do paciente instruíndo adecuadamente en pautas específicas para adquirir patróns de movemento adecuados.

Facultativo de atención primaria/hospitalaria

5.5 INTERCONSULTA A OUTRAS ESPECIALIDADES

ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE
Interconsulta a **Reumatoloxía**	• Dúbida diagnóstica ou necesidade de facer un diagnóstico diferencial que non se pode facer na atención primaria. • Control inadecuado da sintomatoloxía a pesar dun correcto tratamento, ao inicio ou durante a evolución do proceso. • Comorbilidade que non se poida resolver en atención primaria.
Interconsulta a **Rehabilitación**	• Cando existe patoloxía asociada que impida a realización dos programas de exercicio en atención primaria. • Enfermidade con afectación severa. • Control inadecuado da sintomatoloxía a pesar dun correcto tratamento, o inicio ou durante a evolución do proceso.
Interconsulta **Saúde Mental**	Paciente cun severo estado depresivo, con inadaptación á enfermidade e importante desaxuste vital que recibiu adecuado tratamento pero persisten estes síntomas.
Interconsulta con **outros especialistas relacionados coa atención á dor**	Afectación moderada ou grave ao inicio da enfermidade ou durante a evolución desta.
Interconsulta con **outras especialidades**	Cando o paciente presenta comorbilidade doutras patoloxías que non se poden resolver en atención primaria.

06
INDICADORES DO PROCESO

INDICADOR	TIPO	FÓRMULA	Estándar	FONTE INFORMACIÓN	FRECUENCIA	Responsable
Prevalencia	Resultado	Número de casos de fibromialxia (código L18.01) ---------- X 100 Poboación total o 31 de decembro do ano de avaliación	2,7	IANUS	Anual	Centro
Pacientes con exploración de puntos dolorosos	Proceso	Número de pacientes con exploración de puntos dolorosos ---------- X 100 Número total de pacientes de novo diagnóstico de fibromialxia nun ano	95 %	IANUS	Anual	Centro
Pacientes de fibromialxia con plan de coidados específicos de enfermería	Proceso	Número de pacientes con plan de coidados específico de enfermería ---------- X 100 Número total de pacientes de novo diagnóstico de fibromialxia nun ano	95 %	IANUS	Anual	Centro
Pacientes con tratamento farmacolóxico		Número de pacientes que teñen prescrito amitriptilina ---------- X 100 Número total de pacientes diagnosticadas de fibromialxia	Para determinar	IANUS	Anual	Centro

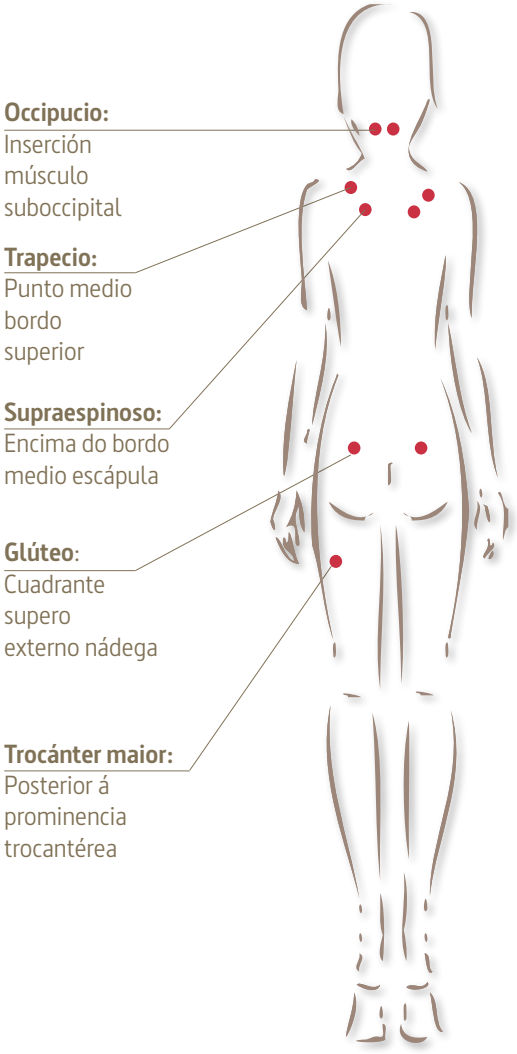
07
BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Fibromialgia 2011. Madrid Ministerio de Sanidade, Política Social e Igualdade.
2. Sociedad Española de Reumatología. Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid. Sociedad Española de Reumatología. 2001.
3. Mas AJ, Carmona L, Valverde M, Ribas B; EPISER Study Group. Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. Clin Exp Rheumatol. 2008; 26(4):519-26.
4. Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A; EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. Ann Rheum Dis. 2001; 60(11):1040-45.
5. Diario de sesiones del Senado. IX Legislatura número 52, sesión de Pleno de miércoles, 23 de septiembre de 2009.
6. Sassan Ghazan-Shahi, Tanveer Towheed, Wilma Hopman. Should rheumatologists retain ownership of fibromyalgia? A survey of Ontario rheumetologists. Clinical Rheumatoly 2012 May.
7. McBeth J, Mulvey MR. "Fibromyalgia: mechanisms and potential impact of the ACR 2010 classification criteria". Nature review Rheumatology. 2012 (8):108-116.
8. Wolfe F, Clauw D J, Fitzcharles M A, Goldenberg D L, Katz R S, Mease P, Russell A S, Russell I J, Winfield J B, Yunus M B. The Americain College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthitis Care & Research may 2010 Vol. 62, nº 5: 600-610.
9. Stuifbergen AK, Blozis SA, Becker H, Phillips L, Timmerman G, Kullberg V, Taxis C, Morrison J. A randomized controlled trial of a wellness intervention for women with fibromyalgia syndrome. Clin Rehabil. 2010 Apr; 24 (4):305-18.
10. Arranz LI, Canela MA, Rafecas M. Fibromyalgia and nutrition, what do we know? Rheumatol Int. 2010 Apr 1.
11. Alegre de Miguel C, García Campayo J, Tomás Flórez M, Gómez Arguelles J M, Blanco Tarrio E, Gobbo Montoya M, Pérez Martin Á, Martínez Salido A, Vidal Fuentes J, Altarriba Alberch E, Gómez de la Camara A. Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. Actas Esp Psiquiatria 2010; 38(2):108-120.
12. Byon W, Ouellet D, Chew M, Ito K, Burger P, Pauer L, Zeiher B, Corrigan B. Exposure-Response Analyses of the Effects of Pregabalin in Patients With Fibromyalgia Using Daily Pain Scores and Patient Global Impression of Change. J Clin Pharmacol. 2010.
13. Kalichman L. Massage therapy for fibromyalgia symptoms. Rheumatology Mar. 20.
14. Rehm SE, Koroschetz J, Gockel U, Brosz M, Freynhagen R, Tölle TR, Baron R A cross-sectional survey of 3035 patients with fibromyalgia: subgroups of patients with typical comorbidities and sensory symptom profiles. Rheumatology (Oxford). 2010 Mar 17.
15. Malemud CJ. Focus on pain mechanisms and pharmacotherapy in the treatment of fibromyalgia syndrome. Clin Exp Rheumatol. 2009 Sep-Oct;27(5 Suppl 56):S86-91.
16. Rivera J, Rejas J, Esteve-Vives J, Vallejo MA; Groupo ICAF. Resource utilisation and health care costs in patients diagnosed with fibromyalgia in Spain. Clin Exp Rheumatol. 2009 Sep-Oct;27(5 Suppl 56):S39-45.
17. Rico-Villademoros F, Hidalgo J, Morillas-Arques P, Vilchez JS, Delgado-Rodriguez A, Calandre EP. An open-label study of levopromazine (methotrimeprazine) as an add-on therapy in fibromyalgia management. Clin Exp Rheumatol. 2009 Sep-Oct; 27(5 Suppl 56):S16-20.
18. De Silva V, El-Metwally A, Ernst E, Lewith G, Macfarlane GJ; on behalf of the Arthritis Research Campaign working group on complementary and alternative medicines Evidence for the efficacy of complementary and alternative medicines in the management of fibromyalgia: a systematic review. Rheumatology (Oxford). 2010 Mar 3.
19. Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Flotman F, Branco JC, Buskila D, Da Silva J AO, Danneskiold-Samsoe B, Dincer F, Henriksson, C, Heniksson K, Kosek E, Longley K, McCarthy GM, Perrot S, Puszczewicz M J, Sarzi-Puttini P,. Silman A, Späth and Choy EH. Eular Evidence based recommendations for the management of fi bromyalgia syndrome. Ann Rheum Dis 2008 Apr; 67(4):536-41.
20. Busch AJ, Barber KAR, Overend TJ, Peloso PMJ, Schachter CL. Ejercicio para el tratamiento del síndrome de fibromialgia; 2007 (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Dispoñible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
21. DÁrcy I, CRNP,CNS,MS. Tratatar el dolor de la fibromyalgia. Nursing. 2007, vol 25, nº2: 48-49.
22. Rivera J, Alegre C, Ballina FJ, Carbonell J, Carmona L, Castel B, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. Reumatol Clin. 2006;2 Supl 1: S55-66.
23. Rivera J, Alegre C, Nishishinya MB, Pereda CA. Evidencias terapéuticas en fibromialgia. Reumatol Clin. 2006;2 Supl 1: S34-7.
24. Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. Protocolo para el Abordaje de la fibromialgia en el ámbito de la atención primaria del sistema de salud de Aragón y criterios para su derivación a la atención especializada. 2006 Gobierno de Aragón.
25. Generalitat de Catalunya. Departamende Salut. Nuevo modelo de atención a la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica. 2006. Barcelona. Direcció General de Planificació i Avaluació.
26. Consejería de Salud Junta de Andalucia. Fibromialgia proceso asistencial integrado. 2005 Sevilla. Consejería de Salud.
27. Alegre de Miquel C, Alejandra-Pereda C, Betina-Nishishinya M, Rivera J. Revisión sistemática de las intervenciones farmacológicas en la fibromialgia. Med Clin (Barc). 2005;125(20):784-7.
28. Rivera Redondo J, Moratalla Justo C, Valdepeñas Moraleda F, García Velayos Y, Osés Puche JJ, Ruiz Zubero J, et al. Long-term efficacy of therapy in patients with fibromyalgia: a physical exercise-based program and a cognitive-behavioral approach. Arthritis Rheum. 2004;51:184-92.
29. Tofferi JK, Jackson JL, O'Malley PG. Treatment of fibromyalgia with clobenzaprine: A meta-analysis. Arthritis Rheum. 2004;51(1):9-13.
30. Collado Cruz A, Torresi Mata X, Arias i Gassol A, Cerdà Garbaroi D, Vilarrasa R, Valdés Miyar M, et al. Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. Med Clin (Barc). 2001;117:401
31. Xunta de Galicia . Conselleria de Sanidade Sevizo Galego de Saúde. Guía técnica doproceso de atención á fibromialxia. Febreiro 2009. Xunta de Galicia.

A
ANEXOS

- **A1** Localización dos puntos da dor na fibromialxia
- **A2** Cuestionario de impacto da fibromialxia (CIF)
- **A3** Resumo das recomendacións dos tratamentos
- **A4** Fármacos utilizados no tratamento da fibromialxia en función da sintomatoloxía predominante
- **A5** Niveis de evidencia científica e graos de recomendación de SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)
- **A6** Recomendacións de exercicio físico para pacientes con fibromialxia
  - A6.**1** O exercicio aeróbico
  - A6.**2** A mobilidade articular
  - A6.**3** As estiradas
  - A6.**4** Os exercicios de tonificación
  - A6.**5** A respiración e a relaxación

A1
Localización dos puntos da dor na fibromialxia



Fonte: Fibromialxia. Ministerio de Sanidade, Política Social e Igualdade. 2011

A2
Puntuación

- Canto maior é a puntuación peor é o estado de saúde do paciente e a súa capacidade funcional.
- O rango de puntuación encóntrase entre 0 e 100 e cada un dos seus 10 ítems pode alcanzar valores entre 0 e 10.
- O ítem número 1 ten 10 subítems que fan referencia á función física. Cada un deles puntúase entre o 0 e 3. Súmanse todas as puntuacións e divídese entre o número de subítems que contestou o paciente ofrecendo un valor final entre 0 e 3. Este valor normalízase multiplicando por 3,33 para obter un valor cun rango entre 0 e 10.
- Para puntuar a pregunta número 2 primeiro recodifícase desta maneira: 0 días = 7, 1 día = 6, 2 días = 5, 3 días = 4..., 7 días = 0. Despois multiplícase a puntuación así obtida por 1,43 para obter unha puntuación final cun rango entre 0 e 10.
- Para puntuar a pregunta número 3, multiplícase directamente o valor da resposta por 1,43.
- As escalas numéricas conteñen valores entre 0 e 10.
- A PUNTUACIÓN DO CIF TOTAL é a suma das puntuacións de todos os seus ítems. No caso de que quedase algún sen contestar, súmanse todos os demais e a puntuación divídese polo número de ítems contestados e súmanse todos os demais e a puntuación divídese polo número de ítems contestados e multiplícase por 10, co que a puntuación final é sempre de 0 a 100.

Cuestionario de impacto da fibromialxia (CIF)

Nome:

Data:

Puntuación CIF:

Rodee cun círculo o número que mellor describa como se encontrou durante a **ÚLTIMA SEMANA**. Se non ten costume de realizar algunha actividade, risque a pregunta.

1	**Foi vostede capaz de...**	Sempre	A maioría das veces	En ocasións	Nunca
	a. Facer a compra?	0	1	2	3
	b. Facer a coada, coa lavadora?	0	1	2	3
	c. Preparar a comida?	0	1	2	3
	d. Lavar á man os pratos e os cacharros de cociña?	0	1	2	3
	e. Pasar a fregona, a mopa ou a aspiradora?	0	1	2	3
	f. Facer as camas?	0	1	2	3
	g. Camiñar varios cuarteiróns?	0	1	2	3
	h. Visitar a amigos ou parentes?	0	1	2	3
	i. Subir escaleiras?	0	1	2	3
	j. Utilizar transporte público?	0	1	2	3

2 **Cuantos días da última semana se sentiu ben?**

0 1 2 3 4 5 6 7

3 **Cantos días da última semana non puido facer o seu traballo habitual, incluído o doméstico, por causa da fibromialxia?**

0 1 2 3 4 5 6 7

Rodee cun círculo o número que mellor indique como se sentiu en xeral durante a **ÚLTIMA SEMANA**:

4 **No seu traballo habitual, incluído o doméstico, ata que punto a dor e outros síntomas da fibromialxia dificultaron a súa capacidade para traballar?**

Sen dificultade — Moita dificultade

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5 **Como foi de forte a dor?**

Sen dolor — Dor moi forte

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6 **Como se encontrou de canso/a?**

Nada canso/a — Moi canso/a

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7 **Como se sentiu ao erguerse polas mañás?**

Descansado/a — Moi canso/a

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8 **Como se notou de ríxido/a ou agarrotado/a?**

Nada ríxido/a — Moi ríxido/a

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9 **Como se notou de nervioso/a, tenso/a ou angustiado/a?**

Nada nervioso/a — Moi nervioso/a

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10 **Como se sentiu de deprimido/a ou triste?**

Nada deprimido/a — Moi deprimido/a

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Fonte: Fibromialxia. Ministerio de Sanidade, Política Social e Igualdade. 2011

A3
Resumo das recomendacións dos tratamentos

TRATAMENTO	RECOMENDACIÓN	(*) GRAO DA RECOMENDACIÓN
Amitriptilina	A amitriptilina reduce a dor, a fatiga, mellora o sono e produce unha sensación global de melloría desde a perspectiva do médico e do propio paciente e polo tanto pódese recomendar para o tratamento destes síntomas en pacientes con FM.	A
Duloxetina	A duloxetina reduce a dor, mellora o sono, o estado de ánimo, a calidade de vida e a capacidade funcional, polo tanto pódese recomendar para o tratamento destes síntomas en pacientes con FM.	A
Ciclobenzaprina	A ciclobenzaprina reduce a dor a curto prazo e mellora o sono, polo tanto, pódese recomendar para o tratamento destes síntomas en pacientes con FM.	A
Pregabalina	A pregabalina reduce a dor e mellora o sono e a calidade de vida, polo tanto, pódese recomendar para o tratamento destes síntomas en pacientes con FM.	A
Terapia cognitivo-condutual (TCC)	Hai forte evidencia sobre o efecto beneficioso da TCC sobre o control da dor, malestar físico e o estado de ánimo en pacientes coa FM.	A
Terapia condutual operante (TCO)	Hai evidencia sobre o efecto da TCO na redución do número de visitas médicas.	A
Tratamentos multicompoñentes	Recoméndase a combinación de exercicio físico, estratexias de intervención cognitivo-condutual e fármacos no tratamento de pacientes con FM xa que se demostrou eficaz no manexo da dor e na mellora da calidade de vida e a capacidade física.	A
Exercicio	Recoméndanse programas de exercicio físico aeróbico de baixo impacto, cunha intensidade inicial baixa ou programas mixtos (combinando exercicios aeróbicos e de fortalecemento muscular).	A
	Unha alternativa serían os programas de exercicios de fortalecemento muscular.	B
Fluoxetina	A evidencia sobre o efecto da fluoxetina sobre a dor, o sono e a fatiga en pacientes con FM é controvertida e parece eficaz en depresión e limitación funcional, e é necesario confirmar o potencial beneficio deste principio activo antes de recomendar a práctica clínica habitual cando se utiliza como único fármaco.	B
Métodos de relaxación	Os métodos de relaxación utilizados de forma illada co único obxectivo de controlar a dor non demostraron eficacia.	B
Tramadol	Hai moderada evidencia sobre o efecto do tramadol para o manexo da dor como fármaco único ou combinado con paracetamol.	B

Fonte: Fibromialxia. Ministerio de Sanidade, Política Social e Igualdade. 2011

A3
Resumo das recomendacións dos tratamentos

Resumo das recomendacións dos tratamentos

TRATAMENTO	RECOMENDACIÓN	(*) GRAO DA RECOMEN-DACIÓN
Axentes físicos	Varios estudos suxiren un efecto positivo a curto prazo do láser, a termoterapia superficial, os campos magnéticos e a corrente directa transcraneal polo que se podería considerar a súa utilización en casos seleccionados que non respondesen a outras terapias con maior nivel de evidencia científica.	C
Gabapentina, pramipexol, oxibato sódico, hormona do crecemento, nabilona	Son necesarios máis estudos para corroborar o seu beneficio e non se recomenda o seu uso na práctica clínica habitual.	C
Terapia manual	Non se demostrou de forma suficiente, o efecto beneficioso da masaxe, e a quiropraxia no tratamento da FM e, polo tanto, non se recomenda o seu uso.	C
Acupuntura	Non hai suficiente evidencia para recomendar a acupuntura como tratamento en pacientes con FM, aínda que algúns estudos demostran unha leve mellora da dor en pacientes con fibromialxia.	C
Homeopatía	Non hai suficiente evidencia para recomendar a homeoterapia como tratamento en pacientes con FM.	C
Qi Gong Kung Reiki	Non se demostrou a eficacia do Qi Gong Kung, Reiki e outras terapias alternativas no tratamento da FM	C
Información/educación ao paciente	A información/educación debe ser un compoñente esencial e prioritario do tratamento da FM.	D
Paracetamol	Aínda que non hai ningún ECCA comparado con placebo que analice a eficacia do paracetamol en FM, parece razoable a utilización deste fármaco por razóns de tolerancia e seguridade.	D
Glicocorticoides	Non se recomendan os glicocorticoides (GC) para o tratamento dos síntomas da FM xa que ningún estudo avala a súa eficacia neste trastorno e, ademais, en tratamentos continuados con GC a aparición de efectos secundarios é frecuente.	D
AINES (Naproxeno e ibuprofeno)	Non hai evidencia de que os AINE (naproxeno e ibuprofeno) sexan efectivos cando se administran sós en pacientes con FM, aínda que poden ser útiles como adxuvantes analxésicos cando se combinan cos antidepresivos tricíclicos.	D
Ketamina lidocaína, marihuana	Non hai suficiente evidencia para recomendar os opioides maiores, a ketamina, a lidocaína, e a marihuana para o tratamento dos síntomas da FM.	D
Ozonoterapia	Non hai suficiente evidencia para recomendar a ozonoterapia como tratamento en pacientes con FM.	D
Tai chi	Aínda que un primeiro estudo suxire que o tai chi pode presentar beneficios en pacientes con FM, non é posible recomendalo.	D
Hipnose, imaxinería guiada ou intervención mediante escritura	A pesar dalgúns resultados positivos non hai aínda suficiente evidencia científica para recomendar a hipnose, a imaxinería guiada ou a intervención mediante escritura.	D

Fonte: Fibromialxia. Ministerio de Sanidade, Política Social e Igualdade. 2011

A4
Fármacos utilizados no tratamento da fibromialxia en función da sintomatoloxía predominante

Fármacos utilizados no tratamento da fibromialxia en función da sintomatoloxía predominante

FÁRMACO	SÍNTOMAS SOBRE OS QUE PODE SER EFICAZ	GRAO DE RECOMENDACIÓN	RANGO TERAPÉUTICO
Amitriptilina[a]	Dor, sono, fatiga, limitación funcional	**A**	**25-50** mg/día
Ciclobenzaprina[b]	Sono, dor[c]	**A**	**10-40** mg/día
Duloxetina	Dor, sono, depresión, limitación funcional	**A**	**60-120** mg/día
Pregabalina	Dor, sono, limitación funcional	**A**	**150-450** mg/día
Tramadol[f]	Dor	**B**	**150-300** mg/día
Fluoxetina	Dor[d], sono[d], fatiga[d], depresión, limitación funcional	**C**	**20-70** mg/día
Paracetamol[e]	Dor	**D**	**2-4** gr/día

a. Utilizar en dose única pola noite. Pódese asociar con outros antidepresivos e/ou analxésicos.
b. Utilizar en dose única pola noite ou partida, coa dose principal pola noite.
c. Tende a diminuír co tempo.
d. Acción controvertida.
e. Non hai estudos controlados que avalen o seu uso. Pola súa seguridade e tolerancia é razoable utilizalo; un terzo de pacientes que o toman consideran que lles é útil.
f. Pódese utilizar só ou asociado a paracetamol (comercialízase en comprimidos de 37.5 mg de tramadol e 325 mg de paracetamol–dose 4.0 ± 2 comp./día–)

Fonte: Fibromialxia. Ministerio de Sanidade, Política Social e Igualdade. 2011

A5
Niveis de evidencia científica e graos de recomendación de SIGN
(Scottish Intercollegiate Guidelines Network)

Niveis de evidencia científica

NIVEIS DE EVIDENCIA CIENTÍFICA	
1++	Metaanálises de alta calidade, revisións sistemáticas de ensaios clínicos ou ensaios clínicos de alta calidade con moi pouco risco de variación.
1+	Metaanálises ben realizadas, revisións sistemáticas de ensaios clínicos ou ensaios clínicos ben realizados con pouco risco de variación.
1-	Metaanálises, revisións sistemáticas de ensaios clínicos ou ensaios clínicos con alto risco de variacións.
2++	Revisións sistemáticas de alta calidade de estudos de cohortes ou de casos e controis. Estudos de cohortes ou de casos e controis con risco moi baixo de variación e con alta probabilidade de establecer unha relación causal.
2+	Estudos de cohortes ou de casos e controis ben realizados con baixo risco de variación e cunha moderada probabilidade de establecer unha relación causal.
2-	Estudos de cohortes ou de casos e controis con alto risco de variación e risco significativo de que a relación non sexa causal.
3	Estudos non analíticos, como informes de casos e series de casos.
4	Opinión de expertos.

Graos de recomendación

GRAOS DE RECOMENDACIÓN	
A	Polo menos unha metaanálise, revisión sistemática ou ensaio clínico calsificado como **1++** é directamente aplicable á poboación diana da guía; ou un volume de evidencia científica composto por estudos clasificados como **1+** e con gran consistencia entre eles.
B	Un volume de evidencia científica composta por estudos clasificados como **2++**, directamente aplicable á poboación diana da guía e que demostran gran consistencia entre eles; ou evidencia científica extrapolada desde estudos clasificados como **1++** ou **1+**.
C	Un volume de evidencia científica composta por estudos clasificados como **2+**, directamente aplicables á poboación diana da guía e que demostran gran consistencia entre eles; ou evidencia científica extrapolada desde estudos clasificados como **2++**.
D	Evidencia científica de nivel **3** ou **4**; ou evidencia científica extrapolada desde estudos clasificados como **2+**.

Fonte: Fibromialxia. Ministerio de Sanidade, Política Social e Igualdade. 2011

Un dos piares terapéuticos que se mostrou máis eficaz no control dos síntomas da fibromialxia é o exercicio aeróbico suave e regular. Por unha parte, o exercicio mellora o estado de saúde xeral ao tonificar os músculos e manter o funcionamento do seu sistema cardiovascular. Con iso, permitiralle realizar con maior facilidade as súas tarefas diarias e axudaralle a controlar o peso. Por outro lado, o exercicio produce efectos beneficiosos sobre os síntomas da fibromialxia (mellora o benestar xeral, diminúe a sensibilidade á dor, facilita o sono e mellora a sensación de fatiga).

A6

Recomendacións de exercicio físico para pacientes con fibromialxia

Que tipo de **exercicio** se debe de realizar

- Facer exercicio suave todos os días é esencial, fundamentalmente o exercicio aeróbico.
- Outro tipo de exercicios, como de fortalecemento muscular, mobilidade articular, respiración, relaxación e flexibilidade, realizados con prudencia e de forma adecuada mellorarán outros aspectos da súa saúde e a súa calidade de vida.
- É moi importante ser regular na práctica de exercicio e non desanimarse, xa que os síntomas poden empeorar inicialmente. Sexa constante e paciente. Conseguir resultados pode tardar algún tempo. Non se desanime se nalgunha ocasión ten un "mal día" ou se lle custa facer o exercicio máis esforzo do habitual. Ao longo do tempo, e pouco a pouco, irá notando a melloría que lle proporciona o exercicio. Debe saber que os beneficios que obtén coa práctica de exercicio desaparecerán se deixa de facelo con regularidade.
- O exercicio é máis eficaz se se fai pola tarde, afastado da noite para non interferir co sono. Ademais, é aconsellable realizalo en grupo, así mellorarán as súas relacións sociais e facilitará a súa motivación.
- O exercicio aeróbico suave pode facelo todos os días, pero noutros tipos de exercicio é conveniente alternar un día de descanso para facilitar a recuperación muscular. Á hora de elixir un exercicio hai que asegurarse de que non provoque un empeoramento da dor. Deberá comezar a realizar exercicios que utilicen partes do corpo que non lle doian. Entre os máis populares podemos citar pasear, andar en bicicletas normais ou estáticas, a ximnasia, a danza aeróbica suave e algún programa de exercicios acuáticos.

O exercicio aeróbico

A6

Recomendacións de exercicio físico para pacientes con fibromialxia

A6.1

O exercicio aeróbico

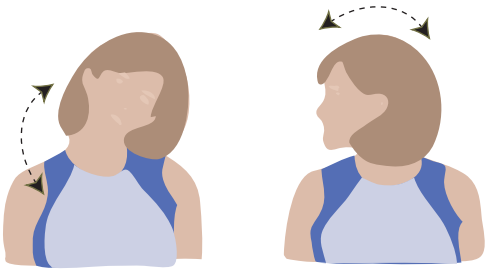
O exercicio aeróbico é aquel que mobiliza grandes masas musculares (móvense os músculos máis grandes do corpo), eleva a frecuencia cardíaca e pódese manter durante un tempo prolongado. Ademais, este exercicio debe ser de baixo impacto (sen saltos) como: **camiñar, bailar suave, facer bicicleta estática, facer actividades na auga etc.**

- Elixa unha das anteriores actividades que non provoque un empeoramento da dor.
- Débese empezar a realizar exercicio aeróbico de forma lenta e progresiva.
- Se está vostede moi afectada, un consello orientador é comezar con sesións de 5 minutos diarios. Aumentar cada semana 5 minutos ata chegar a realizar sesións de 30´ a 40´ todos os días. A intensidade ten que ser moderada, aumentando lentamente e sempre que se encontre cómoda.

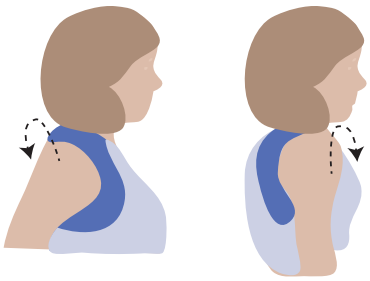
A mobilidade articular

A mobilidade articular débese realizar ao principio da sesión do exercicio de forma moi suave e facendo o movemento o máis amplo posible:

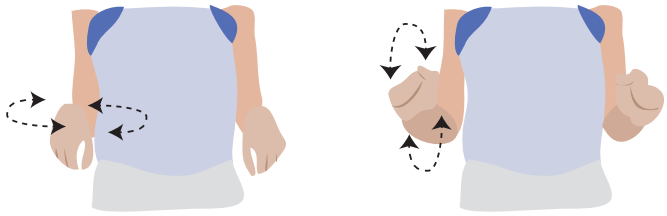
- **Mover a cabeza** suavemente, de **fronte-abaixo, de lado a lado** etc.



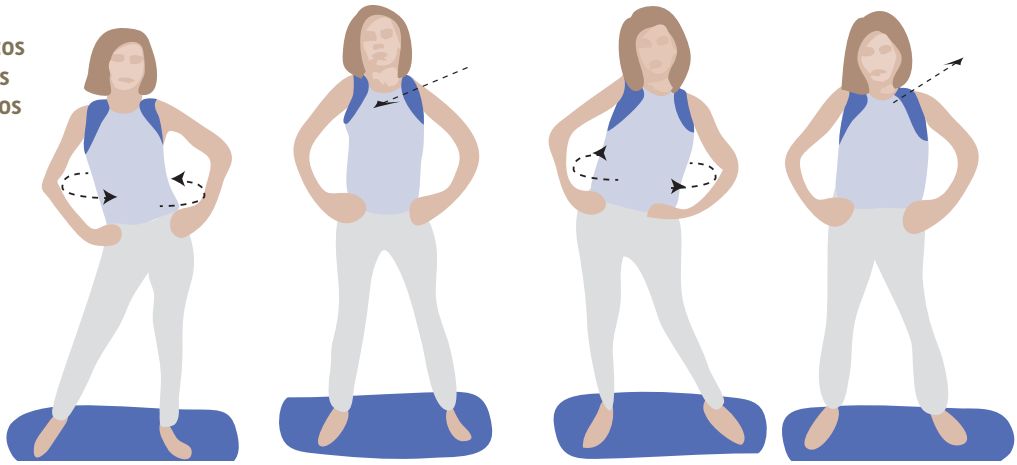
- **Mover os brazos e os ombreiros** facendo **círculos cara a diante e atrás.**



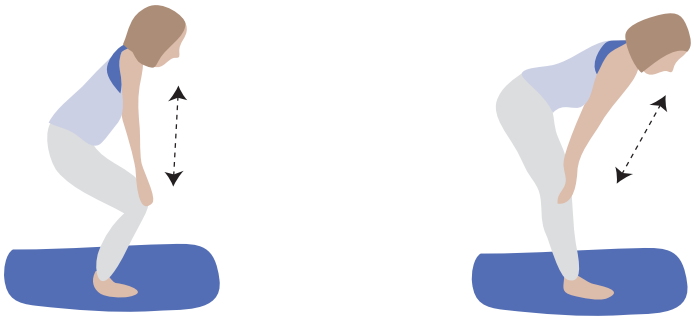
- **Mover os pulsos** facendo **círculos cara a ambos lados.**



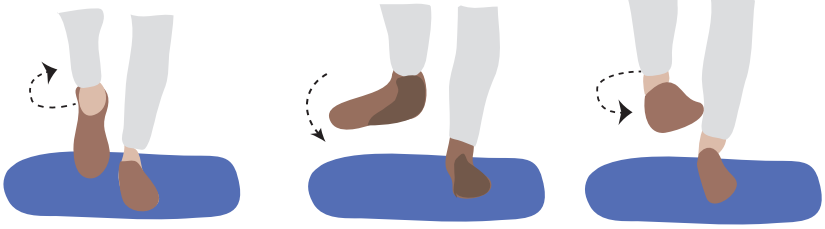
- **Mover os brazos e os ombreiros** facendo **círculos cara a diante e atrás.**



- **Dobrar e estirar** un pouco os **xeonllos**



- Facer **círculos** coa **punta do pé.**



Recoméndase tamén a realización de exercicios de mobilidade articular das principais articulacións e estiradas estáticas suaves dos principais grupos musculares.

Fonte: Guía técnica do proceso de atención á fibromialxia. Febreiro 2009. Xunta de Galicia

As estiradas

As estiradas débense realizar ao comezo (despois da mobilidade articular) e ao rematar a sesión de exercicio. Cada posición debe manterse uns 20" e hai que estar quietos e manter a posición, sen rebotes. Débense estirar as pernas, os brazos e o lombo moi suavemente e sempre sen dor. Sobre todo débense estirar os seguintes grupos musculares:

Recoméndase tamén a realización de exercicios de mobilidade articular das principais articulacións e estiradas estáticas suaves dos principais grupos musculares.

▶ **Os xemelgos**



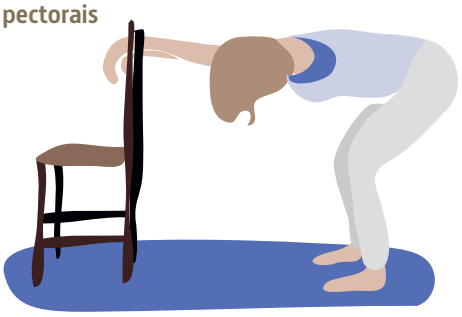
▶ **Os cuadríceps**



▶ **Os isquiotibiais**



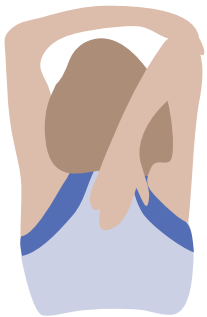
▶ **Os pectorais**



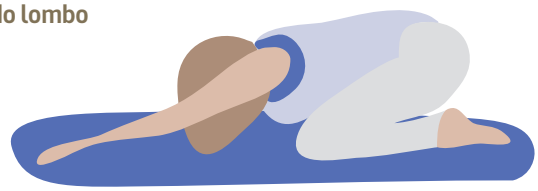
▶ **Os adutores**



▶ **Os tríceps**



▶ **E os músculos do lombo**



Fonte: Guía técnica do proceso de atención á fibromialxia. Febreiro 2009. Xunta de Galicia

Os exercicios de tonificación

Neste tipo de exercicios hai un amplo abano de posibilidades e pódense empregar numerosos materiais. A execución de cada exercicio débese realizar cunha técnica correcta, polo que se recomenda a supervisión inicial dun profesional, polo menos ata que aprenda correctamente a súa execución.

A6

Recomendacións de exercicio físico para pacientes con fibromialxia

A6.4

Os exercicios de tonificación

Recoméndase tamén a realización de exercicios de mobilidade articular das principais articulacións e estiradas estáticas suaves dos principais grupos musculares.

Fonte: Guía técnica do proceso de atención á fibromialxia. Febreiro 2009. Xunta de Galicia

A respiración e a relaxación

É recomendable dedicar todos os días uns minutos á relaxación nos que sempre se lle presta unha especial atención á respiración, que será lenta e profunda. Sobre todo empréganse dous métodos:

- **A relaxación muscular:** consiste en tensar durante uns segundos e logo relaxar suavemente unha parte do corpo (por exemplo, un puño). Isto repítese varias veces e logo faise con outras partes do corpo. Hai que facer fincapé en notar a sensación de relaxación a medida que "afrouxamos" os músculos.

- **A relaxación autóxena:** consiste en colocarse nunha posición cómoda, normalmente deitado boca arriba, e pensar e imaxinar distintas situacións que produzan relaxación muscular (sensación de peso ou cansazo, calor). Por exemplo, imaxine que está deitada na praia, o sol dálle calorciño e como rompen suavemente as ondas na beira; non se pode pensar en nada máis. É unha sensación moi agradable que relaxa os músculos.

- **Pauta da sesión de exercicio:**

  1.º paso: inicie a sesión con 5 minutos de mobilidade articular e outros 5 minutos de estiradas.

  2.º paso: especialmente se non se está en forma, convén empezar con só 5 minutos de exercicio aeróbico e ir aumentando o tempo segundo se vaia tolerando ata acadar entre 30 e 40 minutos de exercicio.

  3.º paso: remate con 5 minutos de estiradas e algúns exercicios de relaxación e respiración.

Fonte: Guía técnica do proceso de atención á fibromialxia. Febreiro 2009. Xunta de Galicia

Integrantes do grupo de traballo

NOME	POSTO	CENTRO
D.ª Paloma Puime Montero	Médico de familia do centro de saúde Os Tilos	XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
D.ª Susana Romero Yuste	Médico especialista en Reumatoloxía	XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE PONTEVEDRA O SALNÉS
D.ª Estrella González Gómez	Psicóloga clínica	XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE PONTEVEDRA O SALNÉS
D.ª Teresa Santamaría Solís	Médico especialista en Rehabilitación	XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE PONTEVEDRA O SALNÉS
D.ª M.ª del Carmen Casal Nogueira	Enfermeira centro de saúde Concepción Arenal	XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
D.ª Idalina Alcoba Mayo	Fisioterapeuta coordinadora de área centro de saúde Fontiñas	XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
D.ª Mercedes Lanza Gándara	Subdirectora xeral de Planificación e Programación Asistencial	DIRECCIÓN XERAL DE ASISTENCIA SANITARIA
D. José Javier Ventosa Rial	Xefe do Servizo de Procesos e Programas Asistenciais	DIRECCIÓN XERAL DE ASISTENCIA SANITARIA
D.ª Blanca Cimadevila Álvarez	Xefa do Servizo de Integración Asistencial	DIRECCIÓN XERAL DE ASISTENCIA SANITARIA
D.ª Ana Calvo Pérez	Técnica do Servizo de Integración Asistencial	DIRECCIÓN XERAL DE ASISTENCIA SANITARIA
D.ª Flor Martínez Varela	Técnica do Servizo de Procesos e Programas Asistenciais	DIRECCIÓN XERAL DE ASISTENCIA SANITARIA