

Universidad de Zaragoza

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2014 / 2015

TRABAJO FIN DE GRADO

**PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA UNA DETECCIÓN
PRECOZ DE LA ENFERMEDAD DE FIBROMIALGIA EN
ATENCIÓN PRIMARIA**

Autora: RAQUEL VICENTE MARTÍNEZ

Tutor: JOSE RAÚL PÉREZ SANZ

INDICE

I	Resumen	PAG. 3
II	Introducción	PAG. 5
III	Objetivo	PAG. 9
IV	Metodología	PAG. 10
V	Desarrollo	PAG. 11
	• Autora	
	• Revisores externos	
	• Declaración conflicto de intereses	
	• Justificación	
	• Objetivos	
	• Profesionales a quienes va dirigido	
	• Población diana /Excepciones	
	• Actividades	
	A. Anamnesis	
	B. Exploración física, Tender points	
	C. FIQ	
	D. Escalas de valoración del dolor	
	E. Índice de dolor generalizado, WPI	
	F. Índice de gravedad de síntomas, SS	
	G. Escala de catastrofización	
	H. Plan de cuidados	
VI	Conclusiones	PAG. 20
VII	Bibliografía	PAG. 21
VIII	Listado de anexos	PAG. 25
IX	Anexos	PAG. 25

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La Fibromialgia (FM) es una enfermedad reumática crónica, fue conocida durante muchos años con el nombre de "fibrositis" hasta que en 1992 la OMS la reconoció como enfermedad reumatólogica.

En 1990 El American College of Rheumatology define los criterios diagnósticos, dolor musculoesquelético difuso de al menos tres meses de duración y presencia de 11 de los 18 puntos dolorosos a la palpación.

La prevalencia en nuestro país de personas con Fibromialgia según el estudio EPISER es del 2-3% de la población total y en Aragón es del 2,3 %.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es hacer un protocolo para el enfermero de atención primaria con el fin de colaborar en la detección precoz de la enfermedad de Fibromialgia.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo este trabajo la búsqueda bibliográfica se ha realizado en las siguientes fuentes de información: Elsevier, Google Académico, Medline, Pubmed, Scielo, Otras fuentes de información fueron, el Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, el Protocolo de Aragón de Fibromialgia, la Sociedad Española de Reumatología, el Instituto de Reumatología Ferrán y libros científicos.

Palabras claves: "Fibromialgia" en combinación con "Criterios Diagnósticos", "Otras Alteraciones" "Historia", "Escalas de valoración" y "Enfermedad Reumatólogica".

DESARROLLO

Se establece un protocolo de trabajo para que el profesional de enfermería realice la valoración, el control y seguimiento de los pacientes que llegan a la consulta de enfermería derivados del médico de Atención Primaria por referir dolor musculoesquelético generalizado y no presentar otra enfermedad que explique el dolor. Además en algunos casos el paciente podría manifestar alteraciones cognitivas.

CONCLUSIÓN

Con este protocolo se obtiene una mayor implicación del enfermero de Atención Primaria en la detección precoz de Fibromialgia.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Fibromyalgia (FM) is a chronic rheumatic illness.

Fibromyalgia was known for many years by the name "fibrositis" until 1992 when the WHO recognized it as a rheumatologic illness.

In 1990 the American College of Rheumatology defines the diagnosis judgements which are: diffused musculoskeletal pain for at least three months and the presence of 11 of the 18 painful points when the palpation.

The prevalence in our country of people with fibromyalgia by the EPISER (Spanish Society of Rheumatology) is 2-3% of the total population.

OBJECTIVE

The objective of this work is to make a protocol for the primary care nurse with the aim of collaborating in the premature detection of fibromyalgia.

METHODOLOGY

To carry out this work the bibliographic research has been done in the following sources: Elsevier, Academic Google, Medline, Pubmed, Scielo. Other sources of information were: Ministry of Health Social Policy and Equality, Aragón Protocol of Fibromyalgia, Spanish Society of Rheumatology and the Ferrán Institute of Rheumatology.

Key words: "Fibromyalgia" in combination with "diagnosis judgements", "other variations", "history", "valuation scales" and "rheumatologic illness".

DEVELOPMENT

A patient who comes to the infirmary consulting room diverted from the primary care nurse for having general musculoskeletal pain and doesn't present another illness that explains the pain. Besides in some cases the patient could present cognitive variations.

It is established a working protocol for the primary care nurse to make the valuation, control and tracing of this people.

CONCLUSION

With this protocol more implication is obtained of primary care nurse in the premature detection of fibromyalgia.

INTRODUCCIÓN

Puesto que la Atención Primaria es la principal puerta de entrada de pacientes que demandan asistencia sanitaria, es aquí donde el profesional sanitario debe hacer una buena atención y control de los pacientes para detectar y manejar sus problemas de salud. La importancia de este trabajo se debe a que la elevada prevalencia de la enfermedad de Fibromialgia constituye un problema sanitario, ocupa el 10-20% de las consultas reumatológicas y el 5-8% de las de Atención Primaria con lo que es la causa más frecuente de dolor osteomuscular generalizado y crónico.

Además la enfermedad de Fibromialgia supone una importante afectación de la calidad de vida de los pacientes.

Existe una media de demora del diagnóstico de Fibromialgia de 10 a 15 años. En la actualidad enfermería no trabaja desde Atención Primaria con estos pacientes existiendo herramientas que permiten valorar, controlar la evolución y realizar un seguimiento de los pacientes que presentan esta enfermedad.

Definición

La palabra fibromialgia (FM) significa dolor en los músculos y en el tejido fibroso (ligamentos y tendones) y se caracteriza por dolor musculoesquelético generalizado y sensación dolorosa a la presión en unos puntos específicos. Se considera una enfermedad reumática crónica . ⁽¹⁾

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La primera referencia bibliográfica sobre FM de la que hoy disponemos son en los textos sagrados (libro de Job).

En el s. XVI Guillermo de Baillou empleó el término REUMATISMO para describir enfermedades que afectaban a músculos y articulaciones y en el s. XVII, Sydenham explica enfermedades histéricas y describe en ellas muchos de los síntomas que en la actualidad aparecen en la FM.

Hallyday acuña el término de Reumatismo Psicógeno, ya que no halla degeneración muscular y sí la presencia de depresión y estrés en muchos de los afectados por fibrositis.

Smythe es el primer gran referente en la historia reciente de la Fibromialgia. En 1972 en el Libro de reumatología, *Arthritis and Allied conditions*, publica un capítulo titulado: Reumatismo no articular y síndromes musculo-esqueléticos psicógenos en el que define la Fibromialgia como un cuadro de dolor generalizado, acompañado de fatiga, sueño no reparador, rigidez matutina, factores agravantes y aliviadores, estrés emocional y múltiples puntos dolorosos. Especifica la localización de muchos puntos dolorosos que posteriormente el colegio Americano de Reumatología recogerá en la definición y el diagnóstico de la fibromialgia.

En 1904 Gowers introduce el término FIBROSITIS como inflamación del tejido fibroso de los músculos para referirse al reumatismo muscular. Esta enfermedad representaba muchos de los síntomas de los que hoy se conoce como fibromialgia.

En 1975 Hench, utiliza por primera vez el término fibromialgia para designar la presencia de dolor muscular en ausencia de signos propios de inflamación.

En el s.XX Wolfe, F. et al., denominan a la FM como Neurastenia o reumatismo y descubren los Puntos Gatillo, puntos sensibles comunes en las personas afectadas de FM. ⁽²⁾

Reconocida por la OMS desde 1992 y por la clasificación internacional de enfermedades, codificada con el código M79.7 (CIE-10 CM) como enfermedad reumatólogica y en 1994 por la Asociación Internacional para el estudio del Dolor (IASP) y la clasifica con el código X33.X8a ^(3,4)

Cada país ha elaborado una guía para que los profesionales dispongan de un mayor conocimiento de la enfermedad y tratar a los pacientes de la manera eficaz. La guía española de FM fue publicada en 2011. ⁽³⁾

En el año 2000, el estudio EPISER según la sociedad española de reumatología, estimó que la prevalencia de la FM en España fue del 2.37% alrededor de un millón de afectados. En Aragón la prevalencia fue del 2.3%. El estudio se realizó entre la población mayor de 20 años de edad.

Por sexos la prevalencia entre los varones se estima en un 0,2%, frente a un 4,2% en las mujeres lo que supone una relación mujer:varón de 21:1 con una prevalencia máxima de entre 40 y 49 años.

En 1990, American College of Rheumatology (ACR) define los criterios diagnósticos de la Fibromialgia: ⁽⁵⁻¹⁰⁾

1 - Dolor musculoesquelético difuso de al menos 3 meses de duración y que afecte, como mínimo a tres de los cuatro cuadrantes del cuerpo (lado derecho e izquierdo del cuerpo, por encima y debajo de la cintura) y dolor en el esqueleto axial (columna cervical, dorsal, lumbar y pared torácica anterior)

2 - Sensibilidad dolorosa a la palpación al menos en 11 de los 18 puntos sensibles dolorosos.

- Occipucio: en las inserciones de los músculos suboccipitales (entre apófisis mastoide 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: distal a 2 cm y lateralmente al epicóndilo.
- Glúteo: en el cuadrante supero-externo de la nalga.
- Trocánter mayor: en la parte posterior de la prominencia trocantérea.
- Rodilla, en la almohadilla medial de grasa, cerca de la línea de la articulación.

El Colegio Americano de Reumatología (ACR), publicó en 2010 unos nuevos criterios diagnósticos que complementan los hasta ahora utilizados, ya que los anteriores sólo se centran en el dolor, mientras que es necesario evaluar en cada paciente las manifestaciones neurocognitivas, psicológicas y la afectación funcional. Los criterios actuales no requieren obligatoriamente, el conteo de los puntos sensibles, contemplan aspectos sintomáticos hasta ahora no incluidos y utilizan dos escalas: para concretar el diagnóstico y determinar la gravedad de los síntomas. La FM así definida, se encontraría en dos franjas Índice de dolor generalizado (WPI ≥ 7) y Escala de Severidad de los síntomas (SS ≥ 5) (WPI entre 3 y 6 y una SS ≥ 9). ⁽¹¹⁻¹⁵⁾

En la actualidad la existencia de dolor aún son necesarios, pero la extensión del dolor a la presión puede variar con el tiempo, pudiendo ocurrir que se encuentren muchos menos de 11 puntos dolorosos a la presión en la exploración en un determinado momento. Diferentes publicaciones proponen igualmente como criterios diagnósticos, trastornos del sueño y ansiedad y/o depresión, además de trastornos psicopatológicos como el estrés y catastrofismo, este último ha recibido una considerable atención en los últimos años. Hay evidencia de que el estrés produce cambios estructurales y funcionales en el cerebro modificando el eje hipotálamo-hipofisario. El estrés influye directamente en varias conductas básicas, como la capacidad de afrontar el mundo exterior mediado por la actividad dopaminérgica. El estrés precipita la depresión. ⁽¹⁶⁻²²⁾ No existe ninguna prueba diagnóstica que detecte la enfermedad, las pruebas complementarias de laboratorio y radiología están encaminadas a la exclusión de otras enfermedades.

OBJETIVO

- Elaborar un Protocolo de enfermería para los profesionales de Atención Primaria que ayude a una detección precoz de la enfermedad de Fibromialgia.

METODOLOGÍA

Se va a desarrollar un protocolo según la guía de elaboración de protocolos basados en la evidencia de la Comunidad Autónoma de Aragón.

A través de una búsqueda bibliográfica se ha obtenido información para desarrollar los contenidos del trabajo y del protocolo. Esta búsqueda se ha realizado de febrero a abril de 2014.

Se han excluido los artículos con fecha anterior al año 2010 excepto aquellos con información relevante que eran necesarios incluir. Quedan excluidos también los artículos no científicos.

Se ha entrevistado a pacientes afectados de FM de la Asociación Aragonesa de Fibromialgia y Fatiga Crónica. Así mismo se ha contado con la opinión y supervisión de Javier García Campayo, médico psiquiatra.

Con la información obtenida tras la revisión bibliográfica presento un protocolo de actuación para el profesional de enfermería de atención primaria que facilite información para la detección precoz de la enfermedad de Fibromialgia.



Base de datos	Palabras clave	Nº de artículos leídos	Nº de artículos utilizados
Elsevier	Historia de la Fibromialgia	4	1
	Criterios diagnósticos FM	5	2
	Alteraciones psicopatológicas de FM	8	3
	Epidemiología FM hombres y mujeres	3	1
Pubmed	Fibromyalgia diagnostic criteria 2015	5	3
	Fibromyalgia woman tender points	3	2
Medlineplus	Criterios diagnósticos FM	2	
	Otras Alteraciones FM	1	1
	Enfermedades Reumatología FM	2	1
Google Académico	Puntos tender y Dolor diagnóstico FM	10	2
	Enfermedad Reumatológica FM	7	3
Scielo	Criterios de Clasificación FM	5	1
	Otras alteraciones FM	5	1
	Enfermedad Reumatología FM	6	1
Páginas Webs http://www.msssi.gob.es http://www.aragon.es http://www.institutferran.org http://www.ser.es http://www.gencat.cat			
Libros Taxonomía Enfermera NANDA, NOC y NIC			
Escalas de Valoración Escala FIQ Escala Analógicas Visuales Escala WPI/SS Escala de Catastrofización Escala Tender Points			

DESARROLLO

1. AUTORES

RESPONSABLE/COORDINADOR NOMBRE Y APELLIDOS	TITULACIÓN CARGO QUE DESEMPEÑA
Raquel Vicente Martínez Jose Raúl Pérez Sanz	Alumna de la Facultad de Ciencias de la Salud Profesor de la facultad de Ciencias de la Salud

2. REVISORES EXTERNOS

NOMBRE Y APELLIDOS	INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE
Javier García Campayo	Médico Psiquiatra CS Torrero Oeste

3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES DE LOS AUTORES/REV REVISORES

Los autores y los revisores declaran no tener conflicto de interés en la elaboración y revisión de este protocolo

4. JUSTIFICACIÓN

Existe una alta prevalencia de la enfermedad de Fibromialgia en nuestro país. Estos pacientes suelen acudir con bastante frecuencia a los servicios médicos, con visitas que se llegan a prolongar en el tiempo ya que a veces pasan varios años hasta que son diagnosticados de Fibromialgia. El distanciar el diagnóstico desde que comienzan los síntomas se traduce en un aumento de ansiedad y malestar por parte del paciente así como importantes gastos por parte del sistema sanitario. La labor de enfermería en relación con estos pacientes está infráutilizada ya que apenas intervienen en la atención personalizada, al disponer de un servicio de enfermería se conseguiría una atención minuciosa que recopilara y facilitara información de interés para el médico de atención primaria en la detección precoz de la enfermedad de Fibromialgia.

5. OBJETIVOS

- Contribuir a un mayor conocimiento de la FM por los profesionales sanitarios de atención primaria.
- Ayudar a avanzar en unas pautas comunes de actuación.
- Contribuir a una atención más eficaz de los pacientes.
- Disminuir la morbilidad y la ansiedad que genera el desconocimiento de la enfermedad por parte del paciente.
- Minimizar costes para el Sistema Sanitario

6. PROFESIONALES A QUIENES VA DIRIGIDO

Profesionales de enfermería en el ámbito de la Atención Primaria

7. POBLACIÓN DIANA/ EXCEPCIONES

Pacientes con dolor crónico no diagnosticado y con alteraciones cognitivas que acudan a atención primaria

8. ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS

ACTIVIDADES	EXCEPCIONES
Anamnesis. Anexo 1 A todos los pacientes derivados del médico de AP. Incluye datos personales y datos clínicos del paciente.	

Exploración física. Tender Points .Anexo 2

• Sensibilidad dolorosa a la palpación al menos en 11 de los 18 puntos Los puntos dolorosos no deben presentar signos inflamatorios. La presión puede ser digital o realizarse mediante un algómetro y debe practicarse con una fuerza aproximada de 4Kg, que suele corresponder al momento en el 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 basta considerarla sensible o molesta. La presión sobre los "puntos dolorosos" debe efectuarse con los dedos pulgar e índice, presionando de forma gradual durante varios segundos, ya que si la presión es excesivamente breve, se puede obtener un falso resultado negativo.

Excepto pacientes que no presenten dolor de tres meses de duración

Cuestionario de Impacto de FM (FIQ) ⁽²³⁻²⁵⁾ **Anexo 3** es sensible a los cambios en la gravedad de la enfermedad. El FIQ, es un cuestionario autoadministrado de 10 ítems, con preguntas que hacen referencia a la semana anterior de la realización del tets, valora los componentes de salud que suelen estar más afectados en pacientes con síndrome de FM.

El primer ítem se centra en la capacidad de los pacientes para realizar actividades físicas. En los 2 siguientes, el paciente ha de indicar el número de días de la semana anterior que se sintió bien y cuántos días de trabajo había perdido.

Los 7 restantes se refieren a la capacidad de trabajar, al dolor, la fatiga, el cansancio matutino, la rigidez, la ansiedad y depresión, todos ellos medidos mediante escalas analógicas visuales. Los pacientes con FM suelen presentar puntuaciones del FIQ en torno a 50 puntos de media.

Excepto pacientes que presenten mejoría al plan de cuidados

La **Escalas de valoración del dolor** (Escala Visual Analógica EVA; Escala de Calificación Numérica ECN; Escala verbal EV y la Escala facial del Dolor) ⁽²⁶⁾ **Anexo 4** son las medidas más comunes utilizadas por médicos e investigadores.

La Escala analógica Eva (Hayer y Patterson, 1921) es una de las más comunes para valorar el dolor y se representa con una línea horizontal de 100 mm con anclajes en ambos extremos que van desde: no hay dolor hasta el peor dolor imaginable. Se le pide al paciente que haga una marca en la línea para indicar la intensidad del dolor. Las marcas que el paciente realiza sobre la línea indican su percepción del dolor.

Collins et al, llegó a la conclusión de que una Escala analógica del dolor de más de 54 mm de longitud podría ser equiparada como una calificación de dolor grave.

Indice de dolor Generalizado (WPI) ⁽¹⁵⁾ **Anexo 5.** Indice de dolor generalizado. Consiste en anotar la cantidad de áreas en las que el paciente ha tenido dolor durante la última semana. ¿En cuántas áreas el paciente ha tenido dolor?. La puntuación estará entre 0 y 19.

Indice de Gravedad de Síntomas (SS) ⁽¹⁵⁾ **Anexo 5.** Se evalúa la fatiga, el despertar no refrescado y síntomas cognitivos. Para cada uno de los síntomas antes mencionados indicar el nivel de gravedad durante la semana pasada usando una escala del 0 al 3, siendo 0= sin problemas , 1= problemas leves, intermitentes, 2= problemas moderados y considerables, presentes a menudo y con nivel considerable y 3= problemas graves, penetrantes, continuos que alteran la vida.

Excepto pacientes que cumplan criterios diagnósticos de FM de tiempo y Tender Points y pacientes que presenten mejoría al plan de cuidados

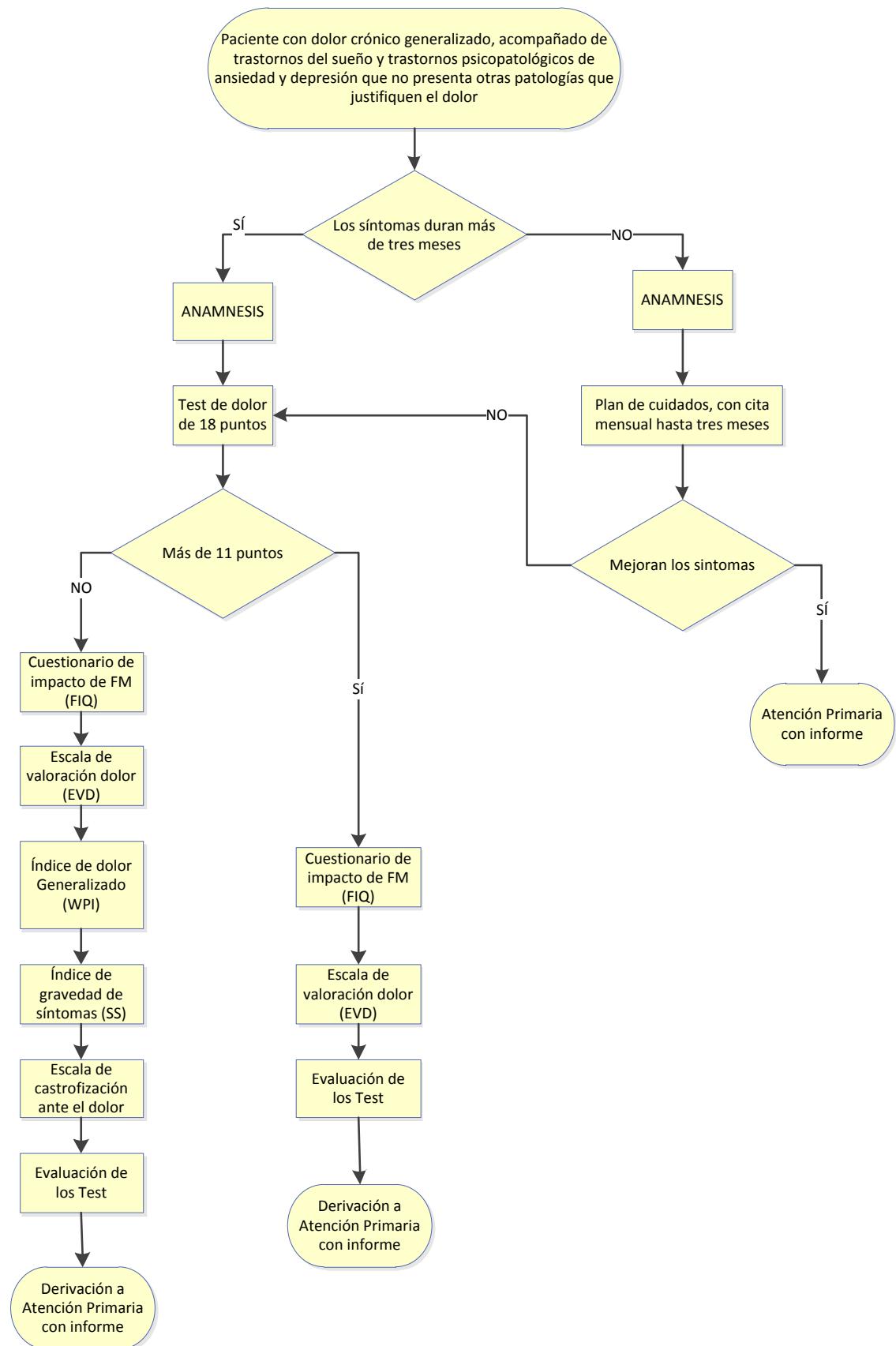
<p>Escala de Catastrofización ⁽²⁷⁾ Anexo 7. El catastrofismo se mide con la Pain Catastrophizing Scale. Consta de 3 subescalas: magnificación, rumiación e indefensión.</p> <p>La rumiación se refiere a que el paciente no puede apartar de su mente el dolor, no puede dejar de pensar en él.</p> <p>La magnificación alude a la exageración de las propiedades amenazantes del estímulo doloroso.</p> <p>La indefensión, a la estimación de no poder hacer nada para influir sobre el dolor</p>	<p>Excepto pacientes que cumplan criterios diagnósticos de FM de tiempo y Tender Points</p>
---	---

Diagnóstico NANDA	Resultado NOC	Intervenciones NIC
<p>Afrontamiento ineficaz (00069)</p> <p>Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de agentes estresantes, para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar recursos disponibles.</p>	<p>0906 Toma de decisiones</p> <p>1302 Afrontamiento de problemas</p> <p>1405 Autocontrol de los impulsos</p>	<p>1850 Mejorar el sueño</p> <p>4370 Entrenamiento para controlar los impulsos</p> <p>5230 Aumentar el afrontamiento</p> <p>5240 Asesoramiento</p> <p>5270 Apoyo emocional</p> <p>5400 Potenciación de la autoestima</p> <p>5880 Técnicas de relajación</p>
<p>Ansiedad (00146)</p> <p>Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es</p>	<p>1211 Nivel de ansiedad</p> <p>1402 autocontrol de la ansiedad</p>	<p>0200 Fomento del ejercicio</p> <p>2300 Administración de medicación</p> <p>4920 Escucha activa</p> <p>5270 Apoyo emocional</p> <p>5820 disminución de la ansiedad</p> <p>5880 técnicas de relajación</p>

inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.		
Desesperanza (00124) Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales, y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho	1201 Esperanza 1204 Equilibrio emocional	5240 Asesoramiento 5310 Dar esperanza 5330 control del humor 5450 Terapia de grupo
Dolor Crónico (00133) Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos.	1605 Control del dolor	1400 Manejo del dolor 2210 Administración de analgésicos
Deterioro del patrón del sueño (00095) Interrupciones durante un tiempo limitado de	000403 Calidad del sueño 000405 Eficiencia del sueño	1850 Mejorar el sueño

la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.	000407 Hábito de sueño	
Fatiga (00093) Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.	0001 Resistencia 0005 Tolerancia de la actividad	0200 Fomento del ejercicio 1100 Manejo de la nutrición 4310 Terapia de actividad 5400 Potenciación de la autoestima

9. ALGORITMO DE ACTUACIÓN



10. INDICADORES DE EVALUACIÓN

NOMBRE	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA FM EN AP
DIMENSIÓN	Efectividad y Adecuación
JUSTIFICACIÓN	Objetivar el Nº de Pacientes sometidos al protocolo y que son diagnosticados de FM
FÓRMULA	Nº de Pacientes sometidos al protocolo que son diagnosticados de FM / Todos Pacientes con dolor generalizado a quienes se aplica el protocolo x 100
TIPO DE INDICADOR	Resultados
FUENTE DE DATOS	Documentación Científica y Clínica
ESTANDAR	100%

11. GLOSARIO/DEFINICIONES

FM: Fibromialgia

OMS: Organización Mundial de la Salud

AP: Atención Primaria

CS: Centro de Salud

SER: Sociedad Española de Reumatología

ACR: American College Rheumatology. Colegio Americano de Reumatología

EPISER: Estudio de Prevalencia de las Enfermedades Reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología. Estudio epidemiológico descriptivo de las enfermedades reumáticas realizado en España durante los años 1998 y 1999

ANAMNESIS: Información proporcionada por el propio paciente al profesional sanitario durante una entrevista clínica, con el fin de incorporar dicha información en la historia clínica.

ALGÓMETRO: El algómetro de presión es un instrumento con una superficie circular que permite transferir la fuerza de presión a tejidos profundos; tiene un disco circular en el que aparecen las medidas de presión que estamos ejerciendo. Por lo tanto, es un método objetivo de medición del dolor.

CATASTROFISMO: El Catastrofismo es un conjunto de procesos cognitivos y emocionales que predisponen a que el dolor se convierta en crónico.

FIQ: Cuestionario de impacto de Fibromialgia. Es un cuestionario específico para la FM que se ha convertido durante los últimos años en el instrumento de medida más utilizado en la evaluación de estos pacientes.

Entre sus ventajas destaca, aparte de la brevedad, que es fácil de aplicar y corregir y que es sensible a los cambios en la gravedad de la enfermedad.

EVA: Escala Visual del Dolor

ECN: Escala de Calificación Numérica

EV Escala Verbal

EFD: Escala Facial del Dolor

WPI: Índice de dolor Generalizado

SS: Escala de Severidad

NANDA: Non American Nursing Diagnosis Association

NOC: Nursing Outcomes Classification

NIC: Nursing Interventions Classification

CONCLUSIONES

Con este Protocolo el paciente obtiene una atención precoz, paliación de los síntomas más predominantes y una recuperación funcional.

Así mismo se crean y facilitan herramientas para incrementar la eficiencia del trabajo de los profesionales sanitarios de Atención Primaria.

Igualmente se reducen costes en cuanto a que disminuirán las visitas del paciente a las consultas, además de disminuir tratamientos fútiles y costosos para la Sanidad Pública como por ejemplo el uso de AINES y sus complicaciones.

Con este protocolo se consigue una mayor implicación de enfermería en la detección precoz, ya que el profesional de enfermería se encargará de la valoración, control y seguimiento del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.** Alegre de Miquel C, García Campayo J, Tomás Flórez M, Gómez Arguelles J.M, Blanco Tarrio E, Gobbo Montoya M, et al. Documento de Consenso Interdisciplinar para el tratamiento de fibromialgia. *Actas Esp Psiquiatr* . 2010 [consulta 20 marzo 2015]; 38(2):108-120 Disponible en:
http://www.sen.es/pdf/2010/consenso_fibromialgia_2010_esp.pdf
- 2.** Ayán Pérez C.L. Fibromialgia. Diagnósticos y estrategias para su rehabilitación. Edición Médica Panamericana. 2011; 1-7
- 3.** Gobierno de aragón Departamento de Salud y Consumo; .[internet]Aragón: 2006. [acceso 22 marzo 2015] Marzo Arana J, Martínez Arantegui O, Gaspar Escayola JI, Orozco González F, García Campayo J, Martín Martínez J, et al. 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. [26];Disponible en:
<http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/FOLLETO+FIBROMALGIA.PDF>
- 4.** OMS. Definición de Fibromialgia. *Lancet* 1992; 340: 663-664.
- 5.** Valverde M. Prevalencia de la Fibromialgia en la Población Española. Estudio Episer. *Revista Española de Reumatología*. 2000; 27-157.
- 6.** 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 suple 1:S55-66.
- 7.** Ministerio de sanidad, política social e igualdad [internet]Madrid: ministerio de sanidad, política social e igualdad;2011. [acceso 22 marzo 2015] . Collado Cruz A, Cuevas Cuerda MD, Estrada Sabadel MD, Flórez García M, Giner Ruiz V, Marín López A, et al. *Consejo Interterritorial del sistema Nacional del Salud. Fibromialgia*. [150]

Disponible en:

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

8. Wolfe,F., Smythe H.A, Muhammad B.Y, Bennett R.M, Bombardier C, Goldenberg L, et al. The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 1990. 33(2):160-172.

9. Daniel J, Clauw MD, Lesley M, Arnold MD and Bill H, Mccarberg MD. The Science of Fibromyalgia. *Mayo Clin. Sep* 2011;86(9):907-911.

10. Generalitat de Catalunya [internet] Cataluña: : Ministerio de Ciencia e Innovación; 2006 [acceso 18 abril 2015] Estrada M, Rodríguez M, Alegre C, Alegre J,Carbonell J, Casademont J, et al. Nuevo Modelo de Atención a la Fibromialgia y Fatiga Crónica. [118]; Disponible en:
http://aqua.gencat.cat/web/.content/minisite/aqua/publicaciones/2011/pdf/fibromialgia_sind_fatiga_cron_aiaqs2011_pcns.pdf

11. Bennett RM, Friend R, Marcus D, Bernstein C, Han BK, Yachoui R, Deodhar A, Kaell A, Bonafede P, Chino A, Jones KD. Criteria for the diagnosis of fibromyalgia: validation of the modified 2010 preliminary American College of Rheumatology criteria and the development of alternative. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2014 Sep;66(9):1364-73.

12. Diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia. Institut Ferran de Reumatología. Barcelona. Disponible en :<http://www.institutferran.org/>

13. Gerwin. RD. A review of myofascial pain and fibromyalgia. Factors that promote their persistence. *ACUPUNCTURE IN MEDICINE* 2005;23(3):121-134

14. Rius Llorens C. Nuevos criterios de clasificación y diagnóstico de la fibromialgia. *Revista Dolor, & terapeútica*. 2012;27(3):128-132

- 15.** Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M.A, Goldenberg D.L, Katz R.S, Mease P, Russell A.S, Russell I.J, Winfield J.B, Muhammad B.Y. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symtom Severity. *Arthritis Care & Research*. 2010;62(5) 600-610
- 16.** Miró E, Fabián N, Diener, Martínez M.P, Sánchez A.I, Valenza M.C. La Fibromialgia en hombres y mujeres: comparación de los principales síntomas clínicos. *Psicothema* 2012; 24 (1): 10-15
- 17.** Máñez I, Fenollosa P, Martínez-Azucena A, Salazar A. Sleep quality, pain and depression in fibromyalgia. *Rev Soc Esp Dolor* 2005;12:491-500.
- 18.** Alegre de Miquel C, García-Campayo J, Tomás Flórez M, Gómez Argüelles JM, Blanco Tarrio E, Gobbo Montoya M, et al. Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010;38(2):108-21.
- 19.** García Campayo J, Pascual A, Alda M, Marzo J, Magallón R, Fortes S. The Spanish version of the fibrofatigue scales: validation of a questionnaire for the observer's assessment of fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Gen Hos Psychiatry*. 2006;28:15460.
- 20.** Faro M, Sáez-Francàs N, Castro-Marrero J, Aliste L, Collado A, Alegre J. Impacto de la Fibromialgia en el síndrome de la fatiga crónica. 2014;142(12)519-525.
- 21.** García campayo.J, Baltasar Rodero. Aspectos cognitivos y afectivos del dolor. *Rev Reumatología clínica*. 2009;5:9-11
- 22.** Bardona V.D, Castel-Bernala B, Vidal-Fuentes B.J. Evidencia Científica de los aspectos Psicológicos en la Fibromialgia. *Rev Reumatología Clínica*. 2006;(1) 38-43.

- 23.** Burckhardt CS, Clark SR, Bennet R.M. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: Development and Validation. *J Rheum.* 1991;18:72833.
- 24.** Benett R. The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses. *Clin Exp Rheumatol.* 2005;23 Supl 39:S154-62.
- 25.** Monterde S, Salvat I, Montull S, Fernández-Ballart J. Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rev. Esp. de Reumatol* 2004;31(9):507-513.
- 26.** Dones I, Messina G, Nazzi V, Franzini A. A modified visual analogue scale for the assessment of chronic pain. *Neurol Sci.* 2011;32:731-3.
- 27.** García Campayo J, Rodero B, Alda M, Sobradiel N, Montero J, Moreno S. Validación de la versión española de la catastrofización ante el dolor en la fibromialgia. *Medicina clínica.* 2008;131(13) 487-92.
- 28.** North American Nursing Diagnosis Association. NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificaciones. 2009-2011. Madrid;Elsevier;2010
- 29.** Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editoras. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. 5^a edición. Editorial Elsevier España. 2013
- 30.** Bulecheck GM, Butcher HK, Mc Closkey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6^a Edición. Editorial Elsevier España. 2013

LISTADO DE ANEXOS

ANEXO 1	Anamnesis
ANEXO 2	Tender Points
ANEXO 3	FIQ
ANEXO 4	EVA
ANEXO 5	WPI
ANEXO 6	SS
ANEXO 7	Escala Catastrofización

15. ANEXOS

Anexo 1. Anamnesis

- Datos personales.

Nombre/Apellidos

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Situación Laboral:

Categoría Profesional:

- Datos Clínicos.

Tiempo de evolución del trastorno:

Antecedentes familiares:

Presencia de síntomas asociados:

Presencia de otras enfermedades crónicas:

Número de visitas al médico durante el último año por síntomas de FM:

Número de meses en situación de baja laboral:

Uso de fármacos para el control del dolor:

Dificultad en la realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD):

Anexo 2. Exploración física

FIGURA 1

OCCIPUCIO

Inserción
músculo
suboccipital

TRAPEZIO

Punto medio
borde superior

SUPRAESPINOZO

Encima del borde
medio escápula

GLÚTEOS

Quadrante
supero-externo
nalgas

TROCÁNTER MAYOR

Posterior a la prominencia
trocantérea

CERVICAL BAJO

Cara anterior
espacios intertransversos
C5-C7

SEGUNDA COSTILLA

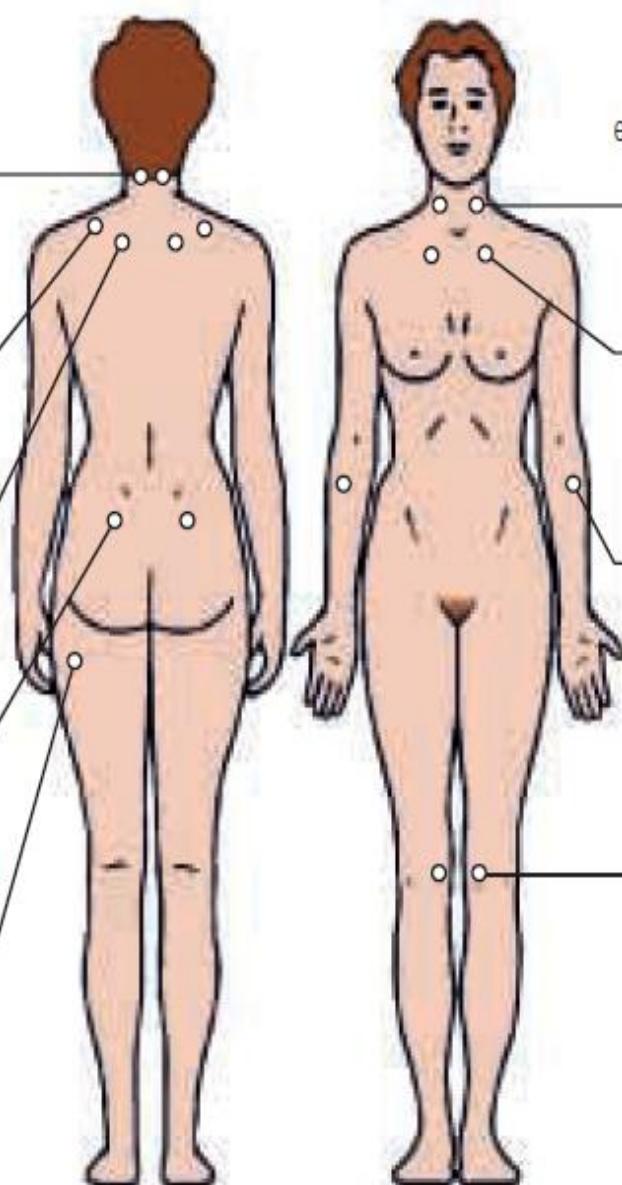
Unión osteocondral

EPICÓNDILO

2 cm distal al
epicón dilo

RODILLA

Almohadilla
grasa medial
proxima lnea
articular



Anexo 3. Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) Versión en español

INSTRUCCIONES: En las preguntas que van de la **a** a la **i**, por favor rodee con un círculo el número que mejor describa cómo se encontró en general durante la última semana. Si no tiene costumbre de realizar alguna de las siguientes actividades, tache la pregunta.

- ### 1. Ha sido usted capaz de:

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

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

0 1 2 3 4 5 6 7

3. ¿Cuántos días de la última semana faltó usted al trabajo por causa de su fibromialgia? (Si no trabaja usted fuera de casa, deje esta pregunta en blanco)

0 1 2 3 4 5

(En las siguientes preguntas, ponga una marca como esta | en el punto de la línea que mejor indique cómo se sintió en general durante la última semana)

4. Cuando fue a trabajar, ¿cuánta dificultad le causaron el dolor u otros síntomas de su fibromialgia en el desempeño de su trabajo?

Sin problema..... Mucha dificultad

5. ¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?

Sin dolor Muy fuerte

6. ¿Cómo se ha encontrado de cansada?

Nada cansada Muy cansada

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

Bien Muy cansada

8. ¿Cómo se ha notado de rígida o agarrada?

Nada rígida..... Muy rígida.....

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

Nada nerviosa Muy nerviosa

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

Anexo 4. ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR.

Escala analógica visual, Escala numérica, Escala categórica, Escala visual analógica de intensidad y de mejora

Actualizado Diciembre de 2012

ESCALA ANALÓGICA VISUAL- EVA

Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. Se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Sin dolor

Máximo dolor

LA ESCALA NUMÉRICA (EN):

Escala numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad, el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SIN DOLO R										MÁXI MO DOLO R

LA ESCALA CATEGÓRICA (EC):

Se utiliza si el paciente no es capaz de cuantificar los síntomas con las otras escalas; expresa la intensidad de síntomas en categorías, lo que resulta más sencillo. Se establece una asociación entre categorías y un equivalente numérico

0	4	6	10
NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO

ESCALA VISUAL ANALÓGICA DE INTENSIDAD:

Consiste en una línea horizontal de 10cm, en el extremo izquierdo está la ausencia de dolor y en el derecho el mayor dolor imaginable.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NADA										INSOPORTABLE

ESCALA VISUAL ANALÓGICA DE MEJORA:

Consiste en la misma línea, en el extremo izquierdo se refleja la no mejora y en el derecho la mejora total

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NO MEJO RA										MEJO RA

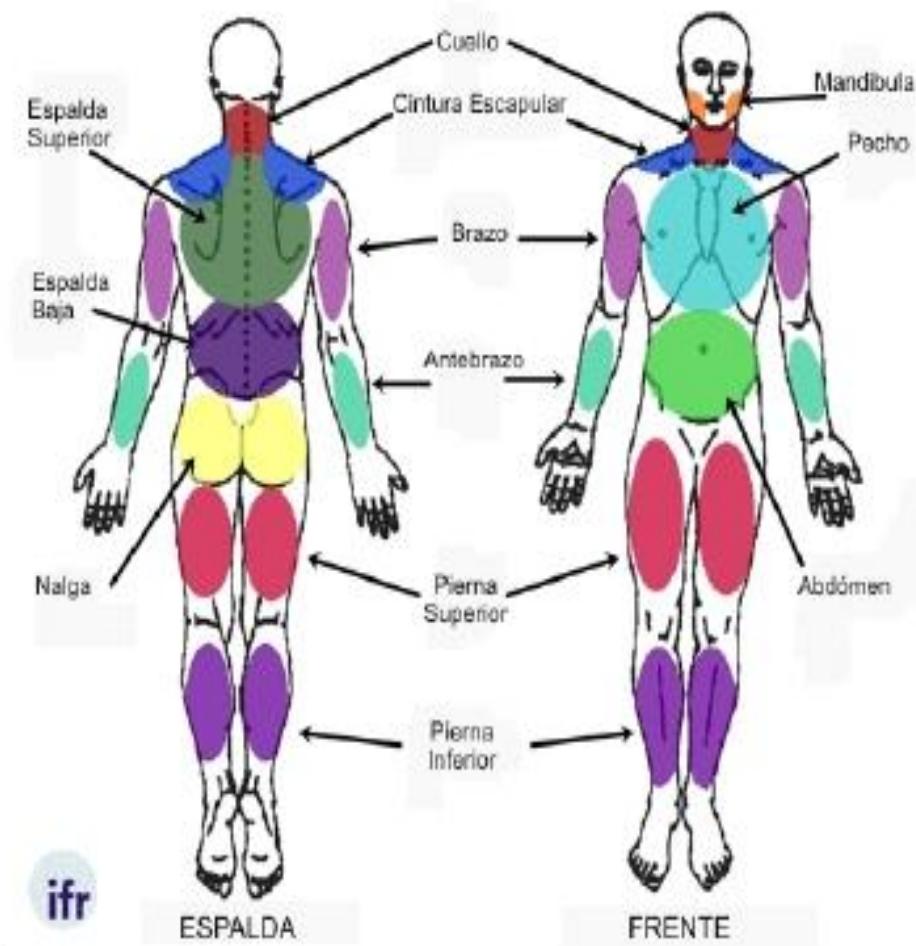
Escala de rostros de dolor



Anexo 5. Índice de dolor Generalizado (WPI)

Nuevos Criterios Preliminares para el Diagnóstico Clínico de la Fibromialgia

Índice de Dolor Generalizado – Widespread Pain Index (WPI)



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

	Cintura Escapular Izquierda		Pierna Inferior Izquierda
	Cintura Escapular Derecha		Pierna Inferior Derecha
	Brazo Superior Izquierdo		Mandíbula Izquierda
	Brazo Superior Derecho		Mandíbula Derecha
	Brazo Inferior Izquierdo		Pecho (Tórax)
	Brazo Inferior Derecho		Abdómen
	Nalga Izquierda		Cuello
	Nalga Derecha		Espalda Superior
	Pierna Superior Izquierda		Espalda Inferior
	Pierna Superior Derecha		

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

Cunte el número de áreas que ha marcado y anótelo aquí: _____
Observará que el valor WPI oscila entre 0 y 19.

Anexo 6. Índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score – SS Score) SS-Parte 1

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

	1. Fatiga
	0 = No ha sido un problema
	1 = Leve , ocasional
	2 = Moderada , presente casi siempre
	3 = Grave, persistente, he tenido grandes problemas

	2. Sueño no reparador
	0 = No ha sido un problema
	1 = Leve , intermitente
	2 = Moderada , presente casi siempre
	3 = Grave, persistente, grandes problemas

	3. Trastornos Cognitivos
	0 = No ha sido un problema
	1 = Leve , intermitente
	2 = Moderada , presente casi siempre
	3 = Grave, persistente, grandes problemas

Sume el valor de todas las casillas marcadas y anótelos aquí: _____
Observará que el valor SS-Parte 1 oscila entre 0 y 9.

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

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

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

Cunte el número de síntomas marcados, y anótelo aquí:

Si tiene 0 síntomas, su puntuación es 0. Entre 1 y 10, su puntuación es 1. Entre 11 y 24, su puntuación es 2. 25 o más, su puntuación es 3. Anote aquí

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

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

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

ANEXO 7

Escala de catastrofización ante el dolor

Nombre:

.....

Edad:

Sexo: Fecha:

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

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

0: Nada en absoluto

1: Un poco

2: Moderadamente

3: Mucho

4: Todo el tiempo

Cuando siento dolor...

1. Estoy preocupado todo el tiempo pensando en si el dolor desaparecerá
2. Siento que ya no puedo más
3. Es terrible y pienso que esto nunca va a mejorar
4. Es horrible y siento que esto es más fuerte que yo
5. Siento que no puedo soportarlo más
6. Temo que el dolor empeore
7. No dejo de pensar en otras situaciones en las que experimento dolor

8. Deseo desesperadamente que desaparezca el dolor
9. No puedo apartar el dolor de mi mente
10. No dejo de pensar en lo mucho que me duele
11. No dejo de pensar en lo mucho que deseo que desaparezca el dolor
12. No hay nada que pueda hacer para aliviar la intensidad del dolor
13. Me pregunto si me puede pasar algo grave

... Total