



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL
HERNÁNDEZ



TRABAJO FIN DE MÁSTER

TÍTULO: "Análisis de resultados e intervención en la población de Santomera sobre apreciación de calidad de vida y mejoría subjetiva de sintomatología en pacientes con fibromialgia".

ALUMNO: ABELLÁN GARCÍA, PASCUAL

TUTOR: GONZÁLEZ CABALLERO, JUAN DE DIOS

**Máster Universitario de Investigación en Atención
Primaria**

Curso: 2017-2018

ÍNDICE

0. JUSTIFICACIÓN: ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.	5
1. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.	7
2. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS.	8
3. MATERIAL Y MÉTODOS.	8
3.1. TIPO DE ESTUDIO	8
3.2. POBLACIÓN A ESTUDIO	8
3.3 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	8
3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN.	9
3.5. PRODECIMIENTO DE MUESTREO	9
3.6. CÁLCULO DE TAMAÑO DE LA MUESTRA	9
3.7. MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS	9
3.8. SELECCIÓN Y DEFINICIÓN DE VARIABLES A ESTUDIO.	10
3.9: DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	12
3.10: DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO	13
3.11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	14
3.12. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	14
4. CRONOGRAMA	15
5. PROBLEMAS ÉTICOS	15
6. ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO.	16
7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO/SESGOS	16
8. PRESUPUESTO	16
9. BIBLIOGRAFÍA	17
10. ANEXOS	19

PREGUNTA PICO:

P: Pacientes con diagnóstico de fibromialgia del centro de salud de Santomera

I: Variables correspondientes a farmacoterapia, psicoterapia, seguimiento, escala FIQ- Visual analógica de dolor.

C: No podemos comparar (estudio descriptivo).

O: Determinar los motivos de falta de adherencia/abandono al tratamiento y diseñar estrategia de intervención con sesiones grupales para evitar dicho evento.

RESUMEN:

La fibromialgia se ha convertido en los últimos 15 años en una patología cuya prevalencia va progresivamente en aumento (actualmente en un 2.4% de la población), sobre todo es un reto por la dificultad en el diagnóstico y en la instauración de un tratamiento efectivo para mejorar la calidad de vida de los pacientes. El ingente consumo de recursos sanitarios, el desconocimiento de su etiopatogenia, la insatisfacción por parte de tanto pacientes como profesionales en su abordaje y manejo, y la ausencia de un tratamiento definitivo curativo justifican que la fibromialgia sea actualmente un problema de gran importancia en la sociedad actual y en la sanidad. El efecto negativo de esta patología sobre la vida del individuo se expande por completo en su entorno bio-psico-social, generando repercusiones nefastas en su día a día, en su percepción de la enfermedad y en el sentimiento de que nunca mejorarán, haciendo más difícil por nuestra parte el hecho de poder ayudarles con los recursos de que disponemos en la actualidad. El objetivo del proyecto es estudiar a las pacientes de Santomera con diagnóstico de fibromialgia, realizando un estudio descriptivo transversal, analizando determinadas variables 2 años antes y 2 años después de su diagnóstico en relación a farmacoterapia, psicoterapia, seguimiento por parte de atención primaria y segundo nivel y medición de test de impacto (FIQ), así como de escala analógica visual del dolor. Con los resultados obtenidos, se pretende iniciar una

intervención conjunta médico-trabajador social, en dichas pacientes, realizando sesiones de grupo en el centro de salud con periodicidad semanal, para poder hallar la causa del fracaso y motivos del abandono de tratamiento, mejoría subjetiva de su calidad de vida, trabajar los temas que más interfieren en su día a día, y así, mejorar su autopercepción de enfermedad.

Palabras clave: fibromialgia, intervención, autopercepción, farmacoterapia, psicoterapia, empoderamiento.



0. JUSTIFICACION: ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La fibromialgia se ha convertido en una de las patologías más complejas y difíciles de tratar en los últimos tiempos. Actualmente, se define como un cuadro de dolor crónico localizado principalmente en el aparato locomotor, y que repercute directamente en otros órganos y sistemas¹.

La ausencia de tratamientos curativos, la gran prevalencia en la población, el desmesurado consumo de recursos médicos y gastos sanitarios que genera, el desconocimiento de su etiopatogenia, el descontento de los pacientes y de los facultativos tanto por los tratamientos actuales existentes como por los resultados obtenidos, y por la descoordinación en ocasiones en su manejo y abordaje convierten a la fibromialgia en un problema de gran importancia en la sociedad actual y en nuestro sistema sanitario¹⁰.

La fibromialgia sigue despertando controversia por algunos motivos:

- Se la considera un proceso continuo, patológico, en el que carecemos de una división franca que nos permita distinguirla de la normalidad.
- Algunos la consideran o definen como la unión de varios síntomas artificiales (en ocasiones muy inespecíficos o difíciles de catalogar).
- Rechazo a creer que se trata de una entidad médica bien definida.
- Algunos profesionales creen que se trata de una enfermedad virtual (o también llamada hipersensibilidad electromagnética): desencadenada por uso de aparatos electrónicos, dispositivos móviles, etc².
- Creencia de considerarla una llamada de atención por parte del paciente, de forma deliberada, para obtener un beneficio personal.

En España, la prevalencia de la fibromialgia en personas mayores de 18 años es del 2.4%, con una relación 20:1 a favor del sexo femenino, semejante a la de otros países europeos¹¹⁵.

La edad media del diagnóstico de la enfermedad es de 50 años, y el tiempo que va desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico se extiende a unos

5 años aproximadamente¹¹. Dato a tener muy en cuenta es que los familiares de pacientes con fibromialgia tienen hasta 8 veces más probabilidades de presentar la enfermedad.

La fibromialgia puede considerarse el modelo más representativo de dolor crónico. La mejora de la calidad de vida en estos pacientes se ha visto reflejada en los últimos años por el cambio de perspectiva de considerar la enfermedad como un ente aislado, solitario, y valorarlo en un contexto bio-psico-social (modelo muy desarrollado y activo en Atención Primaria), verlo como un "todo" y no como "varios aspectos individuales de un mismo proceso". Ello ha sido determinante para considerar que factores como el mantenimiento del dolor y de la morbilidad³ y la presencia de otras patologías generadas a consecuencia de la fibromialgia (tales como depresión, ansiedad...) tengan gran relación con los aspectos psico-sociales del paciente. Ello ha permitido que en varios países se aborde el problema apreciándolo como un modelo bio-psico-social, mediante tratamientos y técnicas multidisciplinares para favorecer la rehabilitación de estos pacientes¹⁶.

Dada su condición de patología crónica, es muy frecuente que se produzcan consecuencias negativas sobre varios aspectos de la vida del paciente, que definen el "impacto" de esta enfermedad. Por ejemplo, la ausencia o escasa realización de actividad física o la ansiedad, ocasionalmente, van encaminadas a que se desarrollen problemas de sobrepeso/obesidad y otras afecciones metabólicas tales como hiperglucemia, dislipemia, hipertensión, o incluso patologías mentales⁴⁻⁹.

Dichas alteraciones conducen a una ingente lista de problemas y complicaciones que producen, como consecuencia última, un empeoramiento de la salud del individuo y que condicionan y limitan el pronóstico de la fibromialgia. Pero el impacto de esta enfermedad, además de afectar a nuestra salud física, puede afectar a múltiples ámbitos de nuestra vida. En el ámbito personal (vida familiar, relaciones con los convivientes, amistades) la enfermedad produce gran morbilidad, y se sabe desde hace tiempo que a nivel

familiar, la fibromialgia se encarga de empobrecer dichas relaciones, que la interacción entre los individuos que tejen nuestra red familiar o de amistades sea escasa o nula, se colmen de miedos e inseguridades, y favorecen severamente la auto-percepción de mala calidad de vida y malestar⁵.

El impacto en el ámbito laboral también es nefasto. Las complicaciones y problemas que pueden surgir en nuestra actividad diaria se traducen habitualmente en el trabajo en una disminución del rendimiento, en la capacidad de asimilar información e incluso en una pérdida de la confianza en nosotros mismos y en los compañeros con quien trabajamos. Ello genera un gran porcentaje de bajas laborales entre estos pacientes, y la cantidad de personas que dejan de trabajar por dicho motivo es notablemente mayor que en personas sin dicha enfermedad. La consecuencia generada de los problemas laborales se traducen principalmente en problemas económicos, con una disminución del nivel de ingresos que suelen añadir más dificultades y discapacidad a su situación.

Cabe mencionar el estudio EPIFFAC⁶, que arrojó importantes datos sobre el estudio de la enfermedad a diversos niveles en nuestro país: entorno laboral, social, interacciones en entorno familiar y realización de ejercicio físico.

El ejercicio físico, la terapia psicológica y algunos fármacos (antidepresivos, anticonvulsivantes y analgésicos) son los tres pilares del tratamiento desde hace años, pero debemos destacar que no son suficientes para obtener la mejoría en la calidad de vida de nuestros pacientes¹⁴.

1.HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

El objetivo principal del proyecto es determinar cuál es la evolución de las pacientes diagnosticadas de fibromialgia en la población de Santomera, recopilando datos de las historias clínicas del programa informático OMI-AP, 2 años antes y 2 años después del diagnóstico de la enfermedad, y en

base a los resultados, diseñar una estrategia de intervención para mejorar la sensación subjetiva de enfermedad de las pacientes y mejorar el grado de adherencia al tratamiento médico/psicológico que tengan prescrito.

2. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS.

Los resultados obtenidos son de vital importancia para valorar si realmente la psicoterapia y los antidepresivos mejoran en algún grado la calidad de vida de estos pacientes, o si, por el contrario, según los resultados obtenidos, no hay diferencias significativas entre pacientes que sigan el tratamiento y las que no lo sigan.

Según los resultados, podemos implementar y aumentar nuestra confianza como facultativos de estas terapias, crear nuevas técnicas y terapias grupales en el centro de salud para mejorar determinados aspectos y fomentar dichas técnicas para mejorar la calidad y el estado de salud de nuestros pacientes.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1: Tipo de diseño que se utilizara.

Estudio descriptivo transversal.

3.2: Población de estudio.

Mujeres correspondientes al centro de salud de Santomera, de entre 18-75 años, con diagnóstico clínico de fibromialgia (en OMI- base de datos). Se trata de una población rural con 21.256 habitantes repartidos en 10 cupos médicos.

3.3: Descripción de la muestra.

Se analizarán los historiales de los pacientes con diagnóstico en OMI de fibromialgia, y se analizaran si están en tratamiento con AD y/o psicoterapia. Tras el estudio, se entregará una encuesta a la paciente, para valorar en escala analógica visual grado de percepción subjetiva de dolor y además, se analizará encuesta de impacto de fibromialgia (FIQ) para valorar la calidad de vida y estado de autopercepción de salud del paciente.

3.4: Criterios de inclusión y exclusión.

Inclusión: pacientes femeninas de entre 18-75 años, con codificación en base de datos de Atención Primaria (OMI) de fibromialgia en registro de historia clínica del centro de salud de Santomera, que tras ser informados del estudio, autorizan su inclusión tras firmar consentimiento informado.

Exclusión: pérdida de datos en el registro informático que impida la realización del estudio, pacientes con enfermedad psiquiátrica grave, pacientes víctimas de violencia de género, pacientes que se nieguen a entrar en el estudio, patología orgánica grave.

3.5: Método de muestreo.

En el sistema de codificación OMI (Atención Primaria), bajo el código L.18 que agrupa las siguientes patologías: (contractura muscular, alteración ligamentosa, mialgia, fascitis, dolor músculo múltiple, calambre muscular, miositis, fibromialgia, espasmo muscular, dolor músculo, alteración muscular, reumatismo (no articular), granuloma cuerpo extraño, fibrositis, espasmo muscular múltiple, dolor muscular, alteración fascia, hipotonía), revisar las 1026 historias clínicas correspondientes a pacientes que presentan dicha codificación y hallar a los pacientes con diagnóstico de fibromialgia.

3.6: Cálculo del tamaño de la muestra.

- El tamaño de la muestra se obtendrá por recuento objetivo de todas aquellas historias clínicas halladas en el sistema informático de atención primaria (OMI-AP), que contengan bajo el código L.18 el diagnóstico de fibromialgia.

3.7: Método de recogida de datos.

- Recogida de datos a partir del programa OMI - Atención Primaria (base de datos) y a través de hoja de encuesta para detectar el nivel de dolor percibido en el momento de la encuesta (escala visual analógica), y otra encuesta (encuesta de impacto de fibromialgia) para determinar el grado de autopercepción de mejoría clínica de su enfermedad.

Inicialmente, tras recopilar los historiales clínicos de todas las pacientes, recogeríamos las variables descritas previamente 2 años antes y 2 años después de la fecha de diagnóstico de fibromialgia (recogida en el programa informático), por la información descrita en sus historiales médicos, que reflejaríamos en el programa estadístico SPSS statistics para poder obtener resultados y comparar si hemos obtenido mejoría clínica posteriormente a conocer dicho diagnóstico, en términos de reconsultas, interconsultas, medicación prescrita y consultas en salud mental.

Por otro lado, entrevistaríamos a las pacientes, en horario de tarde, en el consultorio, citando a 5 pacientes por tarde, para completar la escala visual analógica de dolor y el test FIQ⁷ (que mide la autopercepción de la calidad de vida de la paciente en la última semana, y determinar la situación actual de las pacientes).

3.8: Selección y definición de variables a estudio:

-Definición de las variables:

- **Edad**: variable cuantitativa discreta recogida en años.

- **Estado civil**: variable cualitativa nominal: soltero, casado, divorciado, viudo, separado.

- **Hijos**: variable cualitativa dicotómica (si/no).

- **Familia nuclear**: Es la familia conviviente formada por los miembros de un único núcleo familiar, el grupo formado por los miembros de una pareja y/o sus hijos. Variable cualitativa nominal dicotómica: si/no.

- **Nivel estudios**: 0: no estudios, 1: estudios básicos, 2: estudios universitarios, 3: ama de casa. Variable cualitativa nominal.

- **Cuidadora**: se define por cuidador a aquellas personas que habitualmente se encargan de ayudar en las **actividades básicas de la vida diaria** a personas

(mayores, enfermas o discapacitadas) que no pueden desempeñar estas funciones por sí mismas. Variable cualitativa nominal (sí/no).

- **Toma de Antidepresivos**: variable cuantitativa discreta: medir en número de envases de antidepresivos prescritos dos años antes y dos después del diagnóstico de FM (visualizando historia clínica de OMI).

- **Interconsultas**: variable cuantitativa discreta: medir el número de interconsultas a diferentes servicios dos años antes y dos años después del diagnóstico, se define como variable cuantitativa, se registrará numéricamente, según datos de OMI.

- **Número de consultas en atención primaria dos años antes y dos años después del diagnóstico**: variable cuantitativa discreta, se registrará numéricamente según datos de OMI.

- **Seguimiento por Salud Mental**: variable cualitativa nominal, considerándose en tratamiento si en el momento del estudio el paciente continúa en terapia (visualizando historia clínica de OMI), se registrará como: sigue en terapia desde el inicio del diagnóstico hasta el momento del estudio; siguió en terapia pero fue alta por mejoría; siguió en terapia pero abandonó antes de fin de tratamiento; se les remitió pero nunca acudieron; nunca se les remitió.

- **Psicoterapia**: variable cualitativa nominal dicotómica, para agrupar mejor en SPSS a los pacientes que se beneficien de ambos tratamientos (respuesta si/no).

- **Escala visual analógica para el dolor**⁷ variable cuantitativa continua (1-10): se trata de una pequeña regla que por el lado que mira hacia el paciente tiene una línea recta de 10 cm de largo a cuyo lado izquierdo dice **sin dolor** y al final de la línea al lado derecho dice **máximo dolor posible**, sobre esta línea corre un cursor que la corta perpendicularmente pidiéndole al paciente que coloque el cursor al nivel que él cree que está su dolor. Se les enseñará dicha escala y

nos identificaran en qué número de la escala se encuentran actualmente, y en cuál creen que se encontraban al inicio del diagnóstico.

Valores: de 0-2 (dolor leve), de 3-7 (dolor moderado), de 8-10 (dolor intenso).

Se adjunta anexo.

- Test adaptado a población española de impacto de fibromialgia (FIQ)⁸:

variable cuantitativa continua: este test nos ayuda a medir el grado de impacto en la calidad de vida del paciente diagnosticado de fibromialgia en la última semana (se adjunta en anexos - anexo1). Nos puede ayudar a determinar si el paciente (0: no tiene un diagnóstico compatible con FM; 1: puntuación entre 35-40 si se encuentra en una fase estable de su FM; >50 si está teniendo una semana con reagudización de sus síntomas o >65 si el paciente tiene que acudir a su médico para valorar un cambio en la estrategia de tratamiento (se definiría como variable cuantitativa, numerando cada posibilidad). Se adjunta anexo.

3.9: Descripción de la intervención si la hubiera

Según los datos obtenidos antes y después del diagnóstico de fibromialgia, como intervención para mejorar la calidad de vida de las pacientes y el mayor grado de adherencia tanto al tratamiento médico como psicológico, diseñaríamos un taller para pacientes con diagnóstico de fibromialgia en el centro de salud (realizado en el salón de actos del centro, previa autorización expresa del coordinador del centro), por las tardes (2 tardes por semana), de una duración de 1h 30min. cada sesión, coordinado por un médico responsable (el médico responsable del estudio) y el/la trabajadora social, en grupo de 10 personas máximo por sesión.

El/la trabajadora social es un elemento clave en el estudio de intervención, por sus habilidades prácticas y teóricas en estrategias de grupo, el planteamiento de temas de interés sobre la patología estudiada, a la hora del seguimiento (tanto en el estudio per se como a lo largo del tiempo en el centro de salud), y la confianza que genera en los pacientes del centro, dado que una buena parte de las pacientes ya han tenido algún contacto previo con ella, motivo por el que

se evidencia un cierto grado de confianza que nos ayudaría a mantener la adherencia. Podemos diseñar, coordinar y consensuar los temas a tratar en cada sesión de forma programada.

La idea del grupo sería la del "empoderamiento", que sean usuarias activas en su patología, en la toma de decisiones, darle la fuerza, apoyo y herramientas para poder tomar las riendas de su enfermedad y hacerlas partícipes de su evolución.

En el grupo se organizarían diferentes charlas según la sesión: ejemplo de 4 sesiones:

Sesión 1: Fibromialgia. ¿Qué es para mí?.

Sesión 2: Familia. Cómo es mi convivencia con mi enfermedad.

Sesión 3: Ejercicio físico.

Sesión 4: Técnicas de relajación y detección de la ansiedad.

Tras la finalización de las sesiones, deberíamos repetir el estudio con la escala analógica de dolor y el cuestionario FIQ, para valorar si ha habido un cambio, mejoría o deterioro del estado físico-psíquico de la paciente tras la experiencia del taller, detectar posibilidades de mejora y la opinión de las pacientes con el equipo y valorar sus resultados.

3.10: Descripción del seguimiento si lo hubiera

El seguimiento en sí se hace a lo largo de los talleres. Objetivaríamos el abandono de algunos pacientes, el seguimiento de otros hasta el final y finalmente preguntaríamos a las pacientes las ventajas/inconvenientes que hayan apreciado a lo largo de los talleres, qué mejorarían, y sobre todo, cómo se hallan tras la finalización de los mismos.

Volveríamos a pasar la encuesta FIQ y la escala visual analógica de dolor para valorar si ha habido un cambio real antes y después de los talleres.

Así mismo, deberíamos repetir las variables sugeridas en nuestro estudio a posteriori en un año, para valorar, por ejemplo, si ha habido descenso del

número de consultas en atención primaria, si se ha reducido el consumo de ansiolíticos y benzodiazepinas, la adherencia a salud mental si la hubiese.

3.11: Estrategia de análisis estadístico

Utilizaremos el programa informático de IBM SPSS para codificar los datos y obtener los resultados correspondientes a cada variable (descritas previamente en apartado "variables").

Los contrastes de variables cualitativas se estudiarán a través del Chi cuadrado, y los de variables cuantitativas entre 2 grupos se medirán por la prueba T de Student. Para el análisis entre más de dos grupos se utilizará el test de análisis de la varianza. Emplearemos para nuestro análisis un error alfa del 5%, con un nivel de significación estadística $p < 0.05$.

La distribución de las variables será representada por sistemas de gráficas, así, las variables cuantitativas se mostrarán con histogramas y las variables cualitativas mediante gráficas de sectores.

En las variables cualitativas usaremos frecuencias absolutas y relativas descritas en porcentaje, y en las cuantitativas usaremos medidas de tendencia central y de dispersión.

A través del coeficiente de correlación de Pearson hallaremos la relación existente entre los resultados obtenidos en la escala FIQ y EVA.

3.12: Estrategia de búsqueda

- Para recopilar las variables, se realizará búsqueda simple en programa informático OMI-AP, recopilando los datos de las variables descritas.

- Para recoger los datos correspondientes a la escala analógica visual de dolor y cuestionario FIQ: se avisará telefónicamente al paciente, así como se intentará captar al paciente si acude a consulta por otro motivo, entregándole la encuesta en dicho momento.

- Se han consultado diversos artículos mencionados en la bibliografía sobre estudios previos relacionados, citados en pubmed, uptodate, Cochrane y Medline plus, utilizando términos Mesh en relación a fibromialgia.

4.- CRONOGRAMA

<u>Actividad</u>	<u>ENERO</u>	<u>FEBRERO</u>	<u>MARZO</u>	<u>ABRIL</u>	<u>MAYO</u>	<u>JUNIO</u>
Revisión bibliográfica	X					
Diseño del estudio	X					
Recogida de datos		X				
Análisis estadístico		X	X			
Interpretación de resultados y publicación				X	X	

5. PROBLEMAS ETICOS.

-Modelo de Consentimiento informado empleado en nuestro estudio (se adjunta en ANEXO 2).

Para la realización del estudio, se solicitará el permiso pertinente al coordinador del centro sanitario, así como su puesta en conocimiento de todos los profesionales sanitarios que trabajen en el mismo.

Se garantizará la absoluta confidencialidad de los datos de los pacientes.

- Ley de protección de datos.

No se identificará al paciente en las publicaciones o estudios posteriores que puedan realizarse con los resultados que se obtengan, cumpliendo la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre (Protección de Datos de Carácter Personal).

6. ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO.

Para la recogida de datos: el médico se encargará de la recogida de la base de datos de OMI para trasladarla al programa SPSS, obteniendo así los resultados deseados.

Así mismo, será quien avise telefónicamente a las pacientes, citando en consulta a un máximo de 5 pacientes por tarde, para informarles sobre la existencia del estudio, y cumplimentar la escala EVA y FIQ, aunque también podrá realizarse la captación si la paciente acude a consulta por otro motivo, ofreciéndole en dicho momento la posibilidad de entrar al estudio.

Los talleres que se organizarán a posteriori en base a los resultados obtenidos de diseñarán y planearan conjuntamente con la trabajadora social del centro, trabajando en el desarrollo de los mismos, evaluando posibilidades de mejora y apreciando, desde ambos puntos de vista, la mejoría o empeoramiento de la paciente.

7.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO - SESGOS

- Disponibilidad de consulta para encuestar a las pacientes.
- Negativa por parte de las pacientes a participar en el estudio.
- Falta o pérdida de información no recogida en el programa informático OMI-AP.
- Pacientes que cumplan criterios de exclusión.

- A fin de evitar el abandono o la pérdida de pacientes durante la etapa de recogida de datos, y con vistas a minimizar la posibilidad de sesgos a la hora del cálculo de resultados, se contactará telefónicamente con aquellas pacientes que falten a más de una sesión, con el fin de discernir si la causa ha sido el propio abandono del estudio.

8.-PRESUPUESTO

Presupuesto: 100 euros aprox. (desplazamiento, gastos indirectos).

9. BIBLIOGRAFÍA:

1. Belenguer R., Duró J.C et al. Fibromialgia. En: Reumatología clínica. 2º Ed.2017; 53 (p. 939-952).
2. Pall M. "Disease paradigm for chronic fatigue syndrome, multiple chemical sensitivity, fibromialgia, post-traumatic stress disorder, gulf war syndrome and others". Ed. CRC Press books. 2007.
3. A Collado, J Alijotas, P Benito, C Alegre, M Romera, I Sañudo, R Martín, J M Peri, JM Cots Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la Fibromialgia en Catalunya. Med Clin (Barc) 2002;118:745-749.
4. Belenguer Prieto R., Carbonell Baeza A., García Campayo J. "Guía de debut en fibromialgia". Ed. Adfm asociación divulgación fibromialgia. 2016. p.(15-24).
5. Mas, A.J., Carmona, L., Valverde, M. y, Rivas, B. (2008). EPISER study group. Prevalence and impact of fibromialgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. Clinical and Experimental Rheumatology, 26, 519--26.
6. Work, family and social environment in patients with fibromyalgia in Spain: an epidemiological study: EPIFFAC study. BMC Health Serv Res. 2014;14(1):513.
7. José Cid, C, Acuña B., Gómez-Caro, A. ¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? evaluación del paciente con dolor crónico. Rev. Méd. Clínica Las Condes. Vol.25 (4), p687-697.
8. Vives J, Rivera J, Salvat MI, de Gracia M, Alegre C. Propuesta de una versión de consenso del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) para la población española. Reumatología Clínica. 2007; 3(1):21-24
9. Arcos IM, Castro AM, Matarán GA et al. Efectos de un programa de ejercicios aeróbicos y técnicas de relajación sobre el estado de ansiedad,

calidad del sueño, depresión y calidad de vida en pacientes con FM: Ensayo clínico aleatorizado. Med Clín (Barc) 2011; 137:398-401.

10. Casanueva B, García- Fructuoso B, Belenguer R et al. The Spanish version of the 2010 ACR preliminary diagnostic criteria for FM: reliability and validity assessment. Clin Exp Rheumatol 2016; 34 /2 Suppl 96): S55-8.

11. Belenguer R, Ramos-Casals M, Sisó A et al. Clasificación de la FM. Revisión sistemática de la literatura. Reumatol Clín 2009; 5:55-62.

-Rivera J, Esteve-Vives J, Vallejo MA, Rejas J. Factors associated with temporary work disability in patients with fibromyalgia. Rheumatol Int. 2011;31:1471-7.22.

12. García Campayo J, Rodero B, Alda M, Sobradie N, Montero J, Moreno S. Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. Med Clin (Barc). 2008;131:n 487–92.

13. Garcia-Campayo J, Pascual A, Alda M, Marzo J, Magallon R, Fortes S. The Spanish version of the Fibrofatigue Scale: validation of a questionnaire for the observer's assessment of fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. Gen Hosp Psychiatry 2006;28:154–60.

14. Escudero Carretero MJ, García Toyos N, Prieto Rodríguez MA, Pérez Corral O, March Cerdá J, López Doblas M. Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud Estudio de investigación cualitativa. Reumatol Clin.2010;6:16-22.3.

15. Valverde M, Juan A, Ribas B, Benito Urbina JC, Carmona I, y grupo de trabajo EPISER. Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Estudio EPISER 2000. Rev Esp Reumatol. 2000;27:157.

16. Martín Mola E, Woolf AD, Zeidler H, Haglund U, Carr AJ. Evaluación del dolor musculoesquelético crónico en la población adulta española y su manejo

en Atención Primaria: actitudes, percepción del estado de salud y uso de recursos sanitarios. Aten Primaria. 2005;31: 508-15.

10. ANEXOS.

ANEXO 1: FIQ (S-FIQ): CUESTIONARIO ESPAÑOL DE IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA¹³.

Referido a la semana anterior:

Ha sido capaz de:	Siempre	Con frecuencia	Ocasionalmente	Nunca
Ir a comprar	0	1	2	3
Poner la ropa en la lavadora	0	1	2	3
Preparar la comida	0	1	2	3
Lavar los platos	0	1	2	3
Barrer el suelo	0	1	2	3
Hacer las camas	0	1	2	3
Recorrer varias calles seguidas	0	1	2	3
Visitar amigos o conocidos	0	1	2	3
Trabajar jardín/macetas	0	1	2	3
Conducir el coche	0	1	2	3
Subir escaleras	0	1	2	3
TOTAL =				

12. De los días de la semana pasada ¿cuántos días puede decir que se encontró bien?

0 1 2 3 4 5 6 7

13. ¿Cuántos días de la semana anterior no pudo trabajar o hacer las cosas de la casa por los síntomas?

0 1 2 3 4 5 6 7

14. Cuando estuvo trabajando ¿cuánto interfirió en su habilidad para realizarlo los síntomas?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(No problemas)

(Gran dificultad)

15. ¿Cuál fue la intensidad del dolor?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(No dolor)

(Dolor muy severo)

16. ¿Cómo de cansada se ha sentido en esta semana pasada?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(No cansada)

(Muy cansada)

17. ¿Cómo se sintió al levantarse por las mañanas?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Muy descansada)

(Muy cansada)

18. ¿Cómo de rígida se ha sentido?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(No rígida)

(Muy rígida)

19. ¿Cómo de nerviosa se sintió?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(No nerviosa) (Muy nerviosa)

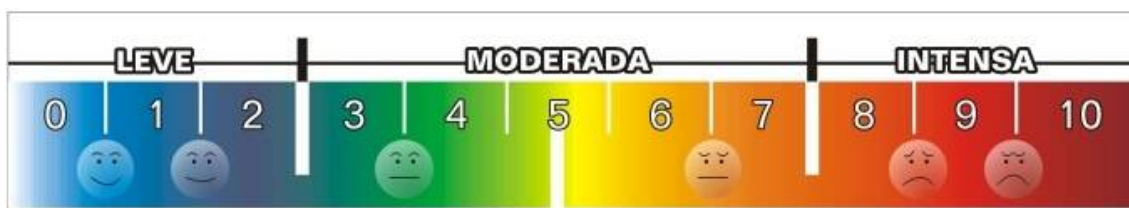
20. ¿Cómo de depresiva o triste se sintió?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(No depresiva) (Muy depresiva)

Resultados

- Una puntuación de 0 no es compatible con el diagnóstico de fibromialgia (o está curado o está en camino de curarse).
- Una puntuación entre 35 y 40, no debe decepcionarle si usted piensa estar en una buena fase, menos de 40 no es una mala puntuación.
- Más de 50 puntos, puede tratarse de una mala semana, vuelva a desarrollar la prueba cada semana y si su puntuación no mejora o se agrava, consulte a un médico.
- Más de 65, es indispensable ponerse en contacto con un médico para modificar el tratamiento.
- 100 es un máximo teórico excepcionalmente alcanzado.

ANEXO 2: Escala visual analógica (EVA) para el dolor¹².



ANEXO 3: Modelo de hoja informativa para inclusión de pacientes en estudio de investigación. Se adjuntan consentimientos informados inclusive.

Hoja de información para pacientes candidatos a estudio de fibromialgia

Estimada paciente:

El centro de salud de Santomera se encuentra actualmente realizando un estudio sobre la fibromialgia, en el que queremos determinar cómo es la evolución clínica de los pacientes, su vivencia de la enfermedad y sobre todo, comprobar la eficacia de los tratamientos prescritos, en vista a poder realizar estrategias de intervención y mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes.

Es preciso, para ello, que nos permita realizar un test que no le llevará más de 10 minutos completar.

No se le identificará en las publicaciones o estudios posteriores que puedan realizarse con los resultados que obtengamos, cumpliendo la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre (Protección de Datos de Carácter Personal).

Con su consentimiento, de este modo, nos permitiría utilizar sus datos en nuestro estudio.

Muchas gracias por su atención.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: MODELO PARA EL INVESTIGADOR:

Yo (nombre y apellidos).....en calidad de(relación con el participante) de..... (nombre y apellidos del participante).

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con..... (nombre del investigador).

Comprendo que la participación del paciente es voluntaria.

Comprendo que puede retirarse del estudio:

- Cuando desee.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que ello repercuta en sus cuidados médicos.

En mi presencia, se ha entregado y explicado a (nombre del participante) toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en participar. Presto mi conformidad para que (nombre del participante) participe en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de los datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma del paciente:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

CONSENTIMIENTO INFORMADO: MODELO PARA EL PACIENTE

Yo (nombre y apellidos):

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:

.....

(nombre del investigador).

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando desee.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que ello repercuta en sus cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio, y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma del paciente:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

