

Rev Soc Esp Dolor
2011; 18(4): 241-248

Documento de consenso multidisciplinar para la implantación del Proceso Asistencial Integrado Fibromialgia en el área hospitalaria dependiente del Hospital Universitario de Puerto Real

C. Iglesias Arrabal¹, F. Neira-Reina², R. del Pino Algarrada³, J. Elorza Guisasola⁴, A. Rendón Acosta⁵ y F. Gómez Rodríguez⁶

¹Medicina de Familia. Centro de Salud Dr. Cayetano Roldán. San Fernando, Cádiz. ²Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor. Unidad Clínica de Gestión Bloque Quirúrgico/Clinica del Dolor. ³Sección de Rehabilitación. ⁴Psiquiatría. Unidad Clínica de Gestión Salud Mental. ⁵Psicología. Unidad Clínica de Gestión Salud Mental. ⁶Unidad Clínica de Gestión Salud Mental. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz

Iglesias Arrabal C, Neira-Reina F, del Pino Algarrada R, Elorza Guisasola J, Rendón Acosta A, Gómez Rodríguez F. Documento de consenso multidisciplinar para la implantación del Proceso Asistencial Integrado Fibromialgia en el área hospitalaria dependiente del Hospital Universitario de Puerto Real. *Rev Soc Esp Dolor* 2011; 18(4): 241-248.

ABSTRACT

Introduction: an integrated healthcare process for fibromyalgia -Proceso Asistencial Integrado (PAI) Fibromialgia- was published in 2005 in Andalusia to provide healthcare professionals with a valid protocol for the management of patients with this disease. In 2009 a decision was made to write a document allowing PAI to be adapted to the healthcare area served by Hospital Universitario de Puerto Real in order to facilitate its implementation.

Objective: to develop a consensus document on the implementation of PAI Fibromialgia in the healthcare area served by Hospital Universitario de Puerto Real by repre-

sentatives of the major healthcare specialties involved in the diagnosis and treatment of this condition, as well as representatives of patient associations.

Method: the document published by Junta de Andalucía on the PAI Fibromialgia project, and the new aspects of this disease in the current medical literature were all reviewed in an attempt to adjust this process within the actual practice of healthcare centers served by Hospital Universitario de Puerto Real. Some common consensus techniques were used (nominal group and brainstorming).

Conclusion: the PAI Fibromialgia paper edited by Junta de Andalucía is a document that, while relevant, cannot be implemented as such within the actual practice of healthcare centers served by Hospital Universitario de Puerto Real. Based on this paper a process implementation document was developed with the aid and consensus of in-hospital specialized care and primary care specialists, as well as fibromyalgia patient associations. This document is now allowing the gradual implementation of PAI Fibromialgia in the healthcare area served by Hospital Universitario de Puerto Real.

© 2011 Sociedad Española del Dolor. Published by Arán Ediciones, S.L.

Key words: Fibromyalgia. Pain. Multidisciplinary management. Implantation. Implementation.

RESUMEN

Introducción: en el año 2005 se publicó en Andalucía el Proceso Asistencial Integrado (PAI) Fibromialgia para

Financiación: Ninguna
Conflicto de intereses: No declarados

Recibido: 27-04-11
Aceptado: 28-06-11

dotar de un protocolo válido de actuación a los profesionales sanitarios ante los pacientes con esta patología. En el año 2009 se decidió realizar un documento que permitiera la adaptación del PAI al Área Sanitaria del Hospital Universitario Puerto Real para facilitar su implantación.

Objetivo: desarrollar un documento de consenso sobre la implantación del PAI Fibromialgia en el Área Sanitaria del Hospital Universitario Puerto Real realizado por representantes de las principales especialidades sanitarias que intervienen en el diagnóstico y tratamiento de dicha patología, así como representantes de las asociaciones de pacientes.

Método: se revisó el documento de la Junta de Andalucía sobre el PAI Fibromialgia y los nuevos aspectos sobre dicha patología en la literatura médica actual, intentando adaptarlos a la realidad asistencial de los centros sanitarios dependientes del Hospital Universitario Puerto Real. Se emplearon algunas de las técnicas habituales para realizar consensos (grupo nominal y *brainstorming*).

Conclusión: el PAI Fibromialgia editado por la Junta de Andalucía es un documento que, aunque importante, no se puede implementar como tal en la realidad asistencial de los centros sanitarios dependientes del Hospital Universitario Puerto Real. Tomando dicho documento como base se creó un documento de implantación del proceso, para ello se contó con la participación y consenso de Especialistas de Atención Especializada Hospitalaria y Atención Primaria así como de las Asociaciones de Pacientes con Fibromialgia. Este documento está permitiendo la implementación progresiva del PAI Fibromialgia en el Área Sanitaria del Hospital Universitario Puerto Real.

© 2011 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Arán Ediciones, S.L.

Palabras clave: Fibromialgia. Dolor. Tratamiento multidisciplinar. Implantación. Implementación.

INTRODUCCIÓN

En el año 2001 se plantea en Andalucía la gestión sanitaria por procesos. La gestión integral de procesos se basa en la visión del proceso como el devenir del paciente a través del sistema sanitario, en su deseo de conseguir una atención y respuesta única a sus necesidades y problemas de salud.

En el marco de la organización sanitaria pública, un proceso asistencial es el conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas) que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios, entendidos estos en un amplio sentido (aspectos organizativos, asistenciales, etc.).

La gestión por procesos implica “reordenar los flujos de trabajo de forma que aporten valor añadido dirigido a aumentar la satisfacción del cliente y a facilitar la tarea de los profesionales”.

En este sentido un proceso asistencial debe tener una misión claramente definible (qué, para qué y para quién), unas fronteras delimitadas con entradas y salidas concretas, secuencias de etapas claramente integrables y debe poder medirse (cantidad, calidad y coste).

La fibromialgia es un trastorno doloroso crónico, no inflamatorio, que afecta a las partes blandas del aparato locomotor. La naturaleza y la existencia de esta entidad se identificaron en 1904 y se ha ido revisando desde entonces (1).

En 1990 se publicó, bajo la dirección del American College of Rheumatologist (ACR), un gran ensayo clínico multicéntrico que estableció los criterios diagnósticos de fibromialgia que se utilizan habitualmente en la actualidad (2) (Tabla I). Se atribuyó a dicha definición una sensibilidad del 88,4% y una especificidad del 81% frente al grupo de expertos. En 2010 han aparecido nuevos criterios diagnósticos de la fibromialgia también de la ACR, pero aún están sin validar (5).

En 1992, la Organización Mundial de la Salud reconoció la fibromialgia y está clasificada como una enfermedad reumatológica (M79.9 en la CIE-10). La prevalencia en la población española, según un estudio del año 2000, es del 2,73% con un ratio mujer/hombre de 20/1 (6).

La fibromialgia es la tercera enfermedad reumatológica más frecuente diagnosticada actualmente, después de la osteoartritis y de la artritis reumatoide, lo que hace que sea un problema de salud importante a tener en cuenta y exige unos programas y planes de salud pública que tomen en consideración esta enfermedad.

La elevada prevalencia de la fibromialgia, las limitaciones tanto en su diagnóstico como en su tratamiento y el elevado número de profesionales que intervienen en el cuidado de estos pacientes hizo que la Junta de Andalucía publicara, en 2005, el Proceso Asistencial Integrado (PAI) Fibromialgia (7) para resolver dudas y aunar criterios para los profesionales sanitarios implicados en el diagnóstico y tratamiento de esta patología.

METODOLOGÍA

El grupo de trabajo se constituyó con representantes de las diversas especialidades que atienden a pacientes con fibromialgia, por una parte representantes del Hospital Universitario Puerto Real (Servicios de Medicina Interna, Psiquiatría, Clínica del Dolor y Rehabilitación) y por otra representantes del Distrito Sanitario

Bahía de Cádiz-La Janda (médico de familia, enfermera de enlace y fisioterapeuta de zona). Se incluyeron además representantes de la Federación Andaluza de Fibromialgia “Alba Andaluza”.

En la primera reunión celebrada por el grupo se estableció un coordinador y un secretario, y se decidió tomar como base el PAI Fibromialgia de la Junta de Andalucía y ajustarlo a la realidad asistencial de cada centro de salud dependiente del H.U. Puerto Real.

En las siguientes reuniones del grupo se discutieron las necesidades de los pacientes y los recursos ofertados por el H.U. Puerto Real y por el Distrito Sanitario.

Después de revisado por el grupo de implantación se concluyó que el PAI Fibromialgia editado por la Junta de Andalucía en 2005 no era apto para su implantación en el Área Sanitaria del H.U. Puerto Real ya que necesitaba unos recursos no asumibles tanto por el Hospital como por el Distrito Sanitario. El PAI Fibromialgia de 2005 fue visto por el grupo de implantación como un documento hacia la asistencia ideal de los pacientes con fibromialgia, y aunque se concluyó que el documento era válido en condiciones ideales se decidió adaptarlo a la realidad cotidiana de nuestra área.

Por otra parte, y debido a que el PAI Fibromialgia de la Junta de Andalucía se editó en 2005 y habían pasado varios años desde entonces, y conociendo la cantidad de estudios realizados hasta la fecha cuyo tema principal era la fibromialgia, se concluyó hacer una actualización de las evidencias científicas contrastando la literatura médica actual con el PAI (8-12).

Se decidió por parte del grupo de implantación la realización de un documento de consenso en el que estuvieran todas las actividades a realizar suficientemente explicadas como para que todos los profesionales que lo manejaran supieran qué hacer en cada momento asistencial con el paciente fibromiálgico.

DOCUMENTO DE CONSENSO

Dentro del documento se definieron los criterios de seguimiento de la enfermedad tanto desde Atención Primaria como de Atención Especializada, que pasamos a exponer a continuación.

Criterios para el seguimiento desde Atención Primaria

Actividades a realizar por el médico de familia

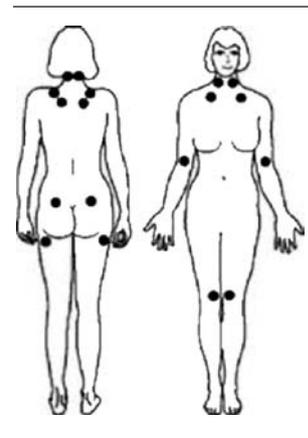
El médico de familia debe pensar en la fibromialgia ante todo aquel paciente que acuda a su consulta pre-

sentando dolor crónico (de más de tres meses de evolución) generalizado o difuso en raquis y/o en extremidades.

Debe realizar una anamnesis inicial explorando las características del dolor y la sintomatología acompañante, además de una exploración física.

Para el diagnóstico de fibromialgia se tomarán los criterios diagnósticos del American College of Rheumatology de 1990 (2) (Tabla I), a pesar de la existencia de los criterios diagnósticos de la misma entidad publicados en el 2010, ya que el grupo de consenso no los consideró suficientemente validados (5).

TABLA I. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA FIBROMIALGIA ACR 1990

	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor difuso, generalizado y crónico, de más de tres meses de duración, en los 4 cuadrantes del cuerpo, en ambos lados del cuerpo, por encima y debajo de la cintura y en el esqueleto axial - Dolor en 11 de los 18 puntos sensibles cuando se aplica una presión de 4 kg/cm²
---	--

Como pruebas complementarias se realizarán unas pruebas mínimas al paciente como imprescindibles para el diagnóstico de la enfermedad y para, si fuera necesario, la derivación posterior del paciente al Servicio de Medicina Interna (Tabla II).

TABLA II. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS A REALIZAR

Pruebas complementarias recomendables para el diagnóstico de fibromialgia:

- Hemograma completo
- Glucemia, creatinina, transaminasas, GGT, fosfatasa alcalina, calcio, fósforo, sodio y potasio, LDH
- Creatinincinasa
- Proteína C reactiva
- TSH
- Proteinograma
- Optativas según la sospecha clínica: factor reumatoide, látex, ANA
- No es preciso solicitar pruebas radiológicas a no ser que exista sospecha de patología articular u ósea concomitante

Se planteará el diagnóstico diferencial con otras patologías, prestando especial atención a dos patologías que comparten con la fibromialgia manifestaciones clínicas similares pero que presentan criterios diagnósticos específicos como son el dolor miofascial y el síndrome de fatiga crónica.

Se evaluará el nivel sintomático con cuatro escalas analógicas visuales correspondientes a las dimensiones del ámbito de la calidad de vida (física, psicológica y social), clasificando a los pacientes como nivel sintomático bajo, medio y alto, lo que permitirá dar a cada paciente un tratamiento en función de dicho nivel sintomático (Tabla III).

TABLA III. TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA SEGÚN EL NIVEL SINTOMÁTICO

<i>Tratamiento en función del nivel sintomático</i>
<p>NIVEL BAJO</p> <p><i>Plan de cuidados de enfermería</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Educación - Estrategias de autoayuda - Ejercicio físico no supervisado - Higiene del sueño - Intervención familiar <p><i>Tratamiento farmacológico</i></p>
<p>NIVEL MEDIO</p> <p><i>Plan de cuidados de enfermería</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Educación - Estrategias de autoayuda - Ejercicio físico supervisado - Higiene del sueño - Intervención familiar <p><i>Tratamiento farmacológico</i></p>
<p>NIVEL ALTO</p> <p><i>Plan de cuidados de enfermería</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Educación - Estrategias de autoayuda - Ejercicio físico supervisado - Intervención familiar - Higiene del sueño <p><i>Tratamiento farmacológico</i></p> <p><i>Tratamiento especializado (internista, reumatólogo, rehabilitador, psicólogo, terapia ocupacional)</i></p>

Se informará al paciente acerca de la enfermedad, sus síntomas, su diagnóstico y su tratamiento.

Se pautará tratamiento farmacológico con los fármacos que han demostrado más evidencia científica hasta el

momento de la publicación del documento, entre ellos, analgésicos, antidepresivos y relajantes musculares.

Se derivará al paciente a la enfermera, independientemente de su nivel sintomático, para la realización de los planes de cuidados. Además se derivará al fisioterapeuta de zona a aquellos pacientes con nivel sintomático medio y a atención especializada a aquellos pacientes que cumplan los criterios de derivación dados por cada especialista en particular.

Actividades a realizar por el enfermero de familia

En principio se clasificará al paciente según los diagnósticos de enfermería más frecuentes empleando la clasificación de diagnósticos enfermeros NANDA, la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) y la clasificación de resultados de enfermería (NOC).

Existirá un enfermero referente en cada Centro de Salud que pondrá en marcha los programas de fibromialgia, promoviendo la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes por las pacientes para el afrontamiento de su enfermedad (3).

El enfermero desarrollará los planes de cuidados en cada centro, donde deberá contar con una sala para las reuniones con los pacientes. Los planes de cuidados constarán de 1 a 4 sesiones de unos 60 a 90 minutos de duración, donde se realizarán las actividades propuestas en este documento. El número de pacientes será de 8 a 12 personas por grupo.

Las actividades a realizar serán:

—Primera reunión del grupo. Explicación de la razón de ser de la intervención grupal:

- Recogida individual y análisis conjunto de las expectativas y necesidades.

- Información general reforzando la importancia del protagonismo del paciente en su proceso, de la trascendencia del ejercicio físico adecuado a su nivel sintomático y de la idoneidad de la inclusión y participación en los grupos de ayuda mutua.

- Evaluar la aceptación y promover la implicación de los participantes.

- Planificación operativa de las siguientes sesiones (fechas, horas, participantes,...)

- Deberá recogerse en una hoja de registro de formación del grupo el nombre de los participantes, los criterios de formación del grupo, así como los datos de organización del grupo: fecha de comienzo, etc.

—Desarrollo de las sesiones sucesivas:

- En función de la planificación establecida se desarrollarán las sesiones sucesivas. Para cada una se cumplimentará un registro de sesión formativa, registrando el grado de participación, las ausencias y si tie-

nen o no justificación importante, los objetivos propuestos, metodología desarrollada y las observaciones pertinentes.

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

Los profesionales que participan en el grupo evaluarán el grado de consecución de los objetivos planteados y la participación de los integrantes del grupo, así como la existencia de colaboración y seguimiento del mismo.

Los participantes en el grupo evaluarán su grado de satisfacción con respecto al programa, sus profesionales y sus propias impresiones.

Actividades a realizar por el fisioterapeuta de zona

El fisioterapeuta de zona desarrollará en la sala de fisioterapia cuatro sesiones de ejercicio físico supervisado para los pacientes derivados por el médico de Atención Primaria con nivel sintomático medio.

Criterios para el seguimiento desde Atención Especializada

Medicina Interna

Los criterios de derivación a Medicina Interna por parte del Médico de Atención Primaria serán:

- Duda diagnóstica y/o refuerzo del papel del médico de familia tras estudios en Atención Primaria, en consulta única.
- Comorbilidad que dificulte el enfoque diagnóstico o terapéutico.
- Nivel sintomático alto refractario a pesar de tratamiento multidisciplinar en Atención Primaria (para orientación terapéutica).

Para la derivación será necesario un informe por parte del Médico de Familia donde conste el motivo de la derivación, el nivel sintomático del paciente, las pruebas básicas realizadas y la estrategia terapéutica previa.

- Las actuaciones por parte de Medicina Interna serán:
- Confirmación diagnóstica.

- Descartar otros procesos con pruebas complementarias necesarias, en su caso.
- Información y educación sobre el proceso.
- Ajuste del tratamiento médico, en su caso.
- Remitir a Atención Primaria para seguimiento del proceso.
- Remitir a otras unidades hospitalarias si es necesario.
- Informe escrito entregado al paciente con copia para el médico de Atención Primaria.
- Cumplimentación del procedimiento para la monitorización de los indicadores de calidad establecidos en el PAI Fibromialgia.

Rehabilitación

El objetivo de la rehabilitación de los pacientes con fibromialgia será conseguir una recuperación de la funcionalidad, en el caso de haber pérdida de ella. Las funcionalidades básicas son la independencia para el aseo, el baño, el vestido, la alimentación y la marcha. Los mecanismos para conseguir este fin serán el adiestramiento en ejercicio terapéutico, el empleo de ortesis y la terapia ocupacional o fisioterapia (14).

Los criterios de derivación a Rehabilitación por parte del Médico de Atención Primaria serán:

- Paciente correctamente diagnosticado de fibromialgia que presenta una discapacidad que pueda beneficiarse de una ortesis o ayuda técnica, permitiendo así la realización del programa terapéutico.
- Fracaso del programa de ejercicios de Atención Primaria después de 6 meses de ejercicio físico constatado.
- Presencia de patología del aparato locomotor en paciente diagnosticado de fibromialgia y que no mejora con tratamiento habitual:
 - Hombro doloroso de más de 4 semanas sin limitación de la movilidad o de más de 2 semanas con limitación de la movilidad activa.
 - Radiculopatía de más de 5 semanas sin respuesta a tratamiento habitual.
 - Podalgia de más de 3 semanas que impide hacer el programa de ejercicios.
- No son criterios de derivación:
 - Paciente que no ha hecho el programa de formación.
 - Ausencia de informe clínico de actuación estructurada del proceso.
 - Pacientes con reagudizaciones de dolor sin pérdida funcional.
- Si el paciente ya está diagnosticado, tratado y se ha dado de alta con criterio de cronicidad, no precisa

ser revalorado para inclusión en tratamiento de recuperación funcional (terapia ocupacional, fisioterapia, etc.).

—Las características del informe clínico de rehabilitación serán una evaluación previa y posterior mediante escala FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire) o adaptada según patología concomitante, una especificación del tratamiento concreto realizado, unas recomendaciones de ortesis, actividades o precauciones y la indicación de fecha de revisión o alta.

Psiquiatría

Los pacientes afectos de fibromialgia serán atendidos por las Unidades de Salud Mental Comunitaria dependientes del Servicio de Psiquiatría del H.U. Puerto Real.

Los criterios de derivación a la Unidad de Salud Mental Comunitaria por parte del Médico de Atención Primaria serán:

—Descartar y diagnosticar posible patología psiquiátrica.

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

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

Las características de esta atención especializada por parte de Salud Mental serán la valoración y/o intervención psicológica y/o tratamiento psicofarmacológico (15).

En la evaluación psiquiátrica del paciente se explorarán con minuciosidad aquellos aspectos que puedan estar incidiendo en la clínica somática y en su evolución, descartando patología psiquiátrica asociada, o diagnosticándola en caso de estar presente, analizando su repercusión tanto en la etiología del cuadro somático como en el pronóstico del mismo.

De iniciarse tratamiento psicofarmacológico, este será revisado por la propia Unidad de Salud Mental en tanto se valorara como necesario, derivándose posteriormente para su seguimiento por su Médico de Atención Primaria.

En caso de ser necesario se iniciaría la intervención psicológica que se considerase oportuna, condicionando la periodicidad de la misma a la dinámica de la Unidad de Salud Mental.

Clínica del dolor

El criterio de derivación a la Clínica del Dolor será aquel paciente diagnosticado de fibromialgia que presente dolor localizado o síndromes dolorosos incontrolables con diagnóstico etiológico confirmado y sin respuesta a tratamiento en Atención Primaria y tributario de técnicas invasivas.

DISCUSIÓN

La fibromialgia es un síndrome de dolor reumático común, caracterizado por: dolor musculoesquelético difuso, crónico, fundamentalmente mecánico, que aumenta con el ejercicio y puntos especialmente sensibles (puntos gatillo) a la palpación en el cuello, tronco y extremidades (3,4,16).

En la fibromialgia están implicados mecanismos inmunológicos (en ocasiones anticuerpos antimúsculo liso y estriado y antinucleares) y hormonales con influencias centrales que inician y perpetúan el dolor en pacientes susceptibles. En el líquido cefalorraquídeo se ha demostrado la presencia de una mayor concentración de sustancia P, con niveles normales de dinorfina y metencefalina, lo que hace pensar en un dolor por hiperalgesia. La realización de biopsias musculares muestra la presencia, en ocasiones, de un patrón muscular característico.

Se observan niveles bajos de serotonina y triptófano en sangre y en líquido cefalorraquídeo. A nivel de enzimas musculares se observan alteraciones de la fosforilación, por disminución del trifosfato de adenosina. Se han propuesto procesos infecciosos como causas desencadenantes (16,17).

El dolor generalizado es el síntoma principal de la fibromialgia. El dolor aumenta con la presión de los puntos sensibles. Se trata de un dolor quemante, pulsátil, penetrante y con parestesias. Más de un tercio de los pacientes presentan una serie de síntomas acompañantes: sueño no reparador y cansancio crónico; ansiedad, depresión e irritabilidad; cistitis intersticial y colon irritable; hipofunción del eje hipotálamo-hipofisario con intolerancia al frío, síndrome de piernas inquietas y rinitis inespecífica; cefalea tensional; intolerancia o alergia a ciertos medicamentos; sequedad ocular, salivar y vaginal y fenómeno de Raynaud (16,17).

El adecuado diagnóstico de estos pacientes es un punto esencial en su tratamiento. La falta de una prueba diagnóstica específica ha dificultado su diagnóstico y por tanto su tratamiento.

El desconocimiento académico de la fibromialgia ha motivado que numerosos pacientes hayan sido abo-

cados a diagnósticos erróneos. En ocasiones el médico se encontraba impotente ante pacientes que no respondían a las diferentes terapias empleadas, incluso a pesar de utilizar opiáceos. A veces el médico se obsesionaba con la “curación” del paciente, utilizando las diferentes terapias disponibles. A pesar de ello, no conseguía la remisión de los síntomas, sino que, en ocasiones, los agravaba con los efectos secundarios derivados de los fármacos y las técnicas empleadas. Todo ello llevaba al médico y al paciente a la desesperación a la vez que el paciente veía como día a día empeoraba su calidad de vida. Ante esta situación los pacientes eran derivados a diferentes especialistas y sometidos a las distintas listas de espera. Tras años de idas y venidas consenguían finalmente, la mayoría de las veces, alcanzar su diagnóstico y conocer que no había una “curación” para su enfermedad.

La fibromialgia se acompaña de una sintomatología florida y compleja que dificulta sobremanera que un solo médico pueda solventar la problemática de los pacientes con fibromialgia. Ello hace necesario el abordaje multidisciplinar de esta patología y el tratamiento multimodal e individual de los pacientes.

El PAI de Fibromialgia pretende, en la medida de lo posible, conseguir el diagnóstico de estos pacientes, sin que ello suponga diagnosticar a todos los pacientes con patología dudosa de fibromialgia, a la vez que aplicar el tratamiento consensuado con la mejor evidencia científica disponible. También pretende dotar al médico de Atención Primaria de los instrumentos necesarios para el manejo adecuado de estos pacientes, pudiendo contar de forma directa con la participación de los diferentes especialistas implicados en el PAI Fibromialgia. Todo ello con el consenso y aprobación de las diferentes asociaciones de fibromialgia.

Con la implementación del PAI Fibromialgia pretendemos mejorar la calidad de vida y satisfacción de los pacientes afectados de fibromialgia; reducir la variabilidad en la práctica clínica, optimizar la metodología de trabajo de los diferentes profesionales, aplicar los tratamientos con la mejor evidencia científica disponible y promover la mejora en la utilización racional de los recursos sanitarios.

CONCLUSIONES

El Proceso Asistencial Integrado Fibromialgia editado por la Junta de Andalucía en 2005 es difícil de implantar en la realidad actual de los Centros de Salud y en las áreas sanitarias hospitalarias. Pretendemos con el documento de consenso soslayar estas carencias y ofrecer a los pacientes diagnosticados de fibromialgia

una asistencia de calidad dentro de límites razonables.

Se ha difundido el documento de consenso en el área dependiente de Atención Primaria y se han definido unos criterios de calidad para seguimiento del documento de implantación, pretendiéndose una evaluación a los 6-12 meses de implantado el proceso.

AGRADECIMIENTOS

Participantes en la Comisión de Implantación del PAI Fibromialgia en el Área Sanitaria dependiente del H. U. Puerto Real: Dr. Francisco Gómez Rodríguez (Director UGC Medicina Interna H.U. Puerto Real), Dr. Rogelio del Pino Algarrada (Jefe de Sección Rehabilitación H.U. Puerto Real), Dr. Ángel Antonio García Egido (FEA UGC Medicina Interna H.U. Puerto Real), Dr. Fernando Reina Neira (FEA UGC Anestesiología/Clínica del Dolor H.U. Puerto Real), Dr. Julián Elorza Guisasola (FEA UGC Salud Mental H.U. Puerto Real), Dr. Adolfo Rendón Acosta (FEA UGC Salud Mental H.U. Puerto Real), Dra. Carmen Iglesias Arrabal (Médico de Familia. C. S. Dr. Cayetano Roldán. Distrito Bahía de Cádiz-La Janda), Dña. Lucía Arias Velarde (Enfermera de Enlace. ZBS Puerto Real. Distrito Bahía de Cádiz-La Janda), Dña. Agueda Quintino Lucas (Fisioterapeuta. ZBS Barbate. Distrito Bahía de Cádiz-La Janda), Dña. Dolores María Burgueño Núñez (Presidenta Federación Andaluza de FM, SFC y SQM, “Alba Andalucía”), Dña. Rosario Rodríguez González (Vicepresidenta Federación Andaluza de FM, SFC y SQM, “Alba Andalucía”), Dña. Antonia Loaiza Jiménez (Presidenta AFICHI), Dña. Mercedes Benítez Pérez (Secretaria AFIPO).

CORRESPONDENCIA:

Carmen Iglesias Arrabal
Centro de Salud Dr. Cayetano Roldán
San Fernando, Cádiz
e-mail: carmen.iglesias.sspa@juntadeandalucia.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Alegre de Miguel C, García Campayo J, Tomás Flórez M, Gómez Aruelles JM, Blanco Tarrío E, Gobbo Montoya M, et al. Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas Esp Psiquiatr* 2010;108-20.

2. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72.
3. Neira Reina F, Ortega García JL. Fibromialgia. En: Torres Morera LM, editor. Síndromes dolorosos poco frecuentes. EdikaMed; 2006.
4. Moldofsky H, Merskey H. From fibrositis and psychogenic rheumatism to fibromyalgia. En: Merskey H, Loeser JD, Dubner R, editors. *The Paths of Pain 1975-2005*. Seattle: IASP Press; 2005. p. 391-401.
5. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for Fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res* 2010;62:600-10.
6. Grupo de estudio EPISER. Proyecto EPISER 2000: Prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. Metodología, resultados del reclutamiento y características de la población. *Rev Esp Reumatol* 2001;28:18-25.
7. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado Fibromialgia. Sevilla, 2005.
8. Goldenberg DL, Burchhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA* 2004;292:2388-95.
9. Burckhardt C, Goldenberg DL, Crofford LJ, Gerwin R, Gowans S, Kugek P, et al. Guideline for the Management of Fibromyalgia Syndrome Pain in Adults and Children. *APS Clinical Practice Guidelines Series, N° 4*, 2005.
10. University of Texas, School of Nursing, Family Nurse Practitioner Program. Management of fibromyalgia syndrome in adults. Austin (TX): University of Texas, School of Nursing; May 2009.
11. Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskila D, et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis* 2008;67:536-41.
12. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA* 2004;292(19):2388-95.
13. Rodríguez Muñiz RM, Orta González MA, Amashta Nieto L. Cuidados de Enfermería a los pacientes con fibromialgia. *Enfermería Global* 2010;(19):1-16.
14. Alonso Alvarez B. Ejercicio físico en la fibromialgia. *Rehabilitación* 2003;37(6):363-74.
15. Arnal P, Meseguer E, García-Campayo J, Marqués H, Martínez A. Intervención psicoeducativa en pacientes con fibromialgia en Atención Primaria: efectividad y diferencias entre terapia individual y grupal. *C Med Psicossom* 2005;73:32-41.
16. Ruiz M, Nadador V, Fernández-Alcantud J, Hernández-Salván J, Riquelme I, Benito G. Dolor de origen muscular: dolor miofascial y fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor* 2007;1:36-44.
17. Russell IJ. Síndrome de fibromialgia. En: Loeser JD, Butler SH, Chapman CR, Turk DC, editors. *Bonica Terapéutica del Dolor*. México: McGraw Hill; 2003. p. 654-71.