

# GUIA CLINICA

## FIBROMIALGIA Y SÍNDROME DE FATIGA CRONICA

**DEPARTAMENTO DE SANIDAD  
EUSKO JAULARITZA/GOBIERNO VASCO**

**AÑO 2006**

# **INDICE**

## **1.Presentación**

## **2.Descripción y epidemiología de los síndromes**

### **2.1-Etiología de FM y SFC**

## **3.FM y SFC en Atención Primaria**

### **3.1-Diagnóstico de FM**

### **3.2-Diagnóstico de SFC**

### **3.3-Diagnóstico diferencial de FM y SFC**

### **3.4-Comorbilidades de FM y SFC**

### **3.5-Actitud terapéutica ante Fibromialgia**

### **3.6-Actitud terapéutica ante el SFC**

## **4.FM y SFC en Atención especializada**

### **4.1-Derivación a Atención Especializada**

### **4.2-Derivación a Salud Mental**

### **4.3-Derivación a Rehabilitación.**

### **4.3-Incorporación de recursos comunitarios**

## **5.Unidades Especializadas Multidisciplinares**

## **6.Papel de las asociaciones de afectados de FM y SFC**

## **7.Anexos**

### **7.1-Anexo 1 FIQ**

### **7.2-Anexo 2 MINI**

## **8.Asociaciones de afectados de FM y SFC en la CAPV**

## **9.Bibliografía.**

## **1.PRESENTACION**



## 2.DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DE LOS SÍNDROMES

La FM es un síndrome caracterizado por dolor crónico generalizado, no articular, sobre todo en esqueleto axial y cuatro cuadrantes percibido a nivel muscular que coexiste con una exagerada sensibilidad dolorosa a la presión en una serie de puntos predeterminados. A estos síntomas se añaden con frecuencia cansancio, rigidez, trastornos del sueño y del estado de ánimo. La prevalencia en España es del 2.4% siendo más frecuente en las mujeres(4.2%) que en los hombres(0.2%) por lo que cabe esperar la existencia de alrededor de 50.000 afectados en la CAPV

El SFC es un síndrome que se caracteriza por fatiga persistente e invalidante ante pequeños esfuerzos , dolor y debilidad muscular además de alteraciones cognitivas y neurovegetativas que producen una importante incapacidad funcional en el paciente. También es participado por un cortejo sintomático similar al de la FM con trastornos del sueño, cefaleas, odinofagia etc. con el rasgo frecuente de que empeoran con la actividad física y mental por pequeñas que sean. Se presenta entre los 20 y los 40 años con predominio en el sexo femenino. En España no existen cifras de prevalencia , pero, extrapolando estudios epidemiológicos de USA y Australia, se puede estimar su prevalencia entre 30 y 40 casos por 100.000 habitantes lo que nos daría una cifra estimada de 600 a 800 casos en la CAPV.

Uno de los síntomas característicos de estos síndromes es el dolor, que por otra parte afecta a un elevado porcentaje de la población, pues diferentes encuestas arrojan cifras próximas al 30% de los encuestados que manifestaron tener dolor en el momento de la entrevista casi en una relación de 2:1 entre mujeres/hombres este hecho y la gran variedad y escasa especificidad de síntomas que acompañan a estos síndromes son la causa en opinión de muchos expertos de que estos padecimientos sean poco o mal diagnosticados , y de que a menudo los enfermos tengan que afrontar un largo peregrinaje por las consultas médicas antes de ser diagnosticados correctamente.

## **2.1-ETIOLOGÍA DE FM Y SFC**

Todavía hoy la etiología de estos síndromes permanece desconocida, si bien todo apunta a una etiopatogenia multifactorial.

Se da importancia a traumatismos o actos quirúrgicos en relación con los cuadros; pero más bien como punto de inicio de la sintomatología que como factores causales o desencadenantes.

También se ha hablado de un cierto patrón de herencia aunque tampoco se ha podido determinar de manera concreta.

A lo largo de los últimos quince años se han descrito alteraciones en relación con distintos neuroquímicos en el caso de la FM:

- Substancia P
- Serotonina y 5HIAA en LCR
- Somatomedina C
- Noradrenalina, dopamina y GABA

Postulándose distintas hipótesis etiopatogénicas:

- Sensibilización central: fenómeno “wind up” por activación/despolarización de los receptores NMDA
- Disfunción inhibitoria por déficit de serotonina.
- Disfunción del Sistema nervioso Autónomo, que mostraría una actividad aumentada del simpático, no obstante incompetente frente al stress.

En el caso del SFC se han descrito alteraciones enzimáticas como la de RNAsa y también se han postulado hipótesis etiopatogénicas virológicas, neurológicas, psiquiátricas e inmunológicas sin resultados concluyentes.

La investigación sigue abierta en este capítulo; es conveniente señalar el hallazgo objetivo de alteraciones en pruebas de imagen como el SPECT, PET y REE que todavía habrá que explicar de forma satisfactoria.

## **3. FM y SFC EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Estas enfermedades caen de lleno en el ámbito de la Atención Primaria debido a que por sus características clínicas afectan a todos los niveles de la vida de la/el paciente: personal, familiar, laboral, social etc. Su carácter de padecimientos crónicos hace que el desarrollo longitudinal de los mismos sea muy prolongado en el tiempo y precise de una intervención multidisciplinar que contemple los aspectos médico, educativo, rehabilitador, psicológico, social y laboral. Las personas que padecen estas enfermedades han de permanecer más tiempo que la media en relación profesional estable con el sistema de salud; y sus referentes más directos y frecuentes serán el médico, la enfermera y la asistencia social de atención primaria, que serán los encargados de la detección, el tratamiento y el seguimiento de estos enfermos sin perjuicio de la relación que puedan necesitar con otros niveles del sistema de salud (atención especializada u hospitalaria cuando se necesite).

El médico de familia deberá realizar con estos pacientes en cada caso y situación las actuaciones más pertinentes que incluyen:

- Información directa, consistente y objetiva sobre el padecimiento al paciente y su entorno familiar. Educación sanitaria
- Plan terapéutico farmacológico y no farmacológico
- Coordinación de acciones complementarias como atención de tipo social, comunitaria, derivaciones a atención especializada u hospitalaria cuando la situación lo requiera.
- Seguimiento longitudinal del caso.

### **3.1-DIAGNOSTICO DE FM**

El diagnóstico de FM en primera instancia es competencia del médico de familia, Para realizarlo, actualmente debe seguir los criterios diagnósticos recogidos por el ACR (American College of Rheumatology) en 1990:

1. HISTORIA DE DOLOR CRÓNICO GENERALIZADO DE MÁS DE TRES MESES DE EVOLUCIÓN en esqueleto axial y como mínimo en tres de los cuatro cuadrantes. debe existir asimismo dolor en pared torácica anterior.

2. DOLOR A LA PRESIÓN DIGITAL DE 4 KGRS EN AL MENOS 11 DE LOS 18 PUNTOS de FM, (9 puntos pares):

- Inserciones occipitales de los músculos suboccipitales.
- Proyección anterior de los espacios intertransversos cervicales C5-C7.
- Punto medio del borde superior del trapecio.
- Origen del supraespinoso.
- Segunda unión condroesternal.
- A 2 cms distal al epicóndilo.
- Cuadrante superior externo de la nalga.
- Cara posterior del trocánter mayor
- Almohadilla grasa de cara interna de rodilla.

### **3. SÍNTOMAS ASOCIADOS**

- Rigidez
- Algas de cabeza o cara incluida ATM
- Trastornos del sueño.
- Trastornos conocitivos
- Malestar abdominal.
- Dificultades de deglución
- Trastornos génitourinarios
- Parestesias
- Dolor miofascial
- Costocondralgia.
- Prolapso mitral.
- Síntomas vertiginosos.
- Hipotensión ortostática.
- Síndrome de piernas inquietas
- Hipersensibilidad sensorial.
- Ansiedad y Depresión
- Trastornos de piel

Además del cumplimiento de los criterios expuestos es necesario valorar:

- La afectación funcional, a partir de escala de medida del dolor y la capacidad funcional. El cuestionario más aceptado y validado es el FIQ,(Fibromyalgia Impact. Questionary) Anexo 1
- La afectación psiconeurológica mediante el MINI que se halla en el Anexo 2

### **3.2-DIAGNOSTICO DE SFC**

El diagnóstico del SFC es también competencia del médico de familia. Para el mismo se utilizan los criterios de Fukuda:

1. Fatiga crónica persistente de seis meses de evolución continua o intermitente injustificada que se presenta de nuevo con inicio definido y que no resulta de esfuerzos recientes; no mejora con el descanso y causa una reducción considerable de los niveles previos de actividad cotidiana de la persona que lo padece.

2. Exclusión de otras enfermedades potencialmente causantes de fatiga crónica.

3. Presencia de forma concurrente de 4 o más de los síntomas y signos relacionados a continuación con una duración superior a seis meses y posteriores a la presentación de la fatiga:

- Trastornos de concentración y/o memoria
- Odinofagia
- Adenopatías axilares o cervicales dolorosas.
- Mialgias.
- Poliartralgias sin signos inflamatorios
- Sueño no reparador.
- Cefalea de inicio reciente o características distintas a las habituales
- Malestar postesfuerzo superior a las 24 horas.
- Miastenia gravis

El SFC debe ser diferenciado de otras patologías que cursan también con cansancio, como la depresión mayor o los trastornos de ansiedad. Por ello, para cumplir con el segundo criterio de Fukuda será necesario una evaluación neuropsiquiátrica que se puede realizar mediante el MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), que nos permitirá hacer diagnósticos psiquiátricos de eventual aparición como comorbilidad durante la evolución de la enfermedad. (Anexo)

También es necesario consignar que aproximadamente el 70% de los casos de SFC presentan FM asociada como comorbilidad.

### **3.3-DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA FM Y EL SFC**

El DD de estos síndromes se deberá realizar con distintas entidades nosológicas:

#### **Enfermedades reumáticas**

- Artritis Reumatoide
- Lupus Eritematoso Sistémico
- Síndrome de Sjögren
- Polimialgia reumática
- Esclerosis Sistémica.
- Polimiositis
- Espondiloartropatías
- Miopatías inflamatorias

#### **Enfermedades neuromusculares**

- Miastenia Gravis
- Esclerosis Múltiple
- Enfermedades degenerativas

#### **Neoplasias raquídeas**

- Mieloma Múltiple

#### **Trastornos mentales**

- Trastornos depresivos
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos somatomorfos

#### **Enfermedades metabólicas**

- Osteodistrofia renal
- Hipotiroidismo
- Enfermedad de Addison
- Hiperparatiroidismo
- Osteomalacia
- Celiaquía

#### **Hemopatías**

- Anemia

### **3.4-COMORBILIDADES DE FM Y SFC**

Los pacientes con FM y SFC presentan frecuentemente como síntomas asociados una serie de signos y síntomas propios de otros síndromes clínicos:

- Disfunción ATM
- Cefalea tensional y/o migraña.
- Colon irritable
- Disfunción neurovegetativa
- Vejiga irritable.
- Síndrome miofascial
- Dolor pelviano crónico
- Trastornos depresivos
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos somatoformes
- Solapamiento FM/SFC

### **3.5-ACTITUD TERAPEUTICA ANTE LA FIBROMIALGIA**

Antes de plantearse una estrategia terapéutica será necesario valorar el impacto ocasionado por la enfermedad sobre el paciente que se produce en tres vertientes:

- Impacto sobre calidad de vida: Hay evidencia de un claro impacto sobre la calidad de vida con tendencia a la cronicidad que origina grados variables de discapacidad tanto entre individuos como en el mismo individuo a lo largo del tiempo de afectación.
- Impacto familiar: La FM ocasiona un grado variable de alteración de las relaciones familiares desde el punto de vista psicoafectivo. Asimismo se generan cargas familiares como consecuencia de la aparición de la FM siendo necesaria una redistribución de los roles familiares. Además la irrupción de La FM casi siempre reporta pérdidas económicas familiares.
- Impacto laboral: Las enfermedades musculoesqueléticas son una importante causa de incapacidad laboral. El estudio EPISER en España determinó que la FM afecta de forma muy significativa la capacidad funcional laboral con independencia del sexo, edad, nivel de estudios y comorbilidad, situándose por detrás de la AR, pero por delante de la lumbalgia, la artrosis de rodilla y la artrosis de mano. La variabilidad es importante: En el estudio realizado por WOLF en 1997 sobre pacientes con FM aunque una mayoría (64-3%) manifestaban poder trabajar todos o casi todos los días, un 19.4% decía no poder trabajar nunca o sólo algunos días.

La valoración del impacto de la FM sobre el paciente nos permitirá incluir las opiniones y posición del paciente respecto a tratamiento, relación con el sistema sanitario, con su familia y entorno laboral etc. A la hora de diseñar una estrategia terapéutica. Las herramientas más utilizadas a la hora de valorar el impacto de la FM sobre calidad de vida y compromiso psiconeurológico son el FIQ y el MINI que se pueden hallar en los anexos.1.. y .2..respectivamente.

Hoy por hoy no hay un tratamiento definitivo para la FM. Las medidas terapéuticas aconsejadas van encaminadas a mejorar la calidad de vida, a optimizar el afrontamiento de los síntomas y a incrementar el bienestar psicológico; es decir se trata por ahora de un tratamiento sintomático que además puede implicar la aplicación conjunta de medidas multidisciplinares. Debido a la gran variabilidad entre casos, será importante la integración de todos los matices diagnósticos, de impacto y de comorbilidad a la hora de diseñar la estrategia terapéutica para cada caso.

La mayoría de los tratamientos consisten en una serie de medidas que se potencian entre sí y se aplican en cuatro niveles:

- Educativa /social
- Rehabilitador físico
- Psicológico
- Farmacológico

### **Tratamiento educativo:**

La aplicación de un programa de educación intensivo destinado al/ la paciente es eficaz en el tratamiento de la FM y la evidencia muestra que sus efectos perduran entre tres y doce meses. La aplicación del programa educativo combinada con el ejercicio físico y las técnicas de relajación mejoran uno o varios síntomas del cuadro como el dolor, el sueño, la capacidad funcional y el malestar psicológico. El programa educativo debe extenderse a la familia o el ámbito más próximo del enfermo a la hora de minimizar el impacto de la enfermedad

Si las medidas educativas no son suficientes para mejorar la calidad del sueño, será necesario considerar el apoyo farmacológico específico para este problema utilizándose el zolpiden 10mg como opción más extensamente eficaz..

En cualquier caso, y esquemáticamente, la persona afecta de FM debe saber:

- Que no tiene riesgo vital.
- Que no tiene riesgo degenerativo para músculos y articulaciones.
- Que no tiene curación conocida todavía.
- Que, si bien existen casos descritos de remisión, estos son muy escasos.
- Que mejora significativamente en el 50% de los casos adecuadamente tratados.
- Que existe evidencia científica de que la educación grupal sobre la FM mejora la evolución y el pronóstico de la enfermedad.

### **Tratamiento rehabilitador físico :**

Existen asimismo evidencias de que el ejercicio aeróbico moderado, por debajo del nivel de la fatiga es eficaz en el tratamiento de la FM, tanto sólo como en compañía de otras medidas. Es importante la participación activa de el/la paciente., y puede ser objeto de control por parte del personal DUE/ATS de Atención Primaria. Sólo precisará de supervisión especializada en caso de afectación moderada o grave.

### **Tratamiento psicológico:**

Dado que la terapia cognitivo-conductual (TCC) se muestra eficaz en la mayoría de los casos, será conveniente que de forma extensiva se realice la derivación al CSM de referencia, bien para su aplicación directa o bien para que procure un programa específico de apoyo que pueda ser aplicado desde atención primaria. Esta derivación en el caso de producirse ha de ir precedida de información en las medidas educacionales destinada a desposeer de prejuicios la derivación a Salud Mental mostrando la vertiente de mejoría clínica al margen de cualquier comorbilidad mental. La eficacia de estas medidas de tratamiento se extiende durante meses como muestra la evidencia y pueden ser aplicadas desde A:P: salvo que se detecte comorbilidad mental grave. En este caso es importante el descarte y tratamiento precoz de la patología psiquiátrica concomitante.

Como coadyuvantes se pueden considerar las técnicas aliviadas de tensión y los talleres o psicoterapias grupales cuando el caso sea tributario de terapia multidisciplinar.

### **Tratamiento farmacológico:**

No existe un tratamiento farmacológico causalista ya que hoy por hoy se desconoce la etiología de la enfermedad. A lo largo del tiempo se han probado gran cantidad de fármacos aunque sólo unos pocos se han mostrado efectivos para yugular la enfermedad  
**HAY EVIDENCIA SÓLIDA SOBRE LA EFICACIA DE:**

- Amitriptilina 25-50 mg x día antes de dormir.
- Ciclobenzaprina 10-30 mg x día antes de dormir.

**EXISTE EVIDENCIA MODERADA SOBRE LA EFICACIA DE:**

- Tramadol 200-300mg x día
- ISRS, Fluoxetina 20-80 mg x día (puede usarse con tricíclicos antes de dormir).
- Inhibidores de la recaptación dual: Venlafaxina, milnacipran y duloxetina.
- Sertralina (sólo disponemos de un estudio no controlado).
- Anticonvulsivantes de segunda generación: pregabalina

**CON EVIDENCIA DÉBIL Y POR TANTO NO RECOMENDADOS:**

- Hormona del crecimiento
- Serotonina
- S-adenosil-metionina
- Tropicsetron

**SIN EVIDENCIA :**

- Opiáceos.
- Corticoides.
- Aines.
- Benzodiazepinas.
- Hipnóticos no bzp.
- Melatonina,
- Calcitonina,
- Gualfenesina,

- Dihidroepiandrosterona,
- Hormona tiroidea,
- Magnesio,
- Gammahidroxitirato,litio,
- Adenosilmetionina,
- 5-OH-triptófano,
- Toxina botulínica,
- Selenio,
- Complementos vitamínicos,
- Clormezanona,
- Carisoprodol,
- Interferón alfa

### **Tratamiento multidisciplinar:**

La asociación coordinada de las medidas terapéuticas anteriormente citadas se muestra más eficaz en el tratamiento de la FM. Hay evidencia de que la asociación de TCC y ejercicio o de educación y ejercicio incrementa su eficacia sobre las medidas aisladas. Esto tiene importancia a la hora de diseñar estrategias terapéuticas en los casos tributarios de la atención de una Unidad Especializada Multidisciplinar.

### **Otros tratamientos:**

Hay algunos tratamientos no farmacológicos que ofrecen una evidencia moderada respecto a sus efectos sobre la FM; entre ellos se pueden citar:

- Acupuntura.
- Balneoterapia.
- Hipnoterapia y terapias de relajación.
- Biofeedback
- FNS (Flexy Neurotherapy systems)

## **3.6-ACTITUD TERAPÉUTICA ANTE EL SFC**

Tal como en la FM el tratamiento es sintomático ya que como aquella, carece de tratamiento causalista debido al desconocimiento de la etiología en profundidad. Los objetivos de las medidas terapéuticas son los siguientes:

- Disminuir la fatiga y el dolor
- Mejorar los niveles de actividad.
- Mejorar los niveles de adaptación al cuadro y calidad de vida.

Las medidas generales de tratamiento, la recomendación de ejercicio y el tratamiento farmacológico se pueden realizar desde la Atención Primaria, así como la terapia cognitivo-conductual (TCC) inicial con la asistencia programática del CSM de referencia.

### **Tratamiento del dolor::**

Se han propuesto muchos fármacos, aunque se han evaluado pocos formalmente. Los niveles de evidencia de que se dispone son apenas de grado IV. Una pauta prudente es comenzar con dosis bajas e ir aumentándolas gradualmente en función del resultado. Se han utilizado:

- Paracetamol.
- Aines.
- Amitriptilina
- Gabapentina
- Pregabalina
- Tramadol.

Los antidepresivos no tricíclicos no son útiles de manera extensiva, debiendo reducirse su utilización a cuadros depresivos reactivos asociados al SFC.

### **Terapia cognitivo-conductual(TCC):**

Hay evidencia de que la TCC y el ejercicio físico gradual, solos o asociados son los tratamientos más adecuados actualmente para el SFC. El seguimiento longitudinal de pacientes ambulatorios durante más de 10 años con TCC muestra que tras un éxito moderado inicial, va ganando efectividad progresivamente. La TCC se muestra efectiva en distintos grados en un 70% de los pacientes; sobre todo en los de afectación moderada, y es perdurable en el tiempo. Es recomendable que el método de TCC se individualice con cada

paciente y que no sea interferido por tratamiento específico alguno para el SFC a fin de poder atribuir la mejora posible al mismo. Por ello no son recomendables los protocolos TCC rígidos tanto más cuanto que terapeutas poco expertos en este tratamiento pueden aplicarlo con una formación básica, dando acceso al mismo a un número mucho mayor que el atendido en consulta especializada. La TCC ambulatoria oscila de 13 a 16 sesiones de 1 hora con una cadencia semanal o bisemanal.

### **Ejercicio físico gradual:**

La realización de ejercicio físico aeróbico moderado y progresivo por debajo del nivel de extenuación hasta llegar a cinco días por semana durante tres meses en sesiones de 30 a 45 minutos siempre por debajo del nivel de extenuación que agravaría los síntomas, es efectivo para incrementar la capacidad física del enfermo, su fuerza y resistencia y consigue devolverle progresivamente a su actividad previa abandonada por la enfermedad. Este tratamiento debe ser individualizado y monitorizado según las características del paciente y de su fase evolutiva.

### **Otros tratamientos NO recomendados:**

Tras su evaluación no se recomiendan:

- Toxide estafilocócico
- Corticoides por cualquier vía.
- Dextroamfetamina.
- Suplementos plinutrientes.
- Melatonina.
- Fitoterapia.
- Reposo prolongado.
- Inmunoterapia.

## **4.FIBROMIALGIA Y SFC EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA**

El médico de familia gestionará, en función de las necesidades de cada paciente los recursos de atención especializada, hospitalaria, así como los comunitarios necesarios para el mejor tratamiento del cuadro o fase del mismo que los requiera.

Las circunstancias de cada caso aconsejarán al médico de familia el tipo de derivación que la/el paciente precise. Aparte de las derivaciones puntuales a Reumatología o medicina Interna para confirmar el diagnóstico, las más frecuentes serán:

### **4.1-DERIVACIÓN A SALUD MENTAL**

La presencia de sintomatología psiquiátrica puede ser debida a que forme parte de la enfermedad, a que se presente como comorbilidad o como trastorno de adaptación secundario a la pérdida de capacidad funcional propia de la enfermedad.

#### **Criterios de derivación:**

- Casos en los que haya de realizarse un diagnóstico diferencial o exista comorbilidad psiquiátrica que procure duda diagnóstica:
  - Depresión mayor resistente a un primer abordaje en AP-
  - Trastornos de ansiedad graves.
  - Trastornos de personalidad.
  - Trastornos somatofomorfos.
- Casos en que la derivación sea necesaria para diseñar una estrategia de terapia TCC que luego vaya a ser aplicada en AP o aquellos que por su gravedad requieran ser tratados directamente en CSM. En el primero de los casos, como se dice más arriba es imprescindible la labor educativa previa

para disipar el prejuicio inherente a la derivación a Salud Mental.

### **Equipo responsable:**

El CSM de referencia o en su caso la UEM del hospital de referencia.

## **4.2-DERIVACION A REHABILITACIÓN**

En los casos más graves, complejos o refractarios al tratamiento iniciado en AP puede ser necesaria la interconsulta con el servicio de rehabilitación de referencia. Los programas de ejercicio deberán ser diseñados de manera individual, y aplicados inicialmente en el centro de rehabilitación donde sean prescritos hasta comprobar su conveniencia para el paciente; a partir de este punto el programa podrá continuarse en A:P: bajo la supervisión de la enfermera encargada del seguimiento de estos pacientes.

## **4.3-INCORPORACIÓN DE RECURSOS COMUNITARIOS**

Desde AP se pueden promover áreas de colaboración con entidades asociativas de afectados, entidades de autoayuda o recursos municipales como equipamientos deportivos que puedan colaborar en las distintas áreas del tratamiento de estos pacientes dentro del marco de actividades de promoción de la salud de los distintos territorios de la CAPV .

## **4.4-DERIVACIÓN A ATENCIÓN HOSPITALARIA**

Aunque el E:A:P: es el encargado del diagnóstico, tratamiento y seguimiento longitudinal de estas patologías, la red de hospitales de referencia deberán tener previsto el apoyo puntual para el diagnóstico y tratamiento cuando así lo requiera el médico de familia.

### **Criterios de derivación:**

- Diagnósticos: dudas diagnósticas ante pacientes diagnosticados de FM o SFC que presenten comorbilidades que agraven el pronóstico
- Terapéuticos: Casos complejos o agravados sobre situación previa estable que precisen asesoramiento terapéutico.

### **Equipo responsable y gestor de casos:**

El hospital de referencia deberá tener prevista la respuesta a estas necesidades de apoyo a los EAPs organizando un equipo funcional multidisciplinar que atienda a los pacientes afectados derivados desde A:P:

### **Especialidades hospitalarias implicadas en el equipo funcional:**

- Medicina Interna.
- Reumatología
- Psiquiatría
- Psicología orientada a TCC
- Rehabilitación.
- Enfermería.
- Trabajo Social.
- Unidad de tratamiento del dolor.

Si el hospital no dispusiera de alguna de las especialidades implicadas, articulará su reclutamiento en el área territorial de atención especializada como consulta externa.

Este equipo funcional estará dirigido en cada centro hospitalario por el servicio que la Dirección estime oportuno, (con natural preferencia por los de medicina interna y reumatología) e incorporará una nueva **figura gestora de casos**, preferentemente un MIR de 2º año de MFyC ya que la vinculación de estos profesionales en formación a estas patologías contribuirá a un incremento de la objetividad de la A:P: sobre los casos futuros, cuando el MIR se encuentre ya desempeñando su trabajo de médico de familia en la red de AP.

### **Funciones del Gestor de casos:**

- Es el punto de acceso al hospital de los pacientes derivados desde A:P:
- Realizará una primera valoración de las necesidades concretas del caso.
- Orientará y coordinará el itinerario por las diferentes especialidades integradas en la unidad funcional hospitalaria procurando evitar las esperas innecesarias en la atención.
- Será el interlocutor de la A.:P: asegurando la continuidad asistencial y el retorno más rápido posible del caso al médico de familia.

### **Finalidad de la interconsulta hospitalaria:**

1. Diseñar un programa específico de atención a estos enfermos
2. Coordinarse con la A:P: a la hora de diseñar circuitos específicos para cada caso considerado.
3. Valorar el enfermo y emitir el consecuente informe clínico que aclare las dudas diagnósticas o terapéuticas del médico de familia que originó la derivación.
4. Coordinarse en su caso con las Unidades Especializadas Multidisciplinares de los Hospitales terciarios de cara a la solución de casos graves o complejos.
5. Colaborar en la formación continuada de los profesionales en su área de influencia.

## **5.UNIDADES ESPECIALIZADAS MULTIDISCIPLINARES(UEM) EN FM Y SFC**

Son servicios altamente especializados en estas patologías, ubicados en los hospitales terciarios y que responden al mismo esquema de la Unidad funcional de los hospitales básicos o de referencia, coordinados por un profesional de medicina interna o reumatología, que también cuentan con un gestor de casos y que están destinados a asesorar a los profesionales de los hospitales básicos en los casos que por su complejidad, gravedad o mala respuesta al tratamiento lo requieran a juicio del hospital derivador.

También actuarán como difusores del conocimiento y promotores de la investigación en estas patologías.

### **Composición de las UEM:**

Del mismo modo que las unidades funcionales de los hospitales básicos, las UEM estarán compuestas por las siguientes especialidades:

- Medicina Interna.
- Reumatología
- Psiquiatría
- Psicología orientada a TCC
- Rehabilitación
- Clínica del dolor.
- Apoyo de DUE y trabajador social.

Serán coordinadas o dirigidas por un profesional

### **Funciones de las UEM:**

1. Evaluación y asesoramiento multidisciplinar del tratamiento a los casos derivados de FM
2. Evaluación y asesoramiento multidisciplinar del tratamiento a los casos derivados de SFC
3. Emisión de un informe que incluya programa protocolizado de tratamiento multidisciplinar para el caso interconsultado.

4. Difusión del conocimiento en forma de apoyo científico y de formación continuada tanto a los profesionales de A:P: como a los de la red básica hospitalaria
5. Coordinación con los hospitales básicos a fin de consensuar pautas diagnósticas y terapéuticas y agilizar las interconsultas con el fin de minimizar las demoras en estos casos.
6. Desarrollo de iniciativas de investigación sobre FM y SFC en las que puedan participar profesionales de la red de A:P: o de la hospitalaria.

**Criterios de derivación a las UEM:**

- Tener un diagnóstico de certeza de FM o SFC y haber iniciado un tratamiento, a pesar del cual el hospital básico estima necesaria la derivación.
- Elevado grado de sufrimiento y/o discapacidad funcional con mala respuesta al tratamiento iniciado
- Complicaciones derivadas del consumo excesivo de fármacos, en especial antidepresivos, ansiolíticos y opioides.

**Funciones del gestor de casos de la UEM**

- Ser el punto de acceso del paciente derivado por el hospital básico.
- realizar una primera evaluación de sus necesidades y diseñar su itinerario de interconsultas a fin de ahorrar el mayor tiempo posible.
- Servir de interlocutor con el hospital básico, así como con el médico de familia a fin de garantizar la atención continuada del paciente y facilitar su pronto retorno a su medio original.

## **6.PAPEL DE LAS ASOCIACIONES DE AFECTADOS DE FM Y SFC, GRUPOS DE AYUDA MUTUA Y FUNDACIONES.**

En la sociedad actual, al menos en lo que hemos dado en llamar occidente, el tráfico de la información es muy importante, en cantidad, aun cuando no lo sea tanto en calidad o especificidad. Este importante tráfico de información, ha motivado que sectores de población, afectados directa o indirectamente por los síndromes que tratamos, hayan realizado una convergencia sobre sí mismos y generado una serie de asociaciones de afectados por ellos. Desde los sistemas de salud pública, este fenómeno ha de ser considerado como una oportunidad y nunca como una amenaza. Debido a que su propia naturaleza asociativa frente a un padecimiento coloca a estos grupos en una posición dependiente del conocimiento científico, y en una actitud proactiva a la hora de desarrollar conductas que se enfrenten a estos síndromes y colaboren en cualquier caso a la minimización del sufrimiento que puedan ocasionar.

De este modo, y regresando a la óptica del servicio público de salud, se puede afirmar que las asociaciones de afectados, los grupos de autoayuda y las fundaciones relacionadas con FM y SFC han de ser contemplados como recursos sociales a través de los cuales los afectados pueden obtener apoyo material y/ o emocional capaz de minimizar el impacto que estas enfermedades ejercen sobre su calidad de vida. En tanto en cuanto son recursos capaces de ser reclutados para la lucha contra estos padecimientos, es claro que los sistemas públicos de salud han de promover la relación con estos colectivos y el tráfico con ellos de información fiable y de calidad que permita.

- Promover la educación sanitaria y favorecer la implantación de hábitos y estilos de vida saludables entre las personas afectadas por FM o SFC que les puedan resultar beneficiosos.
- Mejorar la relación con los profesionales del sistema público de salud en un marco de colaboración desde iguales igualmente bien informados.
- Mantener bien informados a enfermos familiares y cuidadores en un ámbito de información actualizada y fiable que redunde en beneficio de los pacientes.

## 7.1 CUESTIONARIO DE IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA ADAPTACIÓN VALIDADA EN CASTELLANO DEL FIQ

Rodee con un círculo el número que mejor describa cómo se encontró durante LA ÚLTIMA SEMANA. Si no tiene costumbre de realizar alguna actividad tache la pregunta.

### 1.a ¿Ha sido usted capaz de hacer la compra?

Siempre	0
La mayoría de las veces	1
En ocasiones	2
Nunca	3

### 1.b ¿Ha sido usted capaz de hacer la colada, con lavadora?

Siempre	0
La mayoría de las veces	1
En ocasiones	2
Nunca	3

### 1.c ¿Ha sido usted capaz de preparar la comida?

Siempre	0
La mayoría de las veces	1
En ocasiones	2
Nunca	3

### 1.d ¿Ha sido usted capaz de lavar a mano los platos y cacharros de cocina?

Siempre	0
La mayoría de las veces	1
En ocasiones	2
Nunca	3

**1.e ¿ha sido usted capaz de pasar la fregona, la mopa o la aspiradora?**

Siempre	0
La mayoría de las veces	1
En ocasiones	2
Nunca	3

**1.f ¿Ha sido usted capaz de hacer las camas?**

Siempre	0
La mayoría de las veces	1
En ocasiones	2
Nunca	3

**1.g ¿Ha sido usted capaz de caminar varias manzanas?**

Siempre	0
La mayoría de las veces	1
En ocasiones	2
Nunca	3

**1.h ¿Ha sido usted capaz de visitar amigos o parientes?**

Siempre	0
La mayoría de las veces	1
En ocasiones	2
Nunca	3

**1.i ¿Ha sido usted capaz de subir escaleras?**

Siempre	0
La mayoría de las veces	1
En ocasiones	2
Nunca	3

**1.j ¿Ha sido usted capaz de utilizar transporte público?**

Siempre	0
La mayoría de las veces	1
En ocasiones	2
Nunca	3

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

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

**3. ¿Cuántos días de la última semana dejó de hacer su trabajo habitual, incluido el doméstico, por causa de la Fibromialgia?**

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

**4. En su trabajo habitual, incluido el doméstico, hasta qué punto el dolor y otros síntomas de la Fibromialgia dificultaron su capacidad para trabajar referido a la siguiente escala?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**5. Referido a la siguiente escala ¿cómo ha sido de fuerte el dolor?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**6. ¿Cómo se ha encontrado de cansada?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**7. Desde nada cansada hasta muy cansada ¿cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**8. Referido a la siguiente escala, ¿cómo se ha sentido se rígida o agarrotada?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

## **7.2- ANEXO 2 M.I.N.I.**

### **(MINI INTERNACIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW VERSIÓN EN CASTELLANO)**

#### **INSTRUCCIONES GENERALES**

*MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración(15-20 min) que explora los principales trastornos psiquiátricos.*

#### **Entrevista:**

*A fin de reducir lo mas posible la entrevista, se le informa al paciente de que se va a realizar la entrevista clínica de una manera más estructurada que la habitual, indicándole que se le van a hacer unas preguntas precisas de las que se esperan respuestas del tipo sí o no.*

#### **Presentación:**

*La M.I.N.I. está dividida en módulos identificados por letras. Cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.*

*Al comienzo de cada módulo se presentan en un recuadro una o varias preguntas, filtros correspondientes a los criterios principales del trastorno.*

*Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos,*

#### **Convenios:**

*Las frases escritas en letras minúsculas deben leerse a la /el paciente "palabra por palabra" con el fin de estructurar la exploración de cada uno de los criterios diagnósticos.*

*Las frases escritas en mayúsculas no deben leerse a la/el paciente, son las instrucciones a las que el clínico debe referirse para integrar a lo largo de la entrevista todos los algoritmos diagnósticos.*

*Las frases escritas en negrita indican el período de tiempo que se explora. Se invita al clínico a que las lea tantas veces como sea*

necesario en el transcurso de la exploración sintomática y a no tener en cuenta más que los síntomas que hayan estado presentes en este periodo.

*Las frases escritas entre paréntesis son ejemplos clínicos que describen los síntomas evaluados, pueden leerse para aclarar la pregunta.*

*Cuando los términos están separados por una barra (/) se invita al clínico a considerar el criterio que corresponda al síntoma presentado por el paciente y que ya ha sido explorado anteriormente*

*Las respuestas con una flecha (->) al lado indican que no se reúne uno de los criterios necesarios para establecer el diagnóstico explorado. En este caso el clínico debe pasar directamente al final del módulo, enmarcar NO en la casilla diagnóstica correspondiente y pasar al módulo siguiente.*

#### **Instrucciones de anotación:**

*Todas las preguntas efectuadas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de cada una de las preguntas enmarcando SI o NO en función de la respuesta.*

*El clínico debe asegurarse de que cada uno de los términos formulados en la pregunta ha sido tenido en cuenta por el sujeto de la respuesta; en particular, los criterios de duración, frecuencia y las alternativas “y/o”.*

*Los síntomas imputables a una enfermedad física o al consumo de medicamentos, drogas o alcohol no deben codificarse SI. La MINI Plus que es una versión más detallada explora estos diferentes aspectos.*

## A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

A1 En el transcurso de las dos últimas semanas, se ha sentido particularmente decaído la mayor parte del tiempo. A lo largo del día y esto casi todos los días?	NO	si	1
A2 En el transcurso de las dos últimas semanas, ha tenido casi todo el tiempo el sentimiento de no tener ganas de hacer nada, de haber perdido el interés o el placer en las cosas que antes le agradaban?			2
A1 o A2 se han codificado SI?	NO->	Si	3

**A3 En el transcurso de las dos últimas semanas, cuando se sentía decaído y/o sin interés por las cosas:**

a.-¿se modificó su apetito notablemente, o ganó o perdió peso sin tener esa intención con variaciones de más /menos 5% del peso corporal?

CODIFICAR SI, SI UNA U OTRA SON AFIRMATIVAS	NO	SI	4
---	----	----	---

b.- ¿casi todas las noches tenía problemas de sueño(dificultades para quedarse dormido, despertares nocturnos o precoces, sueño excesivo)?

CODIFICAR SI, SI UNA U OTRA SON AFIRMATIVAS	NO	SI	5
---	----	----	---

c.-¿casi todos los días hablaba o se movía más lentamente de lo habitual, o por el contrario se sentía agitado y tenía dificultades para permanecer quieto?

CODIFICAR SI, SI UNA U OTRA SON AFIRMATIVAS	NO	SI	6
---	----	----	---

d.-¿casi todos los días se sentía fatigado, sin energía?

NO	SI	7
----	----	---

e.-¿casi todos los días se sentía sin valor o culpable?

NO	SI	8
----	----	---

f.-¿casi todos los días, tenía dificultades para concentrarse o para tomar decisiones'

CODIFICAR SI, SI UNA U OTRA SON AFIRMATIVAS	NO	SI	9
---	----	----	---

g.-¿tuvo en varias ocasiones ideas negras, como pensar que sería mejor estar muerto(a) o en hacerse daño?

CODIFICAR SI, SI UNA U OTRA SON AFIRMATIVAS	NO	SI	10
---	----	----	----

A.4¿HAY AL MENOS TRES RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN A.3 O O 4 SI A.1 Y A.2 SE HAN CODIFICADO NO?

NO	SI	11
----	----	----

RESPUESTA SÍ EL PACIENTE PRESENTA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL.

A.5.a.-¿en el transcurso de su vida, ha tenido otros períodos de dos o más semanas en los que se haya sentido decaído(a) o sin interés en la mayor parte de las cosas y en los que haya tenido los problemas de los que estamos hablando?

NO ->	SI	12
-------	----	----

A.5.b.-¿entre el episodio actual y su último episodio depresivo. Ha tenido un intervalo sin depresión de al menos dos meses?

NO	SI	13
----	----	----

RESPUESTA SÍ: EPISODIO DEPRESIVO MAYOR PASADO.

## B. DISTIMIA

NO EXPLORAR ESTE MÓDULO SI EL PACIENTE PRESENTA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL

B1 ¿Durante los dos últimos años, se ha sentido triste o decaído la mayor parte del tiempo?	-> NO	SI	20
---	----------	----	----

B2 ¿Durante este período, ha llegado a sentirse bien durante dos meses seguidos o más?	NO	-> SI	21
--	----	----------	----

<b>B3 ¿Durante este periodo en el que se ha sentido deprimido la mayor parte del tiempo:</b>			
a.- ¿ha cambiado su apetito significativamente?	NO	SI	22
b.- ¿ha tenido insomnio o excesivo sueño?	NO	SI	23
c.- ¿se ha sentido fatigado o sin energía?	NO	SI	24
d.- ¿ha perdido la confianza en usted mismo?	NO	SI	25
e.- ¿ha tenido dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SI	26
f.- se ha sentido desesperanzado?	NO	SI	27
¿HAY AL MENOS DOS RESUESTAS CODIFICADAS SI EN B3?	-> NO	SI	

B4 ¿Estos síntomas depresivos le causaron un malestar significativo o dificultaron su capacidad laboral, social o de alguna otra forma importante?	-> NO	SI	28
--	----------	----	----

Si B4 SE HA CODIFICADO SÍ; DISTIMIA ACTUAL.

## C. RIESGO DE SUICIDIO

**Durante este último mes:**

C1 ¿Ha pensado que sería mejor morir o ha deseado estar muerto?	NO	SI	1
C2 ¿ha querido hacerse daño?	NO	SI	2
C3 ¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SI	3
C4 ¿Ha planeado suicidarse?	NO	SI	4
C5 ¿ha intentado suicidarse?	NO	SI	5

**A lo largo de su vida:**

C6 ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SI	6
---	----	----	---

SI HAY AL MENOS UNA RESPUESTA CODIFICADA SÍ:  
RIESGO DE SUICIDIO ACTUAL.

ESPECIFICACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO:

C1 o C2 o C6: **ligero**

C3 o C2+C6: **moderado**

C4 o C5 o C3+C6: **alto**

## E. TRASTORNO POR ANGUSTIA

E.1 ¿Ha tenido en más de una ocasión crisis o ataques en los que súbitamente se haya sentido ansioso(a), incómodo(a), inquieto(a) en situaciones en las que la mayor parte de la gente no se sentiría así? ¿alcanzó su máximo dentro de los primeros 10 minutos?	NO	SI	1
--	----	----	---

SI E1=NO EBMARCAR NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1

E.2 ¿Alguna vez estas crisis aparecieron inesperadamente o sucedieron de forma impredecible o espontánea, o sin ser provocados?	NO	SI	2
---	----	----	---

SI E2=NO, ENMARCAR no EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1.

E3 ¿ha tenido alguna vez una de estas crisis seguida de un mes o más con miedo persistente a tener otra crisis o preocupado(a) por las consecuencias de la crisis?	NO	SI	3
--	----	----	---

SI E3= NO, ENMARCAR NO EN E5 Y PASAR A F1.

### E4. Durante la peor crisis que puede recordar:

a.- ¿su corazón latía muy fuerte o más rápido?	NO	SI	4
b.- ¿tenía las manos sudorosas, frías o húmedas?	NO	SI	5
c.- ¿tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SI	6
d.- ¿tenía dificultades para respirar o la impresión de asfixiarse?	NO	SI	7
e.- ¿tenía la impresión de ahogarse o de tener un nudo en la garganta?	NO	SI	8
f.- ¿notaba dolor, presión o una molestia en el pecho?	NO	SI	9
g.- ¿tuvo náuseas, molestias de estómago, o diarrea repentina?	NO	SI	10
h.- ¿se sentía aturdido(a). Inestable, mareado(a) o a punto de desvanecerse?	NO	i	11

l.-¿sentía las cosas que le rodeaban extrañas, irreales, desconocidas o lejanas, o se sentía fuera o alejado de parte o de todo su cuerpo?	NO	SI	12
j.-¿tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SI	13
k.-¿tenía miedo de morir?	NO	SI	14
l.-¿tenía estremecimientos o entumecimientos?	NO	SI	15
m.- ¿tenía sofocaciones o escalofríos?	NO	SI	16

**E.5 ¿HAY AL MENOS 4 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN E4?**

NO	SI	17
----	----	----

SI LA E5= NO PASAR A E7.

E.6¿en el transcurso del último mes ha tenido estas crisis en varias ocasiones (al menos dos veces) seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SI	18
---	----	----	----

SI E6=SI PASAR A F1

**E.7 ¿HAY 1,2 o 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN E4?**

NO	SI	19
----	----	----

ATAQUES PAUCISINTOMÁTICOS VIDA ENTERA.

## **F. AGORAFOBIA**

F1¿se siente ansioso o particularmente incómodo en lugares o situaciones de las que es difícil escapar, o donde no sea posible obtener ayuda en caso de sentirse mal, como estar entre una multitud, o solo lejos de su casa, o cuando está solo en casa, o cuando cruza un puente, o viajando en autobús tren o coche?	NO	SI	19
---	----	----	----

SI F1= NO, ENMARCAR NO EN F2

F2 ¿teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita compañía para afrontarlas?	NO	SI	20
--	----	----	----

F2= SI AGORAFOBIA ACTUAL

F2=NO+E6= SI: TRASTORNO POR ANGUSTIA SIN AGORAFOBIA ACTUAL.

F2=SI+E6=SI: TRASTORNO POR ANGUSTIA CON AGORAFOBIA ACTUAL.

F2=SI+E6=NO:AGORAFOBIA ACTUAL SIN ANTECEDENTES DE TRASTORNO POR ANGUSTIA ACTUAL.

## G. FOBIA SOCIAL

G1 ¿durante el último mes estuvo temeroso o incómodo por ser el foco de atención o temió ser humillado? Esto incluye situaciones como hablar en público, escribir mientras alguien mira o estar en situaciones sociales	-> NO	SI	1
G2 ¿es este miedo excesivo o irreparable?	-> NO	SI	2
G3 ¿teme tanto estas situaciones que las evita o sufre en ellas?	-> NO	SI	3
G4 ¿este miedo dificulta su trabajo normal, sus funciones sociales o produce un malestar significativo?	NO	SI	4

G4= SI: FOBIA SOCIAL ACTUAL.

## J. DEPENDENCIA Y ABUSO DEL ALCOHOL

<b>J1</b> ¿durante los últimos 12 meses ha bebido tres o más bebidas alcohólicas en menos de tres horas en tres o más ocasiones?	-> NO	SI	1
--	----------	----	---

<b>J2 Durante los últimos 12 meses:</b>			
a.-¿ha necesitado beber más cantidad de alcohol para lograr los mismos efectos que cuando comenzó a beber?	NO	SI	2
b.-¿cuándo ha reducido la cantidad de alcohol le temblaban las manos, sudaba o se sentía agitado?¿ha bebido para evitar esos síntomas o para evitar la resaca? CODIFICAR SI SI ALGUNAS AFIRMATIVAS	NO	SI	3
c.-¿cuándo ha bebido alcohol, ha acabado bebiendo más de lo que había planeado?	NO	SI	4
d.-¿ha tratado de reducir o de dejar de beber alcohol pero ha fallado?	NO	SI	5
e.-¿los días en los que ha bebido. Ha empleado mucho tiempo en obtener alcohol, bebiendo y recuperándose de sus efectos?	NO	SI	6
f.-¿debido a la bebida, ha empleado menos tiempo trabajando, disfrutando de sus distracciones, en estar con los demás?	NO	SI	7
g.-¿ha continuado bebiendo a pesar de saber que la bebida le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SI	8

¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN J2?:  
DEPENDENCIA ALCOHOLICA ACTUAL

PRESENTE EL PACIENTE DEPENDENCIA ALCOHOLICA?	NO	-> SI	
--	----	----------	--

<b>J3 Durante los últimos 12 meses:</b>			
a.- ¿ha estado intoxicado, embriagado o con resaca, en más de una ocasión cuando tenía otras responsabilidades, estudios o trabajo en su casa? ¿esto le ha ocasionado algún problema? CODIFICAR SI SOLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS	NO	SI	9

b.- ¿ha estado intoxicado en alguna ocasión en la que tuviera riesgo físico, como conduciendo, navegando o manejando maquinaria?	NO	SI	10
c.-¿ha tenido algún problema legal por haber bebido? Por ejemplo arrestos o conductas delictivas?	NO	SI	11
d.-¿ha continuado bebiendo aunque esto le haya ocasionado problemas con la familia o en su entorno?	NO	SI	12

¿HAY AL MENOS 1 RESUESTA CODIFICADA SI EN J3?:  
ABUSO DEL ALCOHOL ACTUAL

### K. TRASTORNOS LIGADOS AL CONSUMO DE SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS NO ALCOHOLICAS

<p>K 1 ahora voy a enseñarle una lista de drogas y medicamentos y usted me indicará si en el transcurso de los últimos 12 meses ha tomado en más de una ocasión alguno de estos productos con el propósito de sentirse mejor, cambiar de humor o de animarse.</p> <p><b>Estimulantes:</b> amfetaminas, “speed”, ritalina, adelgazantes, cocaína, “ crack” , speedball.</p> <p><b>Opiáceos:</b> heroína, morfina, opio, metadona, codeína, meperidina, fentanilo.</p> <p><b>Alucinogenos:</b> LSD, mescalina, PCP, “polvo de ángel”, “hongos”, “éxtasis”-</p> <p><b>Inhalantes:</b> pegamentos, éter.</p> <p><b>Cannabinoides:</b> hachis, THC, hierba, chocolate, shit.</p> <p><b>Tranquilizantes:</b> valium, tranqimazin, alción, lexatin, orfidal, otras BZP, barbitúricos.</p> <p><b>Varios:</b> anabolizantes, esteroides, otros...</p>	-> NO	SI	1
--	----------	----	---

ESPECIFICAR LA(S) SUBSTANCIA(S) MAS CONSUMIDAS  
:

---

ESPECIFICAR LA QUE SE EXPLORA A CONTINUACIÓN:

<b>K 2considerando su consumo de (nombre de la sustancia/s) seleccionada/s) en el transcurso de los últimos 12 meses:</b>			
a.-¿ha considerado que necesitaba tomar más cantidad de(NOMBRE DE LA SUSTANCIA O CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a tomarla?	NO	SI	2
b.- ¿cuándo reducía o dejaba de tomar drogas tenía síntomas de abstinencia (dolores, temblores, fiebre, desfallecimiento, sudoración, náuseas, diarrea insomnio sudoración, palpitaciones, agitación , ansiedad, irritación, depresión)? ¿utilizaba otras cosas para evitar encontrarse mal o para aliviar alguno de los síntomas anteriores? CODIFICAR SÍ, SI ALGUNA AFIRMATIVA	NO	Sİ	3
c.- ha comprobado que cuando consumía, terminaba tomando más de lo que era su intención?	NO	Sİ	4
d.- ¿ha tratado de reducir o dejar de consumir pero no lo ha conseguido?	NO	Sİ	5
e.-¿los días que ha tomado(nombre de la sustancia/s) empleaba mucho tiempo + de 2h., en obtener, consumir y recuperarse de sus efectos o pensando en ella?	NO	Sİ	6
f.-¿ha empleado menos tiempo trabajando, disfrutando de sus distracciones o estando con su familia y amigos por consumir?	NO	Sİ	7
g.-¿ha continuado consumiendo a pesar de saber que esto le causa problemas de salud física o mental?	NO	Sİ	8

AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SÍ EN K 2:

DEPENDENCIA DE LA SUSTANCIA/S:.....

¿PRESENTA EL PACIENTE DEPENDENCIA DE LA SUSTANCIA(S)?	NO	-> Sİ	9
---	----	----------	---

<b>K 3 Respecto a la sustancia /s especificada/s en el transcurso de los últimos 12 meses:</b>			
a.-¿ha estado intoxicado, colgado o con resaca a causa del consumo en más de una ocasión. Cuando tenía otras responsabilidades de estudio, trabajo o en su casa ¿esto le ocasionó algún problema'?CODIFICAR SÍ , SI ALGUNA AFIRMATIVA	NO	SÍ	10
b.-¿ha estado intoxicado en alguna situación en la que tuviera riesgo físico, como conduciendo, navegando o utilizando maquinaria potencialmente peligrosa?	NO	SÍ	11
c.-¿ha tenido algún problema legal por consumir, como arrestos o denuncias??	NO	Sİ	12
d.-¿ha continuado consumiendo aunque esto le ocasionara problemas con su familia o con otras personas?	NO	Sİ	13

SI HAY CODIFICADO AL MENOS 1 SÍ EN K 3: ABUSO DE SUBSTANCIA(S) ACTUAL.

## O. ANSIEDAD GENERALIZADA

O.1.a-¿durante los últimos seis meses ha estado excesivamente preocupado o ansioso por varias cosas del día a día, en el trabajo, en casa, en su círculo más próximo? NO CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD SE DEBE A UN TIPO EXPLORADO ANTERIORMENTE, COMO MIEDO A PADECER UNA CRISIS DE ANGUSTIA-TRASTORNO POR ANGUSTIA-,DE PONERSE EN EVIDENCIA –FOBIA SOCIAL-,MIEDO DE CONTAMINARSE-TOC- O DE AUMENTAR DE PESO-ANOREXIA-.	-> NO	SI	1
---	----------	----	---

O.1.b-¿estas preocupaciones están presentes la mayoría de los días?	-> NO	Sï	2
O.2 Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o le interfieren para concentrarse en lo que debe hacer?	-> NO	Sï	3

DE O 3 a A O 3 f CODIFICAR NO SI LOS SÍNTOMAS SOLO APARECEN EN EL MARCO DE TRASTORNOS EXPLORADOS PRECEDENTEMENTE

O.3Durante estos últimos seis meses en los que ha estado ansioso casi cada día:			
a.-¿se ha sentido inquieto, desasosegado o nervioso?	NO	Sï	4
b.-¿se ha sentido tenso?	NO	Sï	5
c.-¿se ha sentido cansado, débil o se ha agotado fácilmente?	NO	Sï	6
d.-¿ha tenido dificultades para concentrarse o su mente se ha quedado en blanco?	NO	Sï	7
e.-¿se ha sentido irritable?	No	sï	8
f.-¿ha tenido dificultades con el sueño del tipo dificultad para dormir, despertares precoces o sueño excesivo?	NO	Sï	9

TRES RESPUESTAS CODIFICADAS SÍ EN O.3: ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL.