



Universidad de Barcelona



**PROTOSCOLOS DE EVALUACIÓN Y
TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON
FIBROMIALGIA**

***Unidad de Fibromialgia
Instituto de Especialidades Médico-Quirúrgicas
Instituto de Neurociencias
Anestesia-Clínica del Dolor***

Autores

Medicina:

Antonio Collado Cruz
José Muñoz Gomez
Jordi Perez Martinez
Pinar de Santos Maroto
Emili Gomez Casanovas
Luis Alfonso Moreno

Psicología:

Xavier Torres
Josep M^a Peri

Terapia Ocupacional:

Anna Arias i Gassol

Terapia Física:

Margarita Farres Colom

Comité de Dirección

Anestesia y Clínica del Dolor: **Carmen Gomar Sanchez**

Reumatología: **Nuria Guanyabens Gay**

Psiquiatría: **Joan de Pablo Rabasso**

Psicología: **Manuel Salamero Garo**

Rehabilitación y Fisioterapia: **Isabel Sañudo Martín**

Coordinador: **Antonio Collado Cruz**

Agradecimientos

Estos protocolos han estado revisados por los miembros del Comité Científico nacional de la Fundación FF de Afectados /das de Fibromialgia y Síndrome de la Fatiga Crónica o expertos designados por los mismos, habiendo sido modificados con relación a los comentarios recibidos.

Dr. Javier Rivera Redondo
Dr. Cayetano Alegre de Miguel
Dr. Andrés Peña Arrebola.

Dr. Miguel Ángel González
Dr. Miguel Ángel Vallejo Pareja.
Dra. Merçe Marzo Castillejo

Dr. Carlos Barrutell.

Sociedad Española de Reumatología
Sociedad Catalana de Reumatología
Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina
Física

Sociedad Española de Medicina Interna.
Sociedad Española de Psicología Clínica
Sociedad Española de Medicina Familiar y
Comunitaria

Sociedad Española del Dolor.

INDICE

	<u>Pag.</u>
1. Introducción.....	5
2. Evaluación del paciente con Fibromialgia.....	6-10
2.1 Valoración Médica.....	6
2.2 Valoración Psicológica.....	6-7
2.3 Valoración Ocupacional.....	7-8
2.4 Valoración Física.....	8
2.5 Evaluación y Consenso Multidisciplinar.....	8
2.6 Variables en la Valoración del Grado de Afectación.....	8-9
2.7 Valoración de Factores Pronósticos en la Recuperación Funcional.....	9
2.8 Criterios de Valoración para la Recuperación Laboral.....	9
2.9 Variables utilizadas en la Medición de desenlace.....	10
3. Tratamiento del paciente con Fibromialgia.....	11-19
3.1 Medidas Educativas.....	11-12
3.2 Tratamiento Farmacológico.....	12-14
3.3 Tratamiento Físico.....	15-16
3.4 Tratamiento Psicológico.....	16-17
3.5 Tratamiento Ocupacional.....	17-18
3.6 Estrategia de Tratamiento.....	19-20
4. Programas de Tratamiento Multidisciplinar.....	21
4.1 Programa Multidisciplinar Rehabilitador Intensivo.....	22-37
4.2 Programa Multidisciplinar Paliativo No Intensivo.....	38-42
5. Bibliografía.....	54-58
6. Hojas de recogida de datos protocolizado.....	59-65

INTRODUCCIÓN

La Fibromialgia (FM) es una entidad clínica caracterizada por dolor crónico extenso en el aparato locomotor que afecta a una parte importante de la población, estimándose su prevalencia en nuestro país en un 2,4 % de la población general según el estudio EPISER (62). Las características de la enfermedad, las dificultades en su reconocimiento y el entendimiento de sus mecanismos fisiopatológicos, han determinado que no se hayan dispuesto de criterios diagnósticos y evidencia de algunos tratamientos hasta hace pocos años. Así, diversas revisiones han sido publicadas (63-65) y algunos documentos consensos (14-16) han sido definidos como pequeñas guías de práctica clínica con objeto de aplicar la evidencia científica actual a la mejora de la atención a estos pacientes. De todas formas, la Fibromialgia es uno de los modelos más característicos de dolor crónico. El entendimiento y el desarrollo en la atención de los pacientes con dolor crónico, se han caracterizado en los últimos años por el conocimiento de la interacción entre el proceso biológico y los factores psicológicos y sociales, en el mantenimiento del dolor y desarrollo de la discapacidad asociada. Esto ha permitido la puesta en marcha en los países desarrollados de un modelo de atención bio-psico-social mediante abordajes multidisciplinares rehabilitadores, que se ha mostrado en diversos estudios (66) y meta-análisis (55,56) como el procedimiento más eficiente en el tratamiento de los pacientes con dolor crónico, sin menoscabar la eficacia de otras terapias más simples. En la línea de aplicar la experiencia acumulada en la evaluación y tratamiento en el dolor crónico incapacitante desde que se dieron los primeros pasos y a lo largo de los últimos años, en nuestro Hospital hemos iniciado un proyecto de Atención Multidisciplinar del Dolor Crónico dirigido a pacientes con Fibromialgia. Durante los últimos años, nuestro esfuerzo a estado dirigido a elaborar y probar unos protocolos de actuación concordantes con los conocimientos actuales de la atención al Dolor crónico incapacitante y aquellos propios de la Fibromialgia, teniendo en cuenta criterios de valoración y tratamiento que permitan una mayor efectividad en la evolución de los pacientes con esfuerzos de acorde a objetivos terapéuticos posibles o realistas. No pretendemos con esta publicación realizar una guía de práctica clínica, que solo con la aparición de estudios controlados que apoyen la evidencia científica, pueda construirse sino dar a conocer un modelo de abordaje que ya ha sido probado en los pacientes con Dolor Crónico Incapacitante (67-70,58) y cuyos primeros resultados en los pacientes con Fibromialgia son esperanzadores(71-72). Estamos convencidos que la utilidad de estos protocolos vendrá determinada por nuestra capacidad de comprender mejor la situación individual de cada uno de nuestros pacientes, de poder determinar grupos diferenciados en su evolución y pronóstico y de comprobar mediante estudios controlados la bondad de nuestras seleccionadas intervenciones.

1. EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON FIBROMIALGIA

1.1 VALORACIÓN MÉDICA: La valoración médica consta de los siguientes elementos:

Historia Clínica

Antecedentes familiares

Antecedentes Personales

Historia del Dolor

Dolor Actual

Localización y Características (Gráfico)

EAV (1-10 cm)

Cuestionario del Dolor en Español (Descripción sensorial, afectiva, evaluativa) (versión en español del cuestionario de dolor de McGill) (1)

Cuestionario de Extensión del Dolor

Otros Síntomas

Fatiga (EAV 1-10 cm)

Sueño. (Inicio, Mantenimiento, Despertar, Horas)

Síntomas Cognitivos (*Cuestionario de descripción de habilidades múltiples MASQ / Multiple Ability Self-Report Questionnaire*) (2)

Síntomas Intestinales

Exploración Física

Exploración general por aparatos

Valoración de la estática

Movilidad raquídea por regiones

Valoración articular

Valoración muscular: Bandas de Tensión, Puntos gatillo

Valoración del Dolor a la Exploración:

Presencia de Alodinia

Dolor a los movimientos: Homo y Contra-laterales

Umbral Nociceptivo: Nº de puntos sensibles

Valoración Neurológica

Valoración Autonómica: FC y TA basal (Decúbito y Bipedestación)

Umbral del Dolor (Algometría): Las evaluaciones del umbral del dolor ante la presión se realizan mediante el algómetro de presión *Somedic Sales AB (1 cm², 30 kPa/s)* según la prueba adaptada por *Petzke*.(3)

Valoración Radiología Areas Dolorosas (Cervical, Lumbar, Pelvis, otras)

Valoración Análisis Generales

Instrumentos

- *Versión en Español del Cuestionario del Dolor de McGill* (1)
- *Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ)* (4)
- *Cuestionario de descripción habilidades múltiples (MASQ)*(2)

Confirmación Diagnóstica de la Fibromialgia,

Establecimiento Diagnostico de Comorbilidades, Fuentes de dolor y Enfermedades asociadas responsables de otros síntomas

Protocolización

1.2 VALORACIÓN PSICOLÓGICA

- Historia Clínica:

- Antecedentes psicopatológicos personales y familiares.

- Evaluación longitudinal de la sintomatología psicopatológica y somática.

- Interferencia biográfica de la sintomatología somática.
- Evaluación topográfica de la sintomatología psicopatológica y somática.
- Evaluación de la personalidad premórbida:
- Características del patrón de conducta con propensión al dolor.
- Relaciones y actividades sociales:
 - Genograma familiar:
 - Frecuencia de las interacciones familiares.
 - Grado de satisfacción con las relaciones familiares (percepción de ayuda, consideración de la suficiencia y calidad de la ayuda recibida).
 - Actitud de la familia ante la enfermedad.
 - Tipo, frecuencia y grado de satisfacción con las relaciones y actividades sociales.
 - Estilo de interacción interpersonal.
 - Grado de apoyo social.
- Evaluación de las contingencias actuales de las conductas de dolor.
- Evaluación y eficacia de las estrategias de afrontamiento del dolor previas y actuales.
- Creencias sobre el dolor (catastrofización; dolor = lesión; tratamiento del dolor = reposo absoluto...)
- Estilo atribucional relacionado con el dolor.
- Determinación de las evitaciones y las conductas de seguridad relacionadas con el dolor
- Formulación del análisis funcional e hipótesis de trabajo
- Instrumentos de evaluación:
 - Estado psicopatológico:
 - *Derogatis Symptom Checklist (SCL-90-R)* (5)
 - *Escala Hospital Ansiedad Depresión (HADS)* (6)
 - Personalidad:
 - *DAPP-BQ (Versión clínica)* (7)
 - *Inventario Neo Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)* (8)
 - Estrategias de afrontamiento:
 - *COPE Inventory* (9)
 - Estilo atribucional:
 - *Escala multidimensional de locus de control de salud* (10)
 - Acontecimientos vitales estresantes:
 - *Cuestionario de estrés diario (CED-44)* (11)

Protocolización

1.3 VALORACIÓN OCUPACIONAL

Entrevista Estructurada /Historia Laboral

Evaluación Vocacional

Valoración Puesto de trabajo Actual

Valoración Ergonómica, materiales, herramientas, condiciones ambientales y ciclos de trabajo.

Valoración relacional en la Empresa

Observación directa, visita a empresa.

Valoración de dificultades Actividades Vida Diaria

Valoración capacidades y habilidades funcionales, mediciones directas, pruebas estandarizadas. Test de Tolerancia al Esfuerzo.

Instrumentos (*Cuestionarios*):

- *Posicionograma,*

- *Cuestionario Vocacional,*
- *Cuestionario de Capacidad Funcional HAQ) (12)*
- *Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ)(4)*
- *Sheehan de ocio, hogar, trabajo.*

Protocolización

1.4 VALORACIÓN FÍSICA

Valoración Dolor Loco-Regional predominante (EAV 1-10 cm).

Arco de Movilidad Pasiva (Grados de movilidad en zonas raquídeas y hombros).

Test De Fuerza en manos:

Dinamómetro hidráulico. Media de dos medidas separadas 5 minutos.

Test de Esfuerzo:

Test de 6 minutos marcha. Se toma la frecuencia cardiaca, y respiratoria basal, al inicio de la prueba y al final, se hace caminar al paciente 6 minutos, al finalizar se medirán los metros recorridos, y las paradas.

Flexibilidad.- Medición de la distancia dedo-suelo.

Fluidez de Movimiento.

Cronometración del tiempo necesario para realizar las transferencias de bipedestación a decúbito supino, de decúbito supino a decúbito prono, y de decúbito prono a bipedestación.

Protocolización

1.5 EVALUACIÓN y CONSENSO MULTIDISCIPLINAR

Establecimiento de los diagnósticos

Evaluación integral de la Situación del Paciente

Análisis del grado de afectación

Valoración de Factores pronósticos y Criterios en la recuperación Funcional

Establecimiento de Objetivos y Programa Terapéuticos

Informe

Contacto con Médicos o Instituciones implicadas

Protocolización

- *Bajo las directrices que la International Association for Study Of Pain (60) establece para la Evaluación y Tratamiento multidisciplinar del dolor crónico*

1.6 VARIABLES A TENER EN CUENTA EN LA VALORACION DEL GRADO DE AFECTACIÓN

Gravedad de síntomas: EAV Dolor y Extensión del Dolor (Gráfico)

EAV Fatiga

Nivel de síntomas Cognitivos (MASQ)

Presencia de Síntomas Autonómicos

Grado de limitación movilidad raquídea o articular pasiva asociada al dolor

Presencia y extensión de las Bandas de Tensión

Presencia y extensión de Alodinia táctil

Presencia y extensión del Dolor a los movimientos: Homo y Contra-laterales

Umbral Nociceptivo: N° de puntos sensibles ó Algometría

Frecuencia Cardiaca Basal

Presencia de temblor en reposo y/o acción

Test de Tolerancia al Esfuerzo: *Test de 6 minutos marcha.*

Existencia de Comorbilidades fuentes de dolor o limitación.

Grado de Depresión (Nivel HADS) (6)
Grado de Ansiedad (Nivel HADS)
Grado de Salud mental (SCL 90R) (5)
Presencia de Psicopatología Mayor (Ausencia de trastornos mentales graves no compensados: cognoscitivo (delirium, demencia, trastorno amnésico), esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor grave, trastorno de somatización, trastornos de conversión, trastornos facticios, trastornos disociativos, trastornos de la personalidad....)
Impacto en la Capacidad funcional (Nivel de HAQ) (12)
Impacto global (Nivel de F.I.Q) (4)
Afectación De La Calidad De Vida (SF-36) (13)

1.7 VALORACION DE FACTORES PRONOSTICOS EN LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL

Duración de la Enfermedad
Tratamiento recibido
Duración de la Baja laboral
Presencia de fracasos previos a la reincorporación laboral
Percepción subjetiva de discapacidad no recuperable
Puntuaciones elevadas en la subescala “Destino” del Cuestionario multidimensional de locus de control de dolor
Creencias desadaptativas (p.e. “el dolor siempre indica la presencia de una lesión” “no puedo retomar mis actividades hasta la remisión completa de mi dolor”, etc.)
Existencia de factores familiares que refuercen la discapacidad
Existencia de actividades laborales incompatibles con las limitaciones residuales físicas del paciente
Presencia de ciclos de trabajo de larga duración

1.8 CRITERIOS NECESARIOS EN LA VALORACION DE LA RECUPERACION LABORAL (INCOMPATIBLES CON LA VUELTA AL TRABAJO COMO OBJETIVO TERAPÉUTICO)

- a. Edad 18 años y 60 años
- b. Presencia de trastornos mentales graves no compensados: trastorno cognoscitivo (delirium, demencia, trastorno amnésico), esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor grave, trastorno de somatización, trastornos de conversión, trastornos facticios, trastornos disociativos, trastornos de la personalidad.
- c. Riesgo de autolisis
- d. Dependencia farmacológica primaria
- e. Contraindicación de asumir como objetivo la reincorporación o vuelta a la actividad laboral anterior, por las limitaciones residuales secundarias a la situación psico-física del paciente.
- f. Rechazo del paciente a abordar la actividad laboral como objetivo terapéutico.
- g. Situación de Solicitud para un reconocimiento legal de Invalidez
- h. Presencia de un Litigio Laboral
- i. Paciente en situación de Invalidez compensada.

1.9 VARIABLES EN LA MEDICION DEL DESENLACE (de acuerdo con el OMERACT 2005 para FM. J Rheumatol 2005;32:2270-77)

EAV Dolor
EAV Fatiga
Evaluación global FIQ (4)
Calidad de Vida SF-36 (13)
Depresión BDI / HADS (6)
Ansiedad HARS / HADS
Capacidad Funcional HAQ (12)
Situación Laboral
Satisfacción del paciente

2. TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON FIBROMIALGIA

No existe un tratamiento definitivo para la Fibromialgia. Las medidas que se siguen en nuestra Unidad, siguen las directrices generales de los tratamientos basados en la evidencia científica y están en acorde con los documentos consensos publicados en nuestro ámbito para el tratamiento de la Fibromialgia por la Conselleria de Salut de Catalunya (14) , Ministerio de Sanidad y Consumo (15) y la Sociedad Española de Reumatología (16) y van dirigidas a disminuir los síntomas, mejorar la calidad de vida mejorando la funcionalidad, aumentar la capacidad de afrontar la enfermedad y mejorar el bienestar psicológico. Las terapias que se proponen más adelante son poco eficaces de forma aislada y su aplicación conjunta y coordinada constituye una mejor oportunidad válida. Sin embargo, no todos los enfermos tienen la misma evolución ni presentan la misma complejidad.

La terapia se sustenta en un conjunto de medidas que se potencian entre sí y se aplicarán en cinco áreas: Educativa, Farmacológica, Física, Psicológica y Ocupacional.

2.1. MEDIDAS EDUCACIONALES

El enfermo debe ser informado desde el principio sobre las características del síndrome, desdramatizando la evolución, aportando expectativas positivas y potenciando su colaboración con las terapias mediante la confianza en una probable mejoría.

Se debe proporcionar información adecuada para que el paciente y su familia puedan ponderar bien la situación, conocer la realidad de la terapia y los progresos científicos para neutralizar promesas fraudulentas.

Los enfermos deben conocer que las condiciones físicas y psicológicas determinarán las limitaciones y que estas dependen, en parte, de su capacidad de control sobre el estado emocional y la sintomatología dolorosa. Por lo que se procederá a un refuerzo educativo, por parte de especialistas en Medicina, Psicología, Fisioterapia y en Terapia Ocupacional de los siguientes aspectos



- Cual es la Anatomía y Fisiología Corporal
- Principios básicos de la mecánica corporal
- Mecanismos biológicos de Producción del Dolor
- Educación sobre la psico-fisiología del dolor crónico
- Como se produce el Dolor en la Fibromialgia
- Otros Síntomas de la Fibromialgia
- Activación Emocional y Estrés. Relación con el dolor y fatiga
- Factores involucrados en el desarrollo de un Síndrome de dolor crónico Incapacitante
- Ergonomía y actividades cotidianas básicas instrumentales y ergonomía del espacio. Relación de la Ergonomía con el dolor y la fatiga
- Fármacos y Dolor. Tratamiento de la Fibromialgia
- Estrategias de afrontamiento
- Aspectos básicos de alimentación y sexualidad
- Educación sobre prevención de recaídas: identificación de situaciones de riesgo.
- Cumplimiento de las prescripciones.

También los pacientes deben tener conocimiento de las líneas de trabajo de los terapeutas, de la importancia del cumplimiento de los tratamientos y de su propia disciplina con el programa terapéutico.

Se deberá asimismo aconsejar al entorno familiar del paciente la rectificación o modificación de hábitos cotidianos que pudieran afectar a la FM, incluyendo las sobrecargas físicas o psicológicas o los factores que promueven la desesperanza y la conducta de enfermo, establecer un equilibrio saludable entre la provisión de ayuda suficiente y de calidad, y la promoción de la independencia funcional, legitimar en el entorno familiar la condición de la fibromialgia como enfermedad médica, corregir atribuciones injustificadas de la sintomatología a factores médicos, psicológicos o físicos no demostrados y colaborar en la promoción de un estilo de interacción interpersonal saludable.

Aunque la educación por sí sola no posee efectos terapéuticos y la provisión única de educación y apoyo no influye significativamente en la mejoría de los síntomas, diversos estudios han avalado la importancia que tiene la educación en cómo se afrontan los síntomas, en la mejoría del autocontrol y en las conductas de salud, demostrando beneficios cuando se unen a estrategias cognitivo-conductuales y a ejercicio físico (Buckhardt 1994) (17) sobre la función física, severidad del dolor, función social, distress psicológico y calidad de vida, según la experiencia registrada en diversos países.

2.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento de estos pacientes debe ir dirigido hacia dos objetivos: el control del dolor y el control de otros síntomas.

Control del Dolor

El tratamiento analgésico intenta disminuir el dolor generalizado, especialmente los dolores axiales y de las contracturas musculares dolorosas, localizadas y frecuentes. También se debe tener en cuenta que en los pacientes, además de dolor Miofascial, puede existir dolor Articular, Neuropático y Visceral, por lo que se necesitarán medidas específicas según la fuente.

Durante años se han empleado numerosos fármacos para tratar el dolor de la FM, pero sólo unos pocos han demostrado eficacia. Ninguno de ellos se comporta como un analgésico absolutamente eficaz para estos pacientes.

Los antidepresivos tricíclicos (ATC) son los fármacos más eficaces (Arnold LM 2000) (18). La Amitriptilina es el medicamento de elección por ser el de mayor eficacia, aunque no hay evidencia de que existan diferencias entre los diversos ATC. La dosis diaria oscila entre los 10 y 75 mg con administración nocturna, debiendo tenerse en cuenta la disminución de tolerabilidad en los enfermos de avanzada edad, para los que se deben reservar las dosis menores. Aunque otros fármacos de este grupo como la Doxepina (25-50 mg/día), Clorimipramina (25-75 mg/día), Maprotilina (25-75 mg/día), etc. puedan también ser eficaces por su similar mecanismo de acción no existen estudios controlados suficientes que lo indiquen, pero la experiencia en grupos de pacientes con dolor crónico apoya la utilización de estos fármacos cuando la amitriptilina no es bien tolerada por sus efectos secundarios. La ciclobenzaprina (10 mg/día), un fármaco de la familia de los relajantes musculares y de estructura similar a los ATC, también se ha demostrado con una cierta eficacia en el alivio del dolor (Tofferi 2004) (19) de estos pacientes.

Cuando con la amitriptilina no se consigue controlar el dolor, algunos antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la fluoxetina (20-40 mg/día), parecen aumentar el efecto analgésico de los antidepresivos tricíclicos utilizados

conjuntamente (20). Sin embargo, los ISRS (fluoxetina, paroxetina, sertralina, y citalopram) no han demostrado efectividad cuando se utilizan como único fármaco (21).

Por otra parte los inhibidores dobles de recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRNS), como la Venlafaxina (75-375 mg/día), están teniendo resultados controvertidos en el alivio del dolor, probablemente relacionado con las dosis utilizadas ya que su efecto dual sobre los dos neurotransmisores lo consigue a dosis elevadas (superiores a 225 mg/día), aunque todavía hay pocos ensayos al respecto. Los dos ensayos clínicos realizados con Minalcipran (22) y Duloxetina (23-24) han ofrecido beneficios con respecto al placebo, con unos resultados similares a los publicados con tricíclicos y superiores a los publicados con ISRS, aunque no hay estudios comparativos.

Si no existe buena respuesta al tratamiento anterior, el Tramadol, fármaco con débil acción agonista sobre receptores opiáceos, al mismo tiempo que inhibe la recaptación de noradrenalina y Serotonina, ha demostrado una efectividad moderada (25). La dosis a emplear oscila entre 50 y 400 mg diarios, aconsejando que se empleen pequeñas dosis al inicio del tratamiento e ir aumentando progresivamente hasta conseguir beneficio. Sin embargo, los opioides no son efectivos y, por tanto, no están indicados en el tratamiento de la FM (21). De todas maneras no se puede olvidar el gran valor analgésico de estos fármacos (brupenorfina, oxicodona, fentanilo, morfina, metadona, etc..) en el tratamiento del dolor por exceso de nocicepción que a veces está presente en pacientes con Fibromialgia en determinadas regiones y se debería tener en cuenta su utilización en situaciones especiales.

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son poco efectivos. A pesar de no haberse demostrado eficaces, el paracetamol y el ibuprofeno son los que mejor tolerancia tienen por tener un menor perfil de toxicidad. Las dosis oscilan entre 1 y 4 g diarios para el paracetamol y entre 1,2 y 2,4 g /día para el Ibuprofeno. Deben utilizarse exclusivamente cuando el dolor es de origen osteoarticular y durante periodos cortos de tiempo. El resto de los AINEs no han demostrado beneficio y, por tanto, debe evitarse su utilización crónica por su toxicidad potencial.

Aunque se han tenido algunas experiencias positivas con otros medicamentos, como los que se mencionan a continuación, no hay suficientes estudios sobre su utilidad y sus inconvenientes sobre su utilización deberían ser considerados antes previamente a ser prescritos :

En pacientes que presentan alteraciones sensoriales tales como alodinia mecánica o hiperalgesia, se ha observado que los antagonistas NMDA como la Ketamina aplicada por vía endovenosa a dosis de 0,3 mg/Kg (26) puede actuar en el alivio del dolor de estos enfermos, siendo superior al Placebo, Lidocaina ó Morfina por esta misma vía. La alta frecuencia de efectos adversos no tolerados, la corta duración del efecto y la vía de administración determinan la dificultad en la utilización de este fármaco. No existen ensayos controlados con la utilización de este fármaco por vía oral.

También pertenecientes a la familia de los antagonistas del NMDA, el Dextrometorfano por vía oral a dosis de 90 mg/día asociado a Tramadol parece aumentar el efecto analgésico (27)

Otro grupo ha estudiado son los antagonistas de la serotonina (5-HT₃) como el Tropicantón (28) o Ondansetrón (29), con los cuales se han observado una moderada efectividad solo en un rango de dosis, con una pérdida de eficacia a bajas o altas dosis. Es conocido que los receptores 5-HT₃ actúan en diferentes lugares con pro o antinociceptivos efectos, lo cual puede determinar una dificultad a la hora de conseguir el efecto deseado.

Algunos antiepilépticos utilizados en el tratamiento del dolor neuropático, como la Pregabalina, podrían ser beneficiosos en el alivio del dolor. Una experiencia efectuada con

este fármaco como monoterapia era superior al placebo en el control del dolor de los pacientes, cuando se utilizaba a dosis de 450 mg/día y no inferiores (30).

Por último recoger que en un trabajo recientemente publicado por Holman AJ y Myers RR (31) sobre el beneficio del Pramipexole, un agonista dopaminérgico D3, concluye que este fármaco a una dosis de 4,5 mg/día en dosis única nocturna con introducción progresiva mejora el dolor, la fatiga y la función global del paciente con una buena tolerabilidad a pesar de ser utilizado conjuntamente con otros fármacos analgésicos. La experiencia es a 14 semanas y deberá demostrarse el beneficio en otros trabajos así como la persistencia del mismo a más largo plazo.

Control de otros síntomas (Trastornos del sueño, astenia-fatigabilidad, alteración del estado de ánimo y disautonomía)

Trastornos del sueño: El 90% de los pacientes con FM refieren sueño de mala calidad, ligero y con la sensación de falta de descanso nocturno. Antes de iniciar una ayuda farmacológica para mejorar la calidad del sueño, se deben intentar medidas higiénicas como la abstención de cafeína u otros estimulantes en las horas previas y realizar ejercicios aeróbicos durante el día y no cerca de las horas del sueño.

También se deben utilizar en primer lugar los tratamientos no farmacológicos conductuales, especialmente las técnicas de control de estímulos y la de restricción del sueño, que se han demostrado eficaces en el tratamiento del insomnio a corto y largo plazo (32)

Los agentes farmacológicos más utilizados son los antidepresivos tricíclicos, los antihistamínicos, los hipnóticos no benzodiazepínicos y las benzodiazepinas.

Entre los antidepresivos tricíclicos, la amitriptilina es la que posee mayor efecto sedante. La ciclobenzaprina, un fármaco de estructura similar sin efectos antidepresivos, obtiene resultados similares con dosis bajas de 5-10 mg/día. En los ensayos practicados con ambos medicamentos los pacientes mejoraban el descanso nocturno, aunque no se registran cambios significativos en el electroencefalograma (EEG). Dado que estos medicamentos se utilizan también en el tratamiento del dolor y de otros síntomas, son los fármacos primera de elección.

En el caso de no haber mejoría del descanso nocturno, se podría añadir al tratamiento un antihistamínico sedante, como la difenhidramina o hidroxicina (25 mg/día) que han sido utilizadas con buenos resultados, aunque su efectividad no ha sido valorada de forma reglada.

En aquellos pacientes que no se consiga regularizar el sueño, se utilizarán los hipnóticos no benzodiazepínicos inductores del sueño, como la zopiclona (7,5 mg/día) o el zolpidem (10mg/noche). como la zopiclona (7,5 mg/día).

La Trazodona (dosis de 100-400 mg/día), un inhibidor no selectivo de la recaptación de aminas, relativamente ineficaz en el tratamiento del dolor en varios síndromes incluido la FM parece mostrar un buen efecto sobre el insomnio.

Conviene resaltar la necesidad de identificar situaciones específicas que afectan al sueño y que se asocian con la fibromialgia, como el síndrome de piernas inquietas, presentes en un pequeño porcentaje de pacientes que pueden beneficiarse de un tratamiento coadyuvante con carbidopa (25-50 mg/día) , clonazepan (0,5-2 mg/día) ó Pramipexole 0,5-1 mg/día

Fatigabilidad-Astenia: El profundo cansancio y la astenia interfieren gravemente con la calidad de vida, las actividades laborales y el nivel de recuperación física. Una vez más, los

antidepresivos tricíclicos parecen ser los medicamentos más efectivos. Sin embargo, el Modifilino (dosis de 50 a 200 mg/día) ó el metilfenidato han sido utilizado ocasionalmente, especialmente cuando la fatiga es profunda y se acompaña de hipersomnias. Algunos autores propugnan tratamientos discontinuos con estos fármacos, mientras que otros alertan de sus efectos "rebote".

Alteraciones del estado de ánimo: En algunos casos con sintomatología depresiva asociada, puede ser efectivo añadir al tratamiento un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, tipo Fluoxetina, Paroxetina, Citalopram (dosis de 20-40 mg/día) , Sertralina (dosis de 50-200 mg/día) ó un inhibidor de la recaptación de Serotonina y Noradrenalina como la Venlafaxina dosis de 150 a 375 mg/día.

En pacientes con ansiedad manifiesta o con sintomatología de angustia (pánico) puede ser útil asociar alprazolam en dosis 0,25-0,50 mg cada 8 horas. Estos pacientes con trastorno de ansiedad pueden también ser tratados con la misma pauta de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, teniendo en cuenta que el tratamiento debe iniciarse con dosis menores (10 mg/día) con aumentos cada tres días hasta la dosis efectiva, para evitar la aparición de crisis de angustia que no favorecerían el cumplimiento correcto del tratamiento.

Disautonomía (alteración del sistema autónomo o vegetativo)

Es muy frecuente y se manifiesta en forma de hipotensión neurógena, taquicardia postural ortostática, sensación de mareo o inestabilidad con los cambios posicionales, o hiperactividad del sistema simpático (temblor, hipersudoración). Requerirá, además de las medidas higiénicas (evitar factores desencadenantes, tomar líquidos isotónicos,...), utilizar algunos fármacos como betabloqueantes (propranolol 10-60 mg/día).

Es imprescindible individualizar el tratamiento en cada caso, buscar el fármaco o la combinación más adecuada, introducir los tratamientos progresivamente y explicar con claridad al paciente lo que se espera de ellos, ya que muchos de estos medicamentos tienen un perfil de efectos secundarios elevado y además los pacientes con FM manifiestan con mucha frecuencia intolerancias farmacológicas múltiples.

2.3 TRATAMIENTO FÍSICO

El tratamiento debe ser individualizado y adaptado al paciente, ya que varía en función del grado y manifestación clínica de cada caso. Los aspectos a valorar son: el dolor, la disfunción muscular y la impotencia funcional secundaria al dolor.

El Ejercicio Aeróbico, en cualquiera de sus modalidades (natación, bicicleta, ejercicios en el suelo, danza, etc.), ha mostrado en ensayos clínicos un efecto beneficioso por sí mismo. En la revisión sistemática de la Cochrane (33), los autores llegan a la conclusión de que existe una evidencia moderada-fuerte de que la terapia por medio de ejercicio físico mejora la capacidad aeróbica y la presión dolorosa sobre los puntos de los pacientes con FM.

Existe una evidencia limitada en cuanto a la mejoría de otros síntomas de la enfermedad como la fatiga, función física, síntomas de depresión y en la autoeficacia conseguida por los pacientes en los programas de ejercicio aeróbico. No existen evidencias consistentes sobre la superioridad de un tipo de ejercicio aeróbico sobre otro como, por ejemplo, el realizado en piscina frente a los realizados en un gimnasio, o los ejercicios aeróbicos frente a los ejercicios de fortalecimiento y flexibilización. Algunos trabajos experimentales han demostrado un efecto hiperalgésico en las regiones que realizan ejercicio isométrico (34) por lo que es preferible la realización de ejercicios isotónicos e isocinéticos.

De todas maneras, es importante destacar que no se han encontrado evidencias de que el ejercicio físico empeore las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

El ejercicio debe ser supervisado en los casos con afectación moderada o severa, pudiendo precisar una instauración gradual

De los diversos métodos que se utilizan en terapia física habitualmente (Tabla 1), la práctica de ejercicio es el de mayor evidencia de efectividad, dejando las técnicas pasivas aplicadas localmente para los problemas locales concomitantes en muchos pacientes, como el dolor miofascial regional o las tendinopatías.



Un ensayo clínico controlado con la utilización de Ultrasonidos pulsados y Corrientes Interferenciales aplicado en las áreas dolorosas, parece mejorar el dolor regional y el descanso nocturno (35).

Tabla 1. Métodos fisioterapéuticos utilizados en la fibromialgia

Ejercicio físico aeróbico supervisado
Termoterapia
Masoterapia
T.E.N.S de baja frecuencia, Corrientes Interferenciales
Electroacupuntura

2.4 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

La definición del dolor ha variado considerablemente a lo largo de los años, básicamente a fin de incluir la participación de mecanismos explicativos relacionados con el sistema nervioso central. Afortunadamente, esta inclusión no se ha limitado a los aspectos bioeléctricos o bioquímicos y, actualmente, el cuadro clínico del paciente con dolor también tiene en cuenta las variables emocionales, conductuales y cognitivas como precedentes, correlatos y contingencias de los mecanismos biológicos más básicos.

Actualmente es discutible que el dolor pueda definirse únicamente sobre la base de una patología física directamente medible (Jensen i cols., 1994) (36) y es evidente que personas que padecen alteraciones estructurales similares refieren diferentes grados de dolor e incapacidad y responden de manera distinta a los mismos tratamientos médicos (Turk, 1996) (37). Asimismo, recientes revisiones no dejan lugar a dudas en cuanto a la importancia de los factores psicológicos en el inicio y la cronificación de los trastornos por dolor (Linton SJ 2000((38) y Hoogendorn 2000) (39).

Así pues, en las últimas décadas se han desarrollado varios modelos explicativos del dolor crónico que incluyen aspectos psicológicos en sus determinantes. Más allá de explicaciones simbólicas carentes de apoyo científico y de dudosas equivalencias con los síndromes depresivos, el primer modelo psicológico solvente, es el conductual operante de Fordyce i cols. (1968 y 1976) (40). En breve, el modelo conductual operante del dolor crónico sostiene

que cabe diferenciar entre la causa del dolor y las expresiones y conductas que comporta. Éstas son aprendidas y, por tanto, sujetas a los mismos mecanismos de condicionamiento y susceptibles de modificación en la misma medida que cualquier otra conducta. A pesar de su eficacia (American Psychological Association, 1993; Morley, Eccleston i Williams, 1999) (41-42), el tratamiento operante del dolor crónico adolece de ciertas lagunas teóricas y limitaciones terapéuticas (Paulsen y Altmaier, 1995) (43).

El actual modelo cognitivo-conductual del dolor crónico propone que los problemas debidos al dolor crónico provienen del tipo de reacción que genera. Estas reacciones incluyen todo tipo de cogniciones, emociones y conductas. Es decir, las consecuencias del dolor crónico (incluida la respuesta terapéutica), no dependen necesariamente de forma directa y proporcionada de la actividad sensorial. Por ejemplo, la persistencia del dolor a pesar de repetidas estrategias terapéuticas puede propiciar el desarrollo de un estado de indefensión aprendida que conlleve la conclusión de que cualquier intento de afrontamiento (incluida la intervención médica) será inefectivo y que, por tanto, genere inhibición de la conducta, cogniciones de desesperanza y un estado emocional depresivo.

Por tanto, el tratamiento psicológico del dolor crónico, y en particular de la FM, persigue la modificación del estado emocional, de la conducta y de las atribuciones y creencias, con la finalidad de aumentar la funcionalidad del paciente, promover la utilización de estrategias de afrontamiento adaptativas y mantener sus interacciones sociales. Existen numerosos estudios que demuestran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento del dolor crónico (44). Este tipo de abordaje se ha incluido en el listado de tratamientos psicológicos basados en la evidencia de la American Psychological Association para el dolor asociado a la enfermedad reumatológica.

Un ensayo clínico aleatorizado con seguimiento hasta los 15 meses sobre la eficacia del tratamiento conductual operante de la fibromialgia (45) demuestra que este tipo de tratamiento es capaz de producir una mejoría clínicamente significativa y sostenida de la sintomatología dolorosa y de la incapacidad funcional comparado con la ausencia de respuesta en un grupo de tratamiento médico y terapia física.

Un reciente estudio controlado sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en la fibromialgia (46) con seguimiento hasta los 12 meses, demuestra una reducción significativa de la sintomatología dolorosa, psicopatológica y de la incapacidad funcional en los grupos de pacientes que recibieron tratamiento conductual operante y cognitivo-conductual frente a una ausencia de respuesta en el grupo de interacción social. Los pacientes en el grupo de tratamiento conductual operante refirieron una mejoría significativa específica de las variables conductuales y los pacientes del grupo cognitivo-conductual en las variables cognitivas y afectivas.

Asimismo, el tratamiento conductual operante también produjo un incremento significativo del nivel de actividad y un descenso significativo de la actividad electromiográfica y de la frecuencia cardíaca basal sugerentes de una mejoría de la capacidad física (47). Finalmente, el tratamiento conductual operante fue capaz de incrementar la capacidad de autorregulación de algunas de las variables implicadas en el procesamiento central del dolor (48)

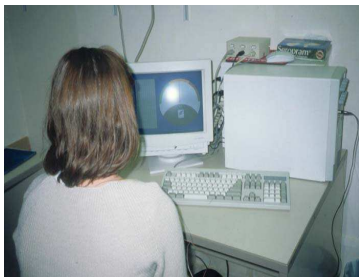
Los tres grandes grupos de intervenciones en el ámbito psicológico derivan de la teoría cognitiva de la emoción. Una intervención psicológica completa debe incluir tres aspectos:

a/ Programas de modificación del comportamiento, dirigidos a aumentar el nivel funcional para las tareas cotidianas, mediante técnicas basadas en el condicionamiento operante, utilizando el control de los estímulos ambientales y la supresión de los reforzadores del dolor. Aunque estos programas requieren personal experto en este tipo de abordaje, es

imprescindible educar a las familias para que puedan actuar de forma eficaz como coterapeutas.

b/ Terapia cognitiva. En el grupo de estrategias terapéuticas cognitivas deben incluirse técnicas de distracción y de transformación imaginativa del dolor y del contexto, así como técnicas de reestructuración cognitiva enfocadas a modificar las creencias y las atribuciones negativas sobre el dolor (por ej. la catastrofización) y a promover la eliminación de las estrategias de afrontamiento no adaptativas (por ej. la evitación de determinadas actividades o la utilización innecesaria de conductas de seguridad).

La terapia cognitivo-conductual también ha demostrado ser eficaz como complemento del resto de las intervenciones propuestas para el tratamiento de la FM. Por ejemplo, la inclusión de un protocolo específico breve cognitivo-conductual ha demostrado incrementar el cumplimiento y el mantenimiento de las pautas de ejercicio físico.



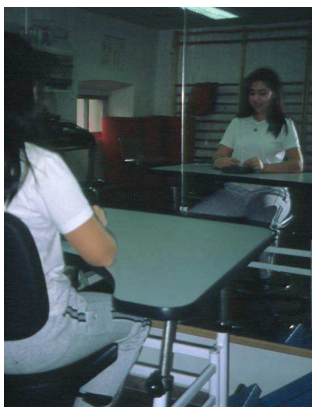
Por tanto, cabe decir que la terapia cognitivo-conductual no está indicada únicamente como estrategia terapéutica específica del dolor crónico, sino que su utilidad en un contexto multidisciplinar se extiende a la resolución de uno de los principales problemas conductuales de todo trastorno crónico, el cumplimiento de las prescripciones.

2.5 TRATAMIENTO OCUPACIONAL

El dolor y la discapacidad son problemas importantes en términos tanto de sufrimiento humano como de pérdida económica. La presencia de dolor afecta el desempeño de las actividades físicas y emocionales de la vida diaria y puede interrumpir los roles ocupacionales. Es especialmente preocupante el número cada vez mayor de personas que sufren una discapacidad crónica. Como consecuencia, la investigación se va progresivamente centrando en la pregunta de por qué el dolor está cada vez con más frecuencia asociado con discapacidad y en la posibilidad de prevenir la discapacidad y ofrecer a los pacientes ayuda para que pueden recuperar la funcionalidad.

La terapia ocupacional juega un rol importante en la intervención multidisciplinar del dolor crónico (49-50). Desdichadamente el rol del terapeuta ocupacional en la Fibromialgia no está definido claramente en la literatura científica. Esto es debido a la carencia de publicaciones en este campo a pesar del incremento gradual actual de este tipo de intervenciones.(51-52)

El tratamiento ocupacional del dolor crónico, y en particular de la FM, persigue la regulación de las actividades de la vida diaria, el establecimiento de objetivos funcionales, la educación sobre técnicas ergonómicas y una correcta adaptación ergonómica en el entorno, y ayudar al paciente al retorno de su actividad laboral (53)



El potencial de las intervenciones desde la terapia ocupacional en pacientes con FM incluyen: establecer objetivos funcionales, maximizar la función, promover una calidad de vida y hábitos de vida saludables, programa gradual de vuelta a la normalidad, ritmo en la introducción de ejercicios y actividades, líneas de

referencia, taller de terapia ocupacional y vuelta al trabajo, modificaciones ambientales laborales y de actividades de la vida diaria, educación del paciente, familia y/o entorno laboral acerca de la discapacidad, técnicas de conservación de energía, técnicas de simplificación en actividades laborales, estrategias de manejo y cambios de estilo de vida, entre otras.

2.6 ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO

Existe una amplia experiencia en el tratamiento del dolor crónico incapacitante con programas multidisciplinarios y sobre sus beneficios terapéuticos, reflejados en algunos metaanálisis publicados (55-56), aunque todavía no se han realizado suficientes estudios en pacientes con FM. Una revisión Cochrane (57) sólo encontró siete estudios controlados relevantes, concluyendo que aún no hay suficiente evidencia científica sobre el papel del tratamiento multidisciplinar en la rehabilitación del enfermo con este tipo de trastorno. La eficacia de este tipo de programas es mayor cuando se dirige a los pacientes más afectados, sobre todo a aquellos con síndrome de dolor crónico incapacitante, en los que junto con la reducción del sufrimiento y el alivio del dolor se les puede plantear como objetivo la vuelta a una vida laboral activa (58,59). Estos programas se muestran menos efectivos en los casos de discapacidad irreversible (situación de rechazo o incompatible con la reincorporación laboral, solicitud de compensación por invalidez, litigios activos, etc..) (60).

De todas formas, numerosos estudios demuestran que la precocidad de la intervención multidisciplinar incrementa significativamente su eficacia.

3. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR

Como hemos comentado anteriormente, son los pacientes con Fibromialgia severa con un síndrome de dolor crónico incapacitante, los que se beneficiarían de este tipo de programas, aunque la precocidad, el grado de irreversibilidad de la discapacidad y la existencia ó no de factores que influyan sobre la misma independientemente al proceso doloroso, marcarán la diferencia en el establecimiento de objetivos terapéuticos y la posible obtención de beneficios.

Por este motivo en nuestra Unidad se realizan dos tipos de programas terapéuticos:

3.1 Programa de Tratamiento Multidisciplinar Rehabilitador Intensivo. Esta dirigido a aquellos pacientes con FM severa, en los que el equipo terapéutico y el paciente consensuen la posibilidad de incluir como objetivo la recuperación de la actividad laboral principal previa y por tanto no presenten los siguientes criterios:

- j. Edad <18 años y >60 años
- k. Presencia de trastornos mentales graves no compensados: trastorno cognoscitivo (delirium, demencia, trastorno amnésico), esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor grave, trastorno de somatización, trastornos de conversión, trastornos facticios, trastornos disociativos, trastornos de la personalidad.
- l. Riesgo de autolisis
- m. Contraindicación de asumir como objetivo la vuelta a la actividad laboral anterior, por las limitaciones residuales secundarias a la situación psicofísica del paciente.
- n. Rechazo del paciente a abordar la actividad laboral como objetivo terapéutico.
- o. Situación de Solicitud para un reconocimiento legal de Invalidez
- p. Presencia de un Litigio Laboral ó Familiar
- q. Paciente en situación de Invalidez compensada.

3.2 Programas de Tratamiento Paliativo No Intensivo. Esta dirigido a aquellos pacientes con FM severa, que presenten alguno de los anteriores criterios descritos y por tanto no estén en situación de poder tratar la recuperación funcional. Este programa en función del tipo de criterio o situación predominante se dividirá en:

- 3.2.1** Atención Individual para pacientes con Psicopatología Mayor ó Dependencia Farmacológica Primaria, en los que el Servicio de Psiquiatría, definirá su proceso terapéutico y la Unidad actuará emitiendo un informe y aconsejando el tratamiento farmacológico.
- 3.2.2** Atención Individual para pacientes en situación de Solicitud de Invalidez o en Litigio donde la Unidad actuará emitiendo un informe de la situación clínica y aconsejando el tratamiento más adecuado.
- 3.2.3** Atención Individual para pacientes cuyo grado de afectación psicofísica no les permita realizar ningún tratamiento físico u ocupacional activo.
- 3.2.4** Programa de Tratamiento Multidisciplinar No Intensivo Grupal para los pacientes en situación de Invalidez que no cumplan los criterios anteriores.

3.1 PROGRAMA DE TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR REHABILITADOR INTENSIVO

Este programa constará de doce sesiones, distribuidas en tres sesiones semanales (lunes miércoles y viernes de 9 a 14 horas) durante 4 semanas y cuyos contenidos esenciales serán:

1ª sesión

9-10

Presentación de Programa (Médico): Justificación, Metas, Objetivos y Tratamiento

10-10:20

Descanso. Interacción Grupo.

10:30-11:30 .

Evaluación Física de los pacientes:

Arco de Movilidad Pasiva, Test de Fuerza Manos,

Test Flexibilidad (Dedo-Suelo) y Test Fluidez de Movimiento (Tiempo de Transferencias).

- Preparación de los ejercicios a realizar en grupo

11-30-13:00

Evaluación y Enfoque del tratamiento Médico Individual (8 pacientes)

Revaloración Escalas (Dolor, Fatiga).

Valoración Dianas terapéuticas.

Educación personalizada sobre el proceso. (4 pacientes)

Inicio de Tratamiento Farmacológico

Inicio de Tricíclicos : Amitriptilina 10 mg, Maprotilina 10 mg ó Doxepin 25 mg (cena).

Si existe intolerancia previa a tricíclicos se inicia tratamiento con Duloxetina 30 mg/día y se incrementará 30 mg cada 4 días hasta llegar a dosis de 60 mg/12 horas

Inicio de Tramadol: 20 mg/ 8 horas.

Si el trastorno del sueño es significativo Perfenacina 2-4 mg

Si hay Depresión: Iniciar un IRSS (Fluoxetina 10 mg, Paroxetina 10 mg, Sertralina 50 mg, Citalopram 10 mg) ó IRNS (Venlafaxina 37,5 mg,..) (desayuno)

Si el paciente esta tomando sedantes, programar una reducción progresiva

Si hay un trastorno por Angustia iniciar alprazolam 0,5 mg/12 h.

- Evaluación y Enfoque de Tratamiento Psicológico individual: Entrevista con el paciente (3 pacientes):

Determinación de las principales creencias desadaptativas sobre el dolor.

Detección de alteraciones en la dinámica familiar y programación de intervención específica en caso necesario

-Evaluación y Enfoque de Tratamiento de Terapia Ocupacional individual: Entrevista con el paciente (4 pacientes).

Planificación de terapia ocupacional individual

Valoración de situación actual

Revaloración de objetivos funcionales y de tratamiento.

13:00-13:30

Seminario terapia ocupacional: Principios de la mecánica corporal y postural.

13:30 – 14.00

Tratamiento psicológico en grupo:

- Indicaciones del tratamiento psicológico de la fibromialgia.

- Patrón comportamental de urgencia.

- Adecuación de la actividad al dolor.

- Explicación y entrega de registros conductuales.

Tarea entre sesiones: lista de situaciones y/o actividades evitadas y de conductas de seguridad.
Determinación de niveles basales de actividad.

2ª Sesió:

9-10 .

Terapia Física en grupo: Tiempo de ejercicio físico: 20 minutos

Inicio de ejercicios de columna cervical y cintura escapular. Sentados en una silla con la espalda apoyada.

- .- Flexionar la cabeza hacia delante y volver al centro 10 veces.
- .- Mirar con la cabeza a la derecha y luego a la izquierda lentamente 10 veces.
- .- Flexionar la cabeza lateralmente a derecha e izquierda alternativamente 10 veces.
- .- Levantar el hombro derecho y después el izquierdo alternado 5 veces cada uno.
- .- Levantar los dos hombros a la vez 10 veces.
- .- Realizar rotaciones hacia atrás con los hombros, alternando derecho e izquierdo 5 veces cada uno.
- .- Manos apoyadas en las piernas, realizar prono-supinación, 10 veces.
- .- Manos juntas delante del pecho, empujar suavemente mano contra mano sin separar los codos del cuerpo, 10 veces.

Se indicará al grupo los ejercicios a realizar en su domicilio, el día que no acudan a la unidad.

10-10:20 .

Descanso. Interacción grupo

10:30-11:15 h.

Visita médica en grupo: Ajuste de tratamiento farmacológico. Objetivos: Control de la tolerancia a fármacos, Control del sueño, recogida de nuevos síntomas y identificación de "dianas" terapéuticas

Tratamiento Farmacológico

Tricíclicos : Amitriptilina 20 mg, Maprotilina 20 mg ó Doxepin 25 mg (cena)

Inicio de Tramadol: 20 mg/ 8 horas

Si el trastorno del sueño es significativo: Perfenacina 2-4 mg

Si hay Depresión: IRSS (Fluoxetina 10 mg, Paroxetina 10 mg, Sertralina 50 mg, Citalopram 10 mg) ó IRNS (Venlafaxina 37,5 mg,..) (desayuno)

Si existe intolerancia a tricíclicos se iniciará tratamiento con Duloxetina 30 mg/día ó Minalcipram 50 mg/día y se incrementará posteriormente.

11:15-12:15 h

Terapia Ocupacional en Grupo:

Definir valores de esfuerzo (fuerza, duración, frecuencia, posición corporal, resistencia), valor temporal basal para posturas y posiciones. Definir valores de esfuerzo (fuerza, duración, frecuencia, posición corporal, resistencia), valor temporal basal para posturas y posiciones.

Test de tolerancia al esfuerzo:

Test de 6 minutos marcha. Se toma la frecuencia cardíaca, y respiratoria basal, al inicio de la prueba y al final, se hace caminar al paciente 6 minutos, al finalizar se medirán los metros recorridos, y las paradas.)

Test de 3 minutos en bicicleta estática. Se toma la frecuencia cardíaca basal, al inicio de la prueba y al final, se hace pedalear al paciente durante 3 minutos incrementando progresivamente el ritmo, no la resistencia, al finalizar se medirán los metros recorridos y la intensidad y el tiempo en volver a recuperar la frecuencia basal inicial.

Tratamiento médico individual: Educación personalizada sobre el proceso. Tratamiento de las dianas terapéuticas identificadas (puntos gatillo, entesopatías, artropatías, neuropatías periféricas, etc..) (4 pacientes)

Tratamiento psicológico individual Entrevista con el paciente (3 pacientes):

Determinación de las principales creencias desadaptativas sobre el dolor.

Detección de alteraciones en la dinámica familiar y programación de intervención específica en caso necesario

Terapia Física individual: 2 pacientes
Planificación cinesiterapia individual.
Valoración de objetivos de tratamiento

Evaluación y Enfoque de Tratamiento de Terapia Ocupacional individual:
Entrevista con el paciente (2 pacientes).
Planificación de terapia ocupacional individual, valoración de situación actual y revaloración de objetivos funcionales y de tratamiento.

12:15 – 13:15

Tratamiento psicológico en grupo:

- Revisión de los registros conductuales.
- Revisión de las dificultades para la modificación de la urgencia y detección de los posibles errores cognitivos relacionados con las consecuencias del cumplimiento de las pautas (p.ej., perfeccionismo, dudas sobre la posible generalización, etc).
- Revisión de los niveles basales de actividad.
- Revisión y jerarquización de la lista de situaciones y/o actividades evitadas y de las conductas de seguridad.
- Educación sobre estilos de relación interpersonal: entrenamiento en asertividad. Entrega de material bibliográfico.

13:15-13:45 h.

Seminario médico: Anatomía y Fisiología corporal -

13:45-14 h Tarea entre sesiones: afrontamiento de la situación/actividad evitada de menor dificultad. Prevención de respuesta de la conducta de seguridad de menor compromiso. Incremento preestablecido del nivel basal de la actividad. Ejemplos de cada uno de los tres estilos de interacción interpersonal.

3ª sesión:

9-10 h.

Terapia Física en grupo: Duración aproximada del ejercicio: 35 minutos. (Supervisión Fisioterapia)

Sentados en una silla con la espalda apoyada.

- .-Flexionar la cabeza hacia adelante y volver al centro, 10 veces.
- .-Mirar con la cabeza a la derecha y luego a la izquierda muy lentamente, 5 veces a cada lado.
- .-Flexionar la cabeza lateralmente, a derecha, e izquierda alternativamente, 5 veces a cada lado.
- .-Levantar el hombro derecho y después el izquierdo alternativamente, 5 veces cada uno.
- .-Levantar los dos hombros a la vez, 10 veces.
- .-Realizar rotaciones hacia atrás con los hombros, primero el derecho, después el izquierdo alternándolos, 5 veces cada uno.
- .-Manos apoyadas en las piernas, realizar prono-supinación, 10 veces.
- .- Manos juntas delante del pecho, empujar suavemente mano contra mano sin separar los codos del cuerpo, 10 veces.
- .- Realizar movimientos de punta y talón con los dos pies a la vez, 10 veces.
- .- Levantar ligeramente un pie del suelo, y luego el otro alternando, 5 veces cada uno.
- .- Estirar la rodilla derecha, luego la izquierda alternándolas, 5 veces cada una.
- .-Apoyados de espalda a la pared, pies ligeramente separados entre si y de la pared, flexionar ligeramente las piernas, intentando apoyar la columna lumbar en la pared, y estirar, 10 veces.

De pie apoyando las manos en una silla o una mesa para no perder el equilibrio.

- .-Flexionar la cadera como si fuéramos a subir una escalera, alternamos derecha e izquierda, 5 veces cada una.
- .-Extender la pierna estirada hacia atrás, apretando glúteo, sin desplazar el cuerpo hacia delante, 5 veces cada una.

- .-Ponerse de puntas y talones alternando, 10 veces.
- .-Apoyados de espalda a la pared, pies ligeramente separados entre si y de la pared, flexionar ligeramente las piernas, intentando apoyar la columna lumbar en la pared, y estirar, 10 veces.

Se indicará la realización de los ejercicios en el domicilio.

10-10:20.

Descanso. Interacción grupo.

10:30-12:00

Terapia Ocupacional en Grupo:

- Inicio de tratamiento cardiovascular,
- Refuerzo muscular,
- Actividades específicas de EESS distales. Actividades para movilización de cintura escapular, y cintura pélvica.
- Incremento progresivo de actividades basales y posicionales tanto a nivel de fatiga como de dolor.

Tratamiento médico individual:

- Tratamiento Dianas terapéuticas periféricas: Infiltraciones o bloqueos (tendinosos, Entesopático, Puntos Gatillo, Perineurales o Intrararticulares,
- Educación personalizada sobre el proceso. (4 pacientes)
- Ajustar Tratamiento Farmacológico
 - Tricíclicos : Amitriptilina 30 mg, Maprotilina 30 mg ó Doxepin 25 mg ó
 - Si está tomando Duloxetina se incrementará a 30 mg/12 horas ó Minalcipran a 50 mg/12 h.
 - Tramadol: 40 mg/ 8 horas
 - Si el trastorno del sueño se mantiene Perfenacina 4-8 mg
 - Ajustar el IRSS (Fluoxetina 20 mg, Paroxetina 20 mg, Sertralina 75 mg, Citalopram 20 mg) ó IRNS (Venlafaxina 75 mg,..)
 - Si existe un proceso inflamatorio periférico añadir con las comidas Ibuprofeno 600 mg ó Dex-Ketoprofeno 25 mg / 8 h, junto con el Tramadol

Terapia Física individual: Tratamiento Físico de los problemas loco-regionales. 2 pacientes

Evaluación y Tratamiento psicológico individual: Entrevista con el paciente (2 pacientes):

- Determinación de las principales creencias desadaptativas sobre el dolor.
- Detección de alteraciones en la dinámica familiar y programación de intervención específica en caso necesario

-Evaluación y Enfoque de Tratamiento de Terapia Ocupacional individual: Entrevista con el paciente (2 pacientes).

- Planificación de terapia ocupacional individual,
- Valoración de situación actual
- Revaloración de objetivos funcionales y de tratamiento

12-13 h.

Tratamiento psicológico en grupo:

- Revisión de los registros conductuales.
- Revisión del afrontamiento de la situación/actividad evitada y de la prevención de respuesta de la conducta de seguridad.
- Revisión del incremento preestablecido del nivel basal de la actividad.
- Revisión de los ejemplos de cada uno de los tres estilos de interacción interpersonal.
- Promoción de la conducta asertiva: solicitar ayuda.

13-13:30 h.

Seminario Psicología en grupo:

- Educació sobre la psicofisiologia del dolor crònic: Modelo de la puerta de control de Melzack i Wall. Vies activadores y inhibidores ascendentes i descendentes.

13:30-13:45

Indicación de Tarea entre sesiones Toma de medicación. Realización de Ejercicio. Afrontamiento de la situación/actividad evitada de siguiente dificultad. Prevención de respuesta de una nueva conducta de seguridad. Incremento preestablecido del nivel basal de la actividad. Ejemplos de cada uno de los tres estilos de interacción interpersonal. Solicitud de ayuda

4ª sessió:

9-10 h.

Terapia Física en grupo: Tiempo aproximado ejercicio físico: 40 minutos

Realización de los ejercicios aprendidos :

1.Sentados en una silla

2.De pie apoyando las manos

Se realizan las correcciones oportunas, y se añaden los ejercicios de suelo

3. Estirados sobre una alfombra, decúbito supino, piernas dobladas.

- .-Apretar los glúteos y los abdominales para ayudar a estirar la columna lumbar, apoyándola contra el suelo, 10 veces.

- .-Doblar una pierna sobre el pecho, alternar derecha e izquierda, 5 veces cada pierna.

- .-Colocar pie derecho encima de la rodilla izquierda, y dejar abrir la cadera derecha, alternar piernas, 5 veces cada una.

- .-Doblar rodilla contra el pecho e intentar estirar la pierna suave y lentamente, alternar piernas 5 veces cada una.

- .- Levantar la mano derecha y llevarla hacia la rodilla derecha, sin levantar la cabeza del suelo, alternar con la mano izquierda, 5 veces cada una.

- Levantar las dos manos y cruzarlas en dirección a las rodillas, sin levantar la cabeza, 10 veces.

- .-Decúbito prono, apretar glúteos y relajar, 10 veces.

- .-Decúbito prono, flexionar la rodilla derecha, y alternar con la izquierda, 5 veces cada una.

Se indicará la realización de los ejercicios en el domicilio.

10-10:20 .

Descanso. Interacción grupo

10:30-11 h

Visita médica en grupo:

Ajuste de tratamiento farmacológico:

Objetivos: Control de la tolerancia a fármacos, Control del sueño, recogida de nuevos síntomas.

Tratamiento Farmacológico

Tricíclicos :Amitriptilina 50 mg, Maprotilina 50 mg ó Doxepin 50 mg (después de cenar) ó si esta tomando Duloxetina mantener 30 mg/12 h. ó Minalcipran 50mg/12 h.

Tramadol retard 100 mg/12 horas (desayuno y cena)

Si el trastorno del sueño se mantiene Perfenacina 8 mg (después cena) . Revisar si tratamiento no farmacológico se realiza adecuadamente (Control de estímulos, etc...)

Ajustar el IRSS (Fluoxetina 20 mg, Paroxetina 20 mg, Sertralina 75 mg, Citalopram 20 mg) ó IRNS (Venlafaxina 75 mg,..) (desayuno)

Si existe temblor ó palpitaciones acusadas introducir Propanolol 20 mg/día (desayuno)

Si existen rampas musculares acusadas introducir Hidroxiquinidina 100 mg/día

11-12:15

Terapia Física y Ocupacional en Grupo:

- Entrenamiento progresivo en la capacidad funcional del paciente para las actividades cotidianas básicas e instrumentales, de ocio y productivas.

- Uso de Tens, crioterapia y iontoforesis y educación al paciente para su uso en domicilio.

Tratamiento médico individual:

Valoración Escalas (Dolor, Fatiga).
Valoración dianas terapéuticas.
Tratamiento de las dianas terapéuticas periféricas identificadas (4 pacientes)

Terapia Física individual:

Control y ajuste de la cinesiterapia individual-
Sesión individual de entrenamiento en el control de la señal electromiográfica y/o electrodermal mediante técnicas de biofeedback

Revisión de psicología individual: Entrevista con el paciente (3 pacientes):

Detección y desconfirmación experiencial de las principales creencias desadaptativas sobre el dolor

Visita de Terapia ocupacional individual (4 pacientes):

Establecimiento de niveles basales funcionales e incremento gradual semanal. - Uso de organigrama semanal.
Inicio de reentrenamiento laboral y contacto laboral con Empresa

12:15- 13:00

Tratamiento psicológico en grupo:

- Revisión de los registros conductuales.
- Revisión del afrontamiento de la situación/actividad evitada y de la prevención de respuesta de la conducta de seguridad.
- Revisión del incremento preestablecido del nivel basal de la actividad.
- Revisión de la solicitud de ayuda.
- Promoción de la conducta asertiva: expresar desacuerdo.

12:50-13 h Descanso

13-13:45

Seminario de Terapia Ocupacional: Seminario de Terapia Ocupacional: Ergonomía, descanso e higiene del sueño

13:45-14 h.

Tarea entre sesiones: afrontamiento de la situación/actividad evitada de siguiente dificultad.
Prevención de respuesta de una nueva conducta de seguridad. Incremento preestablecido del nivel basal de la actividad. Expresar desacuerdo.

5ª sesión:

9-10 h.

Terapia Física en grupo: Tiempo aproximado ejercicio, 40 minutos.

Se repite toda la Tabla de ejercicios completa, tal y como esta descrita, se indican ejercicios individualizados si se necesitan.

Ejercicios de Relajación en grupo: 10 minutos

10-10:20 h.

Descanso e Interacción Grupo

10:30- 12:30

Terapia Física y Ocupacional en Grupo

- Entrenamiento e incremento progresivo en la capacidad funcional del paciente para las actividades cotidianas básicas e instrumentales y de ocio
- incremento (máximo 25% semanal) de cardiovascular y refuerzo muscular,.
- incremento en actividades específicas de EESS distales (aumento en repeticiones y tiempos)
- Actividades para movilización de cintura escapular, y cintura pélvica.
- Control y Uso de Tens, crioterapia y iontoforesis

Visita médica individual:

Ajuste del Tratamiento Farmacológico

Tricíclicos :Amitriptilina 50 mg, Maprotilina 50 mg ó Doxepin 50 mg (después de cenar). Si esta tomando Duloxetina mantener 30 mg/12 horas ó Minalcipran 50 mg/12h.

Tramadol retard 100 mg/12 horas (desayuno y cena)

Si el trastorno del sueño se mantiene:

Cambiar perfenacina por Zopiclona 7,5 mg (antes de dormir)

Revisar existencia de Síndrome Piernas Inquietas: En este caso retirar perfenacina e introducir Pramipexole 0,5 a 1 mg dosis nocturna ó Clonazepan 0,5 mg

Ajustar el IRSS (Fluoxetina 20 mg, Paroxetina 20 mg, Sertralina 75 mg, Citalopram 20 mg) ó IRNS (Venlafaxina 75 mg,..) (desayuno)

Si existe temblor ó palpitaciones acusadas Ajustar Propanolol 40 mg/día (desayuno)

Si existen rampas musculares acusadas introducir Hidroxiquinidina 100 mg/12 horas

Tratamiento de dianas terapéuticas loco-regionales. (4 pacientes)

Tratamiento Psicológico individual: (3 pacientes):

Detección y desconfirmación experiencial de las principales creencias desadaptativas sobre el dolor.

Terapia ocupacional individual (4 pacientes):

-establecimiento de niveles basales funcionales e incremento gradual semanal. - Uso de organigrama semanal.

- Inicio de reentrenamiento laboral y contacto laboral con la Empresa

Terapia Física individual: (2 pacientes)

Tratamiento con técnicas loco-regionales (Masoterapia, Cinesiterapia Individual)

Sesión individual de entrenamiento en el control de la señal electromiográfica y/o electrodermal mediante técnicas de biofeedback

12:30-13:15

Seminario médico: Mecanismos de producción de dolor. Estimulación Nociceptiva

13-15-14 h

Tratamiento psicológico en grupo:

- Revisión de los registros conductuales.

- Revisión del afrontamiento de la situación/actividad evitada y de la prevención de respuesta de la conducta de seguridad.

- Revisión del incremento preestablecido del nivel basal de la actividad.

- Revisión de la solicitud de la expresión de desacuerdo.

- Promoción de la conducta asertiva: rechazar una petición.

Tarea entre sesiones: afrontamiento de la situación/actividad evitada de siguiente dificultad.

Prevención de respuesta de una nueva conducta de seguridad. Incremento preestablecido del nivel basal de la actividad. Rechazo de una petición.

6ª sesión:

9-10 h.

Terapia Física en grupo: Supervisión de los ejercicios realizados en grupo

Realizamos la tabla de ejercicios completa con 10 repeticiones de cada ejercicio, y si lo permite el grupo aumentamos el ritmo de la realización de los mismos.

Tiempo aproximando 35 minutos.

Ejercicios de Relajación : 10 minutos .

10-10:20 h .

Descanso y interacción del grupo

10:30-12:30

Terapia Física y Ocupacional en grupo.

- Entrenamiento e incremento progresivo en la capacidad funcional del paciente para las actividades cotidianas básicas e instrumentales y de ocio
- Reentrenamiento laboral
- Incremento de cardiovascular y refuerzo muscular,.
 - Incremento en actividades específicas de EESS distales
 - Actividades para movilización de cintura escapular, y cintura pélvica.
 - Control y Uso de Tens, crioterapia y iontoforesis

Visita médica individual:

Valoración Escalas de Dolor y Fatiga.

Valoración de otros síntomas.

Ajuste de tratamiento farmacológico:

Tricíclicos :Amitriptilina 50 mg, Maprotilina 50 mg ó Doxepin 50 mg (después de cenar). Si esta tomando Duloxetina incrementar a 60 mg/ por la mañana y 30 mg por la noche y si es Minalcipran 100 mg/mañana y 50 mg/ noche.

Tramadol retard 100 mg/12 horas (desayuno y cena)

Mantener el fármaco y la dosis utilizado en el tratamiento del sueño

Si no se consigue mejorar estado de ánimo Ajustar el IRSS (Fluoxetina 30 mg, Paroxetina 30 mg, Sertralina 100 mg, Citalopram 30 mg) ó IRNS (Venlafaxina 150 mg,..) (desayuno)

Si existe temblor ó palpitaciones acusadas Ajustar Propranolol 60 mg/día (desayuno)

Si existe ansiedad no controlada Alprazolam 0,5 mg/12 horas

Mantener otros fármacos coadyuvantes introducidos

Evaluación de Tratamiento de dianas terapéuticas loco-regionales.

Valoración del dolor raquídeo y las posibilidades de técnicas intervencionistas para el control del mismo

Terapia Física individual: (2 pacientes)

Tratamiento con técnicas loco-regionales (Masoterapia, Cinesiterapia Individual)

Sesión individual de entrenamiento en el control de la señal electromiográfica y/o electrodermal mediante técnicas de biofeedback

Tratamiento Psicológico individual: Entrevista con el paciente (2 pacientes):

Detección y desconfirmación experiencial de las principales creencias desadaptativas sobre el dolor.

Revisión Ocupacional Individual: 3 pacientes

-Supervisión actividades pautadas, dificultades, resolución de problemas y preparación fin de semana.

12:30-13:30 h

Tratamiento psicológico en grupo:

- Revisión de los registros conductuales.
- Revisión del afrontamiento de la situación/actividad evitada y de la prevención de respuesta de la conducta de seguridad.
- Revisión del Incremento preestablecido del nivel basal de la actividad.
- Revisión del rechazo de una petición.
- Promoción de la conducta asertiva: hacer elogios/cumplidos.
- Educación sobre la influencia de los factores cognitivos en el dolor crónico (I): atención y técnicas de distracción. Entrega de material bibliográfico.

Indicación de Tareas Conductuales entre sesiones: Afrontamiento de la situación/actividad evitada de siguiente dificultad. Prevención de respuesta de una nueva conducta de seguridad. Incremento preestablecido del nivel basal de la actividad. Formulación de elogios/cumplidos.

13:30-14

Seminario de psicología : Educación sobre la influencia dels factors cognitivos en el dolor crònic (I): atenció i tècniques de distracció, tècniques de visualització

7ª sesión:

9-10 h.

Terapia Física en grupo: Tiempo aproximando 35 minutos

Realizamos la tabla de ejercicios completa con 10 repeticiones de cada ejercicio, y si lo permite el grupo aumentamos el ritmo de la realización de los mismos.

Ejercicios de Relajación: 10-15 minutos.

10:10-20 h

Descanso

10:30-11:15 h.

Visita médica en grupo:

Objetivos: Control del Dolor, Control del sueño, Control de otros síntomas.

Si el dolor no se controla aumentar Tramadol a 150 mg/12 horas.

Valoración de otros síntomas

11:15-13:00

Terapia Física y Ocupacional en grupo

- Entrenamiento e incremento progresivo en la capacidad funcional del paciente para las actividades cotidianas básicas e instrumentales y de ocio

-Reentrenamiento laboral

- Uso de Tens, crioterapia y iontoforesis

-incremento de cardiovascular y refuerzo muscular,.

-incremento en actividades específicas de EEES distales

-Actividades para movilización de cintura escapular, y cintura pélvica.

Tratamiento médico individual

Ajuste de tratamiento farmacológico:

Tricíclicos :Amitriptilina 50 mg, Maprotilina 50 mg ó Doxepin 50 mg (después de cenar). Si esta tomando Duloxetina mantener 60 mg y 30 mg / mañana y noche ó Minalcipran 100 mg y 50 mg/ mañana y noche respectivamente.

Tramadol retard 150 mg/12 horas (desayuno y cena)

Resto sin cambios

Tratamiento Psicológico individual: Entrevista con el paciente (3 pacientes):

Detección y desconfirmación experiencial de las principales creencias desadaptativas sobre el dolor.

Terapia Física individual (2 pacientes):

Tratamiento con técnicas loco-regionales (Masoterapia, Cinesiterapia individual, Bio-feedback)

Terapia Ocupacional individual(2pacientes):

Supervisión actividades pautadas, dificultades, resolución de problemas y control actividades pautadas fuera de tratamiento.

12:45-13:30

Seminario médico:

Mecanismos de Producción Dolor: Sensibilización Nociceptiva.

Desarrollo de un síndrome de Dolor Crónico.

13:30-14:15

Tratamiento psicológico en grupo:

- Revisión de los registros conductuales.

- Revisión del afrontamiento de la situación/actividad evitada y de la prevención de respuesta de la conducta de seguridad.

- Revisión del Incremento preestablecido del nivel basal de la actividad.

- Revisión de la formulación de elogios/cumplidos.

- Promoción de la conducta asertiva: hacer una crítica.

- Educación sobre la influencia de los factores cognitivos en el dolor crónico (II): el modelo cognitivo de las emociones, la catastrofización.
- Entrenamiento en técnicas de control de la atención. Módulo I Habilidades básicas de atención. Entrega de material bibliográfico.

Tarea entre sesiones: afrontamiento de la situación/actividad evitada de siguiente dificultad.

Prevención de respuesta de una nueva conducta de seguridad. Incremento preestablecido del nivel basal de la actividad. Formulación de una crítica. Ejemplos de catastrofización. Entrenamiento en técnicas básicas de atención

8ª sesión:

9-10 h.

Terapia Física en grupo: Tiempo aproximando 35 minutos

Realizamos la tabla de ejercicios completa con 10 repeticiones de cada ejercicio, y si lo permite el grupo aumentamos el ritmo de la realización de los mismos.

Ejercicios de Relajación: 10-15 minutos.

10-10:20 h.

Descanso

10:30-12

Terapia Física y Ocupacional en grupo

- Entrenamiento e incremento progresivo en la capacidad funcional del paciente para las actividades cotidianas básicas e instrumentales y de ocio
- Reentrenamiento laboral
- Uso de Tens, crioterapia y iontoforesis
- Incremento de cardiovascular y refuerzo muscular, (máximo 25% semanal)
- Incremento en actividades específicas de EESS distales
- Actividades para movilización de cintura escapular, y cintura pélvica.

Visita médica individual:

Valoración de Escalas I Dolor, Fatiga y control de otros síntomas.

Valoración de las ganancias durante el tratamiento

Ajuste de tratamiento farmacológico:

Tricíclicos : Amitriptilina 50 mg, Maprotilina 50 mg ó Doxepin 50 mg (después de cenar). Si esta tomando Duloxetina incrementar a 60 mg/12 horas ó Minalcipran 100 mg/12 horas que se mantendrán posteriormente.

Tramadol retard 150 mg/12 horas (desayuno y cena)

Si el dolor no ha disminuido y no se controla valorar las siguientes posibilidades:

- Dolor Loco-regional con Exceso de Nocicepción:

- cambiar Tramadol por Opiáceos mayores: Oxidona Iniciar con 10 mg/12 h, Brupenorfina Iniciar 17,5 mg/72 h o Fentanilo 12,5 mg/72 h.
- Valorar Técnicas Intervencionistas

- Dolor General:

Revaloración en sesión clínica

Revaloración de utilización de nuevos fármacos: Pramipexole (inicio de introducción de 0,5 mg/noche y incrementar progresivamente en 12 semanas hasta 4,5 mg/noche). Test de Ketamina EV, si respuesta valorar Ketamina V.O ó dextrometorfano.

Tratamiento Psicológico individual: Entrevista con el paciente (3 pacientes):

Detección y desconfirmación experiencial de las principales creencias desadaptativas sobre el dolor.

Terapia Ocupacional individual(2pacientes):

Supervisión actividades pautadas, dificultades, resolución de problemas y control actividades pautadas fuera de tratamiento.

12:30-13:30 h

Tratamiento psicológico en grupo:

- Revisión de los registros conductuales.
 - Revisión del afrontamiento de la situación/actividad evitada y de la prevención de respuesta de la conducta de seguridad.
 - Revisión del Incremento preestablecido del nivel basal de la actividad.
 - Revisión de la formulación de una crítica.
 - Promoción de la conducta asertiva: solicitar un cambio de conducta molesta.
 - Revisión de ejemplos de catastrofización.
 - Modificación experiencial de la catastrofización.
- Entrenamiento en técnicas de control de la atención. Módulo II Habilidades de control de la atención.
Entrega de material bibliográfico.

Seminario de Psicología :

- Educación sobre la influencia de los factores cognitivos en el dolor crónico (II): explicación del model cognitivo de las emociones

13:30-14 h

Tarea entre sesiones: afrontamiento de la situación/actividad evitada de siguiente dificultad. Prevención de respuesta de una nueva conducta de seguridad. Incremento preestablecido del nivel basal de la actividad. Solicitud del cambio de una conducta molesta. Experimentos conductuales de desconfirmación de la catastrofización. Entrenamiento en técnicas de control de la atención

9ª sessió:

9-10 .

Terapia Física en grupo: 30 minutos

Repetimos la pauta completa de ejercicios, intentando acelerar un poco más el ritmo si toleran.

Ejercicios de Relajación: 10-15 minutos

10-10:20

Descanso

10:30-12:30

Terapia Física y Ocupacional en grupo

- Entrenamiento e incremento progresivo en la capacidad funcional del paciente para las actividades cotidianas básicas e instrumentales y de ocio
- Reentrenamiento laboral
- Uso de Tens, crioterapia y iontoforesis
- Incremento de cardiovascular y refuerzo muscular,.
- Incremento en actividades específicas de EESS distales
- Actividades para movilización de cintura escapular, y cintura pélvica.

Visita médica individual:

Ajuste de tratamiento farmacológico. Control del Dolor, Fatiga, Sueño y otros síntomas, Tratamiento de dianas terapéuticas loco-regionales.

Tratamiento Psicológico individual: Entrevista con el paciente (2 pacientes):

Detección y desconfirmación experiencial de las principales creencias desadaptativas sobre el dolor.

Terapia Física individual (2 pacientes):

Tratamiento con técnicas loco-regionales (Masoterapia, Bio-feedback,.....)

Terapia ocupacional Individual (4 pacientes):

Planificación , validación y cambios en actividad laboral.
Estructuración de actividades funcionales y físicas fuera del tratamiento.

12:45-13:30 h.

Seminario Terapia Ocupacional: Dolor y Discapacidad

13:30-14 h.

Tratamiento psicológico en grupo:

- Revisión de los registros conductuales.
- Revisión del afrontamiento de la situación/actividad evitada y de la prevención de respuesta de la conducta de seguridad.
- Revisión del Incremento preestablecido del nivel basal de la actividad.
- Revisión de la solicitud del cambio de una conducta molesta.
- Revisión del experimento conductual de desconfirmación de la catastrofización.
- Promoción de la conducta asertiva: recibir críticas.
- Entrenamiento en técnicas de control de la atención. Módulo III El contenido de la atención: la imaginación. Entrega de material bibliográfico.

Tarea entre sesiones: afrontamiento de la situación/actividad evitada de siguiente dificultad. Prevención de respuesta de una nueva conducta de seguridad. Incremento preestablecido del nivel basal de la actividad. Experimentos conductuales de desconfirmación de la catastrofización. Entrenamiento en imaginación

10ª sessió:

9-10 h.

Terapia Física en grupo: Duración ejercicio 30 minutos

Se repite la pauta completa de ejercicios al ritmo conseguido el día anterior.

Ejercicios de Relajación: 10-15 minutos

10-10:20 h Paseo Grupo

10:30-11:15

Visita médica en grupo: Ajuste de tratamiento farmacológico:

11:15-12:30

Terapia Física y Ocupacional en grupo

- Entrenamiento e incremento progresivo en la capacidad funcional del paciente para las actividades cotidianas básicas e instrumentales y de ocio
- Reentrenamiento laboral
- Uso de Tens, crioterapia y iontoforesis
- Incremento de cardiovascular y refuerzo muscular,.
- Incremento en actividades específicas de EEES distales
- Actividades para movilización de cintura escapular, y cintura pélvica.

Tratamiento Psicológico individual: Entrevista con el paciente (3 pacientes):

Detección y desconfirmación experiencial de las principales creencias desadaptativas sobre el dolor.

Terapia Física individual (2 pacientes):

Tratamiento con técnicas loco-regionales (Masoterapia, Cinesiterapia individual, Bio-feedback)

Terapia ocupacional Individual (2 pacientes):

Planificación , validación y cambios en actividad laboral.

Estructuración de actividades funcionales y físicas fuera del tratamiento

12:30-13-15

Seminario médico: Farmacología del dolor

13:15-14 :00

Tratamiento psicológico en grupo:

- Revisión de los registros conductuales.
- Revisión del afrontamiento de la situación/actividad evitada y de la prevención de respuesta de la conducta de seguridad.
- Revisión del Incremento preestablecido del nivel basal de la actividad.
- Revisión del experimento conductual de desconfirmación de la catastrofización.
- Entrenamiento en técnicas de control de la atención. Módulo IV El control de la atención en episodios de exacerbación del dolor.
 - El miedo a la reincorporación laboral.
- Prevención de recaídas: identificación de situaciones de riesgo, previsión de oscilaciones en la frecuencia e intensidad de la sintomatología dolorosa. La importancia del cumplimiento de las prescripciones

Tarea entre sesiones: afrontamiento de la situación/actividad evitada de siguiente dificultad. Prevención de respuesta de una nueva conducta de seguridad. Incremento preestablecido del nivel basal de la actividad. Experimentos conductuales de desconfirmación de la catastrofización. Entrenamiento control de la atención en episodios de exacerbación del dolor. Identificación de situaciones de riesgo de recaída.

11ª sesión:

9-10 h.

Terapia Física en grupo: Supervisión de los ejercicios realizados en grupo. 30 minutos
Se repite la pauta completa de ejercicios al ritmo conseguido el día anterior.

Ejercicios de Relajación: 10-15 minutos

10-10:20

Descanso

10:30-12:30

- Terapia Física y Ocupacional en Grupo
 - Entrenamiento e incremento progresivo en la capacidad funcional del paciente para las actividades cotidianas básicas e instrumentales y de ocio
 - Reentrenamiento laboral
 - Uso de Tens, crioterapia y iontoforesis
 - Incremento de cardiovascular y refuerzo muscular,.
 - Incremento en actividades específicas de EESS distales
 - Actividades para movilización de cintura escapular, y cintura pélvica.
- Visita médica individual: Preparación del alta. Ajuste farmacológico. Medidas de mantenimiento

Tratamiento Psicológico individual: Entrevista con el paciente (3 pacientes):

Detección y desconfirmación experiencial de las principales creencias desadaptativas sobre el dolor.

Terapia Física individual (2 pacientes):

Tratamiento con técnicas loco-regionales (Masoterapia, Cinesiterapia individual, Bio-feedback)

- Terapia ocupacional Individual (2 pacientes):

- Planificación , validación y cambios en actividad laboral.
- Estructuración de actividades funcionales y físicas fuera del tratamiento

12:30-13:30

Tratamiento psicológico en grupo:

- Revisión de los registros conductuales.
- Revisión del afrontamiento de la situación/actividad evitada y de la prevención de respuesta de la conducta de seguridad.
- Revisión del Incremento preestablecido del nivel basal de la actividad.

- Revisión del experimento conductual de desconfirmación de la catastrofización.
- El miedo a la reincorporación laboral.
- Revisión de las situaciones de riesgo de recaída.
- Prevención de recaídas: pautas de mantenimiento tras el alta.

Tarea entre sesiones: afrontamiento de la situación/actividad evitada de siguiente dificultad. Prevención de respuesta de una nueva conducta de seguridad. Incremento preestablecido del nivel basal de la actividad. Experimentos conductuales de desconfirmación de la catastrofización.

12ª sessió:

9-10 h.

Terapia Física en grupo: Supervisión de los ejercicios realizados en grupo. 30 minutos
Se repite la pauta completa de ejercicios al ritmo conseguido el día anterior.

Ejercicios de Relajación: 10-15 minutos

10-10:20

Descanso

Tratamiento Psicológico individual: Entrevista con el paciente (2 pacientes):

Detección y desconfirmación experiencial de las principales creencias desadaptativas sobre el dolor.

10:30-11:00

Tratamiento psicológico en grupo:

Revisión de los principales aspectos del tratamiento psicológico.
Pautas de mantenimiento despues del alta

11-12:30h.

Terapia Ocupacional en grupo:

- Recomendaciones de alta laboral.
- Indicaciones hasta el seguimiento.
- Pautas de mantenimiento funcional y prevención de recaídas.
- Cumplimiento de Cuestionarios de Alta
- Preparación de Informes de Alta

Visita Médica Individual (8 pacientes):

Recomendaciones de alta .
Indicaciones hasta el Seguimiento y
Entrega de Informe.

1ª Semana			2ª Semana			3ª Semana			4ª Semana		
Lunes	Miércoles	Viernes	Lunes	Miércoles	Viernes	Lunes	Miércoles	Viernes	Lunes	Miércoles	Viernes
<p>Presentación Programa Establecimiento de Objetivos de Tratamiento</p> <p>Valoración Física Individual (Fuerza, Fluidez, Flexibilidad,...)</p> <p>Preparación de los ejercicios a realizar en grupo</p> <p>Inicio o ajuste Tratamiento Farmacológico</p> <p>Urgencia y "pacing" Conductas evitación/ Seguridad Nivel basal de actividad</p> <p>Planificación objetivos T.O Definición de Objetivos Funcionales</p> <p><u>Sem:</u> Principios de la mecánica corporal y postural.</p>	<p>Ejercicios en Grupo</p> <p>Visita médica grupo : Ajuste Fármacos Sueño Tolerancia Identificación Dianas Terapéuticas</p> <p>Registro Indices de esfuerzo (marcha 6' y bicicleta 3')</p> <p>Planificación ocupacional y definición de objetivos funcionales y de tto.</p> <p>Tratamiento Médico Individual</p> <p>Urgencia y "pacing" Afrontamiento y prevención de respuesta Incremento nivel de actividad Estilos de interacción interpersonal</p> <p><u>Sem:</u> Anatomía y Fisiología</p>	<p>Progresión Ejercicios en Grupo</p> <p>Tratamiento médico Individual Dianas Terapéuticas</p> <p>Aproximación Física Regional</p> <p>Inicio actividades basales progresivas y cardiovasculares.</p> <p>Valoración ocupacional y definición de objetivos funcionales y de tto.</p> <p>Urgencia y "pacing" Afrontamiento y prevención de respuesta Incremento nivel de actividad Estilos de interacción interpersonal</p> <p><u>Sem:</u> Psicofisiología del dolor</p>	<p>Progresión del Ejercicio Físico en Grupo</p> <p>Ajuste Fármacos Tratamiento Dianas Terapéuticas</p> <p>Inicio actividades basales progresivas y cardiovasculares.</p> <p>Valoración ocupacional y definición de objetivos funcionales y de tto.</p> <p>Tratamiento Físico Regional</p> <p>Urgencia y "pacing" Afrontamiento y prevención de respuesta Incremento nivel de actividad Estilos de interacción interpersonal: rechazar peticiones</p> <p>Niveles basales funcionales+incremento semanal Entrenamiento laboral.</p> <p><u>Sem:</u> Mecanismos Producción Dolor: <i>Estimulación Nociceptiva</i></p> <p><u>Sem:</u> Descanso e Higiene del sueño</p>	<p>Ejercicio Físico en Grupo (40')</p> <p>Ajuste Fármacos Tratamiento Dianas Terapéuticas</p> <p>Tratamiento Físico regional</p> <p>Incremento actividades basales progresivas y cardiovasculares.</p> <p>Urgencia y "pacing" Afrontamiento y prevención de respuesta Incremento nivel de actividad Estilos de interacción interpersonal: hacer elogios</p> <p>Niveles basales funcionales+incremento semanal Entrenamiento laboral.</p> <p><u>Sem:</u> Factores Cognitivos I (Atención Visualización)</p>	<p>Ejercicio Físico en Grupo</p> <p>Valoración de Escalas</p> <p>Tratamiento Dianas Terapéuticas mayores</p> <p>Incremento actividades basales progresivas y cardiovasculares. Entrenamiento laboral. Uso de TENS, Crioterapia, iontoforesis</p> <p>Urgencia y "pacing" Afrontamiento y prevención de respuesta Incremento nivel de actividad Estilos de interacción interpersonal: hacer elogios</p> <p>Niveles basales funcionales+incremento semanal Entrenamiento laboral.</p> <p><u>Sem:</u> Factores Cognitivos I (Atención Visualización)</p>	<p>Progresión del Ejercicio Físico en Grupo</p> <p>Visita médica en Grupo: Ajuste Fármacos Identificación problemas</p> <p>Tratamiento Dianas Terapéuticas</p> <p>Incremento actividades basales progresivas y cardiovasculares. Entrenamiento laboral. Uso de TENS, Crioterapia, iontoforesis</p> <p>Urgencia y "pacing" Afrontamiento y prevención de respuesta Incremento nivel de actividad Estilos de interacción interpersonal: solicitud de cambio de conducta Catastrofización I Habilidades básicas de atención</p> <p>Niveles basales funcionales+incremento semanal Entrenamiento laboral.</p> <p><u>Sem:</u> Mecanismos de Dolor: <i>Sensibilización</i>. Desarrollo de Dolor Crónico</p>	<p>Ejerció Físico en Grupo</p> <p>Incremento actividades basales progresivas y cardiovasculares. Entrenamiento laboral. Uso de TENS, Crioterapia, iontoforesis</p> <p>Visita Individual: Valoración Escalas Tratamiento Dianas Terapéuticas</p> <p>Niveles basales funcionales+incremento semanal Entrenamiento laboral. Actividades fuera de tto.</p> <p>Urgencia y "pacing" Afrontamiento y prevención de respuesta Incremento nivel de actividad Estilos de interacción interpersonal: recibir críticas Catastrofización II Habilidades de control de la atención</p> <p><u>Sem:</u> Modelo Cognitivo de las Emociones. Influencia en el dolor</p>	<p>Ejerció Físico en Grupo</p> <p>Visita Médica Individual: Ajuste Fármacos Tratamiento Dianas Terapéuticas</p> <p>Incremento actividades basales progresivas y cardiovasculares. Entrenamiento laboral. Uso de TENS, Crioterapia, iontoforesis</p> <p>Niveles basales funcionales+incremento semanal Entrenamiento laboral. Actividades fuera de tto.</p> <p>Urgencia y "pacing" Afrontamiento y prevención de respuesta Incremento nivel de actividad Estilos de interacción interpersonal: recibir críticas Catastrofización III El contenido de la atención: la imaginación</p> <p><u>Sem:</u> Dolor y Discapacidad</p>	<p>Progresión del Ejercicio Físico en Grupo</p> <p>Visita Médica en Grupo Valoración Problemas Ajuste de fármacos</p> <p>Incremento actividades basales progresivas y cardiovasculares. Entrenamiento laboral. Uso de TENS, Crioterapia, iontoforesis</p> <p>Tratamiento médico individual Dianas Terapéuticas</p> <p>Planificación, validación y cambios en actividad laboral y funcional.</p> <p>Niveles basales funcionales+incremento semanal Entrenamiento laboral. Actividades fuera de tto.</p> <p>Urgencia y "pacing" Afrontamiento y prevención de respuesta Incremento nivel de actividad Catastrofización IV El control de la atención en exacerbaciones del dolor El miedo a la reincorporación laboral Prevención de recaídas</p> <p><u>Sem:</u> Fármacos y Dolor</p>	<p>Ejerció Físico en Grupo</p> <p>Visita Médica Individual: Ajuste Fármacos Tratamiento Dianas Terapéuticas</p> <p>Incremento actividades basales progresivas y cardiovasculares. Entrenamiento laboral. Uso de TENS, Crioterapia, iontoforesis</p> <p>Planificación, validación y cambios en actividad laboral y funcional. Recomendaciones alta laboral e indicaciones hasta el seguimiento.</p> <p>Urgencia y "pacing" Afrontamiento y prevención de respuesta Incremento nivel de actividad Catastrofización V El miedo a la reincorporación laboral Prevención de recaídas</p> <p><u>Sem:</u> Identificación de las situaciones de riesgo de recaída</p>	<p>Ejercicio Físico en grupo</p> <p>Cuestionarios de valoración de Alta</p> <p>Revisión pautas tratamiento psicológico Prevención de recaídas</p> <p>Recomendaciones de Alta Laboral</p> <p>Pautas de Mantenimiento y Prevención de Recaídas</p> <p>Visita Médica Individual Indicações hasta el seguimiento y Entrega de Informe</p>

3.2 PROGRAMA DE TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR PALIATIVO NO INTENSIVO

Este programa constará de seis sesiones, distribuidas en una sesión semanal (jueves de 9 a 14 horas) durante 6 semanas y cuyos contenidos esenciales serán:

1ª sesión

9-10 h.

Seminario: Establecimiento de Objetivos a conseguir con el Tratamiento (Médico y Psicólogo)

10:00-10:30

Descanso. Paseo grupo

10:30-11:45 h.

Terapia Física:

Evaluación

Test De Fuerza.-

Fuerza de las manos con un Dinamómetro hidráulico. Se realizan dos medidas de fuerza con un descanso entre ellas de 5 minutos (se utiliza la media),

Flexibilidad.- Medición de la distancia dedo-suelo.

Fluidez de Movimiento.- Cronometramos tiempo que necesitan para realizar las transferencias de bipedestación a decúbito supino, de decúbito supino a decúbito prono, y de decúbito prono a bipedestación.

Pautas de Higiene Postural.

Como acostarse en la cama, y levantarse.

Como echarse al suelo, y levantarse.

Como sentarse correctamente y levantarse.

Corrección de la postura en bipedestación, como alinear correctamente desde los pies, rodillas, caderas, pelvis, columna lumbar, hasta la correcta colocación de hombros y cabeza.

Enseñanza de ejercicios de estiramientos, antes de levantarse de la cama.

- Terapia Física en grupo

Inicio de ejercicios columna cervical, y cintura escapular.

1. *Sentados en una silla con la espalda apoyada.*

.-Flexionar la cabeza hacia adelante y volver al centro, 10 veces.

.-Mirar con la cabeza a la derecha y luego a la izquierda muy lentamente, 5 veces a cada lado.

.-Flexionar la cabeza lateralmente, a derecha, e izquierda alternativamente, 5 veces a cada lado.

.-Levantar el hombro derecho y después el izquierdo alternativamente, 5 veces cada uno.

.-Levantar los dos hombros a la vez, 10 veces.

.-Realizar rotaciones hacia atrás con los hombros, primero el derecho, después el izquierdo alternándolos, 5 veces cada uno.

.-Manos apoyadas en las piernas, realizar prono-supinación, 10 veces.

.-Manos juntas delante del pecho, empujar suavemente mano contra mano sin separar los codos del cuerpo, 10 veces.

- Tratamiento médico individual: Educación personalizada sobre el proceso. Tratamiento de las dianas terapéuticas identificadas (puntos gatillo, entesopatías, artropatías, neuropatías periféricas, etc..) (4 pacientes) El tratamiento farmacológico seguirá las pautas establecidas para el protocolo de tratamiento intensivo.

- Evaluación y Enfoque Tratamiento Psicológico individual: Entrevista con el paciente (4 pacientes)

- Evaluación y Enfoque Tratamiento Terapia Ocupacional individual: Entrevista con el paciente (4 pacientes) Revaloración situación actual. Establecimiento de objetivos funcionales. Reparto de Cuestionarios de Dificultades Funcionales y organigrama semanal.

2ª Sesió:

9-10:00 h

Seminario médico: Mecanismos de producción de Dolor y Fibromialgia

10:00-10:30 h descanso- Paseo grupo

10:30-11-45 h

Terapia Física en grupo: Supervisión de los ejercicios realizados en grupo

1. *Ejercicios Sentados en una silla con la espalda apoyada* (Ver 1ª Sesión)

A los ejercicios del primer día añadimos:

- .- Realizar movimientos de punta y talón con los dos pies a la vez, 10 veces.
- .- Levantar ligeramente un pie del suelo, y luego el otro alternando, 5 veces cada uno.
- .- Estirar la rodilla derecha, luego la izquierda alternándolas, 5 veces cada una.

Apoyados de espalda a la pared, pies ligeramente separados entre si y de la pared, flexionar ligeramente las piernas, intentando apoyar la columna lumbar en la pared, y estirar, 10 veces.

2. *De pie apoyando las manos en una silla o una mesa para no perder el equilibrio.*

- .-Flexionar la cadera como si fuéramos a subir una escalera, alternamos derecha e izquierda, 5 veces cada una.
- .-Extender la pierna estirada hacia atrás, apretando glúteo, sin desplazar el cuerpo hacia delante, 5 veces cada una.
- .-Ponerse de puntas y talones alternando, 10 veces.
- .-Apoyados de espalda a la pared, pies ligeramente separados entre si y de la pared, flexionar ligeramente las piernas, intentando apoyar la columna lumbar en la pared, y estirar, 10 veces.
- .-.- Duración aproximada de la sesión 35 minutos.

Realización de Relajación en grupo 10 minutos.

Se indicará la realización de los ejercicios en su domicilio.

12-13 h

- Tratamiento médico individual: Educación personalizada sobre el proceso. Tratamiento de las dianas teraputicas identificadas (puntos gatillo, entesopatias, artropatias, neuropatias periféricas,etc..) (4 pacientes)) El tratamiento farmacologico seguirá las pautas establecidas para el protocolo de tratamiento intensivo

- Evaluación y Enfoque Tratamiento psicológico individual: Entrevista con el paciente (4 pacientes)

- Evaluación y Enfoque Tratamiento Terapia Ocupacional individual: Entrevista con el paciente (4 pacientes) Revaloración situación actual.Establecimiento de objetivos funcionales. Reparto de Cuestionarios de Dificultades Funcionales y organigrama semanal.

13-13:45 h.

Seminario Psicología: Psicofisiología del dolor crónico: Modelo de la "puerta de control" de Melzack i Wall. Pautas para el control de la urgencia y la adecuación de la actividad al dolor.

Influencia de los factores cognitivos y emocionales sobre el dolor . Explicación del modelo cognitivo de las emociones. (Annex1)

3ª sessió:

9-9:45 h

Seminario ocupacional: Dolor y discapacidad. Situaciones de litigio, invalidez y minusvalía.

10:00-10:30 Descanso. Paseo Grupo

10:30-11:45 h.

Terapia Física en grupo: Supervisión de los ejercicios realizados en grupo

Realización de los ejercicios aprendidos

1. *Sentados en una silla*

2. *De pie apoyando las manos*

Realizamos las correcciones oportunas, y añadimos los ejercicios de suelo

3. *Estirados sobre una alfombra, decúbito supino, piernas dobladas.*

.-Apretar los glúteos y los abdominales para ayudar a estirar la columna lumbar, apoyándola contra el suelo, 10 veces.

.-Doblar una pierna sobre el pecho, alternar derecha e izquierda, 5 veces cada pierna.

.-Colocar pie derecho encima de la rodilla izquierda, y dejar abrir la cadera derecha, alternar piernas, 5 veces cada una.

.-Doblar rodilla contra el pecho e intentar estirar la pierna suave y lentamente, alternar piernas 5 veces cada una.

.- Levantar la mano derecha y llevarla hacia la rodilla derecha, sin levantar la cabeza del suelo, alternar con la mano izquierda, 5 veces cada una.

.- Levantar las dos manos y cruzarlas en dirección a las rodillas, sin levantar la cabeza, 10 veces.

.-Decúbito prono, apretar glúteos y relajar, 10 veces.

.-Decúbito prono, flexionar la rodilla derecha, y alternar con la izquierda, 5 veces cada una.

Tiempo aproximado sesión 40 minutos.

Realización de Relajación en grupo 10 minutos .

Se indicará la realización de los ejercicios en el domicilio.

12-13 h

Tratamiento médico individual: Educación personalizada sobre el proceso. Tratamiento de las dianas terapéuticas identificadas (puntos gatillo, entesopatías, artropatías, neuropatías periféricas, etc..) (4 pacientes)) El tratamiento farmacológico seguirá las pautas establecidas para el protocolo de tratamiento intensivo

División en dos grupos A y B (4 pacientes cada uno)

Grupo A:

- Tratamiento Terapia Ocupacional individual: (4 pacientes) Establecimiento de objetivos funcionales. Repaso y modificaciones organigrama semanal.

Grupo B:

Repaso del modelo cognitivo de las emociones.

Estilos de relación interpersonal: Entrenamiento en asertividad y en estrategias de negociación.

Registro de situaciones interpersonales y estilo de abordaje (pasivo/agresivo/asertivo).

13-13:45

Seminario Psicología: Reacciones emocionales asociadas al dolor. Diferencias entre dolor y sufrimiento. La lucha contra el síntoma, el círculo vicioso en el dolor crónico. La evitación experiencial.

El control como problema. Inicio de las metáforas. Registros ACT (anexo 2)

4ª sesión:

9- 10:00 h.

Seminario médico: Fibromialgia y familia. Seminario para pacientes y familiares.

10:00-10:30 h.
Descanso

10:30-11:45
Terapia Física en grupo: Supervisión de los ejercicios realizados en grupo

Realización de los ejercicios aprendidos

1. *Sentados en una silla*
2. *De pie apoyando las manos*
3. *Estirados sobre una alfombra, decúbito supino, piernas dobladas*

Realizamos las correcciones oportunas,
Repetimos toda la Tabla de ejercicios completa con 10 repeticiones de cada ejercicio.
Tiempo aproximado sesión 35-40 minutos

Realización de Relajación en grupo 10 minutos .

Se indicará la realización de los ejercicios en el domicilio.

12-13 h.
Tratamiento médico individual: Ajuste Farmacológico y Tratamiento de las dianas terapéuticas identificadas (4 pacientes)) El tratamiento farmacológico seguirá las pautas establecidas para el protocolo de tratamiento intensivo

Grup A:

Repaso al modelo cognitivo de las emociones. Estilos de relación interpersonal: Entrenamiento en asertividad y en estrategias de negociación. Registro de situaciones interpersonales y estilo de abordaje (pasivo/agresivo/asertivo). Annex 3

Grupo B

- Tratamiento Terapia Ocupacional individual: (4 pacientes) Establecimiento de objetivos funcionales. Abordaje a las actividades cotidianas básicas y de ocio .Repaso y modificaciones organigrama semanal.

13-13:45 h.
Seminario Psicología: Construyendo la Aceptación La funciones del lenguaje y su relación con las emociones. Análisis de los Valores. Ejercicios experienciales para casa.

5ª sesión:

9- 10:00 h.
Seminario ocupacional: Ergonomía, descanso e higiene del sueño. Fibromialgia y sexualidad.

10:00-10:30 Descanso

10:30-11:45
Terapia Física en grupo: Supervisión de los ejercicios realizados en grupo
Repetimos toda la Tabla de ejercicios completa con 10 repeticiones de cada ejercicio, tal y como esta descrita, e intentamos si toleran aumentar el ritmo.
Tiempo aproximado sesión 35-40 minutos.

Ejercicio de Relajación Muscular 10 minutos

12-13 h.

Visita médica individual: Ajuste de tratamiento farmacológico: Objetivos: Control del Dolor. Control de otros síntomas, Tratamiento de dianas terapéuticas loco-regionales (4 pacientes)) El tratamiento farmacológico seguirá las pautas establecidas para el protocolo de tratamiento intensivo

Grupo A

Terapia Ocupacional:

- Planificación , validación y cambios en actividad funcional.
- Estructuración de actividades funcionales y físicas fuera del tratamiento
- Indicaciones hasta el seguimiento.
- Pautas de mantenimiento funcional y prevención de recaídas.

Grup B:

Revisión de las situaciones interpersonales y estilo de abordaje pasivo/agresivo/asertivo.
Identificación de situaciones de riesgo y utilización de las estrategias de afrontamiento propuestas.

13-13:30 h.

Seminario Psicología: Análisis de Valores y cambio de conducta a partir del Compromiso. Ejercicios experienciales del grupo y repaso de los efectuados en casa.

6ª sesión:

9- 9:45 h.

Seminario médico: Fibromialgia. Fibromialgia: manejo de Fármacos

10:00-10:30 h. Descanso

10:30-11-45 h.

Terapia Física en grupo: Supervisión de los ejercicios realizados en grupo
Repetimos toda la Tabla de ejercicios completa con 10 repeticiones de cada ejercicio, tal y como esta descrita, e intentamos si toleran aumentar el ritmo.
Tiempo aproximado sesión 35-40 minutos.

Ejercicio de Relajación Muscular 10 minutos.

12-13 h.

Visita médica individual: Ajuste de tratamiento farmacológico: Objetivos: Control del Dolor. Control de otros síntomas, Tratamiento de dianas terapéuticas loco-regionales (4 pacientes)) El tratamiento farmacológico seguirá las pautas establecidas para el protocolo de tratamiento intensivo

Grup A:

Revisión de las situaciones interpersonales y estilo de abordaje pasivo/agresivo/asertivo.
Identificación de situaciones de riesgo y utilización de las estrategias de afrontamiento propuestas.

Grupo B

Terapia Ocupacional:

- Planificación , validación y cambios en actividad funcional.
- Estructuración de actividades funcionales y físicas fuera del tratamiento
- Indicaciones hasta el seguimiento.
- Pautas de mantenimiento funcional y prevención de recaídas.

13-13:30 h.

Cumplimiento de cuestionarios

Visita médica en grupo: Refuerzo de las recomendaciones al alta.

BIBLIOGRAFIA

1. Lazaro C, Bosch F, Torrubia R, Banos JE. The development of a Spanish Questionnaire for assessing pain: preliminary data concerning reliability and validity. *Eur J Psychol Assess*, 1994;10:145-151
2. Seidenberg, M.; Haltiner, A.; Taylor, M. A.; Hermann, B. B.; and Wyler, A. Development and validation of a Multiple Ability Self-Report Questionnaire. *J.Clin.Exp.Neuropsychol.*, 1994;16 (1):93-104
3. Petzke, F.; Khine, A.; Williams, D.; Groner, K.; Clauw, D. J.; and Gracely, R. H. Dolorimetry performed at 3 paired tender points highly predicts overall tenderness. *J Rheumatol*. 2001; 28 (11):2568-2569.
4. Rivera J, Goinzalez T. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: a validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol*. 2004 Sep-Oct;22(5):554-60
5. González de Rivera, J. L. y cols. (2002). SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas. Manual. Publicaciones de Psicología Aplicada. TEA Ediciones. Madrid).
6. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry* 2003;25: 277-283.
7. Livesley, W.J., Jackson, D.N., and Schroeder, M.L. Factorial structure of traits delineating personality disorders in clinical and general population samples. *Journal of Abnormal Psychology* 1992; 101, 432-440.
8. Costa PT, McCrae RR. *Inventario Neo Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)*. Manual profesional de administración y corrección. TEA, S.A. Madrid, 2002.
9. Carver, C. S., Scheier, M. F., and Weintraub, J. K. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989; 56, 267-283.
10. Pastor MA, López S, Rodríguez J, Sánchez S, Salas E, Pascual E. Expectativas De Control Sobre La Experiencia De Dolor: Adaptación y Análisis Preliminar De La Escala Multidimensional De Locus De Control De Salud. *Rev Psic Sal* 1990; 2(1-2):91-111.
11. Santed, Sandín y Chorot. Cuestionario de Estrés Diario (CED): Validez de constructo y el problema de la confusión de medidas. *Boletín de Psicología* 1996;51:45-70.
12. Esteve-Vives J, Batlle Gualda E, Reig A, Grupo para la Adaptación del HAQ a la población Española. Spanish versión of the Health Assessment Questionnaire: reliability, validity and transcultural equivalency. *J Rheumatol* 1993;20:2116-22.
13. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)* 1995; 104:771-776)
14. A Collado, J Alijotas, P Benito, C Alegre, M Romera, I Sañudo, R Martín, J M Peri, JM Cots Documento De Consenso Sobre El Diagnostico Y Tratamiento de la Fibromialgia En Catalunya. *Med Clin (Barc)* 2002;118: 745-749.

15. Axutegi G, Collado A, Fernández de la Mota A, Gonzalez JR, Aldeguer JL, Marijuan V, Puime P, Puerto AM, Fibromialgia. Ordenación de Prestaciones. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2003
16. J Rivera. C Alegre. FJ Ballina. J Carbonell. L Carmona. B Castel. A Collado. JJ Esteve. FG Martínez. J Tornero. MA Vallejo. J Vidal Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia . Reumatologia Clínica 2006;2:55-66
17. Burckhardt C y cols . A randomized controlled clinical trial of education and physical training for women with Fibromialgia.. J Rheumatol 1994; 21:4: 714-720
18. Arnold LM, Keck PE Jr, Welge JA. Antidepressant treatment of fibromyalgia. A meta-analysis and review. Psychosomatics 2000; 41:104-13.
19. Tofferi JK, Jackson JL, O'Malley P. Treatment of Fibromyalgia with Ciclobenzaprina. A Meta-analysis. Arthritis Rheum 2004; 51:9-13
20. Goldenberg D, Myskiy M, Mossey C, Ruthazer R, Schmid C. A randomized, double-blind crossover trial of fluoxetine and Amitriptyline in the treatment of Fibromyalgia. Arthritis Rheum 1996; 39(11): 1852-1859.
21. Rao SG. The neuropharmacology of centrally-acting analgesic medications in fibromyalgia. Rheu Dis Clin N Am 2002; 28:235-59.
22. Vitton O, Gendreau M, Kranzler J y Rao G. A double blind placebo-controlled trial of minalcipran in the treatment of fibromyalgia. Hum Psychopharmacol Clin Exp 2004;19:27-35
23. Arnold LM, Lu Y, Crofford LJ, Wohlreich M, Detke MJ, Iyengar S, Goldstein DJ. A double blind, multicenter trial comparing duloxetine with placebo in the treatment of fibromyalgia patients with or without major depressive disorder. Arthritis Rheum 2004; 50:2974-84.
24. Arnold LM, Rosen A, Pritchett YL, D'Souza DN, Goldstein DJ, Iyengar S, Wernicke JF. A randomized, double blind, placebo-controlled trial of duloxetine in the treatment of women with fibromyalgia with or without major depressive disorder. Pain 2005; 119 (1-3): 5-15
25. J Rusell, M Kamin, RM bennett, TJ Schnitzer, JA Green, WA Katz. Efficacy of Tramadol in Treatment of pain in Fibromyalgia. J Clin Rheumatol 2000; 6:250-257.
26. Graven-Nielsen T, Kendall SA, Henrikson KG, Bengtsson M, Sörensen J, Johnson A et al. Ketamine reduces muscle pain, temporal summation and referred pain in fibromyalgia patients. Pain 2000; 85: 483-491.
27. Clark SR, Bennett RM. Supplemental Dextromethorphan in the treatment of Fibromyalgia: a double blind, placebo-controlled study of efficacy and side effects. Arthritis and Rheum 2000; 43:S333.
28. Farber L, stratz T, Bruckle W et al. Efficacy and tolerability of tropisetron in primary fFbromyalgia: a highly selective and competitive 5-HT3 receptors antagonist. German Fibromyalgia study group. Scand j Rheumatol Suppl 2000; 113:49-54.
29. Hrycaj P, Stratz T, mennet P, Müller W. Pathogenic aspects of responsiveness to Ondasentrom in patients with primary Fibromyalgia syndrome- A preliminary study. J Rheumatol 1996; 23:1418-1423
30. Crofford LJ, Rowbotham MC, Mease PJ et al. Pregabalin for the treatment of Fibromyalgia Syndrome. Results of a randomized double blind placebo controlled trial. Arthritis Rheum 2005; 52:1264-73.

31. Holman AJ, Myers RR. A Randomized, double blind, placebo-controlled trial of Pramipexole, a Dopamine Agonist in patients with Fibromyalgia receiving concomitant medications. *Arthritis Rheum* 2005; 52: 2495-2505
32. Sateia MJ, Nowell PD. Insomnia. *Lancet* 2004; 364:1959-1973
33. Busch A, Schachter CL, Peloso PM, Bombardier C. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, issue 1, 2003. Oxford:Update Software.
34. Staud R, Robinson ME, Price MD. Isometric exercise has opposed effects on central pain mechanism in fibromyalgia patients compared to normal controls. *Pain* 2005 (118): 176-184.
35. Almeida TF, Roizenblatt S, Benedito Silva AA, Tufik S. The effect of combined therapy (ultrasound and interferential current) on pain and sleep in fibromyalgia. *Pain* 2003; 104:665-672.
36. Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Lawler BK. Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain*. 1994; 57(3):301-9
37. Turk DC, Okifuji A. Perception of traumatic onset, compensation status, and physical findings: impact on pain severity, emotional distress, and disability in chronic pain patients. *J Behav Med*. 1996;19(5):435-53.
38. Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine*. 2000;25(9):1148-56.
39. Hoogendoorn WE, van Poppel MN, Bongers PM, Koes BW, Bouter LM. Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. *Spine*. 2000;25(16):2114-25.
40. Fordyce WE, Fowler RS & DeLateur B. An application of behavior modification technique to a problem of chronic pain. *Behaviour Research and Therapy* 1968;6:105-107.
41. Task Force On Promotion And Dissemination Of Psychological Procedures. American Psychological Association, 1993 (<http://www.apa.org/divisions/div12/est/chamble2.pdf>)
42. Morley, S., Eccleston, C., & Williams, A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999;80:1-13.
43. Paulsen JS. & Altmaier EM. The effects of perceived versus enacted social support on the discriminative cue function of spouses for pain behaviors, *Pain* 1995; 60:103-110
44. Williams DA. Psychological and behavioural therapies in fibromyalgia and related syndromes. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003; 17:649-65
45. Thieme K, Gromnica-Ihle E, Flor H. Operant behavioural treatment of fibromyalgia: a controlled study. *Arthritis Rheum* 2003;49(3):314-20
46. Thieme K, Flor H y Turk D. Efficacy of operant and cognitive-behavioural pain treatment in Fibromyalgia Syndrome. *The Journal of Pain* 2005;6(3) Supp.1:S5
47. Thieme K, Flor H y Turk D. The effects of psychological pain treatment in Fibromyalgia Syndrome on psycho physiological parameters. *The Journal of Pain* 2005;6(3) Supp.1:S55
48. Thieme K, Flor H. Operant conditioning in Fibromyalgia Syndrome: Impact on central pain processing. *The Journal of Pain* 2005;6(3) Supp.1:S77
49. Gabriele Casso, Claude Cachin, Guy van Melle and Jean-Charles Gester. Return to work status 1 year after muscle reconditioning in chronic low back pain patients. *Joint Bone Spine* April 2004.

50. H. Margreet Oerlemans, Rob A. B. Oostendorp, Theo de Boo and R. Jan.A.Goris. Pain and reduced mobility in complex regional pain syndrome I: outcome of a prospective randomised controlled clinical trial of adjuvant physical therapy versus occupational therapy • *Pain, Volume 83, October 1999,*
51. G. Ted Brown and Jennifer Greenwood-Klein Therapeutic approaches to fibromyalgia syndrome in the United Kingdom: a survey of occupational therapists and physical therapists. *European Journal of Pain, April 2003*
52. Julius Sim and Nicola Adams. Juvenile fibromyalgia syndrome: The role for occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal. Volume 48 June 2001.*
53. Alison Hammond What is the role of the occupational therapists? Best practice&Research *Clinical Rheumatology. August 2004. Mc Cain*
54. Mc Cain GA. A Cost-effective approach to the diagnosis and treatment of Fibromyalgia. *Rheum Dis Clin N Am 1996;22(2) :323-350*
55. Cutler RB, Fishbain DA, Rosomoff HL et al. Does Non Surgical Pain Center Treatment of Chronic Pain Return Patients to Work? A review and meta-analysys of the literature. *Spine 1994; 19(6): 643-652.*
56. Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers. A meta analytic review. *Pain 1992; 49: 221-230*
57. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, Koes B. Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.*
58. R.Ruiz Lopez. Síndrome de Dolor Crónico asociado a Incapacidad. En Torres LM Editor. *Medicina del Dolor. Barcelona. Masson 1997; pp:309-314.*
59. Collado A, Torres X, Arias A, Cerda D. Vilarrasa R. et al. Eficacia del tratamiento multidisciplinar del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Med Clin (Bar) 2001; 117: 401-405*
60. A Collado Cruz. R Ruiz-López. Unidades multidisciplinarias en el tratamiento de la discapacidad laboral en los pacientes con dolor crónico osteoarticular. *Rev Esp Reumatol. 2003; 30 (10): 539-541.*
61. International Association for Study of Pain. Task Force on Guidelines for Desirable Characteristics for Pain Treatment Facilities. Seattle, Washington 1990.
62. Carmona L, Ballina FJ, Gabriel R, Laffon A. EPISER Study Group. The Burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from national survey. *Ann Rheum Dis 2001; 60:1040-45*
63. A Garcia lopez y cols. Fibromialgia. *Rev Esp Reumatol 2000;27 (10): 413-450*
64. RM Bennet y cols. Rational Management of Fibromyalgia. *Rheum Dis Clin N Am 2002; 28(2):181-446*
65. Fibromyalgia Syndrome: Review of Clinical Presentation, Pathogenesis, Outcome Measures, and Treatment Philip Mease *J Rheumatol 2005; 32 Suppl 75:6-21.*
66. Turk DC. Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Treatments for Patients with Chronic Pain. *Clin J Pain 2002;18: 355-365.*
67. Aronoff Gm, Evans WO and Enders PL. A review of follow-up studies of multidisciplinary pain units. *Pain 1983; 16: 1-11.*

68. Loeser JD, Egan KJ. *Managing The Chronic Pain. Theory and practice at the University of Washington Multidisciplinary Pain Center.* Raven Press. New York 1989
69. Becker N, Sjögren P, Bech P, Kornelius A, Eriksen J. Treatment outcome of chronic non malignant pain patients managed in a Danish multidisciplinary pain centre compared to general practice: a randomised controlled trial. *Pain* 2000;84:203-211
70. Haland EM, Grasdahl AL, Skouen JS, Risa AE, Kronholm K, Ursin H. Is there a right treatment for a particular patient group? Comparison of ordinary treatment, light multidisciplinary treatment, and extensive multidisciplinary treatment for long term sick listed employees with musculoskeletal pain. *Pain* 2002; 95:49-63
71. A Description of a Brief Multidisciplinary Treatment Program for Fibromyalgia. *Pain Management Nursing*, Volume 6, Issue 2, Pages 76-80 C. Luedtke, J. Thompson, J. Postier, B. Neubauer, S. Drach, L. Newell
72. The Effectiveness of Multidisciplinary Rehabilitation in the Treatment of Fibromyalgia A Randomized Controlled Trial. Mark Lemstra, MSc and W. P. Olszynski, MD, PhD, FRCP(C) *Clin J Pain* 2005; 21:166–174