

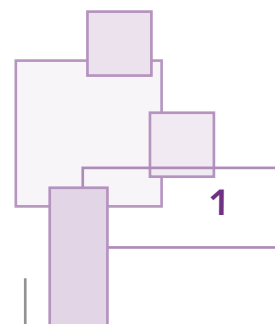
**Nou model d'atenció a
la fibromiàlgia i
la síndrome de
fatiga crònica**

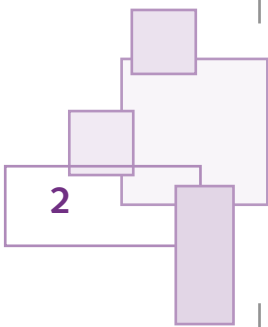
Catalunya, 2006



**NOU MODEL D'ATENCIÓ
A LA FIBROMIÀLGIA
I LA SÍNDROME
DE FATIGA CRÒNICA.**

CATALUNYA, 2006.





© Generalitat de Catalunya.
Departament de Salut.
Edita: Direcció General de Planificació
i Avaluació.
Primera edició: Barcelona, abril
de 2006.
Tiratge: 4000 exemplars
ISBN: 84-393-7058-X
Dipòsit legal: 18466-2006
Coordinació editorial: Institut
d'Estudis de la Salut
Assessorament lingüístic:
Geòrgia Bascompta.
Disseny gràfic: ESTUDI 6
Impressió: ESTUDI 6

Direcció:

Maria Luisa de la Puente.
Directora General de Planificació i Avaluació.
Departament de Salut.

President:

Miquel Vilardell.
Servei de Medicina Interna de
l'Hospital General Vall d'Hebron.

Coordinació tècnica:

Mercè Mercader.
Direcció General de Planificació i Avaluació.
Departament de Salut.

Lydia Padró.
Àrea de Compra de Serveis i Qualitat.
Servei Català de la Salut.

Suport tècnic:

Imma Vallverdú.
Direcció General de Planificació i Avaluació.
Departament de Salut.
Maria Jesús Pueyo.
Direcció General de Planificació i Avaluació.
Departament de Salut.

Membres del grup de treball:

Carme Albinyana.
Regió Sanitària de Barcelona.

Cayetano Alegre.
Servei de Reumatologia.
Hospital Vall d'Hebron.

José Alegre.
Unitat de SFC.
Servei de Medicina Interna.
Hospital Vall d'Hebron.

Jordi Carbonell.
Servei de Reumatologia.
Hospital del Mar de Barcelona.

Miquel Casas.
Servei de Psiquiatria.
Hospital Vall d'Hebron.

Antonio Collado.
Unitat de Fibromiàlgia.
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Empar Cuixart .
Servei de Rehabilitació.
Hospital Vall d'Hebron.

M^a Dolors Estrada.
Agència d' Avaluació de
Tecnologies i Recerca Mèdiques.

M^a Teresa Faixedas.
Regió Sanitària de Girona.

Joaquim Fernández Solà.
Unitat de Síndrome de Fatiga Crònica.
Servei de Medicina Interna.
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Marta Gabernet .
Regió Sanitària de Lleida i Alt Pirineu.

M^a Remei Girona.
Regió Sanitària de Girona.

Pilar Magrinyà.
Regió Sanitària de Camp de Tarragona.

Amando Martín Zurro.
Institut d'Estudis de la Salut.

Juli de Nadal.
Institut d'Estudis de la Salut.

Diego J. Palao.
Servei de Psiquiatria i Salut Mental.
Hospital General de Vic.

Josep M. Peri.
Servei de Psicologia.
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Josefina Pla.
Reumatologia del Centre
d'Atenció Primària Manso.

Analia Pumares.
Regió Sanitària de Terres de l'Ebre.

Anna M. Roig.
Col·legi Oficial de Treballadors
Socials de Catalunya.

Mercè Solà.
Societat Catalana de Medicina
Familiar i Comunitària.

Paulina Viñas.
Regió Sanitària de Catalunya Central.

**Direcció de l'estratègia de formació
continuada**

Amando Martín Zurro.
Institut d'Estudis de la Salut.

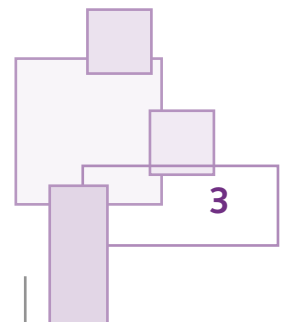
Dolors Muñoz.
Institut d'Estudis de la Salut.

Juli de Nadal.
Institut d'Estudis de la Salut.

Agraïments:

Cal fer un agraïment especial al Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya, a la Societat Catalano-Balear de Psicologia, la Societat Catalana de Teràpia Familiar, la Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental, la Societat Catalana de Medicina Interna, la Societat Catalana de Reumatologia, la Societat Catalana de Rehabilitació, la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, i a totes les associacions i entitats representatives dels afectats i afectades de fibromiàlgia i síndrome de fatiga crònica que ens han fet arribar les seves aportacions i suggeriments per a l'elaboració d'aquest document.

Agraïm al Dr. Javier Rivera l'autorització per reproduir la versió validada al castellà del "Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia" i a la Dra. Laura Ferrando per la seva autorització per reproduir la versió espanyola de la "Mini International Neuropsychiatric Interview."



ÍNDEX

1 Presentació	Pàg 6
2 Breu descripció de les malalties i epidemiologia	Pàg 9
3 Rol de l'Atenció Primària de Salut (APS)	Pàg 11
3.1 Diagnòstic.....	Pàg 11
3.2 Pla de tractament i seguiment de la fibromiàlgia (FM)	Pàg 12
3.3 Pla de tractament i seguiment de la síndrome de fatiga crònica(SFC)...	Pàg 14
3.4 Rol dels professionals.....	Pàg 17
4 Organització de l'atenció especialitzada i dels dispositius comunitaris de suport	
4.1 Interconsulta i coordinació amb la xarxa de salut mental	Pàg 20
4.2 Interconsulta i/o derivació als hospitals de referència	Pàg 21
4.3 Interconsulta i coordinació amb la xarxa especialitzada de rehabilitació	Pàg 23
4.4 Infermeria de la xarxa especialitzada.....	Pàg 23
4.5 Utilització de recursos comunitaris.....	Pàg 23
5 Unitats especialitzades (UE) en FM i SFC	Pàg 24
6 Vincles amb les associacions de persones afectades de FM i SFC, grups d'ajuda mútua i fundacions	Pàg 27
7 Circuits assistencials bàsics	Pàg 29
Annexos	
Annex 1. Criteris diagnòstics de la FM	Pàg 30
Annex 2. Criteris diagnòstics de la SFC.....	Pàg 32
Annex 3. Diagnòstic diferencial i comorbiditats de la FM i SFC	Pàg 33
Annex 4. Qüestionari d'impacte de la fibromiàlgia	Pàg 35
Annex 5. MINI International Neuropsychiatric Interview.....	Pàg 37
Annex 6. Valoració de l'evidència el sobre el tractament de la FM	Pàg 54
Annex 7. Valoració de l'evidència sobre el tractament de la SFC	Pàg 56
Annex 8. Fundacions i associacions de FM i SFC més representatives a Catalunya	Pàg 58
Referències bibliogràfiques	Pàg 63

1. Presentació

És per a mi una satisfacció presentar la publicació *El nou model d'atenció a la fibromiàlgia i síndrome de fatiga crònica. Catalunya, 2006*. Una important eina de treball, per a professionals de la salut implicats en el procés d'atenció pel que fa a diagnòstic, tractament i seguiment longitudinal de la població afectada, que ha estat confeccionada a partir de la valuosa col·laboració d'un grup de treball compost per professionals experts en diferents disciplines vinculades amb l'atenció a les persones que pateixen aquests problemes de salut.

Aquest document defineix el model assistencial a la fibromiàlgia i síndrome de fatiga crònica que volem implantar a Catalunya durant els propers anys. Un nou model que implicarà als professionals de la salut de tots els nivells assistencials i que pretén donar informació actualitzada i basada en l'evidència científica, alhora que reflecteix les línies d'avenç en la col·laboració amb les associacions de malalts i entitats representatives i un llistat amb adreces de contacte que pot ser útil per al professional d'Atenció Primària de Salut.

El nostre repte com a Departament de Salut és, a partir d'ara i durant els propers anys, millorar el coneixement d'aquestes malalties entre la població i els i les professionals de la salut i dur a terme la implantació progressiva d'aquest nou model a tot el territori de Catalunya, tot i incorporant les millores necessàries que s'identifiquin a partir dels resultats de l'avaluació de la seva implantació.

Actualment, i malgrat l'Organització Mundial de la Salut ja ha reconegut oficialment la fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crònica com malalties cròniques que afecten de forma significativa la salut i la qualitat de vida de les persones que les pateixen, encara hi ha un grau de desconeixement elevat. Hi ha pocs estudis epidemiològics que constatin la seva prevalença i es coneixen poc els factors de predisposició i de desencadenament i els mecanismes fisiopatològics que hi intervenen.

El diagnòstic i tractament d'aquestes malalties ha d'anar dirigit a una atenció precoç, a un alleujament dels símptomes més predominants i a una recuperació funcional que es mantingui el temps que sigui possible. D'acord amb l'evidència científica disponible i les recomanacions dels experts es considera oportú que l'atenció a aquestes patologies cròniques a Catalunya sigui pilotada des l'Atenció Primària de Salut,

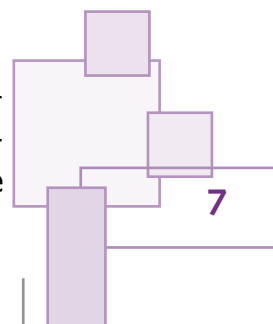
reforçant-la amb el suport i la coordinació de la xarxa d'atenció especialitzada.

En els darrers anys, el Departament de Salut ha iniciat un procés de consens entre professionals experts sobre el diagnòstic i tractament d'aquestes dues malalties i ha difós material de divulgació entre els professionals d'atenció primària. Ara, crec en la necessitat d'actualitzar els criteris i definir les noves estratègies per implantar un nou model d'atenció a la població que pateix aquests problemes.

Des del Departament de Salut es treballa per millorar el coneixement sobre aquestes malalties entre els professionals de la salut, proporcionar criteris consensuats referents a les eines diagnòstiques i les pautes terapèutiques basades en l'evidència científica, així com per establir les responsabilitats dels diferents nivells assistencials, alhora que s'està cooperant amb les associacions de malalts i malaltes.

Com a consellera de Salut, em plau presentar aquest important document i fer-lo arribar a les institucions, entitats associatives i, especialment, als professionals implicats en l'atenció a aquests problemes de salut per tal que puguin emprar-la com a una eina de treball.

Marina Geli
Consellera de Salut



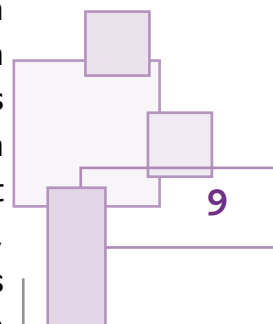
2. Breu descripció de les malalties i epidemiologia

La fibromiàlgia (FM) és una síndrome clínica caracteritzada per dolor crònic generalitzat, no articular, que predomina als músculs i el raquis, amb presència d'una exagerada i extensa sensibilitat local a la pressió en múltiples punts predefinits. El cansament, els trastorns del son i de l'estat d'ànim són uns altres dels símptomes freqüents. Segons les dades de l'estudi epidemiològic de prevalença de malalties reumatològiques a la població espanyola major de 20 anys (EPISER) efectuat l'any 2000¹, la prevalença a Espanya és del 2,4% (IC95% 1,5 – 3,2) amb major freqüència en les dones (4,2% en dones i 0,2% en homes), i afecta principalment, persones de mitjana edat (40-49 anys). Això representa que a Catalunya podria haver-hi, més o menys, 140.000 persones afectades.

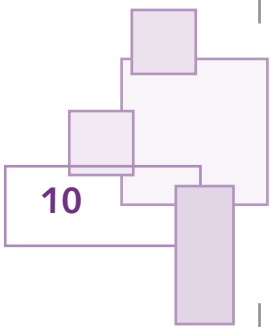
La síndrome de fatiga crònica (SFC) cursa amb una fatiga persistent i invalidant davant petits esforços, dolor i debilitat muscular, així com alteracions a l'esfera neurocognitiva i neurovegetativa, que produeixen una marcada discapacitat funcional en el pacient. Uns altres símptomes són els trastorns del son, l'odinofàgia i les cefalees. Una característica habitual és que els símptomes empitjoren amb una mínima activitat física i mental. S'inicia en persones adultes joves d'entre 20 i 40 anys, amb predomini del sexe femení i encara que no hi ha estudis epidemiològics a Catalunya ni a l'Estat Espanyol, la prevalença estimada en estudis epidemiològics² fets als Estats Units es troba entre el 0,07 i el 0,3 % de la població general, i a Austràlia³ és de 37 casos per 100.000 habitants. Aquestes xifres a Catalunya representarien com a màxim, unes 20.000 persones afectades.

El dolor és un dels símptomes característics d'aquesta malaltia, i un problema que afecta una proporció elevada de la població. A Catalunya, d'acord amb les dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) de l'any 2002, un 28% de la població tenia dolor en el moment de l'entrevista, dels quals un 17,4% eren dones i un 10,7%, homes, dades així mateix, no gaire diferents a les xifres trobades en altres estudis⁴. Alguns estudis⁵ i l'opinió dels experts indiquen que sovint hi ha una inadequació en el diagnòstic de la FM.

La presència de símptomes comuns amb altres malalties, la pluralitat de símptomes, de vegades poc específics, la freqüent existència de



comorbiditats i la incertesa en el maneig clínic, respecte dels aspectes terapèutics i del seguiment, fan que aquestes malalties estiguin poc o mal diagnosticades, i que sovint els malalts hagin de visitar-se de forma reiterada abans de ser correctament diagnosticats.



3 . Rol de l'Atenció Primària de Salut (APS)

L'APS té una actuació fonamental en la detecció, el tractament i en el seguiment longitudinal de les persones que presenten aquestes malalties.

L'afectació en totes les esferes de la vida del o de la pacient fa que sigui necessària una intervenció multidisciplinària, que atengui els aspectes mèdics, educatius, rehabilitadors, socials i laborals. L'avaluació i el tractament cal que els facin conjuntament els professionals mèdics, d'infermeria i treball social d'atenció primària. S'han d'avaluar les actuacions immediates més pertinents per a cada cas i situació, determinar el pla terapèutic tant farmacològic com no farmacològic, i portar a terme les accions complementàries que del cas se'n derivin (ajut social, coordinació amb els dispositius comunitaris i interconsulta amb l'atenció especialitzada). És especialment important que el professional d'APS informi de manera directa, objectiva i consistent amb el coneixement científic de què es disposa al o a la pacient i a la seva família sobre la malaltia, la seva evolució i les possibilitats terapèutiques. Una bona informació i orientació inicial al o a la pacient permetran evitar pors, ansietats, sol·licituds o fugides, i facilitaran, posteriorment, la planificació correcta del seguiment i control més adequats per a la persona afectada.

3.1 Diagnòstic

En el cas de la FM el diagnòstic es pot i ha de fer-se a l'APS, pel metge o la metgessa de família. Per a això, es recomana emprar els criteris diagnòstics^{6,7} de l'American College of Rheumatology de 1990 (vegeu l'annex 1), que, a hores d'ara, s'estan revisant, ja que només se centren en el dolor i també s'han de valorar en cada pacient les manifestacions neurocognitives, psicològiques, i l'afectació funcional. L'exploració física i les proves complementàries serviran per fer el diagnòstic diferencial amb altres patologies i per diagnosticar comorbiditats que són molt freqüents en aquestes dues patologies (vegeu l'annex 3).

A més dels criteris diagnòstics cal valorar l'afectació funcional a partir d'una escala de mesura del dolor o de la capacitat funcional. També és convenient fer una valoració psicopatològica i, especialment una valoració diagnòstica de la comorbiditat amb trastorns depressius o d'ansietat.

La qualitat de vida pot estar molt minvada en les persones que pateixen FM. La normalitat de les proves complementàries accentua encara més la necessitat de valorar l'afectació de la qualitat de vida per determinar el grau de severitat de la malaltia, per monitorar-ne l'evolució i analitzar quines són les intervencions que cal seguir per obtenir millors resultats. A la FM s'han emprat molts qüestionaris de qualitat de vida⁸, però un dels més acceptats i validats en el nostre medi és el Qüestionari d'Impacte de la Fibromiàlgia (Fibromyalgia Impact Questionary (FIQ))^{9,10,11,12}. (vegeu l'annex 4).

La SFC també s'ha de diagnosticar a l'atenció primària. Per diagnosticar-la s'han fet servir els criteris diagnòstics de Fukuda¹³ (vegeu l'annex 2). La SFC s'ha de diferenciar d'altres patologies que cursen amb cansament (vegeu l'annex 3) i cal fer-ne sempre una valoració psiquiàtrica¹⁴ per tal de descartar la presència d'una depressió major o de trastorns d'ansietat. Un dels instruments validats més útils en APS és la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (vegeu l'annex 5), que també permet fer diagnòstics psiquiàtrics comòrbids al llarg de l'evolució de la malaltia. Cal esmentar, que aproximadament el 70% dels casos de SFC presenta també fibromiàlgia com a comorbiditat associada.

L'actuació de l'APS és fonamental per al seguiment i el tractament de les malalties i dels símptomes associats, que són freqüents en aquests pacients. Per mesurar l'impacte sobre la qualitat de vida de la SFC, és útil emprar qüestionaris genèrics de qualitat de vida com l'SF-12 i SF-36¹⁵ o l'EuroQol¹⁶. A hores d'ara, les escales per mesurar la fatiga es troben en fase de validació.

3.2 Pla de tractament i seguiment de FM

Les pautes terapèutiques que s'exposen a continuació tenen una sòlida evidència científica^{17,8,18} i per tant són recomanables per a la xarxa d'APS. Al final d'aquest document s'exposen també altres intervencions terapèutiques i el grau d'evidència (vegeu l'annex 6).

El tractament de la FM a l'APS consistirà en els apartats següents:

Identificació dels problemes i les opcions potencials de tractament (llista de problemes, gravetat i urgència del tractament) per discutir-los amb el pacient. Els objectius de l'entrevista són:

- a. Crear un clima de confiança metge/infermera – pacient.
- b. Explicar conceptes sobre la malaltia i explorar les seves creences.
- c. Avaluar la comprensió del o de la pacient.
- d. Descriure les opcions de tractament, riscos i beneficis.
- e. Descriure el pronòstic.
- f. Col·laborar amb el pacient per determinar les seves preferències:
 - Determinar els objectius del o de la pacient.
 - Determinar el nivell d'acord del o de la pacient amb els possibles tractaments.
 - Determinar motivació i possibles barreres.
 - Obtenir el consentiment per un pla de tractament.
 - Identificar el grau de repercussió de la malaltia sobre l'entorn familiar i social.

Potenciació de l'autocura mitjançant programes d'educació. Hi ha una evidència sòlida que demostra que un programa d'educació intensiva per al o a la pacient és un tractament efectiu en la FM i que es manté de 3 a 12 mesos. Habitualment aquests programes s'apliquen combinats amb l'exercici físic i les tècniques de relaxació. La millora després d'aquest procés afecta un símptoma o més d'un com són ara: el dolor, el son, la funcionalitat, el malestar psicològic i la qualitat de vida²⁰. En determinats casos convé explicar-ne a la família les característiques de la malaltia i l'afectació que comporta sobre la vida quotidiana.

Tractament dels problemes del son. Millorar la higiene del son mitjançant normes d'educació sanitària²⁰. En cas d'una afectació més severa es pot administrar medicació: zolpidem (10 mg/dia).

Exercici físic gradual. Les recomanacions sobre exercici físic es poden fer des de l'APS. El programa d'exercici físic per a la majoria de casos no ha de ser gaire específic, i la seva indicació i seguiment es pot portar a terme de forma protocol·litzada als centres d'atenció primària per part del personal d'infermeria amb coneixements específics d'aquestes patologies. Hi ha una evidència sòlida sobre la seva eficàcia en la FM²¹. El tractament ha de ser individualitzat i adaptat al o a la pacient, cal prioritzar el tractament del dolor, la disfunció muscular i la impotència

funcional secundària al dolor. És fonamental la participació activa del o de la pacient. L'exercici aeròbic té una eficàcia provada (vegeu l'annex 6) com a tractament aïllat i, com a formant part d'una atenció multidisciplinària que impliqui també educació, promoció d'estils de vida saludables i teràpia cognitivoconductual. L'exercici ha d'estar supervisat en els casos d'afecció moderada o greu.

Abordatge psicològic. La majoria dels pacients poden beneficiar-se de teràpia cognitivoconductual que es pot fer des de l'APS amb un **programa específic de suport facilitat des del centre de salut mental (CSMA)**, ja que cal una formació específica. L'evidència de la seva eficàcia, que persisteix durant mesos, és sòlida²¹. Els professionals de l'APS poden fer les pautes psicoterapèutiques genèriques i les tècniques de relaxació muscular, ja que no requereixen especialització, encara que sí una formació bàsica adequada.

Tractament farmacològic. El desconeixement sobre l'etiologia de la FM impossibilita, en aquests moments, disposar d'un tractament farmacològic dels símptomes (dolor, fatiga, alteració del son i altres) totalment efectiu. S'han provat múltiples fàrmacs encara que només una minoria han demostrat tenir una certa efectivitat:

Es disposa d'evidència sòlida sobre l'eficàcia dels fàrmacs següents:

- Amitriptilina (25mg/d -50 mg/d abans d'anar a dormir).
- Ciclobenzaprina (10mg/d -30 mg/d abans d'anar a dormir).

Hi ha una evidència moderada sobre l'eficàcia dels fàrmacs següents:

- Tramadol (200mg/d -300 mg/d)
- Inhibidors selectius de la recaptació de serotonina: fluoxetina a dosis de 20mg/d -80 mg/d (pot ser utilitzada amb tricíclics abans d'anar a dormir).

3.3 Pla de tractament i seguiment de la SFC

El tractament és simptomàtic ja que no se'n coneix l'etiologia. Els objectius bàsics del tractament van encaminats a disminuir la fatiga i el dolor i a millorar els nivells d'activitat, adaptació i de qualitat de vida dels pacients. A continuació s'exposen les recomanacions que tenen una evidència forta^{21,22}. Al final del document trobareu les altres recomanacions i la seva evidència (vegeu l'annex 7).

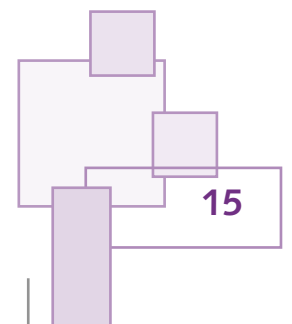
Les mesures generals de tractament com la recomanació de fer exercici físic i seguir un tractament farmacològic es poden donar des de l'APS^{23,24,25}.

El tractament de la SFC consistirà en:

Identificació dels problemes i les opcions potencials de tractament (llista de problemes, gravetat i urgència del tractament) per discutir-los amb el pacient. Els objectius de l'entrevista són:

- a. Crear un clima de confiança metge/infermera – pacient.
- b. Explicar conceptes sobre la malaltia i explorar les seves creences.
- c. Avaluar la comprensió del o de la pacient.
- d. Descriure les opcions de tractament, riscos i beneficis.
- e. Descriure el pronòstic.
- f. Col·laborar amb el pacient per determinar les seves preferències:
 - Determinar els objectius del o de la pacient.
 - Determinar el nivell d'acord del o de la pacient amb els possibles tractaments.
 - Determinar motivació i possibles barreres.
 - Obtenir el consentiment per un pla de tractament.
 - Identificar el grau de repercussió de la malaltia sobre l'entorn familiar i social.

Exercici físic gradual. Hi ha una evidència sòlida sobre la seva eficàcia en la SFC²⁷. El programa d'exercici físic per a la majoria de casos no ha de ser gaire específic, i la seva indicació i seguiment es pot portar a terme de forma protocol·litzada als centres d'atenció primària per part del personal d'infermeria amb coneixements específics d'aquestes patologies²⁷. El tractament ha de ser individualitzat i adaptat al o a la pacient, i a la fase evolutiva de la malaltia. L'exercici no ha de ser extenuant perquè això pot empitjorar-ne la simptomatologia. L'exercici aeròbic té una eficàcia provada (vegeu l'annex 7) com a tractament aïllat, i com formant part d'una atenció multidisciplinària que impliqui també educació, promoció d'estils de vida saludables i teràpia cognitivoconductual.



Teràpia cognitivoconductual (TCC). La majoria de pacients poden beneficiar-se de pautes psicoterapèutiques aplicades inicialment des de l'APS, per a les quals es requereix una formació bàsica específica. En el cas de l'aplicació d'aquestes pautes psicoterapèutiques cognitivoconductuals, l'abordatge és individualitzat i pretén reduir els nivells de discapacitat i símptomes associats amb la SFC, i millorar l'adaptació i la qualitat de vida. Aquest tractament és efectiu en diferents graus per al 70%^{26,28} dels i de les pacients, principalment per a les persones que presenten una afectació moderada.

L'aplicació d'un programa de **psicoteràpia cognitivoconductual** a l'APS, tanmateix requerirà el suport especialitzat del CSMA²⁹. Només els casos resistents al tractament o a l'abordatge inicial i els que presenten comorbiditats psiquiàtriques greus requeriran la interconsulta amb la xarxa especialitzada de salut mental.

Tractament dels problemes del son. Millorar la higiene del son mitjançant normes d'educació sanitària. En cas d'afectació més severa es pot administrar medicació: zolpidem (10 mg/dia).

Tractament farmacològic. Els fàrmacs sobre els que hi ha una evidència són els antidepressius. No s'han d'administrar de forma sistemàtica. Els antidepressius són útils en els quadres depressius associats a la SFC, en l'insomni i en el tractament de les miàlgies. No hi ha un grup amb millor eficàcia. Normalment s'administra l'amitriptilina o els inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (ISRS). Els ansiolítics es poden administrar de forma transitòria per a l'insomni i l'ansietat, però a dosis baixes ja que dosis altes poden empitjorar la debilitat muscular associada amb la SFC. Els AINE milloren les miàlgies i les cefalees, però no la fatiga.

En el procés d'atenció als malalts i a les malaltes, si es donen casos d'elevada complexitat o gravetat, el metge o la metgessa de família pot demanar la col·laboració i actuació dels especialistes adequats perquè l'assessorin respecte dels possibles dubtes diagnòstics o terapèutics. En qualsevol cas, el malalt o la malalta que ha estat enviat a un especialista, ha de retornar a l'APS perquè se li garanteixi la continuïtat de l'atenció i el seguiment longitudinal de la malaltia.

3.4 Rol dels professionals

Rol del metge o la metgessa de família

El metge o la metgessa de família és el responsable de la gestió de tot el procés d'atenció a la població que pateix FM i SFC. La gestió que inclou des del diagnòstic precoç fins al seguiment longitudinal del pacient o de la pacient en les diferents fases evolutives de la seva malaltia.

La seva actuació se centra a:

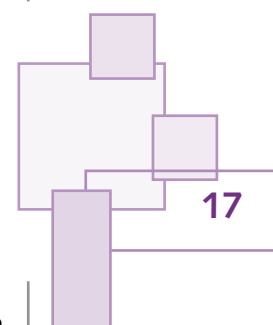
- Valorar els problemes relacionats amb els símptomes comuns com el dolor, el cansament, la mobilitat i l'alteració del patró del son.
- Establir el diagnòstic i grau d'afectació de la FM o la SFC.
- Valorar la presència d'una psicopatologia associada com depressió o ansietat.
- Diagnosticar les possibles comorbiditats existents.
- Demanar el suport de la xarxa d'atenció especialitzada en cas de dubtes diagnòstics o terapèutics.
- Informar amb claredat, objectivitat i d'acord amb el coneixement científic disponible tant al o a la pacient com a la seva família, sobre la malaltia i la seva evolució.
- Planificar el tractament d'acord amb el grau d'afectació del o de la pacient, i fer-ne el seguiment tant del farmacològic com del no farmacològic.
- Treballar de forma coordinada amb els altres professionals de l'APS.

Rol del professional d'infermeria

El professional d'infermeria, per la seva proximitat, accessibilitat i atenció integral a la població, té una actuació molt important en la detecció precoç de la malaltia, el seguiment del tractament i el consell educatiu³⁰.

La seva funció se centra a:

- Valorar els problemes relacionats amb el dolor, el cansament, la mobilitat, l'alteració del patró del son, l'ansietat o la depressió així com la vivència personal del malalt o de la malalta davant aquestes situacions.



- Informar, posteriorment a la valoració dels problemes, de les diferents intervencions no farmacològiques que es poden fer.
- Derivar el malalt o la malalta al metge de família perquè estableixi un diagnòstic.
- Fer educació sanitària de la malaltia que pot ser individual o de grup.
- Promoure conductes generadores de salut i valorar els efectes nocius de determinats hàbits i conductes a fi de donar elements per modificar-los.
- Fomentar mecanismes corporals per generar postures físiques correctes, instruint la persona sobre la necessitat d'evitar postures físiques generadores de tensió.
- Orientar sobre activitats i pautes d'exercici físic adequat a l'estat del o de la pacient.
- Controlar el malalt crònic i fer-ne el seguiment.

Rol del treballador/a social

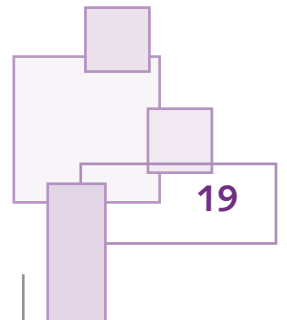
L'abordatge de la fibromiàlgia i la síndrome de la fatiga crònica, requereix una intervenció de professionals interdisciplinària per poder encarar les diverses situacions que poden presentar-se. El treballador/a social ha d'ajudar les persones a desenvolupar les seves capacitats de manera que això els permeti resoldre els problemes de la vida quotidiana. Dins el marc d'una unitat, equip o servei el treballador/a social ha de donar suport al o a la pacient, a la família, i a l'equip d'atenció primària.

La funció del treballador/a social respecte de l'atenció individual ha d'anar dirigit a:

- Conèixer de manera directa el o la pacient.
- Identificar les seves necessitats.
- Facilitar l'expressió de sentiments.
- Analitzar i valorar la situació personal.
- Donar suport emocional, reforç i potenciar l'autoestima.
- Informar i orientar sobre diversos aspectes que ajudin a la millora de la qualitat de vida (activitats culturals, de lleure, esportives, etc.).
- Informar sobre l'existència de les diverses associacions de FM i SFC.
- Facilitar recursos i tramitacions (laboral social, jurídic etc.).
- Donar suport a aquells aspectes d'educació sanitària que hagin pautat el metge o la metgessa de família i el professional d'infermeria.

Pel que fa a l'atenció a les famílies el rol del treballador/a social ha d'anar dirigit a:

- Donar suport a les seves necessitats.
- Facilitar el diàleg intrafamiliar.
- Donar informació i orientació sobre els diferents aspectes que puguin facilitar la relació i convivència amb persones afectades per aquestes malalties.
- Donar suport als aspectes d'educació sanitària que hagin pautat el metge o la metgessa de família i el professional d'infermeria.



4. Organització de l'atenció especialitzada i dels dispositius comunitaris de suport

L'equip d'APS pot emprar, segons les necessitats dels i de les pacients, els recursos d'atenció especialitzada més propers i els dispositius disponibles a la comunitat.

4.1 Interconsulta i coordinació amb la xarxa especialitzada de salut mental

La implicació de la xarxa especialitzada de salut mental es produeix a causa de la presència de símptomes psiquiàtrics que formen part de la malaltia, com a elements de comorbiditat o trastorns d'adaptació secundària a la limitació funcional que la malaltia imposa.

Criteris d'interconsulta:

1. Diagnòstic diferencial o comorbiditat amb una patologia psiquiàtrica. Es sol·licitarà la interconsulta pel que fa als casos de diagnòstic dubtós:
 - a. Depressió major
 - b. Trastorns d'ansietat
 - c. Trastorns de personalitat
 - d. Trastorns somatoformes.
2. Tractament de depressió major resistent a un primer abordatge terapèutic a l'APS, d'acord amb els criteris del protocol de depressió consensuat amb el Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA).
3. Tractament especialitzat dels casos amb comorbiditat psiquiàtrica greu (trastorns de personalitat).
4. Derivació dels casos greus al CSMA o a l'hospital de referència per fer un abordatge cognitivoconductual, d'acord amb els criteris consensuats.

Equip responsable: Centre de salut mental d'adults de l'àmbit territorial de referència del Centre d'Atenció Primària o de l'hospital de referència.

4.2 Interconsulta o derivació als hospitals de referència

Els hospitals de referència han de donar suport a l'APS en el procés diagnòstic i terapèutic quan el metge o la metgessa de família el demana, ja que l'avaluació diagnòstica, el tractament i el seguiment longitudinal d'aquestes patologies recau fonamentalment en els equips d'APS.

Criteris d'interconsulta

- 1.- Dubtes diagnòstics pel que fa:
 - a la presència de comorbiditats que empitjoren el pronòstic
 - als pacients diagnosticats de FM o SFC però amb dubtes de diagnòstic sobre altres patologies reumatològiques afegides.
- 2.- Assessoria terapèutica en casos complexos.

Equip responsable

L'hospital ha de planificar com dona resposta a aquestes sol·licituds, i organitzar un equip multidisciplinari per atendre les persones afectades d'aquestes patologies. Segons les característiques de cada centre, i sota la direcció de qui l'organització consideri oportú (preferentment el servei de medicina interna o reumatologia), ha d'haver-hi una **figura gestora de casos**, preferentment una infermera.

Aquest professional :

- ha de ser el primer punt d'accés a l'hospital dels malalts derivats des de l'APS; ha de valorar, inicialment, les necessitats concretes del o de la pacient; ha d'orientar el seu itinerari entre les diverses especialitats integrades a la unitat funcional hospitalària, per garantir-li una atenció coordinada, evitar una fragmentació de l'atenció i esperes innecessàries.
- ha de verificar que la interconsulta sobre un cas compti amb una resposta coordinada de tots els professionals implicats dins l'hospital .
- ha de ser l'interlocutor amb l'APS, per tal d'assegurar-ne la continuïtat assistencial i garantir el retorn dels pacients al metge de família que hagi fet la interconsulta el més aviat possible.

Les especialitats implicades de l'hospital són:

- Reumatologia
- Medicina interna
- Psiquiatria
- Psicologia clínica amb orientació cognitivoconductual
- Infermeria
- Rehabilitació
- Treball social

També hi poden col·laborar les unitats del dolor si l'hospital en té, encara que no de forma obligada ja que no són recursos presents a tots els centres hospitalaris.

Si l'hospital no disposa d'algun dels professionals esmentats s'ha d'organitzar, coordinadament, amb els recursos territorials disponibles per facilitar el servei. Si té un circuit d'atenció especialitzada de suport a l'APS que facilita les consultories descentralitzades, cal seguir el mateix procediment.

Objectius

1. Organitzar un programa específic d'atenció als malalts, que incorpori professionals de diferents disciplines, amb un responsable clínic i una persona encarregada de la gestió de casos.
2. Coordinar-se amb l'atenció primària per tenir circuits específics per als pacients en tots els supòsits esmentats.
3. Valorar el o la pacient i emetre un informe clínic que aclareixi els dubtes diagnòstics o terapèutics que els professionals de medicina de família plantegen.
4. Facilitar dades dels resultats del programa d'atenció per poder identificar les intervencions amb millor relació cost-efectivitat.
5. Coordinar-se amb les Unitats especialitzades en FM i SFC per mantenir els protocols diagnòstics i de tractament basats en el coneixement que es té, i per acordar el circuit específic d'interconsulta amb les mateixes.
6. Col·laborar amb la formació continuada dels professionals de la seva àrea d'influència.

4.3 Interconsulta i coordinació amb la xarxa especialitzada de rehabilitació

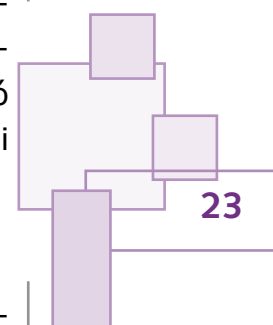
Només en els casos més greus o refractaris al tractament iniciat a l'APS s'hauria de consultar els especialistes en rehabilitació de les unitats funcionals hospitalàries. El circuit que cal seguir és el següent: una vegada el metge o la metgessa de família ha diagnosticat el pacient, sol·licita la interconsulta al servei de rehabilitació d'atenció primària - si és que n'hi ha -, i si no al de l'hospital de referència. El programa d'exercici físic es dissenyarà per al pacient i s'iniciarà al mateix centre de rehabilitació en què s'ha prescrit. Després de comprovar la idoneïtat del programa, per al pacient, aquest l'ha de seguir al seu centre d'atenció primària amb el control de la infermera encarregada del programa de seguiment d'exercici físic.

4.4 Infermeria de la xarxa d'atenció especialitzada

Si en l'àmbit de referència de l'equip d'atenció primària (EAP) es disposa de diplomats en infermeria assignats a les activitats d'atenció ambulatoria especialitzada de suport a l'APS, aquest professional pot desenvolupar també, en coordinació amb l'infermera de l'equip d'atenció primària, activitats d'educació sanitària, monitorar grups de pacients i promoure la relació d'aquests amb els grups d'autoajuda.

4.5 Utilització de recursos comunitaris

Des de l'APS es poden establir mecanismes de col·laboració amb entitats associatives i d'autoajuda, equipaments esportius i altres serveis municipals, per promoure pautes d'activitat física gradual i de suport als pacients, dins el marc de les activitats de promoció de la salut i preventives potenciades per l'Agència de Salut Pública en el territori.



5. Unitats Especialitzades (UE) en FM i SFC

Les Unitats Especialitzades (UE) en FM i SFC són unitats ubicades en alguns hospitals altament especialitzats que assessoren els professionals dels hospitals bàsics o de referència amb relació als pacients que, per la seva complexitat, gravetat o escassa resposta als tractaments indicats requereixen una supervisió quant al tractament. També actuen com a centres difusors de coneixement amb relació a l'atenció a aquests problemes de salut promovent activitats de recerca en aquest camp.

Objectius de les UE

- Avaluar i assessorar multidisciplinàriament el tractament dels malalts amb FM amb situació de síndrome de dolor crònic discapacitant i manca de resposta als tractaments.
- Avaluar i assessorar multidisciplinàriament el tractament dels malalts amb la SFC amb greu afectació i manca de resposta als tractaments.
- Elaborar un informe que inclogui un Programa protocol·litzat de tractament multidisciplinari amb l'objectiu d'assolir la recuperació funcional per poder desenvolupar les activitats habituals de la vida.
- Donar suport científic i de formació mèdica continuada a l'atenció primària, als hospitals bàsics i a les associacions o fundacions de malalts que ho demanin.
- Coordinar-se amb els hospitals de referència per agilitar les interconsultes i establir unes pautes diagnòstiques i terapèutiques consensuades.
- Desenvolupar projectes de recerca amb relació a la FM i SFC i els condicionants físics, psicològics i socials que influeixen sobre la percepció de dolor i fatiga, i repercuteixen sobre la qualitat de vida.

Criteris d'interconsulta amb les UE en FM i SFC

La interconsulta es pot fer en els casos que l'hospital de referència detecta una mala resposta als tractaments i considera necessària una supervisió i un assessorament en el tractament davant els casos de difícil control.

Els criteris d'interconsulta són:

1. Tenir un diagnòstic de FM o SFC. El pacient ha d'arribar a la UE amb una avaluació diagnòstica completa i ha d'haver iniciat un tractament.
2. Presentar un grau de patiment i discapacitat molt significatiu amb escassa resposta als procediments terapèutics indicats.
3. Consumir excessivament fàrmacs, especialment combinacions d'antidepressius, ansiolítics i analgèsics opioides.

Organització de les UE en FM i SFC

Les UE de FM i SFC són unitats funcionals coordinades per un **professional clínic especialista en medicina interna o en reumatologia**. Tenint en compte les diferents necessitats assistencials dels i de les pacients amb comorbiditats es crearà la figura del professional **gestor de casos**, preferentment un professional diplomad en infermeria expert en el maneig d'aquests problemes. Aquesta figura serà el primer nivell d'accés dels malalts i malaltes derivats des de l'hospital de referència, farà una valoració inicial de les necessitats concretes del pacient i orientarà el seu itinerari entre les diverses especialitats per evitar fragmentacions i demores en l'atenció.

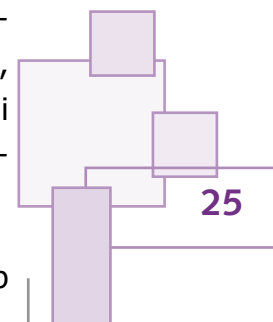
Aquestes unitats funcionals cal que estiguin integrades per un equip multidisciplinari de professionals dels àmbits de la:

- Reumatologia
- Medicina Interna
- Psiquiatria
- Rehabilitació
- Psicologia clínica amb orientació cognitivoconductual
- Infermeria
- Treball social.

També hi poden col·laborar les unitats del dolor, si l'hospital en té, encara que no de forma obligada ja que no són recursos presents a tots els centres hospitalaris.

El professional gestor de casos:

- Assegurarà que els pacients siguin atesos en un període de temps no gaire llarg, fixant un temps màxim de resposta per interconsultes urgents.



- Vetllarà per facilitar les interconsultes des dels hospitals de referència mitjançant els medis que calguin: correu electrònic, fax, telèfon i pàgina web, que evitin desplaçaments innecessaris als pacients.
- Verificarà que la interconsulta sobre un cas té una resposta coordinada de tots els professionals implicats dins l'hospital.
- Garantirà el retorn dels pacients al més aviat possible, a la unitat hospitalària de referència que ha fet la interconsulta.

6. Vincles amb les associacions de persones afectades de FM i SFC, grups d'ajuda mútua i fundacions

A la nostra societat, cada vegada més la ciutadania es caracteritza perquè està ben informada sobre les possibilitats i els límits de les intervencions preventives, diagnòstiques, terapèutiques i rehabilitadores, i perquè té una major capacitat de participació en les decisions individuals i col·lectives relacionades amb el sistema de salut i les seves actuacions.

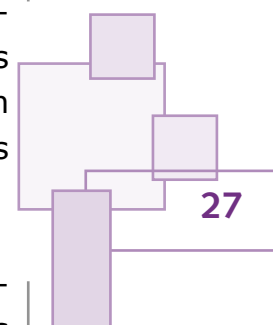
El sistema sanitari ha d'oferir a la població, amb equitat i eficiència, uns serveis sanitaris de qualitat per respondre a les necessitats derivades dels canvis demogràfics i epidemiològics, de les innovacions científiques i tecnològiques i de les expectatives de la ciutadania, en un escenari en constant evolució, amb necessitats creixents i recursos limitats.

Les actituds i opinions de la ciutadania envers la pròpia salut i el sistema sanitari estan evolucionant i és molt important que les associacions de malalts, grups d'ajuda mútua i fundacions es converteixin en un recurs per promoure la salut, en general, i el benestar social de les persones afectades en particular.

Així doncs, podem dir que les associacions, grups d'ajuda mútua i fundacions relacionats amb la FM i la SFC (vegeu l'annex 8), són un recurs social en què les persones afectades obtenen suport i serveis materials o emocionals amb la finalitat d'alleugerir-ne l'impacte que sobre la qualitat de vida dels malalts, familiars o cuidadors tenen aquestes malalties.

Aquests grups poden contribuir a:

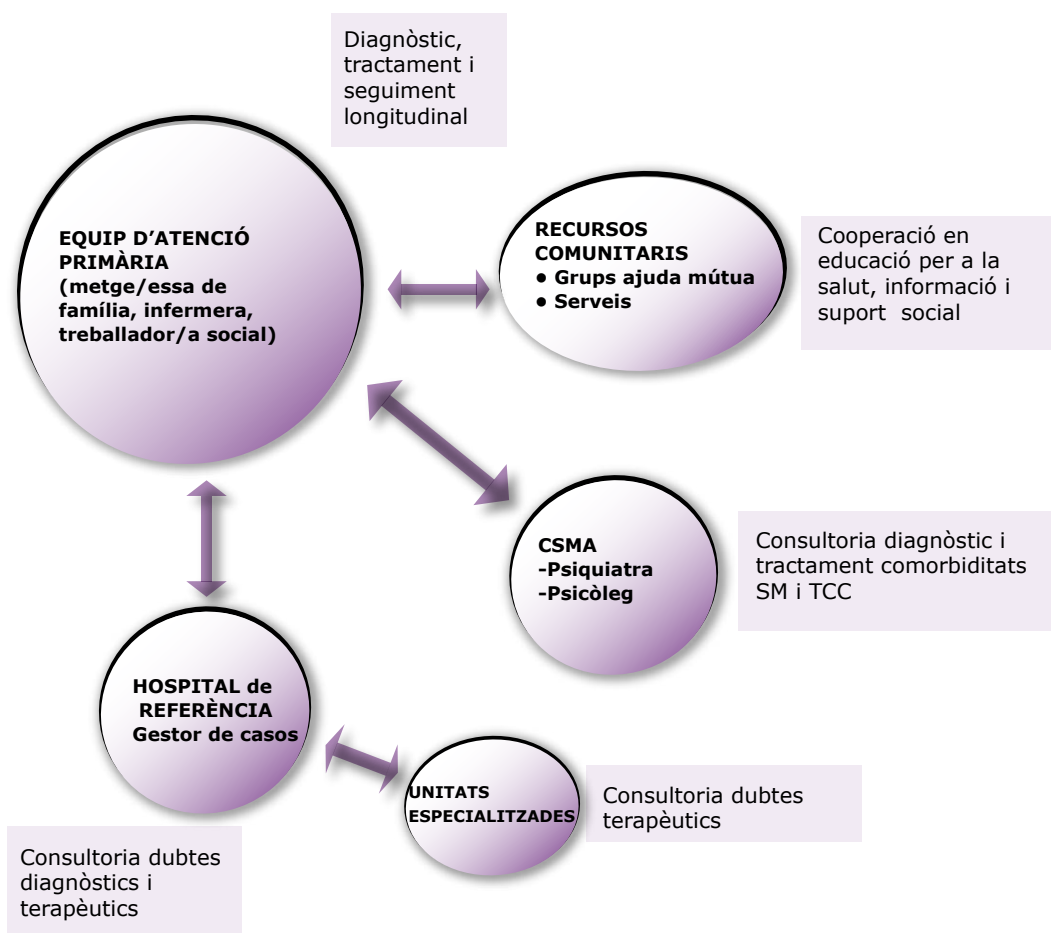
- Promoure l'educació sanitària i afavorir la incorporació d'hàbits i estils de vida saludables entre les persones afectades de FM i SFC, que els poden resultar beneficiosos,
- Cooperar amb el Departament de Salut i amb els mitjans de comunicació perquè la informació relacionada amb aquestes malalties accomplixi criteris de qualitat i rigor científic,
- Millorar la relació entre els professionals i els pacients pel que fa a la comunicació, la informació i el tracte, i avançar en el respecte a les decisions del i de la pacient sobre la salut i el propi cos, la



protecció a la intimitat i el suport psicològic als pacients i familiars,

- Facilitar informació als malalts i familiars sobre el nou model d'atenció que s'implantarà en els propers anys i assessorar-los quant a la utilització apropiada dels circuits assistencials definits per millorar l'accessibilitat als serveis sanitaris.

7. Circuits assistencials bàsics per a l'atenció a les persones amb FM i SFC i relacions amb els dispositius comunitaris



Annex 1. CRITERIS DIAGNÒSTICS DE LA FIBROMIÀLGIA (ACR 1990)

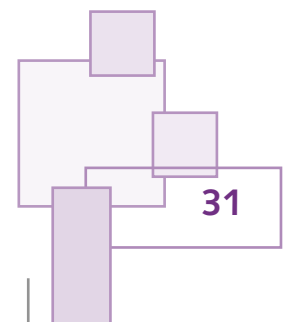
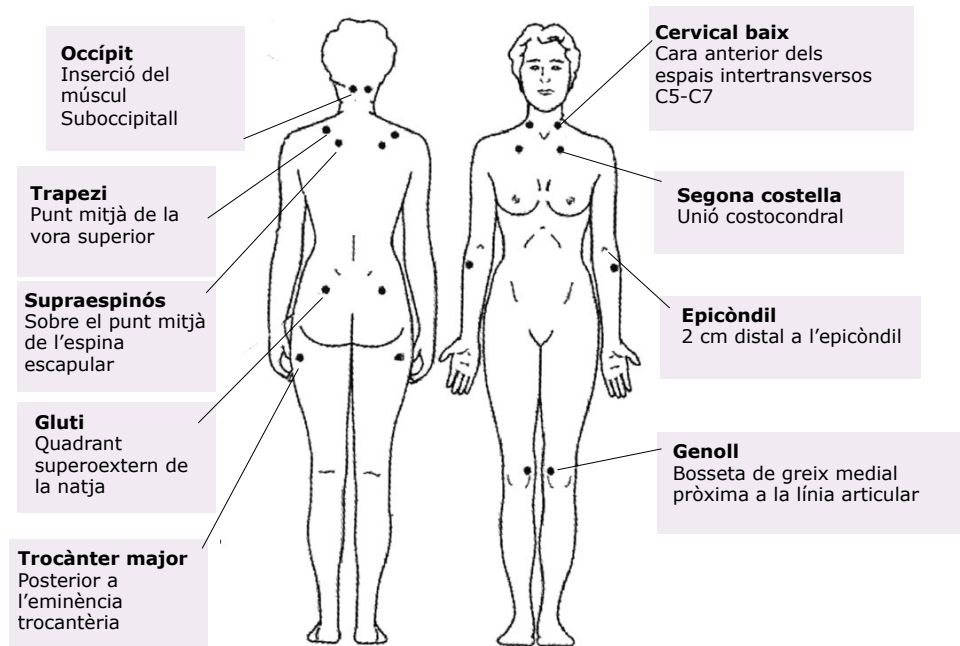
Presència dels dos criteris següents:

1. Història de dolor crònic generalitzat de més de 3 mesos de durada que afecta com a mínim, tres dels quatre quadrants del cos (hemicòs dret i esquerre per sobre i sota de la cintura). A més, s'ha de referir dolor a l'esquelet axial (columna cervical, dorsal, lumbar, i paret toràcica anterior).
2. Dolor en la pressió d' 11 dels 18 punts elegits (9 punts parells):
 - Insercions occipitals dels músculs suboccipitals
 - Projecció cervical anterior dels espais intertransversals C5-C7
 - Punt mitjà de la vora superior del trapezi
 - Origen del supraespinós
 - Segona unió condrosternal
 - 2cm distalment a l'epicòndil
 - Quadrant superior extern de la natja
 - Cara posterior del trocànter major
 - Coixinet adipós de la cara interna del genoll



30

Per a la palpació digital, cal aplicar una força de 4Kg (l'ungla del dit de l'explorador es torna blanca). L'exploració d'un punt sensible es considera positiva si el pacient refereix que la maniobra li resulta dolorosa.



Aquests criteris tenen una sensibilitat del 88,4% i una especificitat del 81,1%

FONT: (CAMPS L, FAIXEDAS M, FOGUET Q, GELADO MJ, GIRONA MR, RIERA G ET AL. GUIA DIAGNÒSTICA I TERAPÈUTICA DE LA FIBROMIÀLGIA. GENERALITAT DE CATALUNYA, DEPARTAMENT DE SALUT, REGIÓ SANITÀRIA DE GIRONA. GIRONA, 2002. ADAPTAT DE: WOLFE F, SMYTHE HA, YUNUS MB, BENNETT RM, BOMBARDIER C, GOLDENBERG DL ET AL. THE AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY 1990 CRITERIA FOR THE CLASSIFICATION OF FIBROMYALGIA. ARTHRITIS RHEUM. 1990;33:160-72.)

Annex 2. CRITERIS DIAGNÒSTICS DE LA SÍNDROME DE FATIGA CRÒNICA (CRITERIS DE FUKUDA O INTERNACIONALS)

1. Fatiga crònica persistent (6 mesos com a mínim), o intermitent, no explicada, que es presenta de nou o amb un inici definit, i que no és el resultat d'esforços recents; no millora clarament amb el descans, i ocasiona una reducció considerable dels nivells previs d'activitat quotidiana del o de la pacient.
2. Exclusió d'altres malalties potencialment causants de fatiga crònica.

De forma concurrent, han d'estar presents 4 o més signes o símptomes dels que es relacionen a continuació, tots amb una durada de 6 mesos o més, i posteriors a la presentació de la fatiga:

1. Trastorns de concentració o memòria
2. Odinofàgia
3. Adenopaties axilars o cervicals doloroses
4. Miàlgies
5. Poliartràlgies sense signes inflamatoris
6. Cefalea d'inici recent o de característiques diferents del que és habitual
7. Son no reparador
8. Malestar post-esforç de durada superior a 24 h.

FUKUDA K, STRAUSS SE, HICKIE I, SHARPRE MC, DOBBINS JG, KOMAROFF A. THE CHRONIC FATIGUE SYNDROME: A COMPREHENSIVE APPROACH TO ITS DEFINITION AND STUDY. INTERNATIONAL CHRONIC FATIGUE SYNDROME STUDY GROUP. ANN INTERN MED. 1994; 121(12):953-59)

Annex 3. DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL I COMORBIDITATS DE LA FIBROMIÀLGIA I LA SÍNDROME DE FATIGA CRÒNICA

Comorbiditats de la FM i de la SFC

Els pacients amb FM o SFC presenten sovint signes i símptomes d'altres síndromes clíniques:

- Síndrome del colon irritable
- Disfunció temporomandibular
- Cefalea de tensió o migranya
- Disfunció neurovegetativa
- Urgència de micció
- Dolor miofascial localitzat
- Dolor pelvià crònic
- Depressió o trastorns per ansietat
- Trastorns de la personalitat
- Trastorns somatoformes
- Fibromiàlgia o SFC

Diagnòstic diferencial de la FM i de la SFC

Conectivopaties:

- Artritis reumatoide
- Lupus eritematós sistèmic
- Síndrome de Sjögren
- Polimiàlgia reumàtica
- Esclerosi sistèmica
- Vasculitis
- Polimiositis i altres miopaties inflamatòries
- Espondiloartropaties

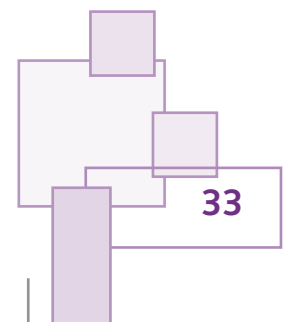
Malalties neuromusculars

- Esclerosi múltiple
- Miastenia
- Malalties mitocondrials
- Malalties degeneratives

Alteracions estructurals del raquis

Neoplàsies

- Mieloma



Trastorns mentals

- Trastorn somatoformes
- Trastorns d'ansietat
- Depressió

Trastorns metabòlics

- Hipotiroïdisme
- Hiperparatiroidisme
- Osteomalàcia
- Malaltia d' Addison
- Osteodistròfia renal
- Anèmia
- Malaltia celíaca

Annex 4. QÜESTIONARI D'IMPACTE DE LA FIBROMIÀLGIA. Adaptació validada en castellà del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ).

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

1. ¿Ha sido usted capaz de

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

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

0 1 2 3 4 5 6 7

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

0 1 2 3 4 5 6 7

En las siguientes preguntas, ponga una cruz en el punto de la línea que mejor indique cómo se sintió en general DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA:

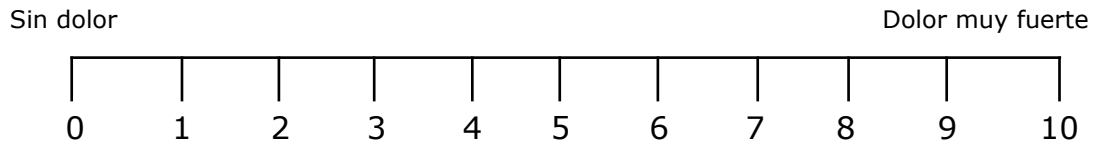
4. En su trabajo habitual, incluido el doméstico, ¿hasta qué punto el dolor y otros síntomas de la fibromialgia dificultaron su capacidad para trabajar?

Sin dificultad

Mucha dificultad

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

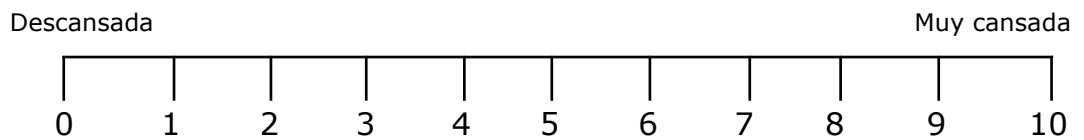
5. ¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?



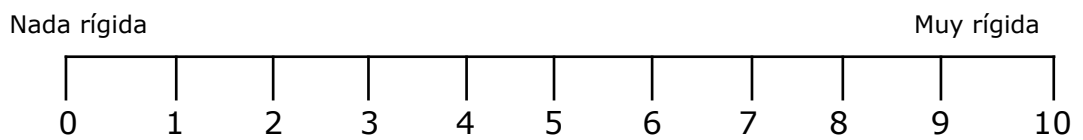
6. ¿Cómo se ha encontrado de cansada?



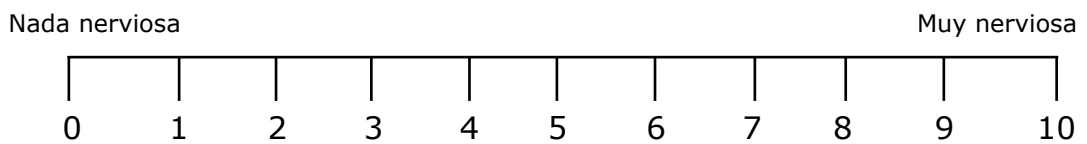
7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?



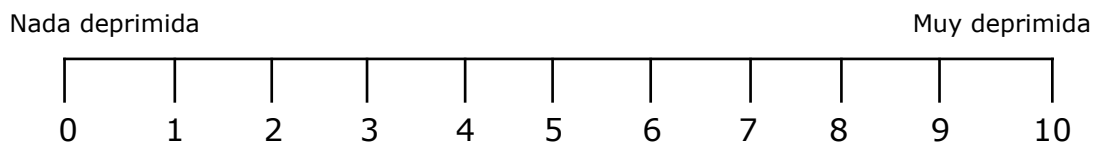
8. ¿Cómo se ha notado de rígida o agarrotada?



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



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



36

Annex 5. M.I.N.I. MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW. (Versió castellana) MÒDULS DIAGNÒSTICS DE DEPRESSIÓ, ANSIETAT I CONSUM DE TÒXICS.

M.I.N.I.
Mini Internacional Neuropsychiatric Interview
Versión en español 5.0.0

DSM-IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière - Paris - FRANCE.

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa - USA.

ESPAÑOL: L.Ferrando, L.Franco-A, M.Soto, J.Bobes, O Soto, L. Franco, J.Gibert
Instituto IAP – Madrid - España

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Este documento no puede ser reproducido o transmitido, ni total, ni parcialmente, en forma alguna, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Los investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas (como universidades, hospitales, organismos gubernamentales) pueden hacer copias simples del M.I.N.I. con el fin de utilizarlo en el marco estricto de sus actividades clínicas y de investigación.

MODULOS	PERIODOS EXPLORADOS	
A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 últimas semanas) + vida entera	
B. DISTIMIA	Actual (2 últimos años)	
C. RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	
E. TRASTORNO POR ANGUSTIA	Actual (último mes) + vida entera	
F. AGORAFOBIA	Actual	
G. FOBIA SOCIAL	Actual (último mes)	
I. ESTADO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	Actual (último mes)	Opcional
J. ALCOHOL (DEPENDENCIA /ABUSO)	Actual (12 últimos meses)	
K. DROGAS (DEPENDENCIA /ABUSO)	Actual (12 últimos meses)	
O. ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (6 últimos meses)	

S'inclouen en aquest document els mòduls que corresponen a les categories diagnòstiques més freqüents o o major associació a la fibromiàlgia i síndrome de fatiga crònica.

INSTRUCCIONES GENERALES

La M.I.N.I. (DSM-IV) es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración (promedio de 18,7 min. \pm 11,6 min.; media de 15 minutos), que explora de manera estructurada los principales trastornos psiquiátricos del Eje y del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). La M.I.N.I. puede ser utilizada por clínicos después de una corta formación. Los entrevistadores no clínicos, deben recibir una formación más intensiva.

• **Entrevista:**

Con el fin de reducir lo más posible la duración de la entrevista, se informa al o a la paciente de que se va a realizar la entrevista clínica de una manera más estructurada de lo habitual, indicándole que se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y que se esperan de él/ ella respuestas de si o no.

• **Presentación :**

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

· Al comienzo de cada módulo (con excepción del modulo « Trastornos psicóticos »), se presentan en un recuadro gris, una o varias pregunta(s) / filtro(s) correspondientes a los criterios principales del trastorno.

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

• **Convenios :**

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

Las frases escritas en « mayúsculas » no deben de leerse al o a la paciente. Son las instrucciones a las que el clínico debe referirse para integrar a lo largo de la entrevista todos los algoritmos diagnósticos.

Las frases escritas en « **negrita** » indican el periodo de tiempo que se explora. Se invita al clínico a que las lea tantas veces como sea necesario en el transcurso de la exploración sintomática y a no tener en cuenta más que los síntomas que hayan estado presentes en este periodo.

Las frases escritas entre (paréntesis) son ejemplos clínicos que describen los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

Cuando los términos están separados por una *barra (/)*, se invita al clínico a considerar el criterio que corresponda al síntoma presentado por el paciente y que ya ha sido explorado anteriormente (por ej. pregunta A3).

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

• **Instrucciones de anotación :**

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

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

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

Si usted tiene preguntas o sugerencias, si desea ser informado de la utilización de la M.I.N.I. o si quiere estar informado de las puestas al día, puede contactar con:

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA
Inserm U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

tel : +33 (0) 1 42 16 16 59
fax : +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

David SHEEHAN
Laura FERRANDO
University of South Florida
Institute for Research in
Psychiatry 3515 East Fletcher Avenue
Tampa, FL USA 33613-4788
USA

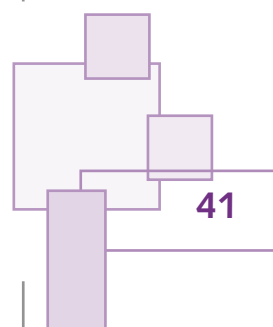
ph : +1 813 974 4544
fax : +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

Laura FERRANDO
Instituto de Investigación
y Asistencia Psiquiátrica
IAP
Velázquez 156, 28002
Madrid
ESPAÑA

Tfn: +91 6544718
Fax: +91 4115432
e-mail: iap@lander.es

A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

A1	En el transcurso de las dos últimas semanas, se ha sentido particularmente triste, decaído(a), la mayor parte del tiempo, a lo largo del día y esto casi todos los días?	NO	SI	1
A2	En el transcurso de las dos últimas semanas, ha tenido, casi todo el tiempo, el sentimiento de no tener ganas de nada, de haber perdido el interés o el placer en cosas que habitualmente le agradaban?	NO	SI	2
	¿ A1 O A2 SE HAN CODIFICADO SI ?	-> NO	SI	
A3	En el transcurso de las dos últimas semanas, cuando se sentía decaído y/o sin interés por la mayor parte de cosas:			
a	¿Se modificó su apetito notablemente, o ganó o perdió peso, sin tener esa intención (variaciones en el último mes de +/- 5 % del peso corporal ó +/- 3'5 Kgr ó +/- 8 libras para una persona de 65 Kgr/120 libras)?	NO	SI	3
	CODIFICAR SI , SI UNA U OTRA SON AFIRMATIVAS			
b	¿Casi todas las noches, tenía problemas de sueño (dificultades para quedarse dormido, despertares nocturnos o precoces, sueño excesivo) ?	NO	SI	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía más lentamente de lo habitual, o por el contrario, se sentía agitado(a) y tenía dificultades para permanecer quieto?	NO	SI	5
d	¿ Casi todos los días, se sentía fatigado(a), sin energía?	NO	SI	6
e	¿ Casi todos los días, se sentía sin valor o culpable?	NO	SI	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SI	8
g	¿Tuvo en varias ocasiones ideas negras como pensar que sería mejor estar muerto(a) o en hacerse daño?	NO	SI	9



A4 ¿HAY AL MENOS **3** RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN **A3** ? (o **4** si **A1** O **A2** SE HAN CODIFICADO NO)

Si el paciente presenta un episodio mayor actual:

NO SI

**EPISODIO
DEPRESIVO
MAYOR
ACTUAL**

A5a ¿En el transcurso de su vida, ha tenido otros periodos, de dos o más semanas en los que se haya sentido decaído(a) o sin interés por la mayor parte de cosas y en los que haya tenido los problemas de los que estamos hablando ?

->
NO SI

b ¿Entre el episodio actual y su último episodio depresivo, ha tenido un intervalo sin depresión de al menos dos meses?

NO SI

¿ **A5b** SE HA CODIFICADO **SI** ?

NO SI

**EPISODIO
DEPRESIVO
MAYOR
PASADO**

42

B. DISTIMIA

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

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

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

B3 **Durante este periodo en el que se ha sentido deprimido la mayor parte del tiempo:**

a ¿Ha cambiado su apetito significativamente? NO SI 22

b ¿Ha tenido dificultades para dormir o excesivo sueño? NO SI 23

c ¿Se ha sentido fatigado o sin energía? NO SI 24

d ¿Ha perdido la confianza en usted mismo? NO SI 25

e ¿Ha tenido dificultades para concentrarse o para tomar decisiones? NO SI 26

f ¿Se ha sentido desesperanzado? NO SI 27

¿HAY AL MENOS 2 RESPUESTAS CODIFICADAS **SI** EN **B3** ?

->
NO SI

B4 ¿Estos síntomas depresivos le causaron un malestar significativo o dificultaron su capacidad laboral, social, o de alguna otra forma importante?

->
NO SI 28

¿**B4** SE HA CODIFICADO **SI** ?

NO SI
DISTIMIA ACTUAL

C. RIESGO DE SUICIDIO

Durante este último mes:

C1 ¿Ha pensado que sería mejor morir o ha deseado estar muerto?

NO SI 1

C2 ¿Ha querido hacerse daño?

NO SI 2

C3 ¿Ha pensado en el suicidio?

NO SI 3

C4 ¿Ha planeado suicidarse?

NO SI 4

C5 ¿Ha intentado suicidarse?

NO SI 5

A lo largo de su vida :

C6 ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?

NO SI 6

¿HAY AL MENOS 1 RESPUESTA CODIFICADA **SI**?

NO SI

Si **SI**, especificar el nivel de riesgo de suicidio como sigue:

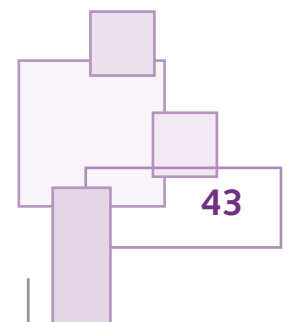
C1 o C2 o C6 = SI : LIGERO

C3 o (C2 + C6) = SI : MODERADO

C4 o C5 o (C3 + C6) = SI : ALTO

RIESGO DE SUICIDIO ACTUAL

Ligero
Moderado
Alto



E. TRASTORNO POR ANGUSTIA

E1 ¿Ha tenido en más de una ocasión crisis o ataques, en los que **súbitamente**, se haya sentido ansioso(a), asustado(a), incomodo(a) o inquieto(a) en situaciones en las que la mayor parte de gente no se sentiría así? ¿Alcanzó su máximo dentro de los primeros 10 minutos? NO SI 1

CODIFICAR SI SOLO SI LOS ATAQUES ALCANZARON SU PAROXISMO EN MENOS DE 10 MINUTOS

E2 Si **E1 = NO**, enmarcar **NO** en **E5**, y pasar directamente a **F1** NO SI 2

¿Alguna vez, estas crisis aparecieron inesperadamente o sucedieron de manera impredecible o espontánea o sin ser provocados?

Si **E2 = NO**, enmarcar **NO** en **E5**, y pasar directamente a **F1**

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

Si **E3 = NO**, enmarcar **NO** en **E5**, y pasar directamente a **F1**

E4 **Durante la peor crisis que puede recordar:**

- | | | | | |
|---|--|----|----|----|
| a | ¿Su corazón latía muy fuerte o más rápido? | NO | SI | 4 |
| b | ¿Tenía las manos sudorosas, o frías y húmedas? | NO | SI | 5 |
| c | ¿Tenía temblores o sacudidas musculares? | NO | SI | 6 |
| d | ¿Tenía dificultades para respirar o la impresión de asfixiarse? | NO | SI | 7 |
| e | ¿Tenía la impresión de ahogarse o de tener un nudo en la garganta? | NO | SI | 8 |
| f | ¿Notaba dolor, presión o una molestia en el pecho? | NO | SI | 9 |
| g | ¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarrea repentina? | NO | SI | 10 |
| h | ¿Se sentía aturdido(a), inestable, mareado(a) o a punto de desvanecerse? | NO | SI | 11 |
| i | ¿Sentía las cosas que le rodeaban extrañas, irreales, desconocidas o lejanas, o se sentía fuera o alejado, de parte o de todo su cuerpo? | NO | SI | 12 |
| j | ¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco? | NO | SI | 13 |
| k | ¿Tenía miedo de morir? | NO | SI | 14 |
| l | ¿Tenía estremecimientos o entumecimientos? | NO | SI | 15 |
| m | ¿Tenía sofocaciones o escalofríos? | NO | SI | 16 |

E5	¿HAY AL MENOS 4 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN E4 ? Si E5 = NO , pasar a E7	NO SI Trastorno por Angustia Vida entera
E6	¿En el transcurso de este mes ha tenido estas crisis en varias ocasiones (al menos 2 veces) seguidas de miedo persistente a tener otra ? Si E6 = SI , pasar à F1	NO SI 17 Trastorno por Angustia Actual
E7	¿HAY 1, 2 o 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN E4 ?	NO SI 18 Ataques Paucisintomáticos vida entera

F. AGORAFOBIA

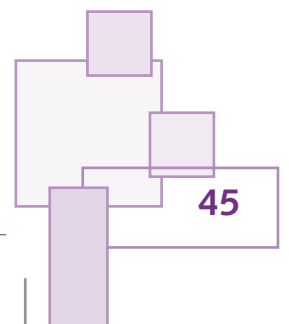
F1	¿Se siente ansioso o particularmente incómodo en lugares o en situaciones de las que es difícil escapar, o donde no sea posible obtener ayuda en caso de sentirse mal, como estar entre una multitud, o solo lejos de su casa o cuando esta solo en casa, o cuando cruza un puente, o viajando en autobús,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

Si **F1** = **NO**, enmarcar no en **F2**

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

¿**F2** (Agorafobia actual) HA CODIFICADO **NO**
y
E6 (Trastorno por Angustia actual) HA CODIFICADO **SI** ?

NO SI
TRASTORNO POR ANGSTIA sin Agorafobia ACTUAL



¿F2 (Agorafobia actual) HA CODIFICADO **SI**

y

E6 (Trastorno por Angustia actual) HA CODIFICADO SI ?

NO SI

**TRASTORNO
POR
ANGUSTIA
con Agorafobia
ACTUAL**

¿F2 (Agorafobia actual) HA CODIFICADO SI

y

E6 (Trastorno por Angustia actual) HA CODIFICADO **NO** ?

NO SI

**AGORAFOBIA
sin anteceden-
tes de
Trastorno por
Angustia
ACTUAL**

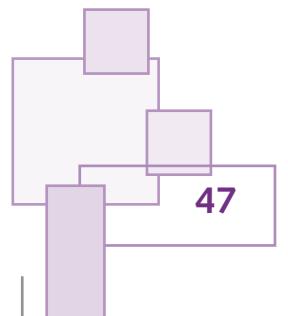
46

G. FOBIA SOCIAL

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

¿G4 HA CODIFICADO SI ?

NO **SI**
FOBIA SOCIAL
ACTUAL



J. DEPENDENCIA Y ABUSO DEL ALCOHOL

J1	¿Durante los últimos 12 meses ha tomado 3 ó más bebidas alcohólicas en menos de 3 horas en 3 o más ocasiones?	-> NO	SI	1
----	---	----------	----	---

J2 Durante los últimos 12 meses:

a	¿Ha necesitado beber más cantidad de alcohol para lograr los mismos efectos que cuando comenzó a beber?	NO	SI	2
---	---	----	----	---

b	¿Cuando ha reducido la cantidad de alcohol, le temblaban las manos, sudaba o se sentía agitado? ¿Ha bebido para evitar estos síntomas o para evitar la resaca ej. temblores, sudor, agitación? CODIFICAR SI , SI ALGUNA ES AFIRMATIVA	NO	SI	3
---	---	----	----	---

c	¿Cuando ha bebido alcohol, ha acabado bebiendo más de lo que en un principio se había planteado?	NO	SI	4
---	--	----	----	---

d	¿Ha tratado de reducir o de dejar de beber alcohol pero ha fallado?	NO	SI	5
---	---	----	----	---

e	¿Los días en los que ha bebido, ha empleado mucho tiempo en obtener alcohol, bebiendo y recuperándose de sus efectos?	NO	SI	6
---	---	----	----	---

f	¿Debido a la bebida, ha empleado menos tiempo, trabajando, disfrutando de sus distracciones, en estar con los demás?	NO	SI	7
---	--	----	----	---

g	¿Ha continuado bebiendo a pesar de saber que la bebida le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SI	8
---	---	----	----	---

¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS **SI** EN **J2** ?

NO **SI**

**DEPENDENCIA
ALCOHOLICA
ACTUAL**

->

¿PRESENTA EL PACIENTE DEPENDENCIA ALCOHOLICA?

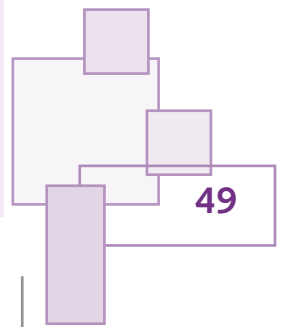
NO SI

J3 Durante los últimos 12 meses:

- | | | | | |
|---|---|----|----|----|
| a | ¿Ha estado intoxicado embriagado o con "resaca", en más de una ocasión cuando tenía otras responsabilidades, estudios, trabajo o en su casa? ¿Esto le ha ocasionado algún problema? | NO | SI | 9 |
| | CODIFICAR SI SOLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS | | | |
| b | ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que tuviese un riesgo físico, ej: conduciendo un coche, navegando, utilizando maquinaria, etc.? | NO | SI | 10 |
| c | ¿Ha tenido algún problema legal por haber bebido ? (ej. arrestos o conductas delictivas) | NO | SI | 11 |
| d | ¿Ha continuado bebiendo aunque esto le haya ocasionado problemas con la familia o en su entorno ? | NO | SI | 12 |

¿HAY AL MENOS **1** RESPUESTA CODIFICADA **SI** EN **J3** ?

NO	SI
ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL	



K. TRASTORNOS LIGADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (NO ALCOHÓLICAS)

- K1 Ahora voy a enseñarle/ leerle (enseñar la carta de sustancias/ leer la lista siguiente), una lista de drogas y de medicamentos y usted me indicara si en el transcurso de los 12 últimos meses, ha tomado en más de una ocasión alguno de estos productos con el propósito de sentirse mejor, cambiar de humor o de animarse
- >
NO SI

ENMARCAR CADA PRODUCTO CONSUMIDO:

Estimulantes : anfetaminas, «speed», Ritalina, píldoras adelgazantes.

Cocaine : cocaína, «coke», crack, «speedball».

Opiáceos : heroína, morfina, opio, metadona, codeína, meperidina, fentanilo.

Alucinógenos : L.S.D., «ácido», mescalina, PCP, «polvo de angel», « hongos », extasis.

Inhalantes : «pegamento», éter.

Cannabinoides : hachis, «hasch», THC, cannabis, «hierba», «shit».

Tranquilizantes : Valium, Tranquimazin, Halción, Lexatin, Orfidal, barbitúricos.

Varios: Anabolizantes, Esteroides. Toma otras sustancias?

ESPECIFICAR LA (O LAS) SUSTANCIA(S) MAS CONSUMIDA(S): _____

ESPECIFICAR LA QUE SE EXPLORA A CONTINUACIÓN:

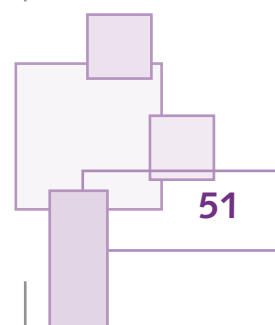
- SI CONSUME VARIAS SUSTANCIAS (AL MISMO TIEMPO O SECUENCIALMENTE) :
 - CADA SUSTANCIA O CLASE DE SUSTANCIAS POR SEPARADO _____
 - ÚNICAMENTE LA SUSTANCIA (O CLASE DE SUSTANCIAS) MAS CONSUMIDA _____
- SI SOLO UNA SUSTANCIA (O CLASE DE SUSTANCIAS) CONSUMIDAS : _____
 - ÚNICAMENTE UNA SUSTANCIA (O CLASE DE SUSTANCIAS) _____

- K2 **Considerando su consumo de [nombre de la sustancia o la clase de sustancias seleccionadas], en el transcurso de los 12 últimos meses:**

- a ¿Ha constatado que necesitaba tomar más cantidad de (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a tomarla?

NO SI 1

- b ¿Cuando reducía o dejaba de tomar drogas tenía síntomas de abstinencia (dolores, temblores, fiebre, desfallecimiento, diarrea, náuseas, sudoración, palpitaciones, dificultades para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)?
¿Utilizaba otras cosas para evitar encontrarse mal (SINTOMAS DE ABSTINENCIA), o para sentirse mejor?
CODIFICAR **SI**, SI ALGUNA AFIRMATIVA NO SI 2
- c ¿Ha comprobado que cuando consumía, (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) terminaba tomando más de lo que era su intención? NO SI 3
- d ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (nombre de la sustancia o la clase de sustancias seleccionadas) pero no lo ha conseguido? NO SI 4
- e ¿Los días que ha tomado (nombre de la sustancia o la clase de sustancias seleccionadas) empleaba mucho tiempo (> de 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en ella(s)? NO SI 5
- f ¿Ha empleado menos tiempo trabajando, disfrutando de sus distracciones, o estando con su familia o amigos por tomar droga? NO SI 6
- g ¿Ha continuado tomando (nombre de la sustancia o la clase de sustancias seleccionadas) a pesar de saber que esto le causa problemas de salud o mentales? NO SI 7



¿HAY AL MENOS **3** RESPUESTAS CODIFICADAS **SI** EN **K2** ?

NO SI

ESPECIFICAR LA (S) SUBSTANCIA(S) :

DEPENDENCIA de sustancia(S) Actual

¿PRESENTA EL PACIENTE DEPENDENCIA DE SUBSTANCIA(S)?

NO SI ->

K3 En el transcurso de los 12 últimos meses:

- a ¿Ha estado intoxicado, « colgado » o con resaca, a causa de (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en el estudio, el trabajo o en su casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? NO SI 8
CODIFICAR **SI**, SI ALGUNA AFIRMATIVA

- b ¿Ha estado intoxicado por (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS), en alguna situación en la que tuviese un riesgo físico (ej: conduciendo un coche, navegando, utilizando maquinaria, etc.)? NO SI 9
- c ¿Ha tenido algún problema legal por usar (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) , ej. arrestos o conductas delictivas? NO SI 10
- d ¿Ha continuado utilizando (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) aunque esto le ocasionara problemas con su familia o con otras personas? NO SI 11
- ¿HAY AL MENOS **1 SI** EN **K3** ?

ESPECIFICAR LA (LAS) SUBSTANCIA(S) :

NO SI
ABUSO DE
SUBSTANCIA(S)
ACTUAL

O. ANSIEDAD GENERALIZADA

	->		
O1 a	¿Durante los 6 últimos meses, ha estado excesivamente preocupado o ansioso por varias cosas del día a día, en el trabajo, en casa, en su círculo más próximo?	NO	SI 1
<p>No CODIFICAR SI SI LA ANSIEDAD SE DEBE A UN TIPO DE ANSIEDAD YA EXPLORADA ANTERIORMENTE, COMO MIEDO A TENER UNA CRISIS DE ANGUSTIA (TRASTORNO POR ANGUSTIA), DE PONERSE EN EVIDENCIA EN PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE CONTAMINARSE (TOC), DE AUMENTAR DE PESO (ANOREXIA NERVIOSA) ETC.</p>			
	->		
	b	¿Estas preocupaciones están presentes la mayoría de días?	NO SI 2
O2	¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o le interfieren para concentrarse en lo que debe de hacer?	NO	SI 3
<p>DE O3A A O3F, CODIFICAR NO SI LOS SINTOMAS SOLO APARECEN EN EL MARCO DE TRASTORNOS EXPLORADOS PRECEDENTEMENTE</p>			
O3	Durante estos 6 últimos meses en los que ha estado ansioso casi cada día :		
a	¿Se ha sentido inquieto, desasosegado o nervioso?	NO	SI 4
b	¿Se ha sentido tenso?	NO	SI 5
c	¿Se ha sentido cansado, débil o se ha agotado fácilmente?	NO	SI 6
d	¿Ha tenido dificultades para concentrarse o su mente se ha quedado en blanco?	NO	SI 7
e	¿Se ha sentido irritable?	NO	SI 8
f	¿Ha tenido dificultades con el sueño (dificultad para dormirse, se despertaba a media noche o demasiado temprano, dormía en exceso)?	NO	SI 9
	¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN O3?	NO	SI

**ANSIEDAD
GENERALIZADA
ACTUAL**

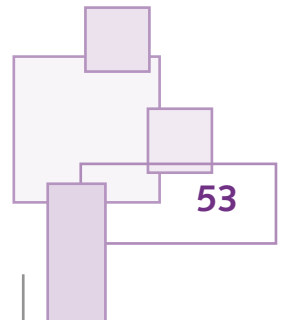
REFERENCIAS

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; 12 : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; 12 : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. In press. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders : procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; 13 : 26-34.



Annex 6. VALORACIÓ DE L'EVIDÈNCIA CIENTÍFICA SOBRE EL TRACTAMENT DE LA FM

L'Agència d'Avaluació de Tecnologies i Recerca Mèdiques (AATRM), ha revisat sistemàticament l'evidència científica existent, fins al mes de setembre de 2005, sobre el tractament farmacològic i no farmacològic de la fibromiàlgia^{8,18}.

Tractament farmacològic

El desconeixement sobre l'etiologia de la FM no permet, a hores d'ara, tenir un tractament farmacològic dels símptomes propis de la malaltia com són: el dolor, la fatiga, l'alteració del son i alguns altres totalment efectiu. S'han provat múltiples fàrmacs encara que només una minoria han demostrat tenir una certa efectivitat:

Dels fàrmacs següents, hi ha una evidència sòlida sobre la seva eficàcia, i per tant són recomanables:

- Amitriptilina (25mg -50 mg/d abans d'anar a dormir).
- Ciclobenzaprina (10mg -30 mg/d abans d'anar a dormir).

Dels fàrmacs següents, hi ha una evidència moderada sobre l'eficàcia de:

- Tramadol (200mg -300 mg/d)
- Inhibidors selectius de la recaptació de serotonina: fluoxetina a dosis de 20mg -80 mg/d (pot ser utilitzada amb tricíclics abans de dormir), i sertralina, sobre la qual només hi ha un estudi no controlat sobre la seva eficàcia.
- Inhibidors de la recaptació dual: la venlafaxina, el milnazipran i la duloxetina.
- Pregabalin (anticonvulsivament de segona generació)

Dels fàrmacs següents, hi ha una evidència feble sobre la seva eficàcia, i per tant no són recomanables:

- Hormona del creixement,
- Serotonina,
- Tropisetron i
- S-adenosil-metionina.

No hi ha evidència sobre l'eficàcia dels fàrmacs següents: opiodes, corticoesteroides, antiinflamatoris no esteroïdals, benzodiazepina i els hipnòtics no benzodiazepínic, melatonina, calcitonina, hormona tiroïdal, guaifenesina, dehidroepiandrosterona, magnesi, toxina botulínica, gamma hidroxibutirat, liti, adenosilmetionina, seleni i complements vitamínics, clormezanona, 5-OH-triptofan, interferon alfa i carisoprodol.

Tractament no farmacològic:

- Tractament rehabilitador i físic (exercici cardiovascular). Hi ha una evidència sòlida sobre la seva eficàcia en la FM. El tractament ha de ser individualitzat i adaptat al o a la pacient. Cal prioritzar el tractament del dolor, la disfunció muscular i la impotència funcional secundària al dolor en què és fonamental la participació activa del o de la pacient. Els pacients sotmesos a exercicis de enfortiment i tonificació, fets en condicions aeròbiques, tenen una millora del dolor i la fatiga superior als pacients controls o als que fan exercicis d'estirament. L'exercici ha d'estar supervisat en els casos d'afecció moderada o greu.
- Teràpia cognitivoconductual (TCC). Aquesta teràpia psicològica provoca una millora que és manté de forma important durant mesos. L'evidència de la seva eficàcia és sòlida.
- Educació al o a la pacient. Hi ha una evidència sòlida que demostra que un programa d'educació intensiva al o a la pacient és un tractament efectiu en la FM que es manté de 3 mesos a 12 mesos. La millora després d'aquest procés (6 i 17 sessions educatives) afecta un símptoma o més d'un com: el dolor, el son, la fatiga i la qualitat de vida.
- Programes educatius. El seu objectiu és enfrontar-se a la malaltia crònica, millorar l'autoeficàcia i les conductes de salut i l'estat de salut. Aquests programes s'han emprat en diferents països de manera variable, oscil·len en sessions d'1 a 2 hores setmanals, durant 6 o 12 setmanes, i s'han treballat interactivament en petits grups de pacients, combinant-los amb sessions d'exercici físic.
- Programes terapèutics multidisciplinaris. El tractament de la FM és més efectiu si s'associen algunes de les modalitats terapèutiques anteriorment citades. La combinació d'exercici, teràpia cognitivoconductual o l'educació i els exercicis té una evidència sòlida sobre la seva eficàcia en la FM.

Hi ha altres tractaments no farmacològics dels quals només hi ha una evidència moderada sobre el seu efecte a la FM: exercicis d'estirament, acupuntura, hipnoteràpia, biofeedback i teràpia en balnearis.

Annex 7. VALORACIÓ DE L'EVIDÈNCIA CIENTÍFICA SOBRE EL TRACTAMENT DE LA SFC

L'Agència d'Avaluació de Tecnologies i Recerca Mèdiques (AATRM), ha revisat sistemàticament l'evidència científica existent, fins al mes de setembre de 2005, sobre el tractament farmacològic i no farmacològic de la síndrome de fatiga crònica^{22,23}.

No hi ha un tractament curatiu o que generi una remissió per un període de temps llarg, per la qual cosa el tractament és simptomàtic. La presència de comorbiditats és habitual i s'ha de tractar.

Tractament del dolor

Dels nombrosos tractaments proposats pocs han estat formalment avaluats. El nivell d'evidència de què es disposa sobre el tractament del dolor és de tipus IV (opinió d'experts). Tots els fàrmacs s'han de començar a dosis baixes, les quals han d'augmentar segons l'evolució.

- AINE o paracetamol
- Amitriptilina
- Gabapentina
- Tramadol

Els antidepressius però, no han de recomanar-se de forma sistemàtica. Són útils en els quadres depressius reactius associats a la SFC, en l'insomni i en la millora simptomàtica de les miàlgies. No s'ha demostrat que hi hagi un grup d'antidepressius de major efectivitat que un altre, encara que se solen emprar els antidepressius tricíclics. Tampoc s'ha definit la durada del tractament

Teràpia cognitivoconductual (TCC)

La teràpia cognitivoconductual (TCC) i el règim d'exercici físic gradual, són en l'actualitat els tractaments més prometedors pels afectats per aquesta síndrome sobre la base de l'eficàcia demostrada en adults amb SFC en règim ambulatori.

La TCC s'està emprant en els pacients amb la SFC des de fa més de 10 anys en diferents països del món. Al principi, l'èxit va ser moderat però la seva efectivitat ha augmentat progressivament. Aquest tractament és efectiu en diferents graus en el 70%²⁶ dels pacients, especialment en les persones afectades moderadament, i perdura en el temps. És important que durant la TCC el pacient no rebi cap valoració mèdica o tractament per a la SFC ja que necessita ser capaç d'atribuir la millora a la seva pròpia conducta o al seu comportament. Es recomana que el

mètode cognitivoconductual s'ajusti individualment a cada persona i, per tant, no és recomanable un protocol de TCC rígid. Els resultats d'un assaig recentment publicat assenyalen que els terapeutes poc experts amb aquesta teràpia conductual també la poden aplicar i, per tant, suggereixen la possibilitat d'incrementar l'accés a la TCC a un nombre major de pacients dels que habitualment poden ser atesos als centres especialitzats. En els casos en què rebin la TCC en règim ambulatori, el temps de tractament oscil·la de 4 a 6 mesos (de 13 a 16 sessions setmanals o bisetmanals, d'aproximadament 1 hora). Es pot preveure la repetició d'un segon grup de sessions o programa de TCC

Exercici físic gradual

La teràpia de l'exercici físic gradual té com a objectiu incrementar la capacitat física, força i resistència, fer reprendre de manera gradual les activitats prèvies evitades i incrementar gradualment però progressiva les activitats aeròbiques com passejar o nedar. Consisteix en l'exercici aeròbic amb un augment progressiu de durada durant 5 dies a la setmana durant 3 mesos. L'exercici físic progressiu controlat ha d'individualitzar-se segons les característiques personals del o de la pacient i les diverses fases evolutives de la malaltia. L'activitat física ha de fer-se de manera regular i en períodes de 30 a 45 minuts. L'exercici no ha de ser extenuant ja que els símptomes poden empitjorar. Una intervenció educativa al o a la pacient i la realització d'exercicis físics no va implicar uns beneficis addicionals en comparació amb la combinació d'aquests exercicis físics i l'explicació habitual. Això indica que per fer viable i efectiva la intervenció amb exercicis no cal que el professional hi dediqui gaire temps.

Altres tractaments

Després de la seva avaluació NO es recomanen:

- Toxoide estafilocòccic
- Corticoides via tòpica nasal
- Corticosteroides sistèmics (hidrocortisona, fludrocortisona)
- Dexanfetamina: és un assaig clínic controlat i aleatoritzat pilot. Els seus resultats justificarien un estudi amb més pacients i amb un seguiment més llarg. De moment, no és recomanable.
- Suplement polinutrient amb diferents vitamines, minerals i coenzims. Oli d'onagra
- Melatonina
- Fototeràpia
- Repòs prolongat
- Immunoteràpia

Annex 8. FUNDACIONS I ASSOCIACIONS DE FIBROMIÀLGIA I SÍNDROME DE FATIGA CRÒNICA MÉS REPRESENTATIVES A CATALUNYA

FF - Fundació d'afectats i afectades de fibromiàlgia i síndrome de fatiga crònica

Av. Diagonal, 365, 4º 1ª
08037 Barcelona
WEB: www.fibromialgia.org
Teléfono: 93-467.22.22

Fundació per a la Fibromiàlgia i la Síndrome de la fatiga crònica

C/ Joan Güell, 184
08028 Barcelona
WEB: www.fundacionfatiga.org
Teléfono: 93-419.08.33

ACSFCEM - Associació catalana de síndrome fatiga crònica i encefalomièlitis miàlgica

C/ Joan Güell, 184
08028 Barcelona
WEB: www.acsfcem.org
Teléfono: 93-419.08.33

LLIGA REUMATOLÒGICA CATALANA

C/ Llibertat, 48, bajos
08012 Barcelona
Teléfono: 93 207.77.78 / Tel. 973 352 913
Fax: 93/459.44.48
E-mail : lalliga@lligareumatologica.org

ACAF- Associació Catalana d'Afectats de Fibromiàlgia

DIRECCIONES EN INTERNET
OFICINA TÉCNICA JUNTA DIRECTIVA
Apartado de correos 154
08700 IGUALADA
Teléfonos: 639.007.013 / 696.946.158
E-mail: acaf_oficina@terra.es; acaf@fibromialgia-cat.org
WEB: www.fibromialgia-cat.org

ASSFAC - Asociación de Síndrome de Fatiga Crónica

Hotel d'Entitats "Can Guardiola"
C/ Cuba, 2
08030 Barcelona
Delegaciones en Manresa (609 726 119), Sabadell (629 547 934) y Solsona.
Teléfono: 696 58 25 26 (atención al público)
e-mail: assfac@assfac.org
WEB: www.assfac.org

AFIBROCAT - Associació per a la Fibromiàlgia de Catalunya

Espai Jove Boca Nord,
C/ Agudells, 37-45
08032 Barcelona
E-Mail: afibrocat@hotmail.com; afibrocat@fibromialgia.org
Teléfono: 620 90 94 33 (de 9:00 a 14:00 horas) / 93 429 29 41

AAFYSFC – Associació d'afectats de Fibromiàlgia i SFC de Sta. Coloma

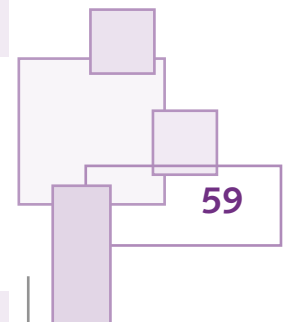
C/. Pompeu i Fabra, 22-24
08922 Sta. Coloma de Gramanet
Teléfono: 93 4662452
Fax 934661317
E-Mail: antoniamares@hotmail.com, vero_carmona@hotmail.com

FIBROBAIX – Associació de Fibromiàlgia del Baix Llobregat

C/ Mallorca, 30
08830 Sant Boi de Llobregat
E-Mail: info@fibrobaix.org
Teléfono: 936542712

FIBROFELS

C/ Frederic Mompou, 8 (Pl. Juan XXIII)
08860 Castelldefels
E-Mail: aroderotsr@yahoo.es
Teléfono: 617 24 00 99



AFFM Sant Valentí - Associació de Sant Valentí de FM i SFC de Martorell

Paseo Cataluña, s/n (Centro Cultural)
08760 Martorell
E-Mail:
Teléfono: 93/ 774. 21. 32 / 655. 611.626

AVAF - Associació Viladecans afectats Fibromiàlgia

Pasaje Sant Ramon, 2
Auditorio Pablo Picasso
08840 - Viladecans
E-Mail: avaf2003@hotmail.com; avaf@fibromialgia.org
Teléfono: 93 659 10 15-93 659 14 56/ 656843797

AFFCB - Associació de Fibromiàlgia i Fatiga Crònica del Berguedà

Pl. Dr Sala, s/n (Hospital Vell, 3r piso)
08600 Berga
E-Mail: fibroberg@terra.es
Teléfono: 93/822. 29.47

AFG - Associació Fibromiàlgia i SFC del Garraf

C/ Comas i Solà, 19, local 1
Apartado de Correos 29
08810 Sant Pere de Ribes
E-Mail: fibromialgiagarraf@hotmail.com
Teléfono: 938963154 - 650376885

AFFAR - Associació de Fibromiàlgia i Síndrome de Fatiga Crònica d' Argentona i Rodalies

C/ Àngel Guimerà, 14
08310 Argentona
E-mail: afar@cajamar.es

AFIMAT - Associació de Fibromiàlgia i Síndrome de Fatiga Crònica de Mataró

C/ Sant Pelegrí, 3, 1º
08301 Mataró
E-Mail: afimatcjimenez@tiscali.es
Teléfono: 637743494
Martes de 18 h a 20 h.

AFITOMAR (Tordera y Maresme)

Pl. Concòrdia (antiguas Galerías Comerciales), s/n
08490 Tordera
E-Mail: prisca1@telefonica.net / afitomar@fibromialgia.org
Teléfono: 93 764 37 17 Ext. 602
Horario de atención
Martes de 17:30 a 19:30
WEB : <http://www.tordera.org/entitats/afitomar>

AFFACC - Associació de Fibromiàlgia i Síndrome de Fatiga Crònica de Cerdanyola

C/ Les Vinyes, 11 A
08290 Cerdanyola del Vallès
Teléfono: 93 691 42 57
WEB: <http://www.affacc.org>
E-mail: info@affacc.org

AFIMIR - Associació de Fibromiàlgia de Montcada i Reixach

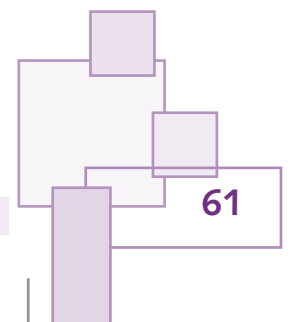
C/ Major, 32. Casa de la Vila
08110 Montcada i Reixac
E-Mail: afimirmontcada@hotmail.com
Teléfono: 93 565 11 22 / 659 41 20 07

AFIMOIC - Associació de Fibromiàlgia de Mollet i Comarca

Casal Joana Barcala
C/ Àngel Guimerà, 15
08150 Mollet del Vallès
E-Mail: afimoic@hotmail.com
Teléfono: 93.570.77.47 - 619061035
(Atención al público; martes, de 17 a 19 h)

AFIFAC.SP - Asociación de afectados/as de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica de Santa Perpètua

Centro Cívico Can Folguera
C/ Pau Picasso, 32
08130 Santa Perpètua de Mogoda
E-Mail: afifac_sp@hotmail.com
Teléfono: 93/ 574.06.81
Horario: lunes de 18 a 20 h



AOAF - Associació d'Osona per als afectats de Fibromiàlgia

C/ Enric Delaris, 52
08560 Manlleu
E-Mail: montseferran@hotmail.com
Teléfono: 93 851 08 48

AGSFC - Associació Gironina de Síndrome de Fatiga Crònica

Centre Cívic St. Narcís
Pl. Assumpció 27
17005 Girona
Horario: martes de 18 a 20 h / miércoles de 10 a 13 h
E-Mail: info@agsfc.org
Teléfono: 658 204 569 (lunes a viernes de 17 a 20 h)

AFIFALL - Associació de Fibromiàlgia i Fatiga Crònica de Lleida i província

Av. Segre, 1
25007 Lleida
E-Mail: afifalleida@terra.es
Teléfono: 619 922 227

ASPID - Asociación de parapléjicos y discapacitados físicos de Lleida

C/ Músic Vivaldi, 27
25003 Lleida
Teléfono: 973 22 89 80
Fax: 973/22.54.68
E-Mail: fibromialgia@aspidleida.com

Lliga d'Afectats Reumatològics i Discapacitats (Tarragona)

Via de l'Imperi Romà, 9-11 bis
Tarragona
E-Mail: lligardm@comt.es
Teléfono: 657 88 78 64

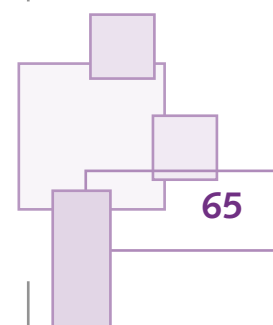
REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- 1 Carmona L, Ballina FJ, Gabriel R, Laffon A, EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis.* 2001;60:1040-5.
- 2 Buchwald D, Umali P, Umali J, Kith P, Pearlman T, Komaroff AL. Chronic fatigue and the chronic fatigue syndrome: prevalence in a Pacific Northwest health care system. *Ann Intern Med.* 1995; 123:81-88
- 3 Lloyd AR, Hickie I, Boughton CR, Spencer O, Wakefield D. Prevalence of chronic fatigue syndrome in an Australian population. *Med J Aust* 1990;153:522-528.
- 4 Ranjith G. Epidemiology of chronic fatigue syndrome. *Occupational Medicine* 2005;55:13-19.
- 5 Fitzcharles MA, Boulos P. Inaccuracy in the diagnosis of fibromyalgia syndrome: analysis of referrals. *Rheumatology* 2003;42:263-267
- 6 Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 1990;33:160-72.
- 7 Camps L, Faixedas M, Foguet Q, Gelado MJ, Girona MR, Riera G et al. Guia diagnòstica i terapèutica de la fibromiàlgia. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Regió Sanitària de Girona. Girona, 2002.
- 8 Collado A, Alijotas J, Benito P, Alegre C, Romera M, Sañudo I, Martín R, Peri JM, Cots JM. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromiàlgia en Cataluña. *Med Clin.* 2002;118:745-9.
- 9 Buckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development and validation. *J Rheumatol.* 1991;18:728-33
- 10 Garcia M de, Marcó M. Protocol d'avaluació psicològica de la fibromiàlgia (2001). Departament de Psicologia, Universitat de Girona. Adaptació de: Burckhardt CS et al. FIQ, (1991)
- 11 Gonzalez- Alvarez B. Validació al castellà del FIQ. Tesi doctoral. Universitat Autònoma de Bellaterra. 1998.
- 12 Rivera J, Gonzalez 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
- 13 Fukuda K, Strauss SE, Hickie I, Sharpre MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. *Ann Intern Med.* 1994; 121(12):953-59.
- 14 Ferrando L, Franco-A L, Soto M, Bobes J, Soto O, Franco L, Gubert J. Instituto IAP . M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0.DSM-IV. Adaptat de: Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP.(Hôpital de la Salpêtrière). Sheehan D, Janavs J, Baker R., Sheehan K.H, Knapp E., Sheehan M. (University of South Florida). Madrid, 1998.
- 15 Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results]

Med Clin . 1995 May 27;104(20):771-6.. Accesible en <http://iryss.imim.es/iryss/BiblioPRO.asp>. Consultada el 15 de Març de 2006.

- ¹⁶ The Euroqol Group. EuroQol. A new facility for the measurement of healthy-related quality of life. *Health Policy* 1990;16:199-208.
- ¹⁷ Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA* 2004;292:2388-2395
- ¹⁸ Alegre de Miquel C, Alejandra-Pereda C, Betina-Nishishinya M, Rivera J. Revisión sistemática de las intervenciones farmacológicas en la fibromialgia. *Med Clin*. 2005;1125 (20):784-7.
- ¹⁹ Bosch Romero E, Sáenz Moya N, Valls Esteve M, Viñolas Valer S. Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. *Atención Primaria*. 2002;30 (1):16-21.
- ²⁰ Consejo Interterritorial del sistema Nacional de Salud. Fibromialgia. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2003.
- ²¹ Servei Català de la Salut. Síndrome de fatiga crònica (SFC). Diagnòstic, avaluació i tractament en atenció primària i serveis de medicina interna hospitalària. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i seguretat Social. Barcelona, abril de 2004.
- ²² M. Dolors Estrada. Síndrome de fatiga crònica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril de 2001.
- ²³ Alijotas J, Alegre J, Fernández-Solà J, Cots JM, Panisell J, Peri JM, Pujol R. Grupo de Trabajo del síndrome de Fatiga Crónica de Catalunya. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome de fatiga crónica en Catalunya. *Med Clin*.2002;118:73-6
- ²⁴ South Australian Department of Human Services. ME/CFS Guidelines. Myalgic encephalopathy (ME)/ Chronic Fatigue Syndrome (CFS). Management Guidelines for General Practitioners. 2004.
- ²⁵ Reid S, Chalder T, Cleare A, Hotopf M, Wessely S. Chronic fatigue syndrome (Search date September 2004). En: *Clinical Evidence* [base de dades en internet]. London (United Kingdom): BMJ Publishing Group Limited; 2005. [data d'accés 1 de junio de 2005]. Disponible a : <http://www.clinicalevidence.com>
- ²⁶ Prins JB, van der Meer JWM, Bleijenberg G. Chronic Fatigue Syndrome. *Lancet* 2006;367:346-55.
- ²⁷ Edmonds M, McGuire H, Price J. Tratamiento con ejercicios para el síndrome de fatiga crónica (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Issue 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a : <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- ²⁸ Price JR, Couper J. Tratamiento cognoscitivo-comportamental para adultos con síndrome de fatiga crónica.(Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus* 2005, nº4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Data d'accés 26 de Gener del 2006.

- ²⁹ Prins JB, Bleijenberg G, Bazelmans E, elving LD, de Boo TM, Severens JL et al. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2001;357:841-47.
- ³⁰ Alegre de Miquel C, Grupo de Trabajo sobre la Fibromialgia. Problemática en el abordaje de la fibromialgia. *Aten Prim* 2004;33(9): 124-125.



NOTES



www.gencat.net/salut

