



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia  
"Dr. Dacio Crespo"

**GRADO EN ENFERMERÍA**  
Curso académico 2015- 2016

**Trabajo Fin de Grado**

**Fibromialgia. Caso Clínico: Valoración y  
Plan de Cuidados Enfermeros**

Alumno: Susana Planas López  
Tutor: D<sup>a</sup> Alicia Rodríguez-Vilariño Pastor

Junio, 2016

# ÍNDICE:

1. RESUMEN.....	3
a. Palabras Clave .....	3
2. ABSTRACT.....	4
a. Keywords.....	4
3. INTRODUCCIÓN.....	5
a. Justificación.....	10
b. Objetivos.....	10
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	11
a. Presentación del caso clínico.....	12
b. Valoración.....	13
c. Problemas priorizados.....	18
d. Plan de cuidados.....	19
5. RESULTADOS.....	28
6. DISCUSIÓN.....	31
a. CONCLUSIONES.....	32
7. BIBLIOGRAFÍA.....	33
8. ANEXOS.....	38

## RESUMEN

**Introducción:** La fibromialgia o enfermedad silenciosa es una patología bastante desconocida pero con mucha más prevalencia de la que se cree. Se estima que casi 4 de cada 100 mujeres y 1 de cada 200 hombres la presentan. Por ello, se explica el concepto de fibromialgia, la metodología para el diagnóstico y los síntomas que produce, así como un breve repaso de la evolución de la enfermedad a través de la historia.

**Objetivos:** Se dividen en generales y específicos. Como objetivo general se encuentra la valoración de un paciente fibromiálgico y la realización de un plan de cuidados enfermeros. Como objetivo específico se pretende fomentar la educación a los profesionales sanitarios sobre la existencia, historia, etiología y sintomatología de la fibromialgia.

**Materiales y Métodos:** Elaboración de un plan de cuidados enfermeros para mejorar el control del dolor y el aumento de la calidad de vida del paciente. Para ello se realiza una valoración de las necesidades básicas según los patrones funcionales de Marjory Gordon. Tras la valoración, se establecen los diagnósticos enfermeros y los problemas de colaboración más importantes, así como la priorización de todos ellos. Tras ser analizados, se decide desarrollar el diagnóstico enfermero de dolor crónico estableciendo los objetivos y las intervenciones enfermeras, basándonos en las taxonomías NOC y NIC respectivamente utilizando la herramienta informática NNNConsult.

**Resultados:** Se exponen los resultados obtenidos de los objetivos planteados en el plan de cuidados.

**Discusión:** Se realiza un seguimiento domiciliario del paciente para evaluar los resultados obtenidos tras el establecimiento del plan de cuidados. En este apartado se realiza una crítica de los resultados esperados. Al final de la discusión se incluyen unas breves conclusiones sobre el trabajo realizado.

**PALABRAS CLAVE:** Fibromialgia, Dolor Crónico, Plan de Cuidados

## ABSTRACT

**Introduction:** Fibromyalgia or silent disease is a quite unknown pathology but with a much greater prevalence than is believed. It is estimated that nearly 4 out of every 100 women and 1 out of every 200 men may suffer it. Therefore, the concept of fibromyalgia, the procedure for a correct diagnosis and the symptoms it produces are explained. Furthermore a brief review of the evolution of the disease through the history is included.

**Objetives:** They are divided into general and specific. The general objective is the assessment of a patient with fibromyalgia and conducting a nursing care plan. Specific objective is to educate health professionals about the existence, history, etiology and symptoms of fibromyalgia.

**Methods and materials:** Development of a nursing care plan to improve pain control and increase patient's quality life. In order to achieve this, a basic needs assessment is performed according to the functional patterns of Marjory Gordon. Following the assessment, most important nursing diagnoses and cooperation problems are shown. After being analyzed, it was decided to develop the nursing diagnosis of chronic pain setting the objectives and nursing interventions, based on the NIC and NOC taxonomies respectively using the NNNConsult software tool.

**Results:** The results obtained from the objectives set out in the plan of care are exposed in this section.

**Discussion:** A home monitoring of the patient's evolution is done in order to evaluate the results obtained after establishing the nursing care plan. This section provides a review of the expected results. At the end of the discussion, brief conclusions are included based on the total paper.

**KEYWORDS:** Fibromyalgia, Chronic Pain, Nursing Care Plan.

## INTRODUCCIÓN:

La fibromialgia, o también conocida como, fibrositosis o enfermedad silenciosa, es una patología de tipo reumática que afecta a los tejidos blandos del cuerpo produciendo dolor crónico y sensación de ardor de los mismos<sup>1</sup>.

La fibromialgia es una enfermedad relativamente nueva, puesto que no fue hasta 1992, cuando la OMS la declaró como una verdadera patología, ya que antes de esto, se la englobaba dentro de los trastornos somáticos o dentro de los trastornos de hipocondría<sup>2</sup>.

El término fibromialgia se obtiene a partir de la unión de los términos “fibro” que significa tejido fibroso (como los tendones y los ligamentos), “mios” o músculos y “algia” que significa dolor. En contraposición de la artritis, que ocasiona dolor e inflamación en las articulaciones, la fibromialgia produce dolor generalizado en todo el cuerpo y sobre todo en los tejidos blandos que rodean las articulaciones<sup>3</sup>.

Aunque la fibromialgia es más común en las mujeres en una edad comprendida entre los 45 y los 55 años, puede afectar a cualquier edad y a cualquier sexo. Entre un 10 y un 20% de los pacientes en las consultas de reumatología sufren de fibromialgia. La padecen casi 4 de cada 100 mujeres y 1 de cada 200 hombres<sup>4, 5</sup>.

### ➤ **HISTORIA:**

Durante el siglo XVIII se empezaron a fijar las bases de las enfermedades reumáticas, englobando bajo el nombre de artritis a aquellas patologías que provocaban inflamación en las articulaciones. Además se empezaron a reconocer otros padecimientos reumáticos como la fiebre reumática y la gota, entre otras<sup>6</sup>. En el siglo XIX se halló una forma de reumatismo de tipo muscular que no producía inflamación en las articulaciones, en la que existía dolor que se acompañaba de zonas de hipersensibilidad a la palpación. Estas zonas solían corresponder al tejido fibroso de los músculos, en donde al presionar en estos puntos, el dolor se irradiaba a zonas próximas<sup>7</sup>.

En el siglo XX, se propuso el término “fibrositis” que significa inflamación del tejido fibroso para establecer un diagnóstico para todos los pacientes que tuvieran dolor difuso e hipersensibilidad en ciertas zonas corporales. Durante este siglo se creía que el dolor provenía de una inflamación de los tejidos fibrosos de los músculos, pero años más tarde, se comprobó que no era así, aunque no se encontró una causa con la que poder dar una explicación acerca de esta patología<sup>6, 8</sup>.

Debido a esto, no fue hasta mediados de 1960 cuando la era científica entró en auge y se decidió cambiar el nombre de *fibrositis* por *fibromialgia* que significa dolor en músculos y tejidos fibrosos. En 1990 el Colegio Americano de Reumatología publicó los criterios necesarios para el reconocimiento y diagnóstico de fibromialgia y en 1992 pasó a ser una enfermedad reconocida por todas las organizaciones médicas internacionales, incluida la OMS (Organización Mundial de la Salud)<sup>9, 10</sup>.

#### ➤ **ETIOLOGÍA:**

Las causas de la fibromialgia son aún desconocidas y además pueden variar de un paciente a otro. No obstante, se cree que existen algunos factores que se relacionan con la aparición de la enfermedad, como<sup>11</sup>:

- Lesiones o infecciones recurrentes.
- Acontecimientos traumáticos que produzcan un estrés emocional intenso.
- Algunas enfermedades reumáticas como la artritis reumatoide, el lupus o la espondilitis anquilosante.
- Otras enfermedades que produzcan un estrés físico en el paciente.
- Ciertos malestares o dolencias (como lesiones en la columna vertebral).

Algunos autores consideran que podría tener una base genética, donde los genes predisponen a unas personas a tener una sensibilidad aumentada hacia el dolor y así padecer la enfermedad<sup>5</sup>.

## ➤ **DIAGNÓSTICO:**

Debido a que es una patología reciente, aún no se ha unificado un conjunto de criterios oficiales de diagnóstico, ni se ha establecido una rutina de análisis en laboratorios o de pruebas de radiología. Sin embargo, el médico podrá prescribir la realización de ciertas pruebas para descartar otras posibles patologías.

Para intentar establecer un diagnóstico de FM, en 1990, el American College of Rheumatology<sup>12</sup> (Colegio Americano de Reumatología) propuso estos criterios de valoración:

1. Dolor crónico, generalizado, musculo-esquelético por más de 3 meses que se mantiene en un nivel similar. Se define dolor generalizado como dolor en la mitad izquierda y derecha, así como en la parte superior e inferior del organismo.
2. Ausencia de otra enfermedad sistémica que pudiera ser la causa del dolor.
3. Múltiples puntos sensibles al dolor (o puntos de extrema sensibilidad) en sitios característicos.
4. Uno o más síntomas asociados a la fibromialgia como:
  - a. Fatiga excesiva.
  - b. Trastornos del sueño
  - c. Problemas cognoscitivos (alteración de la memoria, o del pensamiento)

Con respecto al punto 3, el American College of Rheumatology ha establecido 18 puntos de sensibilidad máxima al dolor (reflejados en el Anexo 1). En el momento de hacer la exploración se examinarán estos puntos, y se considerará que un paciente puede padecer fibromialgia si tiene dolor en 11 o más puntos. Para hacer esta valoración se debe aplicar una presión de unos 4 o 5 kilogramos y el paciente indicará cuáles son puntos sensibles al dolor<sup>12</sup>.

En Mayo del 2010, debido a que un 25% de los pacientes no satisfacían los criterios de clasificación de 1990, el Colegio Americano de Reumatología creó

unos nuevos criterios de diagnóstico utilizando dos escalas. La primera es el Índice de Dolor Generalizado (WPI) y la segunda es el Índice de Gravedad de Síntomas (SS-Score) <sup>13,14</sup>. Pueden encontrarse ambas escalas en el Anexo 2.

El diagnóstico de fibromialgia se encontrará en dos intervalos (WPI 7 y una SS = 5) o (WPI entre 3 y 6 y una SS = 9). Para los pacientes que tengan una sintomatología clara de fibromialgia pero que no se encuentren dentro de los intervalos mencionados se ha propuesto el nombre de "Parafibromialgia"<sup>14</sup>.

En la actualidad se siguen utilizando ambos criterios para el diagnóstico de la Fibromialgia, dependiendo del profesional que realice la valoración. Tras el diagnóstico, los profesionales de la salud establecerán un tratamiento acorde a los síntomas y la gravedad del proceso. En el Anexo 3 se detallan los tratamientos farmacológicos más utilizados en la actualidad.

#### ➤ **SÍNTOMAS:**

Como ya hemos mencionado, el dolor crónico y generalizado es el síntoma principal de este síndrome, pero hay una serie de alteraciones que también forman parte de esta patología y que se encuentran presentes en la mayoría de los pacientes aunque con ligeras variaciones entre unos y otros<sup>15</sup>. Estos síntomas son:

- **Fatiga que no mejora con el reposo:** muchos pacientes refieren no tener energía para realizar las actividades cotidianas cuando llegan las primeras horas de la tarde<sup>7</sup>.
- **Trastornos del sueño:** los pacientes no tienen un sueño reparador, ya que durante la noche tienen frecuentes despertares. Esto se debe a que el sueño no llega a ser profundo porque es interrumpido por la intrusión de ondas alfa cerebrales, que son las ondas que se producen al despertarse o cuando se tienen pesadillas, y que causan que los pacientes no duren el tiempo adecuado en la fase IV del sueño (la etapa que genera un sueño profundo y reparador)<sup>6</sup>.

- Algunos pacientes también han referido tener hormigueo o sensaciones desagradables en las piernas que los obliga a levantarse o caminar. A esta alteración se la denomina “**Síndrome de Piernas Inquietas**”<sup>8</sup>.
- **Trastornos gastrointestinales:** uno de los síntomas frecuentes asociados a la fibromialgia es el “**Síndrome del intestino irritable**” (SII). Este síndrome se define como un conjunto de trastornos del intestino que provocan dolor e hinchazón abdominal, alteraciones en el ritmo intestinal con predominio del estreñimiento o la diarrea, o de una forma alterna, así como náuseas y sensación de plenitud<sup>16</sup>. Debido a esto, muchos pacientes puede disminuir la ingesta de alimentos y nutrientes por temor a experimentar estos síntomas<sup>15</sup>.
- **Alteraciones psicológicas:** se ha observado que los pacientes con esta patología pueden sufrir trastornos de la memoria y de la concentración, ansiedad, depresión, irritabilidad o cambios en el estado de ánimo<sup>7, 17</sup>.
- **Síndrome Temporo-Mandibular:** se ha asociado recientemente con la fibromialgia, y se define como el crispamiento de la mandíbula con dolor durante la noche y bruxismo. La masticación se ve alterada por una disminución de la apertura bucal<sup>8</sup>.

## ➤ **PERSONAJES RELEVANTES CON FIBROMIALGIA**

### **Florence Nightingale**

Nació en Florencia el 12 de mayo de 1820. Fue la creadora de las escuelas de enfermería y logró un gran avance en el cuidado de los enfermos. Cayó enferma a los 40 años, permaneciendo en cama durante el resto de su vida. Por este motivo, en su honor, el 12 de Mayo se conmemora el día de la Fibromialgia<sup>2</sup>.

## JUSTIFICACIÓN:

Se ha elegido esta patología para valorar en un caso clínico ya que es una enfermedad crónica, que puede llegar a ser incapacitante y actualmente incurable con una incidencia cada vez mayor en la población. Por estos motivos, se considera que los cuidados enfermeros pueden ser de gran utilidad para mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Se ha escogido desarrollar el diagnóstico de dolor crónico por ser un síntoma común en todos los pacientes con esta patología, siendo el factor más determinante a tener en cuenta para determinar la situación de gravedad y establecer así unos cuidados enfermeros efectivos.

## OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS:

Los objetivos propuestos y que se esperan conseguir con la realización del presente trabajo son:

➤ Objetivo general:

- Mejorar la calidad de vida de un paciente fibromiálgico promoviendo los cuidados enfermeros en el tratamiento del dolor crónico mediante la realización de un proceso de atención de enfermería (PAE).

➤ Objetivo específico:

- Aumentar el conocimiento por parte de los profesionales sanitarios sobre la existencia, etiología y sintomatología acerca de una enfermedad tan poco conocida como es la fibromialgia.

## MATERIAL Y MÉTODOS:

Para la realización de este trabajo se han ejecutado las siguientes actividades:

- Búsqueda y revisión bibliográfica en las principales bases de datos para obtener la mayor cantidad de información actualizada y verificada sobre la enfermedad para su posterior análisis. Las bases de datos utilizadas fueron: Pubmed, Cochrane, Scielo, Google Scholars y Lilacs. Además se utilizó bibliografía impresa procedente de la Biblioteca Pública de Castilla y León así como información procedente de multitud de fundaciones y organizaciones de apoyo o investigación sobre la patología tratada en el presente trabajo.

Mediante los Descriptores de Ciencias de Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH) se obtuvieron las siguientes palabras claves traducidas:

- Fibromialgia: Fibromyalgia
- Dolor Crónico: Chronic Pain
- Plan de Cuidados: Nursing Care Plan

En la búsqueda bibliográfica se combinaron las palabras clave mencionadas con los operadores booleanos "AND" y "XOR". Los criterios de inclusión fueron: textos de una antigüedad no superior a los 15 años, textos completos gratuitos y textos escritos o traducidos en español o en inglés.

- Valoración del paciente fibromiálgico siguiendo el modelo de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon tras recibir el alta en la unidad de Medicina Interna, y su posterior seguimiento domiciliario (durante 5 visitas). Antes de realizar la valoración, se solicitó al paciente la firma del consentimiento informado, explicando la finalidad del estudio de su caso clínico como parte de un trabajo de fin de grado así como la garantía de confidencialidad de sus datos personales. Además se realizaron múltiples de escalas de valoración incluidas en el anexo 5 <sup>18</sup>.

- Identificación de los principales diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración utilizando la herramienta NANDA<sup>19, 20, 21</sup> (North American Nursing Diagnosis Association) y las recomendaciones de D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Teresa Luis Rodrigo para contextualizar los diagnósticos enfermeros en nuestra cultura<sup>22</sup>.
- Elaboración del plan de cuidados utilizando NOC (Nursing Outcomes Classification)<sup>23</sup> para el establecimiento de los objetivos principales y NIC (Nursing Interventions Classification)<sup>24</sup> para las intervenciones y actividades enfermeras o del paciente mediante el programa informático NNNConsult<sup>25</sup>.
- Evaluación de los resultados obtenidos tras la aplicación del plan de cuidados.

### ➤ PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente varón de 65 años de edad que ingresa en la unidad de medicina interna del hospital San Telmo. Ex fumador desde hace 20 años. Presenta cuadro de fibromialgia diagnosticada desde hace 10 años. Al ingreso presenta: dolor crónico generalizado no controlado, fatiga crónica de intensidad moderada, alteraciones del sueño y trastornos gastrointestinales.

En su historia clínica aparecen los siguientes antecedentes clínicos: hipertensión arterial controlada con medicación, colesterol y triglicéridos en niveles fuera de los parámetros de normalidad sin controlar, cálculos biliares y alteración de los patrones del sueño sin necesidad de medicación para dormir. Así como los siguientes antecedentes quirúrgicos: intervención quirúrgica por hiperplasia benigna de próstata en 2012.

Además presenta antecedentes familiares de: neoplasias de diversas etiologías, patologías mentales (demencia y alzhéimer) y trastornos gastrointestinales.

Su tratamiento domiciliario habitual es:

- Duodart (Tamsulosina) 6,4 mg, vía oral cada 24 horas al desayuno.
- Diclofenaco cada 8 horas vía oral si precisa por dolor.

## ➤ VALORACIÓN:

### **PATRÓN 1: PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD**

- ❖ El paciente entiende su enfermedad, así como que se trata de una enfermedad crónica e incurable, que podría llegar a ser invalidante pero que puede paliarse con diferentes tratamientos.
- ❖ Refiere que nunca ha utilizado métodos de control de los diferentes síntomas, ni tratamientos no farmacológicos, pero muestra predisposición a conocerles y aplicarles para tratar de mejorar su bienestar.
- ❖ Hábitos tóxicos: No tiene. El paciente es ex fumador desde hace 20 años aproximadamente. Bebe un vasito de vino al día a la comida.
- ❖ Acerca de la medicación que toma en casa dice “ a veces se me olvida tomar la pastilla para la próstata por la mañana, pero me suelo acordar a lo largo del día y entonces me la tomo”.
- ❖ El paciente no presenta alergias medicamentosas conocidas.

### **PATRÓN 2: NUTRICIONAL – METABÓLICO:**

- ❖ Paciente con ligero sobrepeso. No precisa de dieta especial.
- ❖ El paciente refiere realizar 4 comidas al día: desayuno, comida, cena y resopón antes de dormir y beber 1,5 litros aproximadamente.
- ❖ Conserva toda su dentadura y no presenta dificultad para masticar o tragar líquidos o alimentos.
- ❖ El paciente refiere que apenas cocina, pero tiene una asistente que lo hace por él.

- ❖ En relación a la alimentación el paciente dice “me gusta comer de todo y variado, pero algunos alimentos me producen malestar en el estómago y me dan gases o ardores”.
- ❖ Presenta la piel y las mucosas rosadas e hidratadas, sin presencia de heridas ni lesiones.

### **PATRÓN 3: ELIMINACIÓN**

- ❖ Acerca de su patrón de deposiciones el paciente dice “voy al baño una vez al día, de manera regular.”
- ❖ El paciente refiere haber tenido problemas de incontinencia urinaria ocasional antes de ser operado de la próstata pero que tras la intervención desaparecieron.
- ❖ El paciente no es portador de sonda, ostomía ni drenaje.

### **PATRÓN 4: ACTIVIDAD – EJERCICIO**

- ❖ Respecto a la actividad física que realiza diariamente el paciente dice “me gusta dar paseos de una hora aproximadamente por las tardes, pero hay días que no me apetece salir porque tengo muchos dolores”
- ❖ El paciente presenta total independencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) así como las actividades instrumentales de su vida diaria (AIVD)
- ❖ El paciente refiere sentirse cansado muchos días sin haber realizado actividad física.
- ❖ Índice de Barthel: Puntuación 100 (independencia ABVD). Escala Lawton y Brody: Puntuación 6 (independencia AIVD). Anexo 5.

## **PATRÓN 5: SUEÑO – DESCANSO**

- ❖ Cuando le preguntamos acerca del sueño el paciente dice “Siempre duermo mal por las noches. Me despierto mucho durante la noche, y aunque me acuesto pronto y a la misma hora todos los días, cuando me levanto siento que todavía estoy cansado. ” El paciente refiere no tener pesadillas generalmente.
- ❖ El paciente no toma ninguna medicación para dormir, acerca de esto, comenta: “no me gustan los medicamentos para dormir, me dejan atontado pero no me hacen dormir mejor”.
- ❖ El paciente refiere dormir una siesta de 20 minutos al día después de la comida.
- ❖ Cuestionario de Oviedo del Sueño: Puntuación de insomnio 34 puntos sobre 45 puntos. Anexo 5.

## **PATRÓN 6: COGNITIVO – PERCEPTIVO**

- ❖ El paciente no utiliza audífonos pero sí gafas porque tiene cierto grado de miopía y astigmatismo.
- ❖ El paciente refiere no tener ninguna dificultad para concentrarse aunque si comenta que “a veces se me olvidan algunas cosas, por lo que tengo que apuntármelas, serán cosas de la edad”.
- ❖ El paciente refiere dolores generalizados por todo el cuerpo, pero sobre todo en las extremidades inferiores y en la espalda. Acerca del dolor dice: “Cuando intento explicárselo a alguien, suelo decir que es como si los músculos me ardiesen de manera constante pero con diferente intensidad en cada parte del cuerpo, aunque para mi es más como si me desgarraran 100 cuchillos a la vez, sobre todo en los peores días. En esos días es difícil convivir con uno mismo. ”

- ❖ Además el paciente añade “Hay días en que pienso si un día me levantaré y no podré hacer ninguna actividad de las que me gustan por no poderme mover del dolor. ”
- ❖ Cuestionario de Dolor Español (CDE): La puntuación del valor de Intensidad Sensorial fue 7 de 7 de puntos, el valor de Intensidad Afectiva 5 de 6 puntos, el valor de Intensidad Evaluativa 1 de 1 punto, el valor de Intensidad Actual 5 de 5 puntos y la puntuación de la Escala Visual Analógica 8 de 10 puntos. Anexo 5.

## **PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN**

- ❖ El paciente refiere estar contento consigo mismo, aunque le gustaría no depender de cuánto dolor sufre cada día para realizar las actividades que tenga programadas. Sobre su estado de ánimo general comenta: “Suelo ser una persona bastante tranquila, pero los días en que los dolores son muy fuertes, y no puedo aguantar ni media hora sentado en una silla, suelo enfadarme con todo lo que me rodea, a veces, incluso pagándolo con quiénes menos lo merecen”.
- ❖ Además el paciente añade: “ A veces me siento sin esperanza, creo que mi vida es una pesadilla, pero trato de centrarme en las cosas buenas que me rodean y cuando tengo muchos dolores trato de buscar actividades que me distraigan, como leer, aunque no siempre funcionan. Para mí lo más complicado es que no haya una prueba médica que respalde mis dolores, a veces creo que me miran como si estuviera loco o incluso le restan importancia. Muchas personas no te consideran realmente como un enfermo pero, claro, ellos no conocen lo difícil que es levantarse de la cama muchas mañanas en las que a ti sólo te gustaría desaparecer. Es realmente frustrante. ”
- ❖ Escala de Goldberg (Ansiedad – Depresión): La puntuación en la escala de ansiedad fue 5 puntos (positiva) y la puntuación en la escala de depresión 1 punto (negativa). Anexo 5.

## **PATRÓN 8: ROL - RELACIONES**

- ❖ El paciente vive solo en su domicilio aunque refiere que sus hijos y sus nietos le hacen bastantes visitas porque tiene buena relación con ellos.
- ❖ El paciente refiere tener bastantes amigos con los que queda para tomar café y con los que a veces realiza algún viaje.
- ❖ Cuestionario APGAR Familiar: Puntuación 7 (Normofuncional). Anexo 5.

## **PATRÓN 9: SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN**

- ❖ Patrón con datos no relevantes por lo que no se valora.

## **PATRÓN 10: TOLERANCIA AL ESTRÉS**

- ❖ Se le pregunta al paciente acerca de si cuenta con alguien cuando los síntomas de su enfermedad se agravan a lo que responde: “Normalmente soy bastante reservado con mis dolores porque no quiero preocupar a nadie pero si necesito ayuda, mis hijos siempre están ahí para escucharme o acompañarme en lo que necesite”.
- ❖ Cuestionario de Afrontamiento del Dolor Crónico (CAD): Puntuación 42 puntos. Mayor puntuación los apartados de Distracción y Autocontrol Mental. Menor puntuación en el apartado de Religión. Anexo 5.
- ❖ Escala de desesperanza de Beck: Puntuación 8 (Desesperanza alta). Anexo 5.

## **PATRÓN 11: VALORES – CREENCIAS**

- ❖ Sobre la religión el paciente dice: “ No soy una persona religiosa, creo en la ciencia y en los avances científicos y me siento con esperanza de que algún día se encontrará una cura para mi enfermedad aunque no creo que llegue a verla. ”

### ➤ PROBLEMAS PRIORIZADOS:

1. Problema de colaboración: Dolor crónico secundario a patología
2. NANDA [00003] Riesgo de desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades
3. NANDA [00148] Temor relacionado con proceso crónico
4. NANDA [00124] Desesperanza relacionada con proceso
5. NANDA [00198] Trastorno del patrón de sueño relacionado con causa desconocida
6. NANDA [00161] Disposición para mejorar los conocimientos relacionado con patología
7. NANDA [00098] Deterioro generalizado del adulto relacionado con proceso crónico
8. NANDA [00097] Déficit de actividades recreativas relacionado con proceso

➤ PLAN DE CUIDADOS:

**PROBLEMA DE COLABORACIÓN: DOLOR CRÓNICO**

➤ **ETIQUETA NOC [1605] CONTROL DEL DOLOR**

*Dominio: Conocimiento y conducta de salud (4)*

*Clase: Conducta de salud (Q)*

1. **NOC [160502] Reconoce el comienzo del dolor** manteniendo siempre un nivel 4 (frecuentemente demostrado) en un plazo de 30 días.
2. **NOC [160509] Reconoce síntomas asociados del dolor** pasando de un nivel 2 (raramente demostrado) a un nivel 4 (frecuentemente demostrado) en un plazo de 30 días.

- **NIC [1400] Conocimiento: Manejo del dolor**

*Campo: Fisiológico: Básico (1)*

*Clase: Fomento de la comodidad física (E)*

1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
2. Evaluar las experiencias pasadas con el dolor que incluyan los antecedentes personales y familiares de dolores crónicos o que conlleven discapacidad, si es el caso.
3. Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado.
4. Utilizar un método de valoración adecuado según el nivel de desarrollo que permita el seguimiento de los cambios del dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales (diagrama de flujo, llevar un diario).
5. Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.

6. Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).
  7. Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (retroalimentación, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, hipnosis, relajación, capacidad de imaginación guiada, musicoterapia, distracción, terapia de juegos, terapia de actividad, acupresión, aplicación de calor/frío y masajes) antes, después y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente, y junto con las otras medidas de alivio del dolor.
  8. Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.
  9. Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).
  10. Considerar la posibilidad de remitir el paciente, familia y seres queridos a grupos de apoyo y otros recursos existentes, según corresponda.
3. **NOC [160504] Utiliza medidas de alivio no analgésicas** pasando de un nivel 1 (nunca demostrado) a un nivel 4 (frecuentemente demostrado) en un plazo de 30 días.

- **NIC [6040] Terapia de relajación**

*Campo: Conductual (3)*

*Clase: Fomento de la comodidad psicológica (T)*

1. Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva).
2. Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida.
3. Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.

4. Sugerir a la persona que adopte una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados.
5. Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz.
6. Invitar al paciente a que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente.
7. Utilizar un tono de voz suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente.
8. Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.

- **NIC [4400] Musicoterapia**

*Campo: Conductual (3)*

*Clase: Terapia Conductual (0)*

1. Definir el cambio de conducta y/o fisiológico específico que se desea (relajación, estimulación, concentración, disminución del dolor).
2. Identificar las preferencias musicales del individuo.
3. Informar al individuo del propósito de la experiencia musical.
4. Elegir selecciones de música concretas representativas de las preferencias del individuo.
5. Ayudar al individuo a adoptar una posición cómoda.
6. Limitar los estímulos extraños (p. ej., luces, sonidos, visitantes, llamadas telefónicas) durante la experiencia de escucha.
7. Facilitar la participación activa del individuo (tocar un instrumento o cantar), si lo desea y es factible dentro de la situación.

- **NIC [0840] Cambio de posición**

*Campo: Fisiológico Básico (1)*

*Clase: Control de inmovilidad (C)*

1. Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, según corresponda.
2. Animar al paciente a participar en los cambios de posición, según corresponda.
3. Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir, sino está contraindicada.
4. Poner apoyos en las zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos y apoyo escrotal), según corresponda.
5. Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos de rango de movimiento, si resulta apropiado.
6. Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.
7. Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad.

4. **NOC [160510] Utiliza un diario para apuntar síntomas de dolor**, pasando de un nivel 1 (nunca demostrado) a un nivel 3 (a veces demostrado) en un plazo de 30 días.

- **NIC [4740] Llevar un diario**

*Campo: Conductual (3)*

*Clase: Terapia Cognitiva (P)*

1. Establecerá el propósito y las metas.
2. Explicará varios métodos para escribir un diario y decidir una técnica para hacerlo (p.ej., escritura libre, siguiendo un tema o de forma intensiva).
3. Animará a escribir sin interrupción al menos tres veces por semana durante 20 minutos.
4. Asegurará que el entorno sea óptimo para realizar la tarea (p.ej. el paciente está en una posición cómoda, la sala está bien iluminada, el paciente lleva gafas).

➤ **ETIQUETA NOC [1306] DOLOR: RESPUESTA PSICOLÓGICA**  
**ADVERSA**

*Dominio: Salud Percibida (5)*

*Clase: Sintomatología (V)*

1. **NOC [130605] Angustia por el dolor** pasando de un nivel 2 (sustancial) a un nivel 3 (moderado) en un plazo de 30 días.

- **NIC [5270] Apoyo Emocional**

*Campo: Conductual (3)*

*Clase: Ayuda para el afrontamiento (R)*

1. Comentar la experiencia emocional con el paciente.
2. Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
3. Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.
4. Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
5. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
6. Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.

2. **NOC [130606] Preocupación sobre la tolerancia al dolor** pasando de un nivel 2 (sustancial) a un nivel 4 (leve) en un plazo de 30 días.

- **NIC [4920] Escucha Activa**

*Campo: Conductual (3)*

*Clase: Potenciación de la comunicación (Q)*

1. Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
2. Centrar completamente en la interacción eliminando prejuicios, sesgos, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones.
3. Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones.
4. Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación (p.ej., saber que la postura física expresa mensajes no verbales).
5. Escuchar los mensajes y sentimientos inexpresados y además atender al contenido de la conversación.
6. Estar atento a las palabras que se evitan, así como a los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas.
7. Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura).

3. **NOC [130617] Temor al dolor insoportable** pasando de un nivel 2 (sustancial) a un nivel 4 (leve) en un plazo de 30 días.

- **NIC [5230] Mejorar el afrontamiento**

*Campo: Conductual (3)*

*Clase: Ayuda para el afrontamiento (R)*

1. Proporcionar un ambiente de aceptación.
2. Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.
3. Proporcionar al paciente opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados.
4. Alentar al paciente una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
5. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación del paciente.
6. Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.

7. Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.
  8. Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.
  9. Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.
  10. Ayudar al paciente a afrontar el duelo y superar las pérdidas causadas por la enfermedad y/o discapacidad crónicas, si es el caso.
4. **NOC [130613] Desesperanza** pasando de un nivel 1 (grave) a un nivel 3 (moderado) en un plazo de 30 días.

- **NIC [5330] Control del Estado de Ánimo**

*Campo: Conductual (3)*

*Clase: Ayuda para el afrontamiento (R)*

1. Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento.
2. Comprobar la capacidad de autocuidado (aseo, higiene, ingesta de alimentos/líquidos, evacuación).
3. Vigilar el estado físico del paciente (peso corporal e hidratación).
4. Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigilia (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación y limitación de cafeína).
5. Proporcionar o remitir a psicoterapia (terapia cognitivo – conductual, interpersonal, de pareja, de familia o de grupo), cuando sea conveniente.
6. Se relacionar con el paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y/o darle la oportunidad de hablar acerca de sus sentimientos.

## ➤ **ETIQUETA NOC [2102] NIVEL DEL DOLOR**

*Dominio: Salud Percibida (5)*

*Clase: Sintomatología (V)*

1. **NOC [210204] Duración de los episodios de dolor** pasando de un nivel 1 (grave) a un nivel 4 (moderado) en un plazo de 30 días.

- **NIC [1480] Masaje**

*Campo: Fisiológico Básico (1)*

*Clase: Fomento de la comodidad física (E)*

1. Adaptar la zona del masaje, la técnica y la presión a la percepción de alivio del paciente y al propósito del masaje.
  2. Establecer un período de tiempo para que el masaje consiga la respuesta deseada.
  3. Establecer un período de tiempo para que el masaje consiga la respuesta deseada.
  4. Preparar un ambiente cálido, cómodo, íntimo y sin distracciones.
  5. Hacer el masaje con movimientos continuos, uniformes, largos, de rodillo o vibración con palmas, dedos y pulgares.
  6. Animar al paciente a que respire profundamente y a que se relaje durante el masaje.
  7. Evaluar y registrar la respuesta al masaje.
- 
8. **NOC [210208] Inquietud** pasando de un nivel 2 (sustancial) a un nivel 4 (leve) en un plazo de 30 días.
  9. **NOC [210223] Irritabilidad** pasando de un nivel 2 (sustancial) a un nivel 4 (leve) en un plazo de 30 días.

- **NIC [5900] Distracción**

*Campo: Conductual (3)*

*Clase: Fomento de la comodidad psicológica (T)*

1. Animar al individuo a que elija la técnica de distracción deseada, como música, participar en una conversación o contar detalladamente un suceso o cuento, recordar un suceso positivo, centrarse en una fotografía o un objeto neutro, imaginación dirigida o el humor, o bien ejercicios de respiración profunda.
2. Enseñar al paciente los beneficios de estimular varios sentidos (p. ej., a través de la música, contando, viendo la televisión, leyendo, videojuegos o juegos manuales, o con realidad virtual).
3. Utilizar las técnicas de distracción (p. ej., juegos, terapia de actividad, leer cuentos, cantar o actividades rítmicas) para su aplicación en los niños que sean nuevas, impliquen más de un sentido y no precisen capacidad lectora o de pensamiento.
4. Aconsejar al paciente que practique la técnica de la distracción antes del momento necesario, si fuera posible.
5. Enseñar al paciente a dedicarse a la distracción (uso de palabras, equipo o materiales neutros) antes del momento necesario, si es posible.

## RESULTADOS

### ➤ ETIQUETA NOC [1605] CONTROL DEL DOLOR

1. **NOC [160502] Reconoce el comienzo del dolor** manteniendo siempre un nivel 4 (frecuentemente demostrado) en un plazo de 30 días.

RESULTADO: El paciente mantuvo con éxito el nivel 4 de reconocimiento del comienzo del dolor en el plazo propuesto.

2. **NOC [160509] Reconoce síntomas asociados del dolor** pasando de un nivel 2 (raramente demostrado) a un nivel 4 (frecuentemente demostrado) en un plazo de 30 días.

RESULTADO: El paciente alcanzó con éxito el nivel 4 de reconocimiento de los síntomas asociados al dolor en el plazo propuesto.

3. **NOC [160504] Utiliza medidas de alivio no analgésicas** pasando de un nivel 1 (nunca demostrado) a un nivel 4 (frecuentemente demostrado) en un plazo de 30 días.

RESULTADO: El paciente alcanzó con éxito el nivel 4 de utilización de medidas de alivio no analgésicas en el plazo propuesto.

4. **NOC [160510] Utiliza un diario para apuntar síntomas de dolor** pasando de un nivel 1 (nunca demostrado) a un nivel 3 (a veces demostrado) en un plazo de 30 días.

RESULTADO: El paciente alcanzó con éxito el nivel 3 de utilización de un diario para apuntar síntomas de dolor en el plazo propuesto.

➤ **ETIQUETA NOC [1306] DOLOR: RESPUESTA PSICOLÓGICA ADVERSA**

1. **NOC [130605] Angustia por el dolor** pasando de un nivel 2 (sustancial) a un nivel 3 (moderado) en un plazo de 30 días.

**RESULTADO:** El paciente alcanzó con éxito el nivel 3 (moderado) de mejora de la angustia por el dolor en el plazo propuesto.

2. **NOC [130606] Preocupación sobre la tolerancia al dolor** pasando de un nivel 2 (sustancial) a un nivel 4 (leve) en un plazo de 30 días.

**RESULTADO:** El paciente alcanzó con éxito el nivel 4 (leve) de mejora de la preocupación sobre la tolerancia al dolor en el plazo propuesto.

3. **NOC [130617] Temor al dolor insoportable** pasando de un nivel 2 (sustancial) a un nivel 4 (leve) en un plazo de 30 días.

**RESULTADO:** El paciente no alcanzó con éxito el nivel 4 (leve) de mejora de la preocupación sobre la tolerancia al dolor en el plazo propuesto. El paciente alcanzó un nivel 3 (moderado).

4. **NOC [130613] Desesperanza** pasando de un nivel 1 (grave) a un nivel 3 (moderado) en un plazo de 30 días.

**Resultado:** El paciente no alcanzó con éxito el nivel 3 (moderado) de mejora de la desesperanza en el plazo propuesto. El paciente alcanzó un nivel 2 (sustancial).

➤ **ETIQUETA NOC [2102] NIVEL DEL DOLOR**

1. **NOC [210204] Duración de los episodios de dolor** pasando de un nivel 1 (grave) a un nivel 4 (leve) en un plazo de 30 días.

**RESULTADO:** El paciente no consiguió llegar a un nivel 4 (leve) de la duración de los episodios del dolor. El paciente consiguió llegar a un nivel 3 (moderado) en el plazo de 30 días.

2. **NOC [210208] Inquietud** pasando de un nivel 2 (sustancial) a un nivel 4 (leve) en un plazo de 30 días.

**RESULTADO:** El paciente alcanzó con éxito el nivel 4 (leve) de mejora de la inquietud en el plazo propuesto.

3. **NOC [210223] Irritabilidad** pasando de un nivel 2 (sustancial) a un nivel 4 (leve) en un plazo de 30 días.

**RESULTADO:** El paciente alcanzó con éxito el nivel 4 (leve) de mejora de la irritabilidad en el plazo propuesto.

## DISCUSIÓN

Para valorar los resultados se hizo un seguimiento domiciliario al paciente durante 30 días dividido en 5 sesiones (una sesión a la semana a excepción de la primera semana que se evaluó en el primer día y en el último de la semana) en la que mediante entrevistas al paciente se fue valorando los diferentes aspectos relacionados con el dolor establecidos en nuestro plan de cuidados: nivel de dolor, manejo del dolor y control del estado de ánimo frente al dolor. En el anexo 4 se encuentran detalladas las intervenciones realizadas en cada sesión así como los aspectos trabajados en cada una.

Respecto a los resultados obtenidos acerca del control del dolor se observa que el paciente antes de comenzar con el plan de cuidados es capaz de reconocer al instante el comienzo del dolor y tras poner en práctica el plan de cuidados comienza a reconocer todos los síntomas añadidos al mismo, lo cual también mejoró la sensación de inquietud que sentía por su enfermedad.

La utilización de un diario para registrar el comienzo y final de los síntomas y de sus emociones ayudaron a que el paciente tuviera una mayor comprensión de su enfermedad y de su situación actual, lo que mejoró la irritabilidad añadida a la incomprensión de todo su proceso.

Las medidas de alivio no analgésicas propuestas en el plan de cuidados (distracción, musicoterapia, terapias de relajación, cambios posturales y masajes) ayudaron al paciente a disminuir su angustia por el dolor así como su preocupación sobre la tolerancia al dolor. El paciente también reflejó una mejora de la duración de los episodios de dolor así como de la intensidad de los mismos, derivada de la utilización de las medidas no analgésicas mencionadas.

Las medidas empleadas para tratar la respuesta psicológica adversa ante el dolor (apoyo emocional, escucha activa, control del estado de ánimo y mejora del afrontamiento) ayudaron al paciente a mejorar la angustia producida por el

dolor, a reducir su preocupación por la tolerancia al dolor, a disminuir su temor al temor insoportable y a la mejora de la desesperanza.

Respecto al temor del paciente al dolor insoportable no se consiguió alcanzar el objetivo propuesto en el plan de cuidados pero sí que se mostró una disminución respecto a la valoración inicial. Se considera como posibilidad que aumentando la frecuencia y las técnicas para mejorar el afrontamiento de la enfermedad, el paciente podría haber conseguido el objetivo planteado.

En relación a la desesperanza sufrida por la impotencia que le acarrearán los síntomas de su enfermedad, el aspecto incapacitante de éstos y la posible falta de comprensión por parte del personal sanitario que le ha atendido, el plan de cuidados no cumplió con el objetivo propuesto de alcanzar un nivel 3 de mejora pero sí que consiguió mejorar su desesperanza con respecto a la valoración inicial. Se considera como posibilidad que aumentando la frecuencia en la que el paciente hable sobre sus sentimientos o incluso remitiéndolo a psicoterapia, el paciente podría alcanzar el objetivo planteado.

Como último punto a tratar en el análisis de los resultados, se remarca la duración de los episodios del dolor. En la valoración inicial el paciente muestra en una escala del 1 al 5 (donde el 1 representa el nivel máximo de duración y el 5 representa ninguna duración), un nivel 1 sobre la duración de los mismos. Tras establecer el plan de cuidados se comprueba que la duración de los episodios de dolor ha disminuido hasta un nivel 3 en relación con la escala inicial aunque no alcanza el nivel 4 establecido en el plan de cuidados. Se considera como posibilidad que incluyendo más técnicas no farmacológicas del control del dolor o ampliando el plazo para cumplir el objetivo 30 días más, el paciente podría haber conseguido el objetivo planteado.

Diversos estudios demuestran que los cuidados enfermeros mejoran la calidad de vida de los pacientes con fibromialgia. Según un estudio realizado por enfermeras comunitarias del servicio andaluz de Huelva, la aplicación de las técnicas no farmacológicas disminuyó significativamente el nivel del dolor así

como propulsó una recuperación progresiva del patrón del sueño en multitud de pacientes.<sup>26</sup>

Además de las medidas no farmacológicas empleadas en el presente trabajo, en el Protocolo de Atención a pacientes con Fibromialgia de la Conserjería de Sanidad de la Región de Murcia se proponen otras recomendaciones para mejorar el alivio de los síntomas como:<sup>27</sup>

- Hacer ejercicio: moderado y de manera regular ya que fortalece los músculos, facilita el sueño, disminuye la ansiedad y mantiene el sistema cardiovascular.
- Mitigar el cansancio: eliminar tareas innecesarias e intercalar periodos de descanso y actividad.
- Hacer un uso racional de los medicamentos: evitar la automedicación.
- Proteger la salud: evitar los hábitos tóxicos como el tabaco o el exceso de cafeína y alcohol, vigilar el peso y llevar una alimentación saludable.

## ➤ CONCLUSIONES

- En este caso clínico en particular, las técnicas utilizadas así como las medidas no farmacológicas empleadas como tratamiento complementario de la medicación del paciente, reflejaron una importante mejoría tanto en los síntomas como en su calidad de vida.
- La fibromialgia es una enfermedad que hasta el momento no posee una cura definitiva. Por este motivo, se recomienda que los profesionales de enfermería dirijan sus cuidados a la promoción de los métodos no farmacológicos de alivio del dolor crónico, síntoma más destacado. Cada vez se realizan más investigaciones acerca de esta enfermedad, y se espera que algún día se encuentre un tratamiento definitivo para esta patología aún desconocida para la mayoría.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Rivera J, Alegre C, Ballina FJ, Carbonell J, Castel B, Collado A, et al. Tratamiento de la fibromialgia. [Sede Web]. Sociedad Española de Reumatología. 2006. Consultado: Julio 2015. Disponible en: <http://www.ser.es/pacientes/enfermedades-reumaticas/fibromialgia/>
2. Historia De La Fibromialgia. [Sede Web]. Asociación de Fibromialgia, Síndrome De Fatiga Crónica y Sensibilidad Química Múltiple De Melilla. [Actualizada el 4 Junio 2012]. Consultado: Septiembre 2015. Disponible en: <https://fibromialgiamelilla.wordpress.com/2012/06/04/historia-de-la-fibromialgia/>
3. Fibromialgia: Síntomas, Diagnóstico, Tratamientos e Investigación. [Sede Web] National Fibromyalgia and Chronic Pain Association. National Fibromyalgia Partnership, Inc. (NFP), 2001. Consultado: Octubre 2015. Disponible en: <http://www.fmcpaware.org/2011-12-20-21-09-14/fibromialgia-sintomas-diagnostico-tratamientos-e-investigacion.html>
4. Van Riel, C. Los criterios para diagnosticar la fibromialgia. [Sede Web]. Plataforma Nacional para FM, SFC, SQM. 2010. Consultado: Julio 2015. Disponible en: [http://www.plataformafibromialgia.org/attachments/421\\_LOS%20CRITERIOS%20PARA%20DIAGNOSTICAR%20LA%20FIBROMIALGIA.pdf](http://www.plataformafibromialgia.org/attachments/421_LOS%20CRITERIOS%20PARA%20DIAGNOSTICAR%20LA%20FIBROMIALGIA.pdf)
5. García FJ, Cuscó AM, Poca V. Abriendo camino: Principios básicos de Fibromialgia, Fatiga Crónica e Intolerancia Química Múltiple. 2º Ed. Barcelona: Taranna Edicions; 2009. Consultado: Agosto 2015.
6. Martínez Lavín M. Fibromialgia. Cuando el dolor se convierte en enfermedad: Dolor difuso, cansancio, calambres, insomnio... Madrid: Aguilar; 2006. Consultado: Agosto 2015.

7. Pros M. Fibromialgia: una enfermedad de los tiempos modernos. 2º Ed. Barcelona: Océano Ambar; 2003. Consultado: Septiembre 2015.
8. Mestre, MA. Hablemos de fibromialgia: Yo la he ganado, tú también puedes. Barcelona: Cálamo Producciones; 2007. Consultado: Julio 2015.
9. Claudín, V. Me llamo Marta y soy fibromiálgica. 4º Ed. Madrid: La esfera de los libros; 2004. Consultado: Octubre 2015.
10. Quevedo Herrero L. Fibromialgia: Cómo combatir la fatiga crónica. Barcelona: Obelisco; 2007. Consultado: Julio 2015.
11. Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel. ¿Qué es la fibromialgia? [Sede Web]. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. [Actualizado en Noviembre de 2014]. Consultado: Julio 2015. Disponible en:  
[http://www.niams.nih.gov/portal\\_en\\_espanol/Informacion\\_de\\_salud/Fibromialgia/default.asp](http://www.niams.nih.gov/portal_en_espanol/Informacion_de_salud/Fibromialgia/default.asp)
12. Crofford L. Fibromyalgia. [Sede Web]. American College of Rheumatology. [Actualizado en Mayo del 2015]. Consultado: Agosto 2015. Disponible en:  
<http://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Diseases-Conditions/Fibromyalgia>
13. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. Nuevos Criterios Preliminares para el Diagnóstico Clínico de la Fibromialgia. [Sede Web]. Institut Ferran de Reumatología. Consultado: Julio 2015. Disponible en:  
<http://www.institutferran.org/documentos/WPI+SS-PACIENTES.pdf>
14. Plataforma para la FM, SFC y SSQM. Nuevos criterios preliminares de diagnóstico del Colegio Americano de Reumatología para la Fibromialgia y para la medición de la gravedad de sus síntomas. [Sede Web]. [Actualizado el 11 de Junio de 2010]. Consultado en: Agosto de 2015. Disponible en:

<http://www.plataformafibromialgia.org/index.php/medicina/fm/417-nuevos-criterios-diagnosticos-fibromialgia-del-acr.html>

15. Goldenberg L. Fibromialgia: Una guía completa para comprender y aliviar el dolor. Barcelona: Paidós; 2003. Consultado: Septiembre 2015.
16. Moreno-Osset E. Síndrome del Intestino Irritable. [Sede Web]. Fundación Española del Aparato Digestivo. 2005. Consultado en: Septiembre 2015. Disponible en: <http://www.saludigestivo.es/es/enfermedades-digestivas/intestino-grueso/sindrome-del-intestino-irritable.php>
17. Gómez P. Fibromialgia. Cómo vencerla desde el cuerpo y la mente: Una guía para pacientes y terapeutas. Barcelona: RBA Libros; 2008. Consultado: Julio 2015.
18. Servicio Andaluz de Salud. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico. [Sede Web]. Consejería de Salud. [Actualizado el 7 de Octubre de 2014]. Consultado: Julio 2015. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documento\\_sAcc.asp?pagina=pr\\_desa\\_Innovacion5](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documento_sAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5)
19. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012. Consultado: Octubre 2015.
20. Alfaro-LeFevre, R. Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2003. Consultado: Octubre 2015.
21. Johnson, M, Bulechek, G. Butcher H, Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Barcelona: Elsevier-Mosby; 2007. Consultado: Octubre 2015.
22. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros, Revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013. Consultado: Octubre 2015.

23. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed Barcelona: Elsevier-España; 2013. Consultado: Octubre 2015.
24. Bulechek G, Butcher HK, Butcher H, Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier-España; 2013. Consultado: Octubre 2015.
25. NNNconsult [Sede Web]. Barcelona: Elsevier; Noviembre 2012. [Actualizado el 7 de mayo de 2015]. Consultado: Octubre 2015. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>
26. Rodríguez Muñiz RM, Orta González MA, Amashta Nieto, L. Cuidados de enfermería a los pacientes con fibromialgia. [Sede Web]. Servicio Andaluz de Salud. Junio 2010. Consultado: Enero 2016. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000200010&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000200010&script=sci_arttext)
27. Aroca Tejedor JM, Cano Valverde MS, Díez García JA, Marín López J, Martínez Maurandi JM, Moreno Ramos MJ, et al. Protocolo de Atención a Pacientes con Fibromialgia. [Sede Web]. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. 2010. Consultado: Enero de 2016. Disponible en: [https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/205544-Protocolo\\_Fibromialgia.pdf](https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/205544-Protocolo_Fibromialgia.pdf)
28. Rivera Redondo J. Tratamiento farmacológico de la fibromialgia. [Sede Web]. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Volumen 32:4. 2008. Consultado: Agosto 2005. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/infMedic/docs/vol32\\_4TratFarmFibromialgia.pdf](http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol32_4TratFarmFibromialgia.pdf)
29. Villanueva VL, Valía JC, Cerdá G, Monsalve V, Bayona MJ, de Andrés J. Fibromyalgia: diagnosis and treatment. Current knowledge. [Sede Web]. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2004; 11: 430-443. Consultado:

Octubre 2015. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462004000700005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462004000700005&script=sci_arttext)

30. Institut Ferran de Reumatología. Fibromialgia. [Sede Web]. [Actualizado el 31 de Diciembre de 2014]. Consultado: Julio 2015. Disponible en:

<http://www.institutferran.org/fibromialgia.htm>

31. Blanch i Rubio J. ¿Cómo se trata la fibromialgia? [Sede Web]. Parc de Salut. Consultado: Septiembre 2015. Disponible en:

[http://www.parcdesalutmar.cat/fibromialgia/es\\_tractament\\_fibromialgia.html](http://www.parcdesalutmar.cat/fibromialgia/es_tractament_fibromialgia.html)

## **BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA COMPLEMENTARIA:**

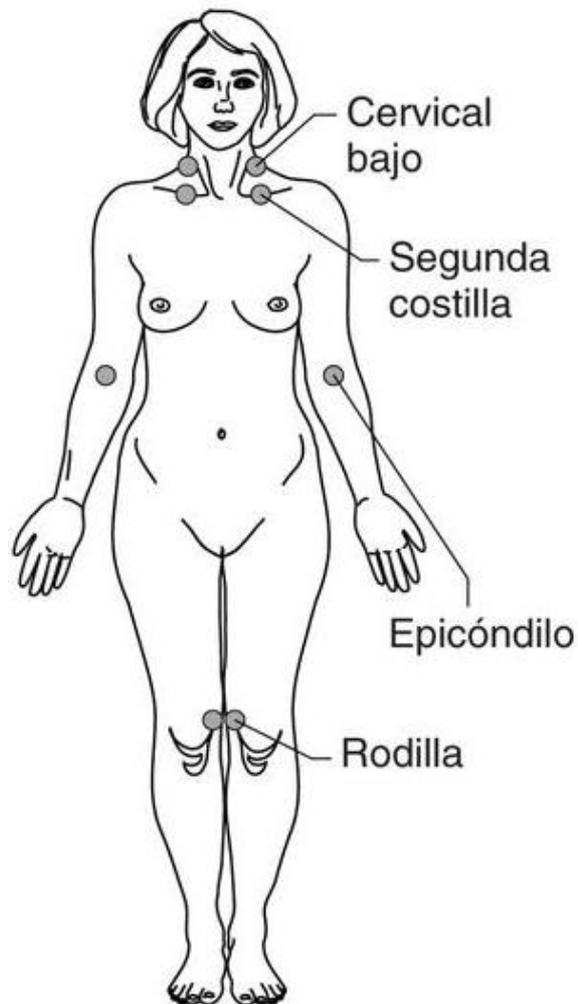
1. García FJ. El Reto Del Experto: Escuchar Al Paciente. [Sede Web]. Institut Ferran De Reumatología. Consultado: Julio 2015. Disponible en: [http://www.institutferran.org/documentos/escuchar\\_paciente.pdf](http://www.institutferran.org/documentos/escuchar_paciente.pdf)
2. Claudín V, Ferrán J. Fibromialgia: La Verdad Desnuda. Madrid: La Esfera De Los Libros; 2008. Consultado: Septiembre 2015.
3. Heraso Aragón MI. La Fibromialgia: ¿se Puede Curar?... Sí. Madrid: FID; 2007. Consultado: Octubre 2015.
4. Guàrdia MD. Diagnóstico: Invalidez. Diario de mi fibromialgia y fatiga crónica. Barcelona: L'Albi; 2006. Consultado: Octubre 2015.
5. Sardà G. Vitalidad Crónica: Convivir con la fibromialgia. Barcelona: Planeta; 2007. Consultado: Octubre 2015.
6. Selfridge N, Peterson F. Libérese de la fibromialgia. Valencia: Jorge Lis Coaching; 2005. Consultado: Septiembre 2015.
7. García Campayo J, Pascual López A. Aprender a vivir con fibromialgia. Barcelona: Edika Med; 2005. Consultado: Octubre 2015.
8. Belenguer R, Ramos-Casals M, Siso A, Rivera J. Clasificación de la fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura. [Sede Web]. 2009; 5:55-62. Consultado en: Octubre 2015. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/clasificacion-fibromialgia-revision-sistemica-literatura/articulo/13134881/>

# ANEXOS

## ANEXO 1: PUNTOS DE DOLOR MIOFASCIAL

Los puntos establecidos de sensibilidad máxima al dolor se ubican en la parte delantera en<sup>7</sup>:

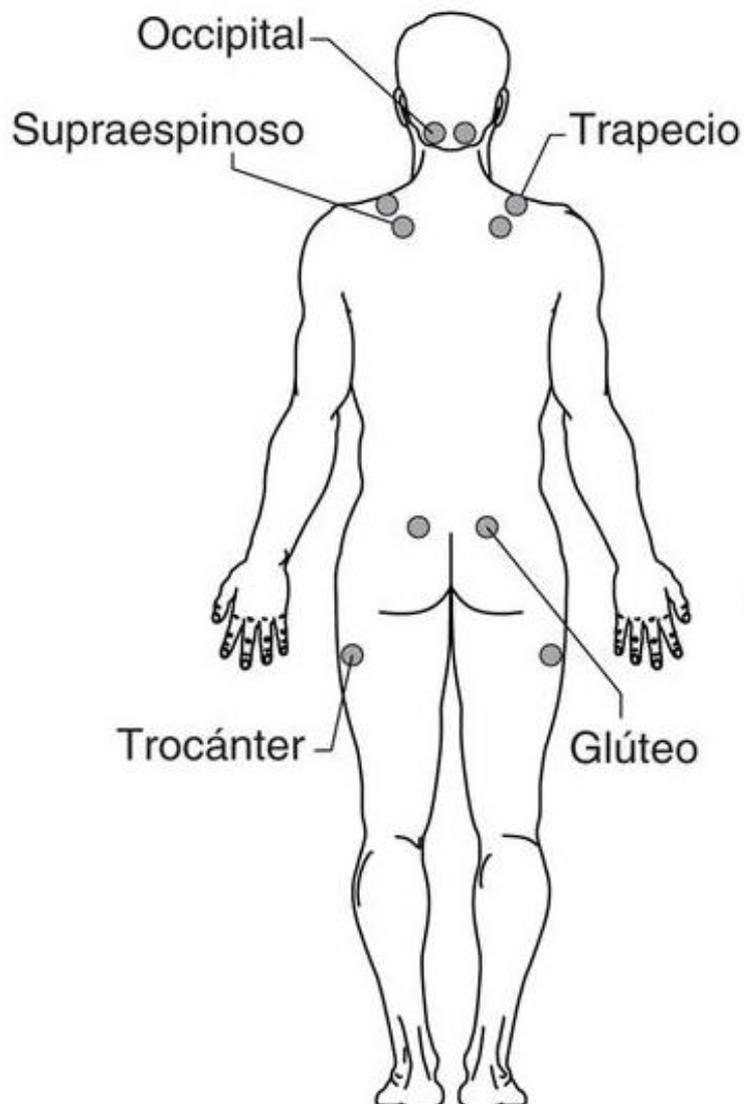
- Cuello: cara anterior de los espacios intervertebrales de las vértebras cervicales 5 y 7.
- Tórax: uniones costocnrales de la segunda costilla.
- Antebrazos: en la parte interior, tres dedos por debajo del pliegue interior del codo, en los epicóndilos laterales.
- Rodillas: en la parte interna de las mismas.



Fuente: Elsevier

Los puntos establecidos de sensibilidad máxima al dolor se ubican en la parte trasera en<sup>7</sup>:

- Cuello: El punto donde la cabeza se une al cuello, bajo el occipucio.
- Cuello: En la parte baja cervical, donde se sitúan alguna de las inserciones del músculo trapecio.
- Hombros: Encima del borde medial de la espina escapular, donde se encuentra la inserción del músculo supraespinoso.
- Nalgas: cuadrantes superoexternos de los músculos glúteos.
- Pierna: parte externa de la tuberosidad trocantérica del fémur.

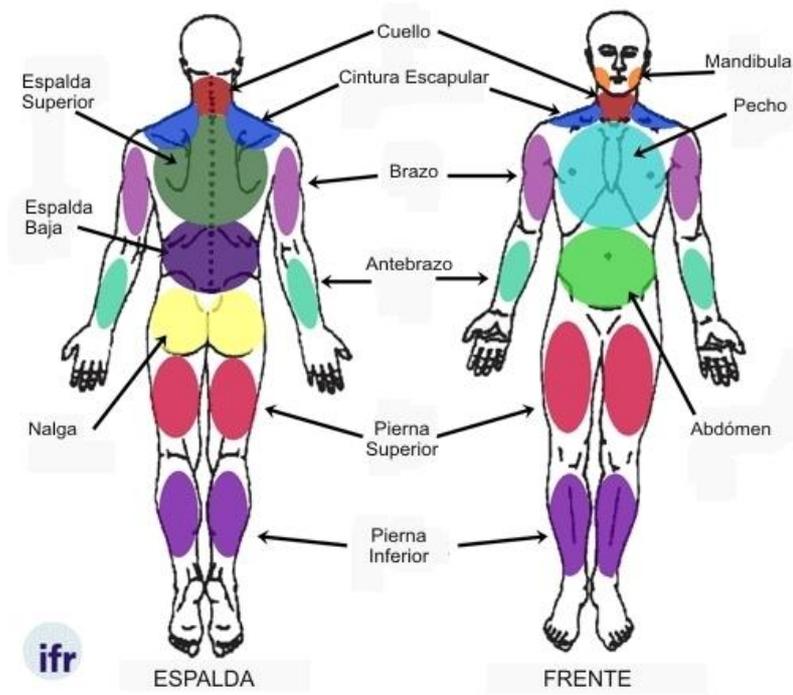


Fuente: Elsevier

## ANEXO 2: NUEVOS CRITERIOS PRELIMINARES PARA EL DIAGNÓSTICO DE FIBROMIALGIA<sup>13</sup>

### Nuevos Criterios Preliminares para el Diagnóstico Clínico de la Fibromialgia

#### Índice de Dolor Generalizado – Widespread Pain Index (WPI)



Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB, Yunus MB. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthritis Care Res,2010;62:600-10.

Ponga una cruz sobre cada área en la que ha sentido dolor durante la semana pasada, teniendo en cuenta que no debe incluir dolores producidos por otras enfermedades que sepa que sufre (artritis, lupus, artrosis, tendinitis, etc.):

<input type="checkbox"/>	Cintura Escapular Izquierda	<input type="checkbox"/>	Pierna Inferior Izquierda
<input type="checkbox"/>	Cintura Escapular Derecha	<input type="checkbox"/>	Pierna Inferior Derecha
<input type="checkbox"/>	Brazo Superior Izquierdo	<input type="checkbox"/>	Mandíbula Izquierda
<input type="checkbox"/>	Brazo Superior Derecho	<input type="checkbox"/>	Mandíbula Derecha
<input type="checkbox"/>	Brazo Inferior Izquierdo	<input type="checkbox"/>	Pecho (Tórax)
<input type="checkbox"/>	Brazo Inferior Derecho	<input type="checkbox"/>	Abdómen
<input type="checkbox"/>	Nalga Izquierda	<input type="checkbox"/>	Cuello
<input type="checkbox"/>	Nalga Derecha	<input type="checkbox"/>	Espalda Superior
<input type="checkbox"/>	Pierna Superior Izquierda	<input type="checkbox"/>	Espalda Inferior
<input type="checkbox"/>	Pierna Superior Derecha	<input type="checkbox"/>	

Cuente el número de áreas que ha marcado y anótelo aquí: \_\_\_\_\_

Observará que el valor WPI oscila entre 0 y 19.

### Índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score – SS Score)

#### SS-Parte 1

Indique la gravedad de sus síntomas durante la semana pasada, utilizando las siguientes escalas, que se puntúan del 0 (leve) al 3 (grave):

<b>1. Fatiga</b>	
<input type="checkbox"/>	0 = No ha sido un problema
<input type="checkbox"/>	1 = Leve , ocasional
<input type="checkbox"/>	2 = Moderada , presente casi siempre
<input type="checkbox"/>	3 = Grave, persistente, he tenido grandes problemas

<b>2. Sueño no reparador</b>	
<input type="checkbox"/>	0 = No ha sido un problema
<input type="checkbox"/>	1 = Leve , intermitente
<input type="checkbox"/>	2 = Moderada , presente casi siempre
<input type="checkbox"/>	3 = Grave, persistente, grandes problemas

<b>2. Trastornos Cognitivos</b>	
<input type="checkbox"/>	0 = No ha sido un problema
<input type="checkbox"/>	1 = Leve , intermitente
<input type="checkbox"/>	2 = Moderada , presente casi siempre
<input type="checkbox"/>	3 = Grave, persistente, grandes problemas

Sume el valor de todas las casillas marcadas y anótelo aquí: \_\_\_\_\_

Observará que el valor SS-Parte 1 oscila entre 0 y 9.

## Índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score – SS Score)

### SS-Parte 2

Marque cada casilla que corresponda a un síntoma que ha sufrido durante la semana pasada.

Dolor muscular	Pitidos al respirar (sibilancias)
Síndrome de Colon Irritable	Fenómeno de Raynaud
Fatiga / agotamiento	Urticaria
Problemas de comprensión o memoria	Zumbidos en los oídos
Debilidad muscular	Vómitos
Dolor de cabeza	Acidez de estómago
Calambres en el abdomen	Aftas orales (úlceras)
Entumecimiento / hormigueos	Pérdida o cambios en el gusto
Mareo	Convulsiones
Insomnio	Ojo seco
Depresión	Respiración entrecortada
Estreñimiento	Pérdida de apetito
Dolor en la parte alta del abdomen	Erupciones / Rash
Nauseas	Intolerancia al sol
Ansiedad	Trastornos auditivos
Dolor torácico	Moretones frecuentes (hematomas)
Visión borrosa	Caída del cabello
Diarrea	Micción frecuente
Boca seca	Micción dolorosa
Picores	Espasmos vesicales

Cuente el número de síntomas marcados, y anótelos aquí: \_\_\_\_\_

Si tiene 0 síntomas, su puntuación es 0

Entre 1 y 10, su puntuación es 1

Entre 11 y 24, su puntuación es 2

25 o más, su puntuación es 3

Anote aquí su puntuación de la SS-Parte 2 (entre 0 y 3): \_\_\_\_\_

Suma de su puntuación SS-Parte 1+ SS-Parte 2 = \_\_\_\_\_

Compruebe que la puntuación se encuentre entre 0 y 12 puntos.

## ANEXO 3: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR EN LA FIBROMIALGIA

En el momento actual, no existe un criterio unánime sobre cómo abordar la FM, y por el momento, las recomendaciones terapéuticas proceden de las conclusiones de los comités de expertos. En este sentido es importante subrayar que la conclusión fundamental a la que llegan estos comités es que el tratamiento de la FM debe ser multidisciplinar y debe incluir tres pilares básicos: tratamiento farmacológico, terapia psicológica y terapia basada en el ejercicio físico<sup>28</sup>. Por tanto, para evitar la sobremedicación, la desilusión del paciente y el abandono terapéutico, la meta de los profesionales debe ser la persecución del alivio sintomático para conseguir una mejora en la calidad de vida y no la eliminación completa de los síntomas.

Debido a lo comentado anteriormente, la medicación administrada debe de ser reevaluada de forma periódica, y se debe evitar caer en la polifarmacia, puesto que los pacientes generalmente se habitúan a los efectos de los fármacos con acciones centrales. Por este motivo, se recomienda a su vez, realizar períodos de descanso de la medicación prescrita para evitar la tolerancia progresiva<sup>29</sup>.

Cabe destacar que no existe un tratamiento curativo para la Fibromialgia, pero sí que podemos encontrar un amplio abanico terapéutico para tratar de paliar los síntomas que se vayan presentando. La *Pregabalina* y la *Duloxetina* han sido aprobadas para el tratamiento de la Fibromialgia en algunos países, pero su efectividad es baja y no surte ningún efecto en una porción importante de los pacientes. En un número muy reducido de pacientes, la Hormona del Crecimiento ha demostrado una gran efectividad<sup>30</sup>.

Para el tratamiento del dolor encontramos un amplio espectro de medicamentos. Por un lado encontramos los analgésicos simples como el *paracetamol*, o los *antiinflamatorios no esteroideos* (AINES), los cuáles han demostrado tener cierta efectividad sobre el dolor miofascial. Por otro lado encontramos, abarcando tratamientos más potentes que los anteriores, los analgésicos de acción central como los opioides, donde el *tramadol* (opioide

*menor*) cobra un papel bastante significativo en cuanto al tratamiento del dolor en la fibromialgia se refiere. La utilización de opioides mayores para síntomas de tipo no neoplásico aún es controvertida; algunos expertos se oponen a esta idea debido a los efectos secundarios asociados al uso de opioides como la adicción o la falta de ensayos clínicos sobre su eficacia<sup>29</sup>.

Junto con la administración de niveles bajos de AINES se pueden administrar benzodicepinas como el diazepam, alprazolam, lorazepam y clonazepam para disminuir la ansiedad y los espasmos musculares experimentados en muchos pacientes con esta patología. El clonazepam también ha demostrado ser útil en el tratamiento del síndrome de las piernas inquietas, muchas veces asociado a la FM. Al igual que los opiáceos, pueden causar dependencia física y psíquica por lo que sólo deben ser administrados bajo supervisión médica y con extrema cautela<sup>30</sup>.

Además de los analgésicos ya comentados, también se utilizan otro tipo de fármacos para el dolor: los antidepresivos. Los antidepresivos son eficaces en pacientes con FM tanto si presentan o no depresión, ya que elevan ciertas sustancias químicas encargadas de la modulación del dolor (incluyendo serotonina y noradrenalina). Dentro de los antidepresivos encontramos varias clases<sup>31</sup>:

- Antidepresivos tricíclicos: como la *Amitriptilina* o la *Ciclobenzaprina*, mejoran el sueño, y ayudan a relajar los músculos por lo que proporcionan una mejora del dolor miofascial al no encontrarse en constante tensión y gracias también, al aumento de la liberación de endorfinas.
  
- Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina: como la *fluoxetina*, suelen utilizados cuando los tricíclicos fracasan, favorecen la liberación de serotonina y disminuyen la fatiga.

- Inhibidores de la recaptación de la serotonina y noradrenalina: como la *duloxetina* o el *milnazipram*, elevan las concentraciones de serotonina y noradrenalina produciendo un efecto analgésico mayor que los anteriores.

Para concluir, otro tipo de fármaco que ha ido ganando popularidad en los últimos ensayos clínicos realizados son los anticonvulsivantes. El mecanismo de acción se basa en la disminución de la excitabilidad de las membranas celulares reduciendo la liberación de neurotransmisores cerebrales. Los anticonvulsivantes han demostrado su eficacia en varias formas de dolor neuropático, aunque todavía hay pocos estudios que avalen su eficacia en la FM. Los anticonvulsivantes más utilizados para paliar el dolor crónico son: la *fenitoína*, la *gabapentina* y la *pregabalina* (fármaco ya aprobado por la FDA Americana como tratamiento de la FM) <sup>28</sup>.

## ANEXO 4: SESIONES DEL PLAN DE CUIDADOS

### ➤ 1ª Sesión (Día 1):

En la primera sesión se discutió con el paciente todas aquellas actividades que debía de intentar cumplir para tratar de mejorar el manejo de su dolor, que son aquellas que se han establecido en el plan de cuidados anterior. El objetivo era hallar aquellos métodos que le funcionaran para mejorar su dolor, tanto los que podía practicar él mismo, cómo aquéllos que se le podía practicar, y en el caso de que fueran efectivos, adoptarlos como propios.

Durante esta sesión se le explicó al paciente cómo llevar a cabo diversas técnicas de relajación para que las pusiera en práctica durante esa semana. Además se le pidió que realizara un diario durante todos los días donde dejara reflejado su nivel de dolor en una escala del 1 al 10, y su nivel de dolor tras aplicar las técnicas de relajación aprendidas.

### ➤ 2ª Sesión (Día 7):

En esta sesión se le explicó al paciente las técnicas de distracción y musicoterapia como método de alivio del dolor y se le pidió que las practicara junto a las técnicas de relajación aprendidas en la primera sesión anotándolas en el diario dándoles un valor de la misma escala entre el 1 y el 10. Además se probó la técnica de masaje en piernas y espalda para comprobar los efectos de éste sobre el dolor y se comprobó una ligera mejoría tras él durante la hora siguiente.

Por otro lado, también se trabajó el apoyo emocional, identificando las preocupaciones y temores del paciente, y tratando de reconfortarle y escucharle. Se plantearon también las técnicas de relajación y distracción enseñadas como método de abordaje terapéutico de su estado de ánimo.

➤ 3º Sesión (Día 14):

En esta sesión se continuó con los masajes de piernas y espalda para ver su efecto a un ritmo constante semanal y se aconsejó al paciente realizar cambios de posición y valorar el nivel de dolor en una escala del 1 al 10 anotándolo en el diario.

➤ 4º Sesión (Día 21):

En esta sesión fue únicamente de escucha activa y valoración emocional, identificando qué técnicas habían resultado útiles en el abordaje del temor que le produce su dolor. Se trabajaron además técnicas para mejorar el afrontamiento de la enfermedad así como la preocupación del paciente sobre la tolerancia al dolor y su temor a llegar a experimentar un dolor insoportable.

➤ 5º Sesión (Día 30):

En esta sesión se recopiló toda la información escrita durante el mes en el diario, así como verbalmente a través del paciente, obteniendo los siguientes resultados mostrados en el apartado de resultados de este trabajo.

## ANEXO 5: ESCALAS DE VALORACIÓN UTILIZADAS <sup>18</sup>

### ❖ ÍNDICE DE BARTHEL

Es una escala de valoración de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

- Máxima puntuación: 100 puntos (90 en el caso de ir en silla de ruedas)
- Dependencia leve: superior a 60 puntos.
- Dependencia moderada: 40-55 puntos.
- Dependencia grave: 20-35 puntos.
- Dependencia total: inferior a 20 puntos.

#### **Comer**

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

#### **Lavarse – bañarse –**

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

#### **Vestirse**

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

#### **Arreglarse**

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

#### **Deposición**

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro

**Micción - valorar la situación en la semana previa –**

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

**Ir al retrete**

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda ( puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

**Trasladarse sillón / cama**

15	Independiente.	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

**Deambulación**

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo
10	Necesita ayuda	supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

**Subir y bajar escaleras**

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

❖ ESCALA DE LAWTON Y BRODY:

Es una escala de valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria. Consta de 8 ítems. La puntuación total que se puede obtener son 8 puntos. Cuanta mayor sea la puntuación, mayor independencia.

	<b>Puntos</b>
<b>Capacidad de usar el teléfono</b>	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc	1
Es capaz de marcar bien algunos números conocidos	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono en absoluto	0
<b>Ir de compras</b>	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
<b>Preparación de la comida</b>	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí mismo/a adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y le sirvan las comidas.	0
<b>Cuidado de la Casa</b>	
Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las	1
Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0
No participa en ninguna labor de la casa	0
<b>Lavado de la ropa</b>	
Lava por sí mismo/a toda su ropa	1
Lava por sí mismo/a pequeñas prendas (aclamar medias, etc)	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
<b>Uso de medios de transporte</b>	
Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0
<b>Responsabilidad respecto a su medicación</b>	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1
Toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis	0
No es capaz de administrarse su medicación.	0
<b>Manejo de asuntos económicos</b>	
Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco) recoge y conoce sus	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes	1
Incapaz de manejar dinero.	0
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

## ❖ CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR:

Es una escala de valoración de la percepción de la función familiar. Consta de 5 ítems. Se administra a la población general.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

- Normofuncional: de 7 a 10 puntos.
- Disfuncional leve: de 3 a 6 puntos.
- Disfuncional grave: de 0 a 2 puntos.

	<b>Casi nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi siempre</b>
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>			

## ❖ ESCALA DE GOLDBERG:

Es una escala para valorar el estado de depresión y ansiedad del paciente. Se divide en dos partes que valoran ambos aspectos por separado. Cada una de las partes consta de 4 ítems para determinar que exista algún trastorno mental, y 5 ítems que se valoran en caso de que en los anteriores se haya obtenido una puntuación de riesgo (2 o más en la escala de ansiedad y 1 o más en la escala de depresión).

### INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

- Escala de ansiedad: positiva para mayor o igual a 4 puntos.
- Escala de depresión: positiva para mayor o igual a 2.

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?		
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse		
<b>Puntuación Total</b>		
(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

<b>SUBESCALA DE DEPRESIÓN</b>	<b>RESPUESTAS</b>	<b>PUNTOS</b>
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
<b>Puntuación Total</b> (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

<b>PUNTUACIÓN TOTAL (Escala única)</b>	
--	--

## ❖ CUESTIONARIO DE OVIEDO DEL SUEÑO:

Es una escala de valoración de los patrones de sueño. Consta de 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en 3 apartados: satisfacción subjetiva del sueño, insomnio e hipersomnio. Los 2 ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño.

### INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

Cada ítem puntúa de 1 a 5 excepto el ítem 1 que puntúa de 1 a 7. El apartado de insomnio varía entre 9 y 45, donde una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad de insomnio (ítems 2, 3, 4, 5, 6, y 7).

#### **Durante el último mes**

##### 1. ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

1	Muy insatisfecho
2	Bastante insatisfecho
3	Insatisfecho
4	Término medio
5	Satisfecho
6	Bastante satisfecho
7	Muy satisfecho

##### 2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para .....

		Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
2.1	Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
2.2	Permanecer dormido	1	2	3	4	5
2.3	Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5
2.4	Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
2.5	Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

##### 3. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

1	0-15 minutos
2	16-30 minutos
3	31-45 minutos
4	46-60 minutos
5	más de 60 minutos

4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

1	Ninguna vez
2	1 vez
3	2 veces
4	3 veces
5	más de 3 veces

Si normalmente se despertó Vd. piensa que se debe a.....(Información clínica)

- a) Dolor
- b) Necesidad de orinar
- c) Ruido
- d) Otros. Especificar.

5. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo ¿Cuánto tiempo antes?

1	Se ha despertado como siempre
2	Media hora antes
3	1 hora antes
4	Entre 1 y 2 horas antes
5	Más de 2 horas antes

6. Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama) Por término medio, ¿Cuántas horas ha dormido cada noche? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama? \_\_\_\_\_

1	91-100%
2	81-90%
3	71-80%
4	61-70%
5	60% o menos

7. Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

8. ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

9. Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido períodos de sueño diurno ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento solcio-laboral por ese motivo?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

10. ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido) .....?  
(Información clínica)

	Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
a) Ronquidos	1	2	3	4	5
b) Ronquidos con ahogo	1	2	3	4	5
c) Movimientos de las piernas	1	2	3	4	5
d) Pesadillas	1	2	3	4	5
e) Otros	1	2	3	4	5

11. ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir?  
(Información clínica)

a	Ningún día
b	1-2 días/semana
c	3 días/semana
d	4-5 días/semana
e	6-7 día/semana

Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc), describir

## ❖ ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK:

Es una escala para medir la desesperanza de una persona, y su posición de cara al suicidio. Aunque se suele utilizar para personas con un trastorno psicótico de inicio para valorare el posible riesgo de suicidio, también puede resultar útil a la hora de valorar la percepción de una persona con una patología crónica (por ejemplo con dolor crónico) sobre su futuro.

### INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

Se trata de un cuestionario que consta de 20 ítems. Se da una puntuación de 1 a la respuestas marcadas como “VERDADERO” en los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 y al resto de las respuestas marcadas como “FALSO”.

- Una puntuación superior a 8 indica un grado de desesperanza alto.

	<b>V</b>	<b>F</b>
1. <i>Espero el futuro con esperanza y entusiasmo</i>		
2. <i>Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo</i>		
3. <i>Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así</i>		
4. <i>No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años</i>		
5. <i>Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer</i>		
6. <i>En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar</i>		
7. <i>Mi futuro me parece oscuro</i>		
8. <i>Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio</i>		
9. <i>No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro</i>		
10. <i>Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro</i>		
11. <i>Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable</i>		
12. <i>No espero conseguir lo que realmente deseo</i>		
13. <i>Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora</i>		
14. <i>Las cosas no marchan como yo quisiera</i>		
15. <i>Tengo una gran confianza en el futuro</i>		
16. <i>Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa</i>		
17. <i>Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro</i>		
18. <i>El futuro me parece vago e incierto</i>		
19. <i>Espero más bien épocas buenas que malas.</i>		
20. <i>No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré</i>		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

❖ CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO ANTE EL DOLOR CRÓNICO (CAD):

Es una escala de valoración del afrontamiento de una persona ante un dolor de una duración superior a 6 meses. Consta de 31 ítems repartidos en 6 apartados. No tiene una puntuación de corte, si no que sirve para valorar los aspectos más destacados en el afrontamiento y así conocer las estrategias de abordaje para el control y el manejo de la percepción algica más eficaces.

<b>Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>Más en desacuerdo que de acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>Más de acuerdo que en desacuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
<b>Religión</b>					
1. Rezo para que mis dolores desaparezcan					
2. Rezo para conseguir fuerza y guía sobre el problema.					
3. Rezo para curarme					
4. Utilizo la fe para aliviar mis dolores					
5. Pido a Dios que me alivie de mis dolores					
<b>Catarsis (Búsqueda de Apoyo Social Emocional)</b>					
6. Cuando tengo dolor intento hablar con alguien y contarle lo que me pasa. Esto me ayuda a soportarlo					
7. Cuando tengo dolor les digo a los demás lo mucho que me duele, pues el compartir mis sentimientos me hace encontrarme mejor					
8. Cuento a la gente la situación porque ello me ayuda a encontrar soluciones					
9. Hablo con la gente de mi dolor, porque el hablar me ayuda a sentirme mejor					
10. Busco a algún amigo o allegado que me comprenda y me ayude a sentirme mejor con el dolor					
<b>Distracción</b>					
11. Cuando tengo dolor imagino situaciones placenteras					
12. Busco algo en qué pensar para distraerme					
13. Ignoro el dolor pensando en otra cosa					
14. Intento recrear mentalmente un paisaje					
15. Cuando tengo dolor pienso en otra cosa					
16. Cuando tengo dolor me esfuerzo en distraerme con algún pasatiempo					

A cada ítem se le dará una puntuación del 0 al 4 correspondiendo de la siguiente manera:

- Totalmente en desacuerdo: 0
- Más en desacuerdo que de acuerdo: 1
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo: 2
- Más de acuerdo que en desacuerdo: 3
- Totalmente de acuerdo: 4

<b>Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico</b>	Totalmente en desacuerdo	Más en desacuerdo que de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más de acuerdo que en desacuerdo	Totalmente de acuerdo
<b>Autocontrol Mental</b>					
17. Me concentro en el punto en que más me duele intentando disminuir el dolor					
18. Me olvido de todo y me concentro en mi dolor intentando que desaparezca					
19. Cuando tengo dolor me concentro en su localización e intensidad para intentar controlarlo					
20. Cuando tengo dolor me concentro en él e intento disminuirlo mentalmente					
21. Trato de dejar la mente en blanco					
<b>Autoafirmación</b>					
22. Pienso que he de tener fuerzas y no desfallecer					
23. Me doy ánimos para aguantar el dolor					
24. Me digo a mi mismo que tengo que ser fuerte					
25. Cuando tengo dolor no me rindo, peleo					
26. Aunque me duele me contengo y procuro que no se me note					
<b>Búsqueda de Información (Búsqueda de Apoyo Social Instrumental)</b>					
27. Intento que me expliquen qué puedo hacer para disminuir el dolor					
28. Busco a algún amigo, familiar o profesional para que me aconseje cómo superar la situación					
29. Hablo con un profesional (médico, psicólogo, sacerdote, etc.) del problema para que me ayude a hacerle frente					
30. Intento saber más sobre mi dolor para así poder hacerle frente					
31. Hablo con alguien que puede hacer algo concreto sobre mi dolor					

## ❖ CUESTIONARIO DE DOLOR ESPAÑOL (CDE)

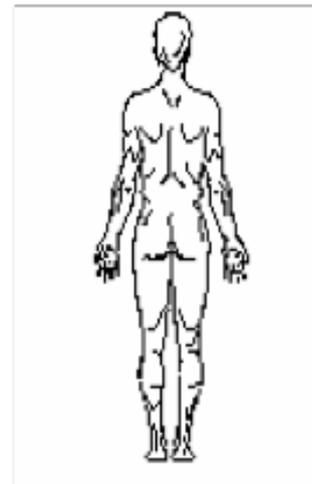
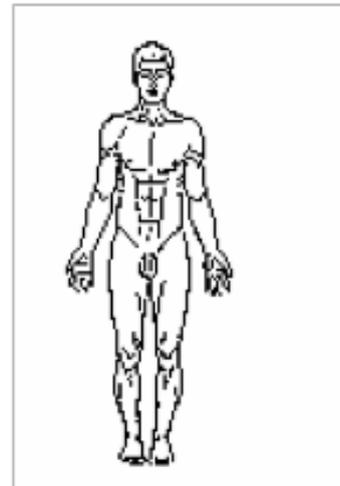
Esta escala presenta varias dimensiones. El cuestionario obtiene tres resultados diferentes: valor de intensidad total, valor de intensidad actual y escala visual analógica.

- El valor la de intensidad total es el conjunto de la medición del dolor de tres aspectos diferentes: el dolor sensorial, el dolor afectivo, y el dolor evaluativo. Cada subgrupo tiene un conjunto de descriptores que se marcarán con una puntuación de 1 si es doloroso y 0 si es indoloro.
  - El valor de intensidad sensorial se podrá encontrar entre 0 y 7. El valor de intensidad afectivo entre 0 y 6. El valor de intensidad evaluativa entre 0 y 1. Por tanto el valor de la intensidad total se encontrará entre 0 y 14.
- El valor de la intensidad actual se obtiene respondiendo a un ítem sobre la intensidad que puntuará de 0 a 5 (donde 0 corresponde a sin dolor y 5 a dolor insoportable).
- La escala visual analógica se puntúa de 0 a 10 dependiendo del valor que el paciente le dé al síntoma preguntado (en este caso, el dolor).

<b>RESULTADOS</b>		
<b>Valor de intensidad sensorial</b>	<b>0/7</b>	
<b>Valor de intensidad afectiva</b>	<b>0/6</b>	
<b>Valor de intensidad evaluativa</b>	<b>0/1</b>	
<b>Valor de intensidad total</b>	<b>0/14</b>	
<b>Valor de intensidad actual</b>	<b>0/5</b>	
<b>Escala Visual Analógica</b>	<b>0/10</b>	

**Cuestionario de Dolor Español – CDE –**

<b>VALOR DE INTENSIDAD SENSORIAL</b>	<b>VALOR DE INTENSIDAD AFECTIVA</b>
<b>Temporal 1</b>	<b>Temor</b>
<input type="checkbox"/> Como pulsaciones <input type="checkbox"/> Como una sacudida <input type="checkbox"/> Como un latigazo	<input type="checkbox"/> Temible <input type="checkbox"/> Espantoso <input type="checkbox"/> Horrible
<b>Térmica</b>	<b>Autonómica / Vegetativa</b>
<input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Caliente <input type="checkbox"/> Ardiente	<input type="checkbox"/> Que maree <input type="checkbox"/> Sofocante
<b>Presión constrictiva</b>	<b>Castigo</b>
<input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Como un pellizco <input type="checkbox"/> Agarrotamiento <input type="checkbox"/> Calambre <input type="checkbox"/> Espasmo <input type="checkbox"/> Retortijón <input type="checkbox"/> Opresivo	<input type="checkbox"/> Que atormenta <input type="checkbox"/> Mortificante <input type="checkbox"/> Violento
<b>Presión puntiforme / incisiva</b>	<b>Tensión / Cansancio</b>
<input type="checkbox"/> Pinchazo <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Penetrante <input type="checkbox"/> Agudo	<input type="checkbox"/> Extenuante <input type="checkbox"/> Agotador <input type="checkbox"/> Incapacitante
<b>Presión de tracción gravativa</b>	<b>Cólera / Disgusto</b>
<input type="checkbox"/> Pesado <input type="checkbox"/> Tirante <input type="checkbox"/> Como un desgarro <input type="checkbox"/> Tenso	<input type="checkbox"/> Incómodo <input type="checkbox"/> Que irrita <input type="checkbox"/> Que consume
<b>Espacial</b>	<b>Pena / Ansiedad</b>
<input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Difuso <input type="checkbox"/> Que se irradia <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Profundo	<input type="checkbox"/> Deprimente <input type="checkbox"/> Agobiante <input type="checkbox"/> Que angustia <input type="checkbox"/> Que obsesiona <input type="checkbox"/> Desesperante
<b>Viveza</b>	<b>VALOR DE INTENSIDAD EVALUATIVA</b>
<input type="checkbox"/> Adormecido <input type="checkbox"/> Picor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Como agujetas <input type="checkbox"/> Escozor <input type="checkbox"/> Como una corriente	<b>Temporal 2</b>
	<input type="checkbox"/> Momentáneo <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Creciente <input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Persistente
<b>VALOR INTENSIDAD ACTUAL</b>	
<b>Intensidad</b>	
<input type="checkbox"/> Sin dolor <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Intenso <input type="checkbox"/> Fuerte <input type="checkbox"/> Insoportable	



**Escala visual analógica**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sin dolor

Dolor insoportable