

FIBROMIALGIA



Aprendiendo a conocer el proceso
del dolor crónico

Jesús Navas
14 de noviembre 2019

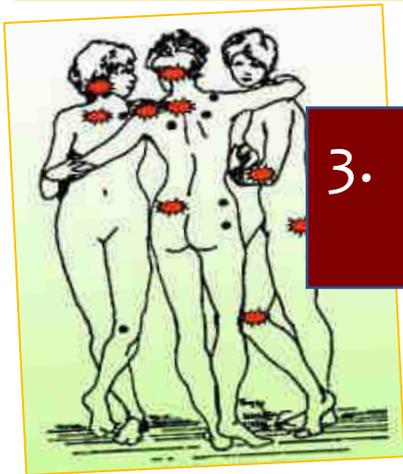
¿Qué me he propuesto?



1. Hablar de dolor crónico y del proceso que puede llevar a las personas a vivir atrapadas en él.



2. Incidir sobre relación terapéutica de la persona con FM y los profesionales de Atención Primaria.



3. Revisar el concepto de Fibromialgia (FM) y los criterios actuales.



4. Orientar hacia las posibilidades de tratamiento de la FM y el papel de los Centros de Atención Primaria.

5. Opinar sobre las cuestiones que puedan surgir durante la jornada.



“Lo que nos perturba no es lo que nos ocurre, sino nuestros pensamientos sobre lo que nos ocurre”.

Epiceto

Nadie quiere tener dolor. Nada más notarlo, ya estás pensando en librarte de él.

El dolor te protege, te avisa de que estás en peligro, hace que te muevas de manera diferente, que pienses y te comportes de forma distinta.

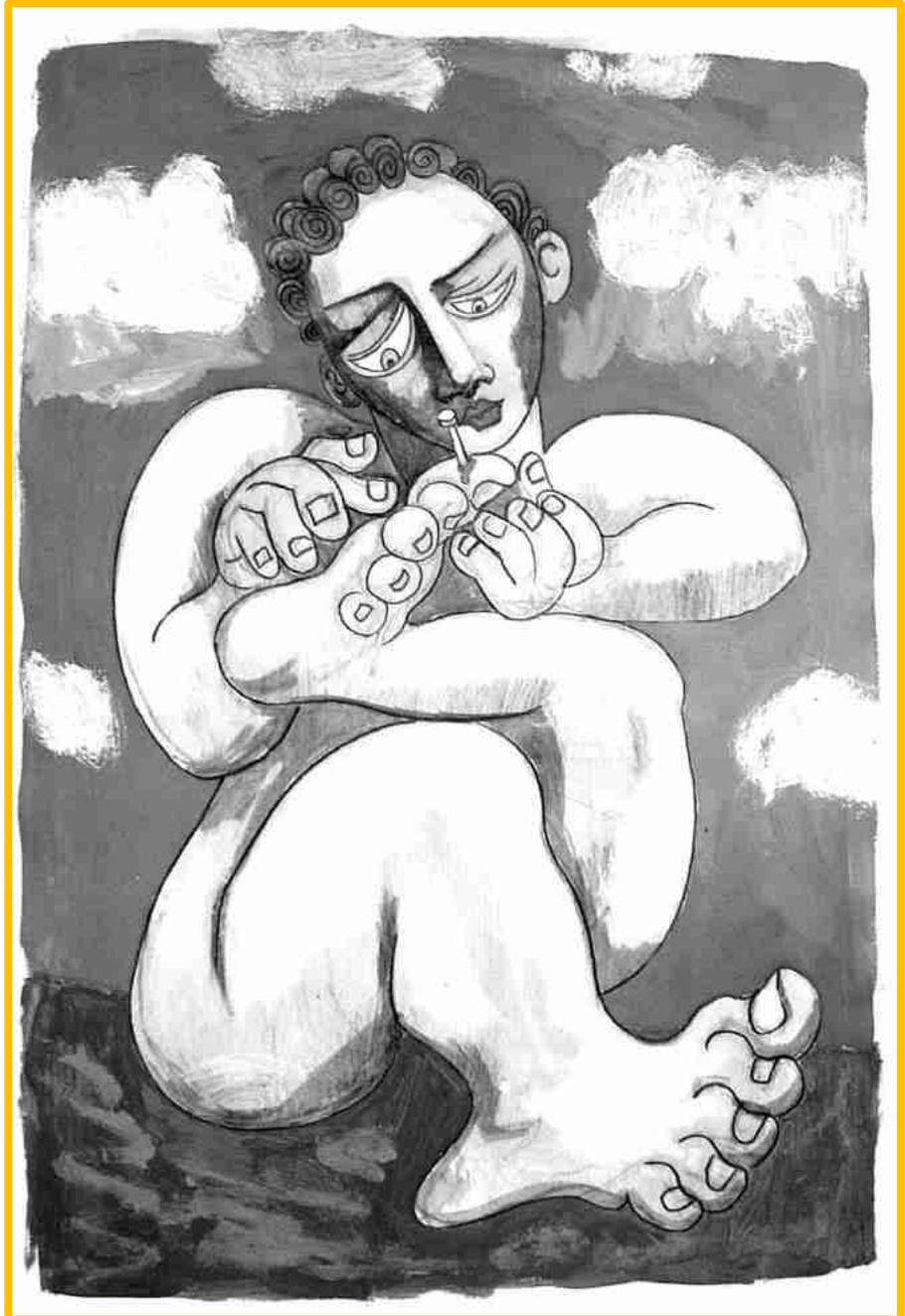
El **dolor** es algo realmente **inteligente.**

Creemos que todas las experiencias de dolor son normales, y que son una **respuesta excelente**, aunque desagradable, frente a aquello que el **cerebro juzga como una situación de peligro.**

Aunque exista algún problema en tus articulaciones, músculos, ligamentos, nervios, sistema inmune o en cualquier otro sitio, **no tendrás dolor a no ser que tu cerebro piense que estás en peligro.**

Aunque no exista en absoluto ningún problema en tus tejidos corporales, nervios o sistema inmune, **sentirás dolor si tu cerebro piensa que estás en peligro.**

Esto es así de simple y de difícil al mismo tiempo.



Mitos, malentendidos y miedos innecesarios en relación con el dolor.

Sabemos que **entender el proceso del dolor ayuda a enfrentarse a él** con eficacia. **Existen dos aspectos importantes con respecto a explicar el dolor:**

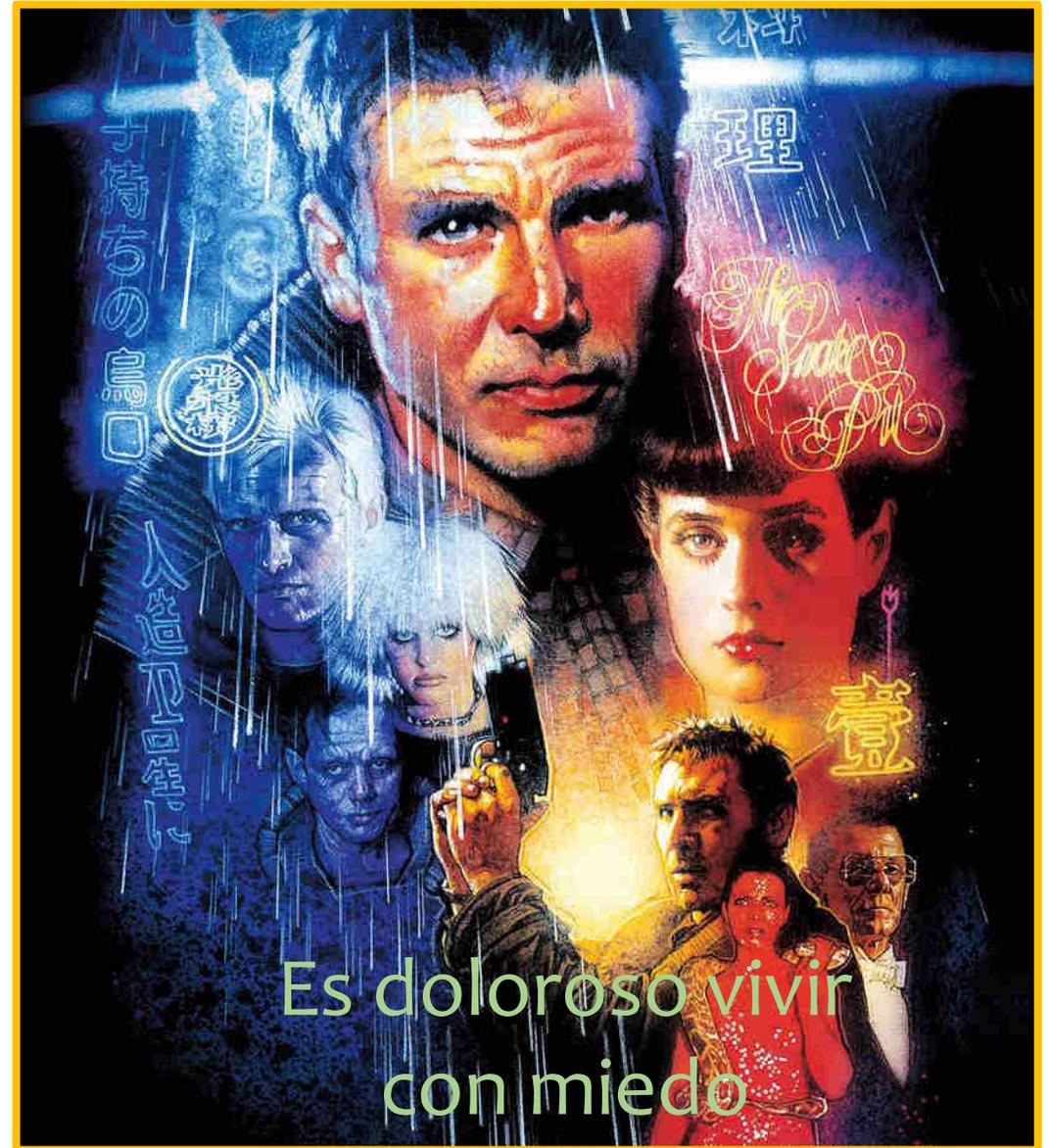
1. la **fisiología del dolor** puede ser **fácilmente entendida** por cualquier persona normal y corriente;
2. y **comprender la fisiología del dolor** cambia el modo de pensar sobre él, reduce su significado amenazante y ayuda a su tratamiento.



A cualquier hora del día o de la noche, alrededor de un **20% de la población mundial tiene un dolor que persiste más de 3 meses.**

Cuando el **dolor persiste** y tú sientes que está arruinando tu vida, es **difícil imaginar que pueda servir para algo útil.**

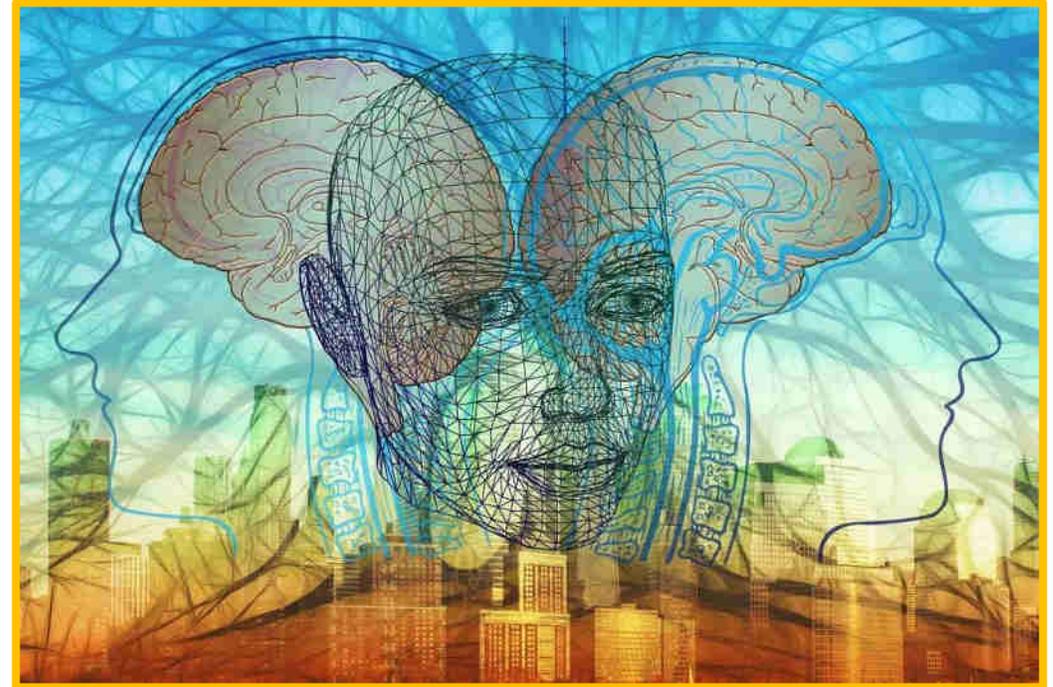
La clave es descubrir por qué el cerebro ha llegado a la conclusión de que existe una amenaza o peligro.



Blade Runner: un alegato sobre la fragilidad de la naturaleza humana

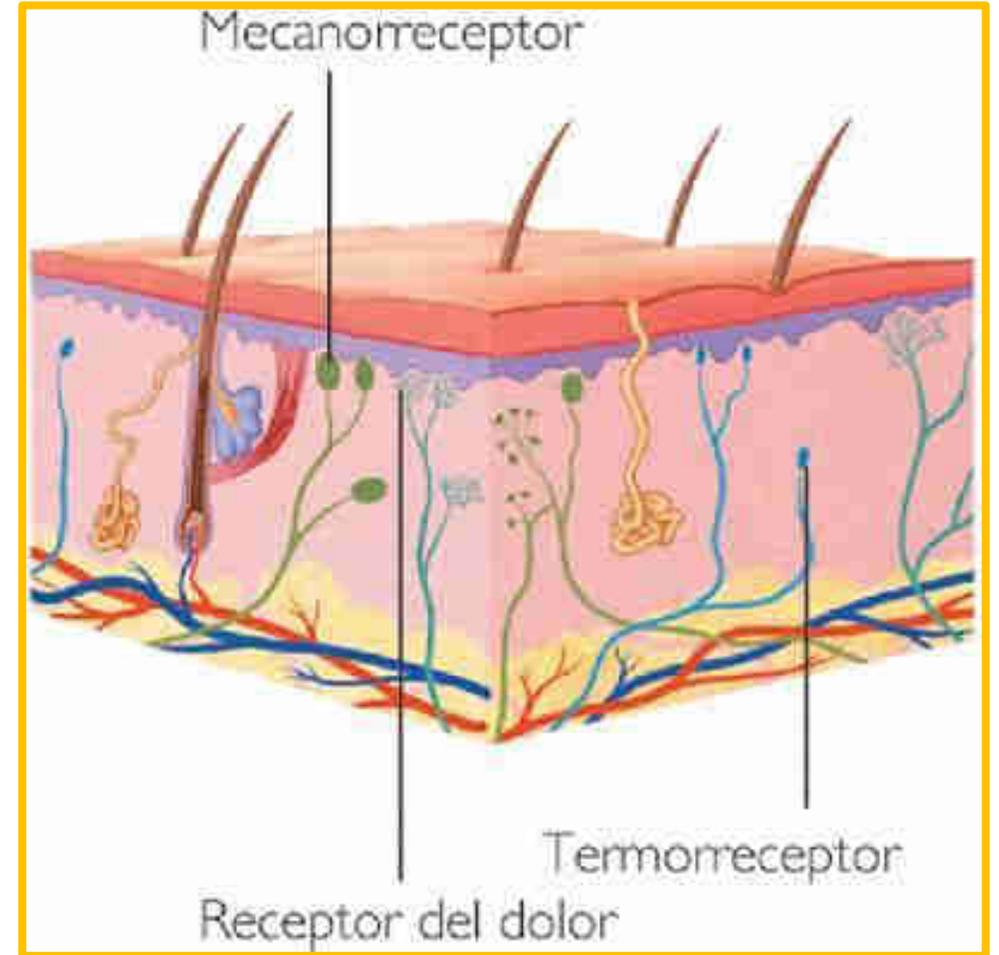
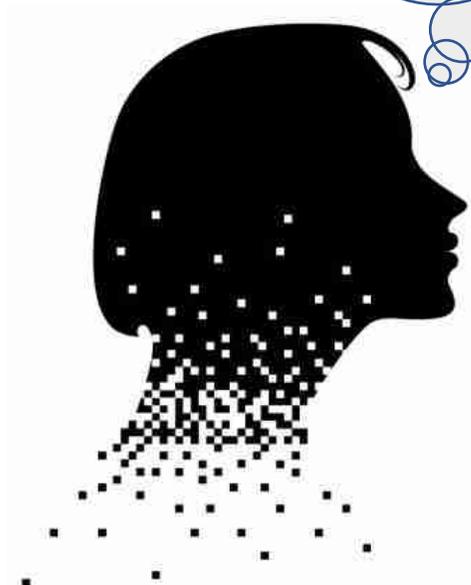
Todas las experiencias de dolor son una respuesta normal a lo que tu cerebro considera que es una amenaza.

- La cantidad de dolor que experimentas no se relaciona necesariamente con la cantidad de daño en el tejido.
- La construcción de la experiencia del dolor del cerebro se basa en muchas señales sensoriales.
- El dolor de miembro fantasma sirve como un recordatorio del cuerpo virtual del cerebro.



La actividad en las neuronas que expresan la **proteína quinasa C-delta** amplifican el dolor, mientras que las neuronas que expresan **somatostina** inhiben la cadena de transmisión en los nervios utilizados para comunicar el dolor.

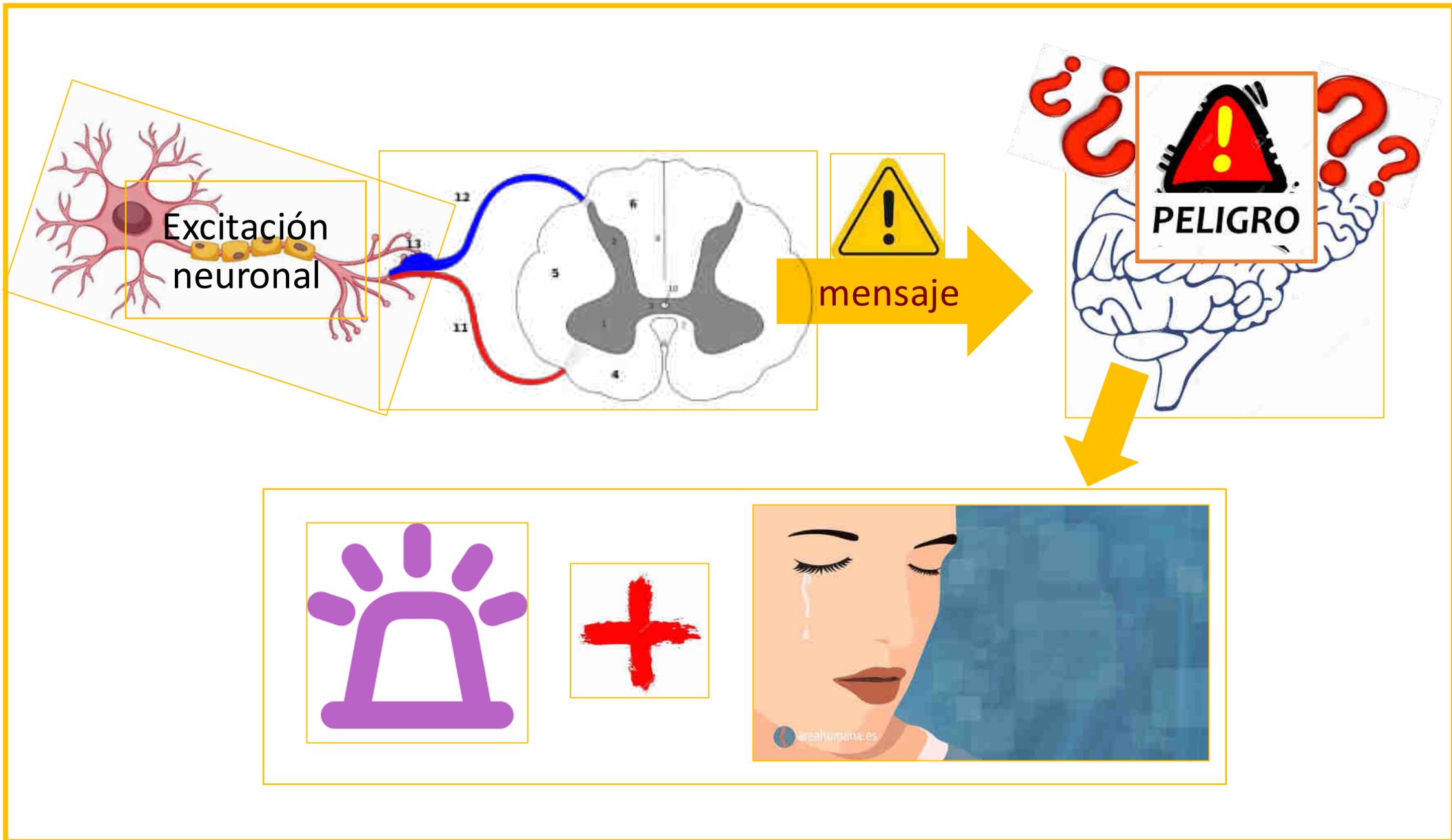
La **nocicepción** es el más común de los requisitos necesarios para provocar dolor, pero no es el único.



Pero: la **nocicepción** no es ni suficiente, ni necesaria para provocar el dolor.

**Los sensores de peligro
están diseminados por
todo el cuerpo.**





El **aumento de la sensibilidad en el sistema de alarma** es, casi siempre, la característica fundamental del **dolor persistente**.

El cerebro está siendo informado de que se está produciendo más peligro en los tejidos del que realmente existe.

Se produce un aumento en la **amplificación del sistema**.

Las respuestas del cerebro como movimientos, pensamientos, respuestas autonómicas y endocrinas, ahora se basan en una **información errónea sobre la salud de los tejidos**.



*La amenaza →
puede no ser real*



Molinos / Gigantes ?

*Dolor →
siempre es real*



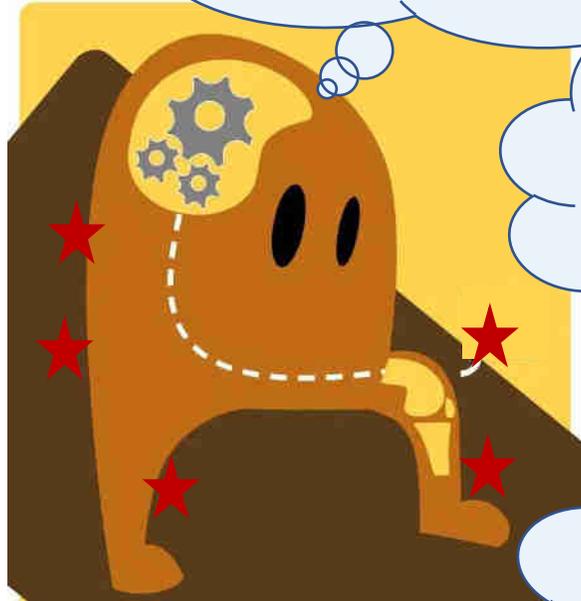
El dolor y los síntomas invalidantes que relatan las personas con FM son reales, el cerebro activa respuestas o programas que hacen a la persona sentirse “como si” estuviera enferma.



La “orquesta” toca la melodía del dolor

- El dolor empieza a dominar cada uno de los aspectos de la vida: trabajo, amistades, vida familiar, aficiones, pensamientos, deportes, emociones, devociones y creencias.

Peligro = Dolor
Virus del pensamiento



**Sistema regulador
sensibilizado**

Tengo dolor, por tanto, algo malo le debe estar pasando a mi cuerpo

A pesar que no me encuentran nada, debe ser bastante grave.

Con todos los avances que hay, ¿por qué nadie puede solucionar este dolor?

No voy a hacer nada hasta que se me vaya el dolor.

Voy a quedarme en casa, no voy a salir ni a hacer nada, voy aislarme de todo.





Porque el dolor y la muerte no son terribles, sino el miedo al dolor o la muerte.

Epiceto

This work is licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, remixed or adapted, provided the original work is properly cited.

“Si quieres abrir la puerta es más importante encontrar la llave que abre la puerta que la naturaleza de la cerradura”

*Analizar y entender la cerradura no es necesario si se tiene una **llave maestra** que se ajusta a muchas cerraduras.*

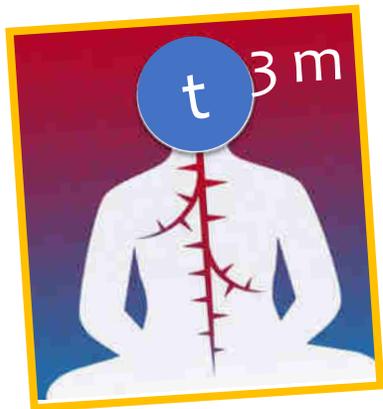
Steve De Shazer



¿Qué es fibromialgia?

“También a mí me dan miedo las estrellas y todas esas cosas que no se abarcan o no se acaban nunca...”

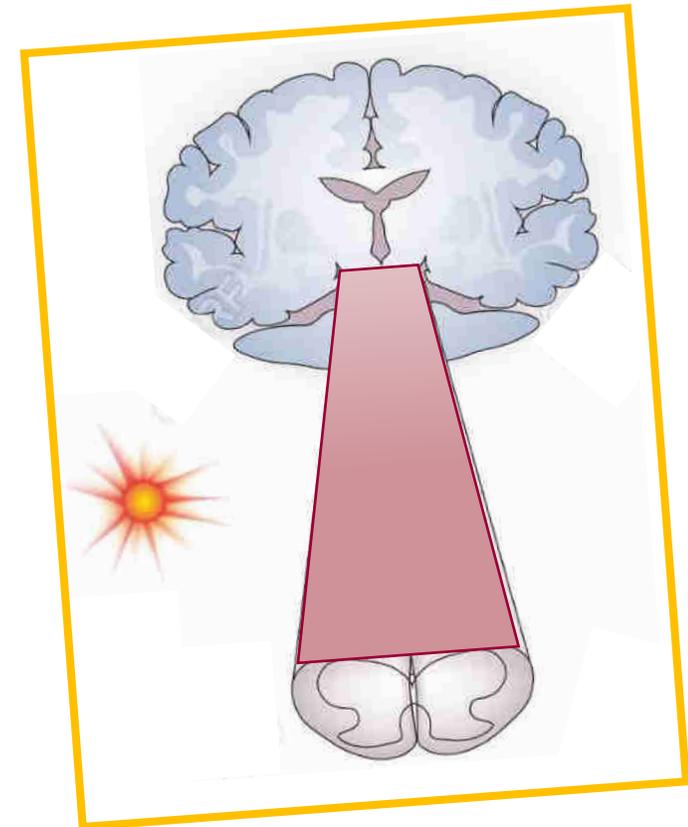
Miguel Delibes



dolor crónico



dolor generalizado



sensibilización central.



La Persona

La **FM** afecta a la **persona entera** en todos los ámbitos de su vida, personal, familiar, de pareja, laboral, económico, social.

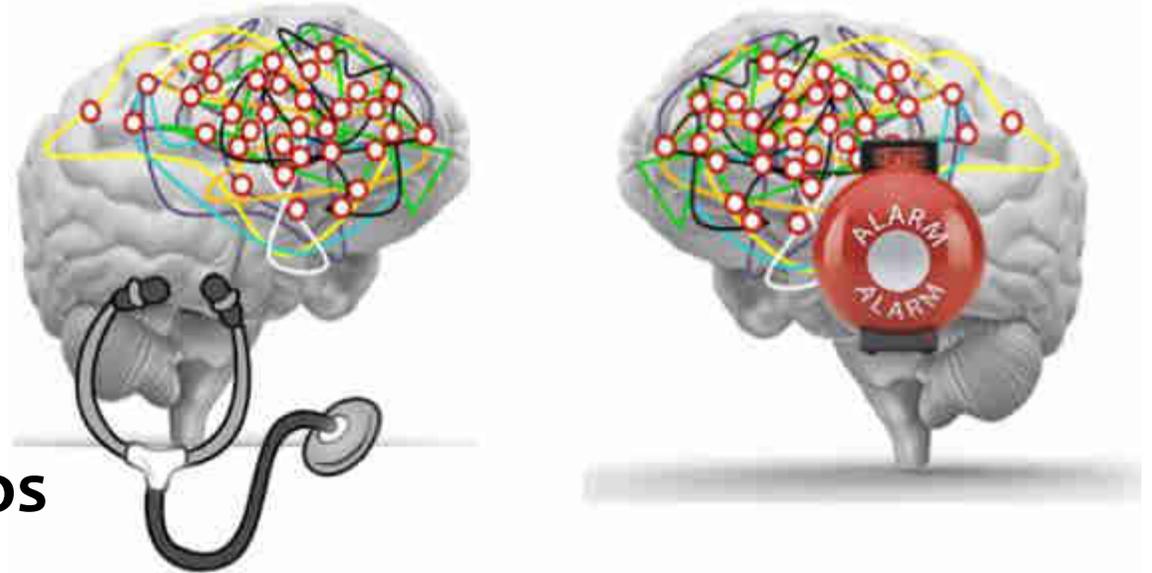
Todo dolor, fatiga, enfermedad, es una experiencia individual con un componente sensorial, cognitivo, emocional.

El **dolor es una percepción**. Siempre es consciente.

**¿Qué podemos transmitir
los profesionales sanitarios
verbal y no verbalmente?**

- **Interés por la persona.**
- **Disposición a escucharla.**
- **Dar credibilidad a su dolor y otros síntomas sin juzgar.**
- **Reconocimiento, respeto, comprensión, compasión.**

Encuentro entre **cerebros**



Edad Género Estado civil

Antecedentes familiares de dolor

Relato de dolor físico y emocional

Hijos Abortos

Memorias de dolor

Aprendizaje

Genograma

Con quién vives

Cargas familiares

Estudios

Creencias limitantes

Pérdidas

Significado

Fecha de comienzo de los síntomas

Traumas

Terapias farmacológicas

Fecha de diagnóstico

Qué te hace sentir bien

Emociones

Escucha atenta

Actividad física y mental que desarrollas

Enfermedades limitantes

Historia laboral

Pensamientos limitantes

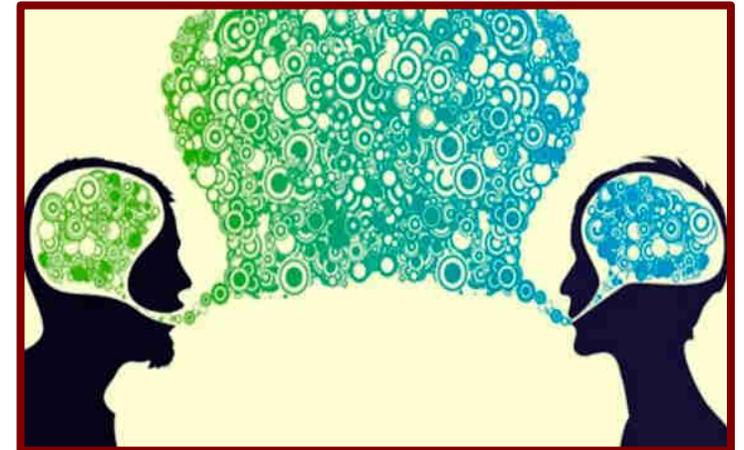
Días de trabajo perdidos en el último año

Terapias no farmacológicas

A qué consultas has ido

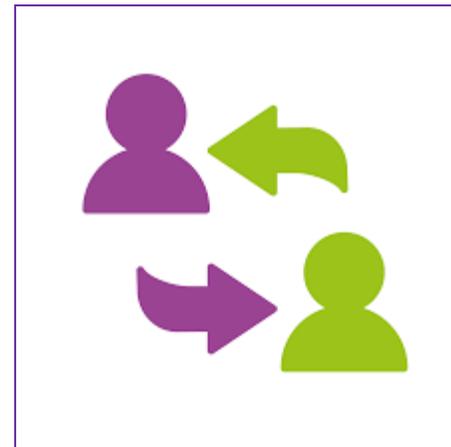
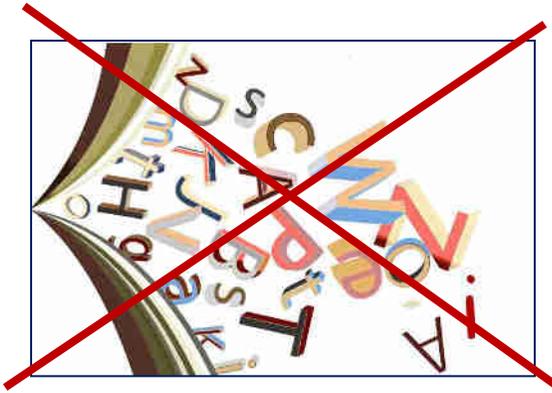
Expectativas

Información recibida

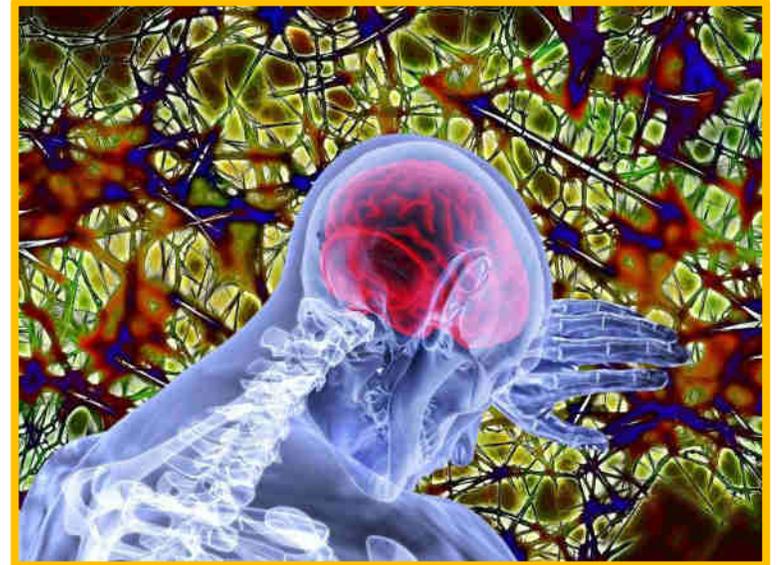
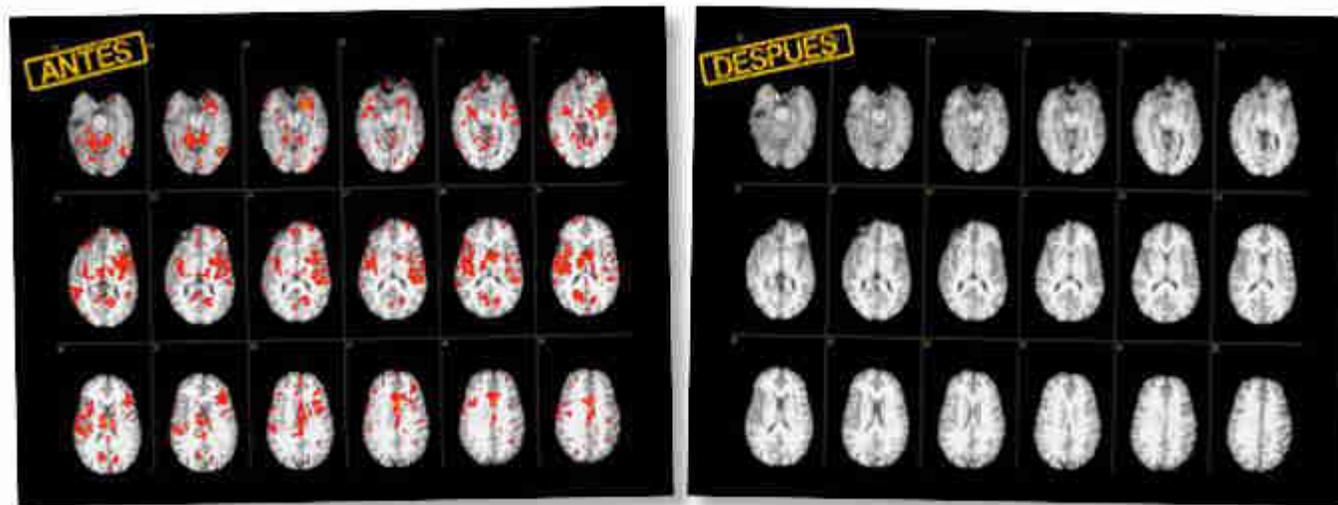


Practicando la escucha atenta podremos conocer su historia de dolor, en definitiva la información que tiene su cerebro.

Información a la persona de la naturaleza del problema



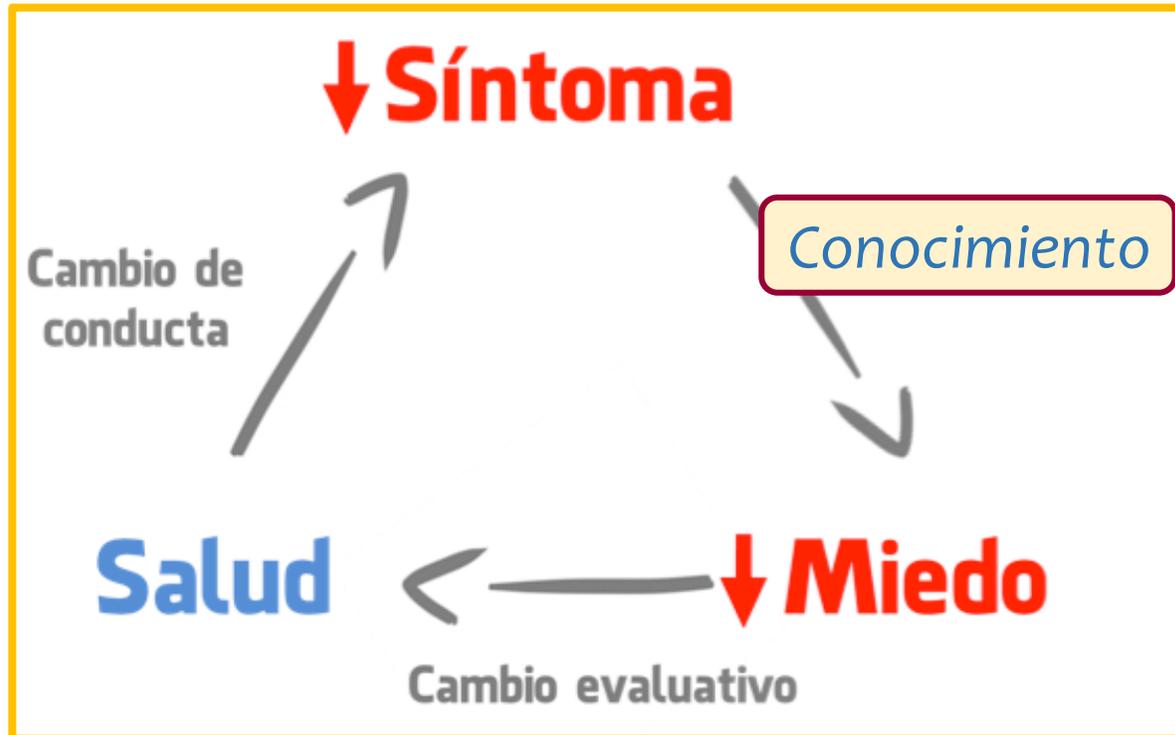
Efectos de la información y educación en neurofisiología del dolor.



El dolor es una percepción aversiva y protectora que contiene implícitamente una evaluación (aprendida) de amenaza de daño corporal, consumado, inminente o imaginado y que incita a una conducta de evitación de dicho daño.

- “Pedagogía en neurobiología del dolor”: Arturo Goicoechea,
- “Explicando el dolor”: Lorimer Moseley y David Butle.
- “Educación terapeutica en neurociencia”: Emilio Puentedura, Adriaan Louw.

Información a la persona de la naturaleza del problema



El conocimiento da poder.

La educación, el conocimiento y la comprensión de lo que ocurre ***reducen la amenaza asociada al dolor.***

Información a la persona de la naturaleza del problema

Dolor **no es igual** a daño

Amplificación
de señales

Inhibición
de señales



Información a la persona de la naturaleza del problema



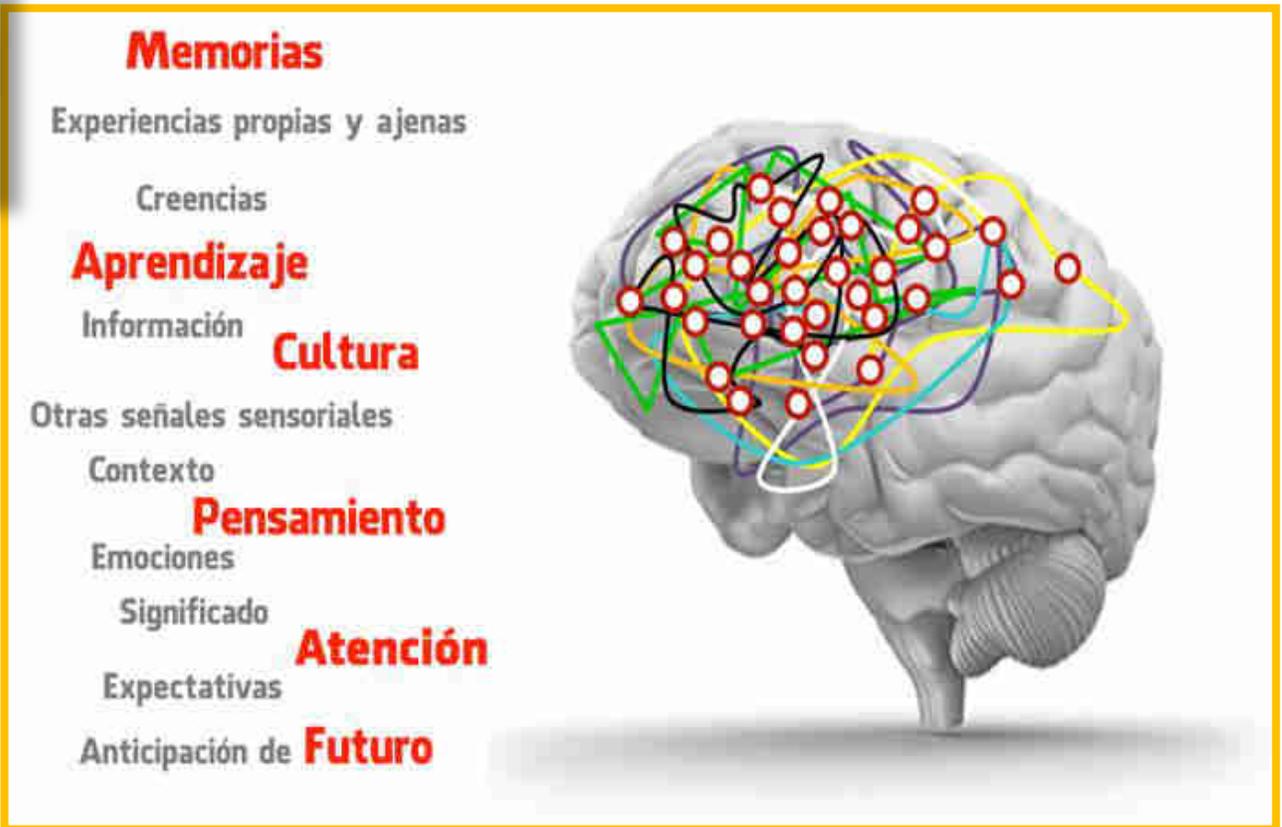
Cada experiencia origina un ESQUEMA.



Sensación
Emoción
Pensamiento
Creencias
expectativas

Información a la persona de la naturaleza del problema

El cerebro evalúa los estímulos que recibe



El dolor depende de la valoración de peligro por el cerebro, no del peligro en que realmente te encuentras.

Información a la persona de la naturaleza del problema



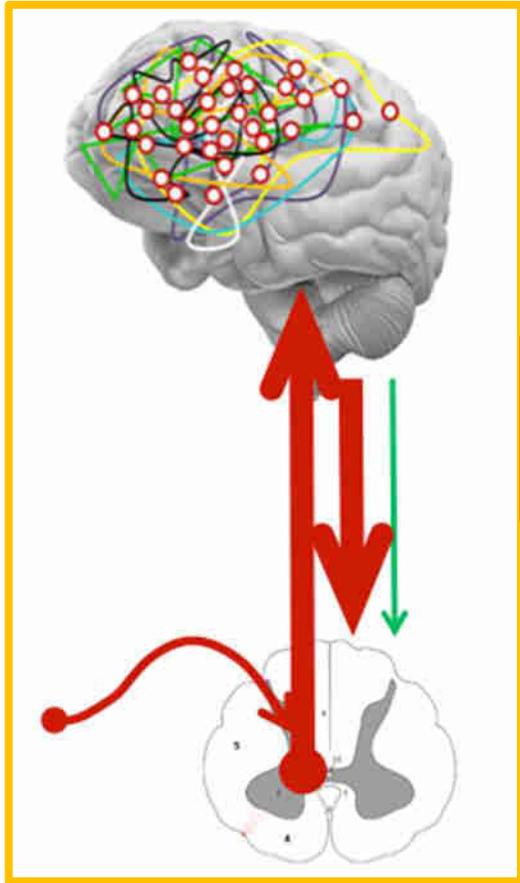
Valoración del peligro



Peligro = Mayor información



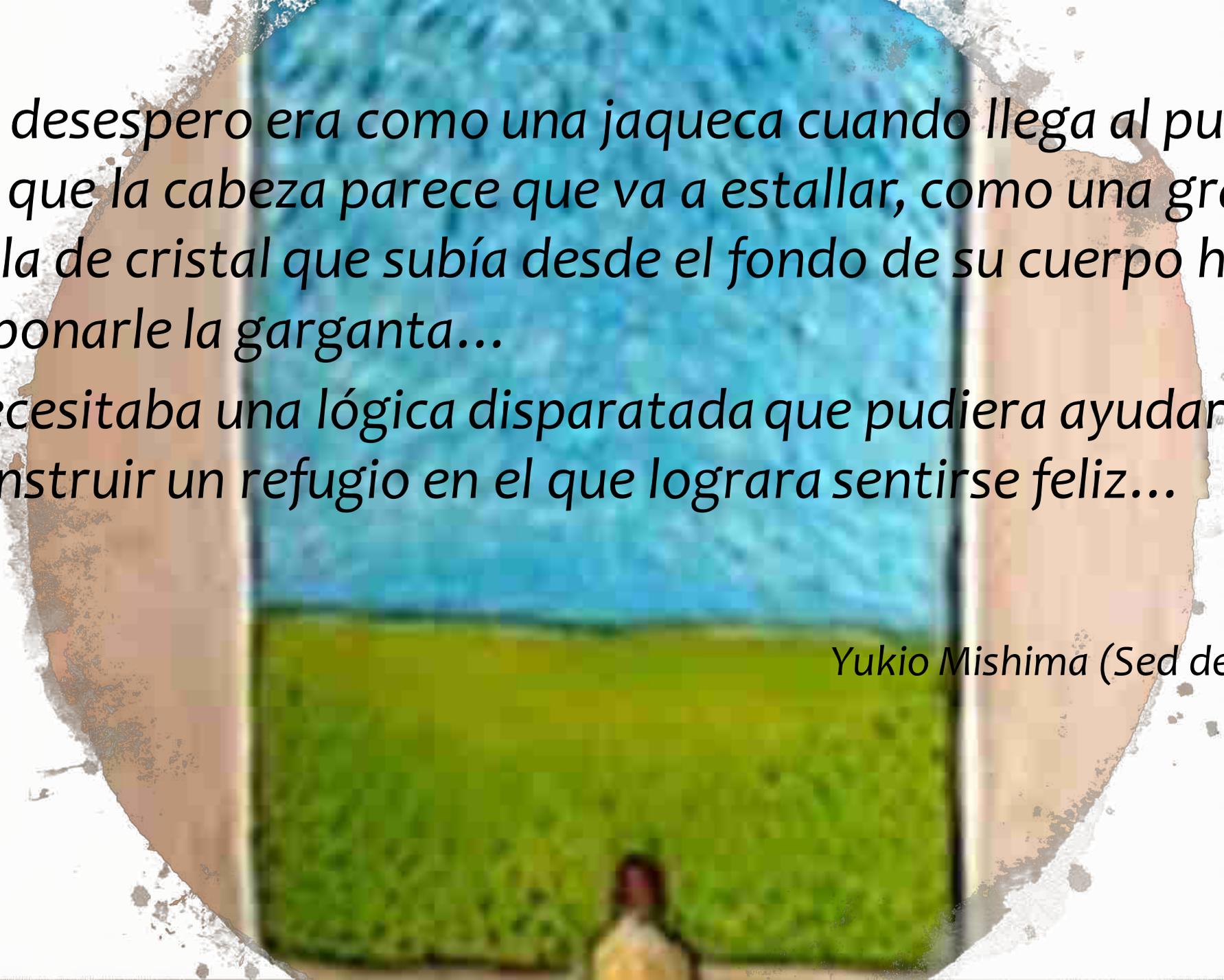
Facilitación.
Adaptación.



Pensamientos
Creencias



Neuroetiqueta del dolor

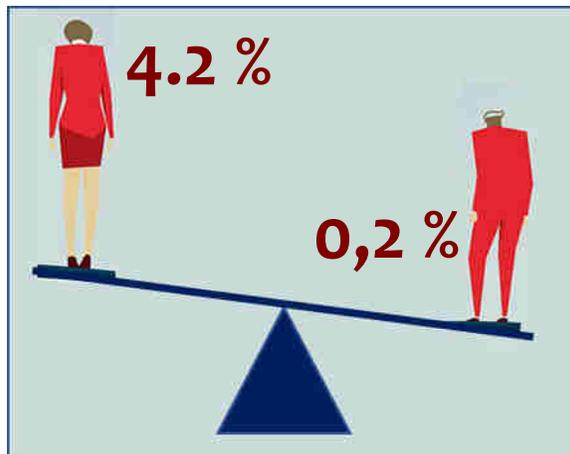


...Su desespero era como una jaqueca cuando llega al punto en que la cabeza parece que va a estallar, como una gran bola de cristal que subía desde el fondo de su cuerpo hasta taponarle la garganta...

...necesitaba una lógica disparatada que pudiera ayudarle a construir un refugio en el que lograra sentirse feliz...

Yukio Mishima (Sed de Amor)

La fibromialgia (FM) es una enfermedad reconocida por la OMS desde 1992, recogida en la Clasificación Internacional de Enfermedades **(CIE-10)** de la **OMS con el código M79,7.**



Predominio en mujeres



**20 y 55 años:
90%**

Entre un 5-6% de las consultas de Atención Primaria son debidas a FM.

PATOLOGÍA	EPISER 2016	EPISER 2000
Artritis reumatoide	0,82 (intervalo de confianza al 95%: 0,59-1,15)	0,5 (IC al 95%: 0,2-0,8) ¹
Espondilitis anquilosante	0,26 (IC 95%: 0,14-0,49)	No estudiada
Artritis psoriásica	0,58 (IC al 95%: 0,38-0,87)	No estudiada
Gota	2,40 (IC al 95%: 1,95-2,95)	No estudiada
LES	0,21 (IC al 95%: 0,11-0,40)	0,091 (IC 95% 0,03-0,39)
Síndrome de Sjögren	0,33 (IC al 95%: 0,21-0,53)	No estudiada
Fibromialgia	2,45 (IC al 95%: 2,06-2,90)	2,37 (IC 95% 1,53-3,21)
Artrosis cervical (≥40 años)	10,10 (IC al 95%: 9,07-11,24)	No estudiada
Artrosis lumbar (≥40 años)	15,52 (IC al 95%: 14,30-16,83)	No estudiada
Artrosis cadera (≥40 años)	5,13 (IC al 95%: 4,40-5,99)	No estudiada
Artrosis de rodilla (≥40 años)	13,83 (IC al 95%: 12,66-15,11)	No comparable ²
Artrosis de mano (≥40 años)	7,73 (IC al 95%: 6,89-8,67)	No comparable ³
Fractura osteoporótica (≥40 años)	1,83 (IC al 95%: 1,41-2,37)	No estudiada
Alto riesgo de fractura de cadera a 10 años (≥65 años)	41,82 (IC 95%: 39,35-44,33)	No estudiada

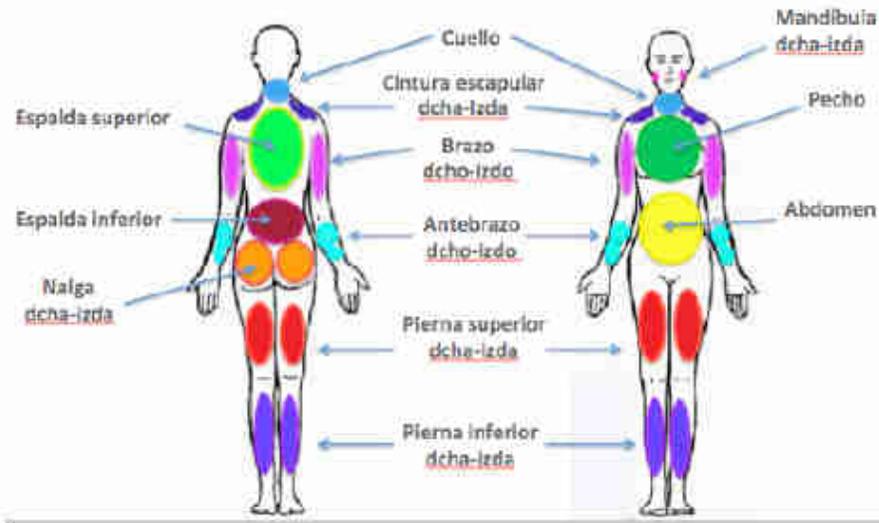


Nuevos Criterios diagnósticos de FM. (ACR 2010)

1. IDG/WPI ≥ 7 y SS ≥ 5 ó
IDG/WPI 3-6 y SS ≥ 9
2. Síntomas mantenidos con similar nivel los últimos 3 meses.
3. No haya otra causa que explique el dolor.

Índice de Dolor Generalizado, IDG/Widespread Pain Index, WPI

IDG = 0-19



Señale el número de áreas en las que ha tenido dolor en la última semana.

Cintura escapular izda	Nalga dcha	Pecho (tórax)
Cintura escapular dcha	Pierna superior izda	Abdomen
Brazo superior izdo	Pierna superior dcha	Cuello
Brazo superior dcho	Pierna inferior izda	Espalda superior
Brazo inferior izdo	Pierna inferior dcha	Espalda inferior
Brazo inferior dcho	Mandíbula izda	
Nalga izda	Mandíbula dcha	

Índice Severidad de Síntomas /Symptom Severity Score

SS-1= 0-9

Indique el nivel de severidad de los siguientes síntomas durante la última semana.

0	Ningún problema
1	De leve a moderado, generalmente intermitente
2	De moderado a considerable, frecuente y de intensidad moderada
3	Severo, persistente, generalizado, con interferencia en las actividades diarias

Fatiga	0	1	2	3
Sueño no reparador	0	1	2	3
Trastornos cognitivos	0	1	2	3

Índice Severidad de Síntomas /Symptom Severity Score

SS-2 = 0-3

Señale cuáles de los siguientes síntomas **padece habitualmente**:

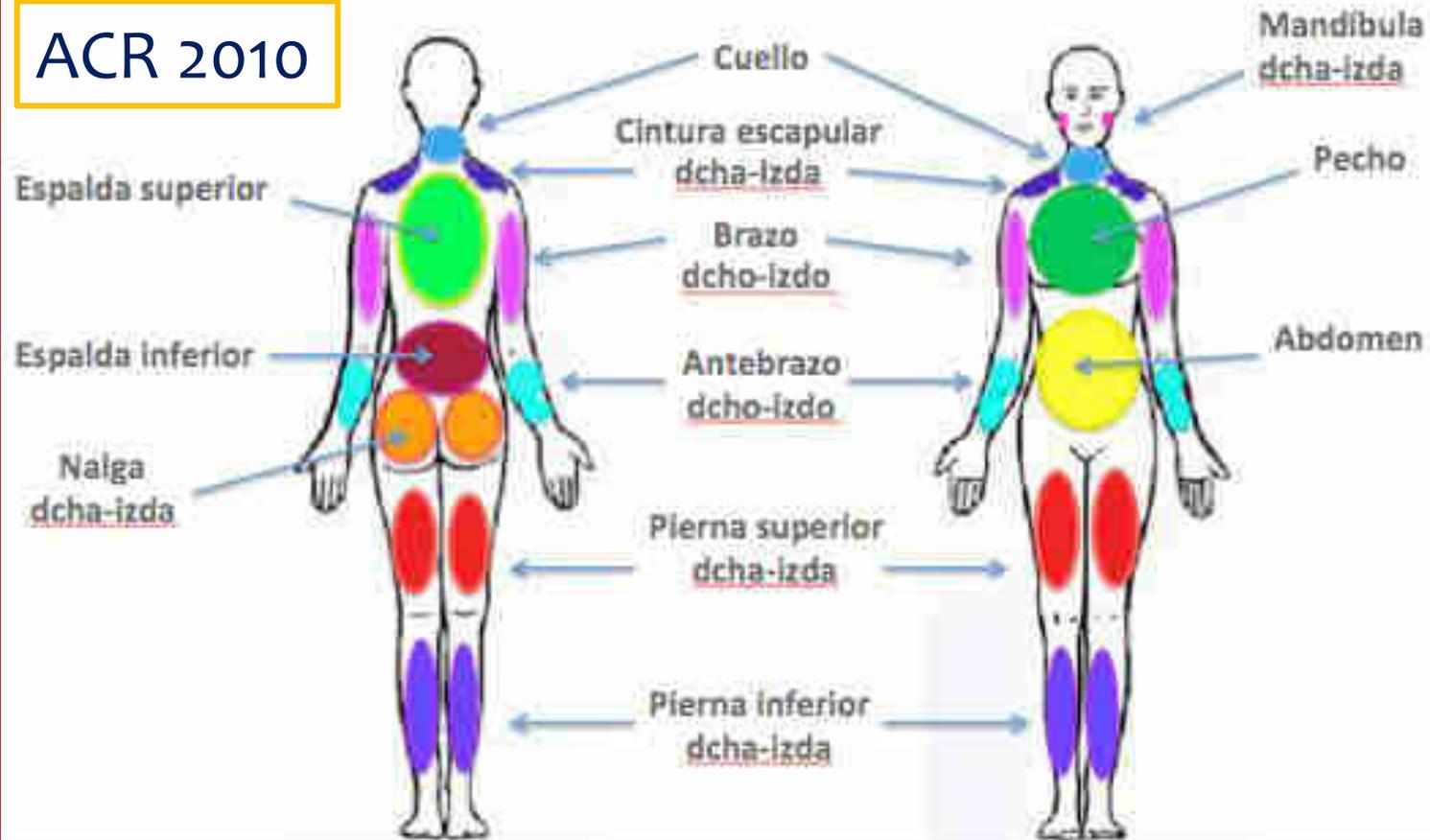
Sin síntomas = 0; Entre 1 y 10 síntomas, puntúa 1; De 11 a 24 síntomas, puntúa 2; 25 o más, puntúa 3

Dolor muscular:	Dolor en la parte alta del abdomen	Convulsiones
Picores	Fatiga/cansancio extremo	Ojo seco
Visión borrosa	S. Intestino irritable	Sequedad bucal
Urticaria	Problemas para pensar o de memoria	Pérdida de apetito
Vómitos	Dolor/calambres en el abdomen	Erupciones, sarpullido
Dolor de cabeza	Respiración entrecortada	Sensibilidad al sol
Dolor torácico	Pitidos al respirar, sibilancias	Trastornos auditivos
Ansiedad	Fenómeno de Raynaud	Entumecimiento, hormigueo
Mareos	Debilidad muscular	Caída de cabello
Insomnio	Zumbidos en los oídos	Micción frecuente
Depresión	Moratonos frecuentes (hematomas)	Micción dolorosa
Estreñimiento	Acidez de estómago	Espasmos vesicales
Diarrea	Aftas orales (úlceras)	Fiebre
Náuseas	Pérdida o cambios en el gusto	

SS1 = _____ SS2 = _____ IDG/WPI = _____
SS = _____

Definición de FM y criterios de diagnóstico

ACR 2010



IDG ≥ 7 + SS ≥ 5
IDG 3/6+ SS ≥ 9

3 MESES

Cuestionarios

Brief Pain Inventory (BPI-SF). Validado en español para **dolor oncológico y no oncológico**. Aporta información de su percepción de la intensidad del dolor y el impacto en su actividad, en sus relaciones, en su estado de ánimo, en su movilidad, en el sueño, en su capacidad para disfrutar de la vida.

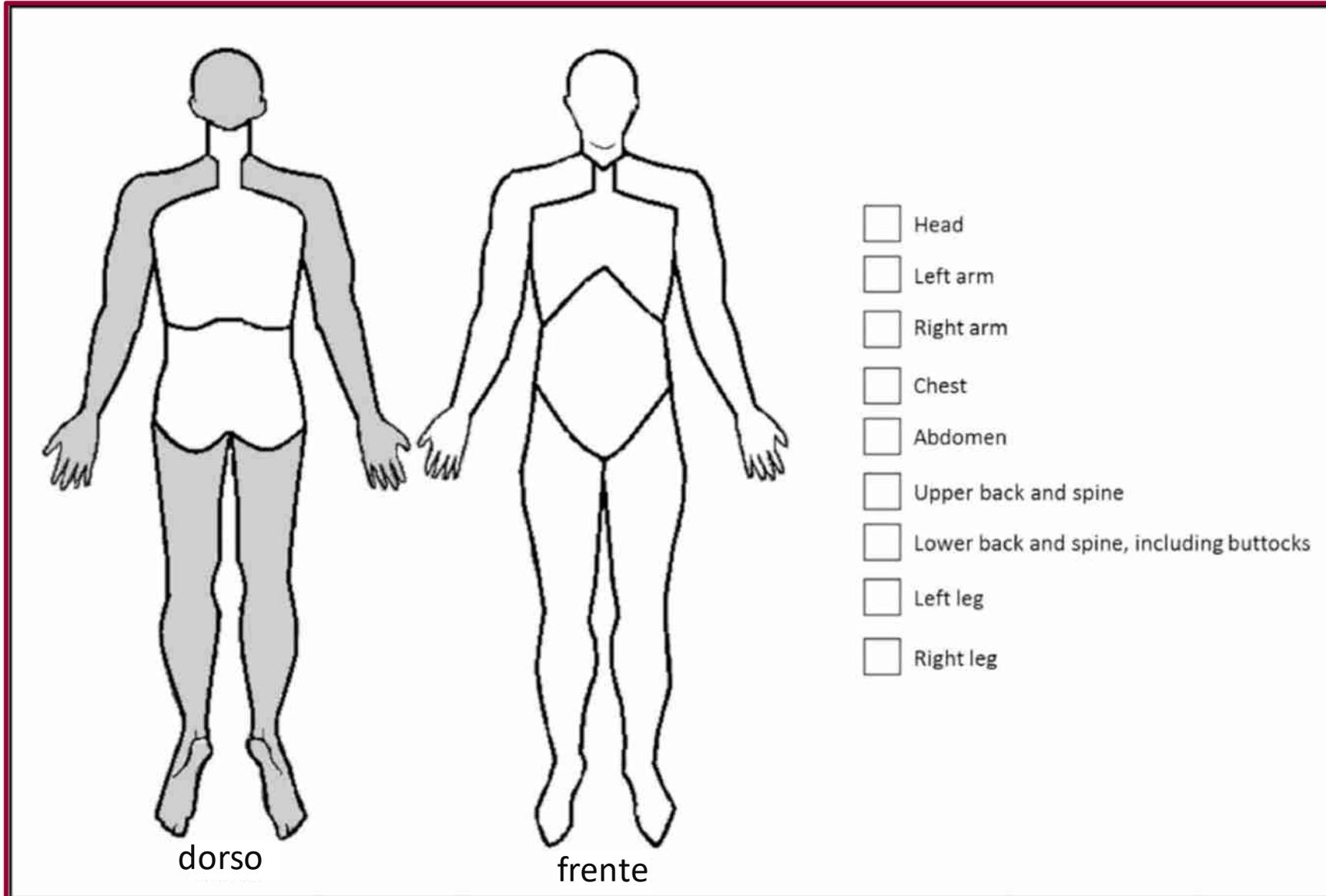
Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). Validado en español. Valora el **impacto de la FM** en la vida diaria. Es un cuestionario de 10 ítems, con una puntuación entre 0 y 100. Una puntuación <39 es impacto leve; ≥39 hasta <59 impacto moderado; ≥59 impacto grave.

The Health Assessment Questionnaire (HAQ). Valora la **capacidad funcional** para actividades de la vida diaria agrupadas en 8 áreas: a) vestirse y asearse, b) levantarse, c) comer, d) caminar, e) higiene personal, f) alcanzar cosas, g) prensión y h) otras actividades.

Hospital Anxiety and Depresión Scale (HADS). Esta validado para la FM. La Sociedad Española de Reumatología (SER) recomienda esta escala para la **evaluación clínica de ansiedad y depresión** en FM. Es útil para valorar su estado emocional, el malestar emocional o distrés psicológico relacionado con la FM y su mejoría tras la intervención y a lo largo del tiempo.

Pain Catastrophizing Scale (PCS-sf). Esta validado para la FM. Busca **valorar rumiación, magnificación y desesperanza**. Nos da información del significado que tiene para esa persona el dolor, de la atención que pone en el síntoma, de su percepción, de sus pensamientos y emociones, de su aceptación, de sus creencias, expectativas, deseos, desesperanza.

Diagnóstico de FM, criterios AAPT: Áreas de dolor.



Criterios de diagnóstico de AAPT para la FM

Dimensión 1: Criterios de diagnóstico básicos.

1. MSP definido como 6 o más sitios de dolor de un total de 9 sitios posibles,
2. Problemas de sueño moderados a severos o fatiga.
3. MSP más fatiga o problemas de sueño deben haber estado presentes durante al menos 3 meses,

Dimensión 2: Otras características de la FM.

“Sensibilidad al tacto”, discognición, rigidez musculoesquelética, La sensibilidad ambiental o la hipervigilancia

Dimensión 3: Comorbilidades médicas y psiquiátricas comunes.

Dimensión 4: Consecuencias neurobiológicas, psicosociales y funcionales.

Dimensión 5: Mecanismos supuestamente neurobiológicos y psicosociales, factores de riesgo y factores protectores.

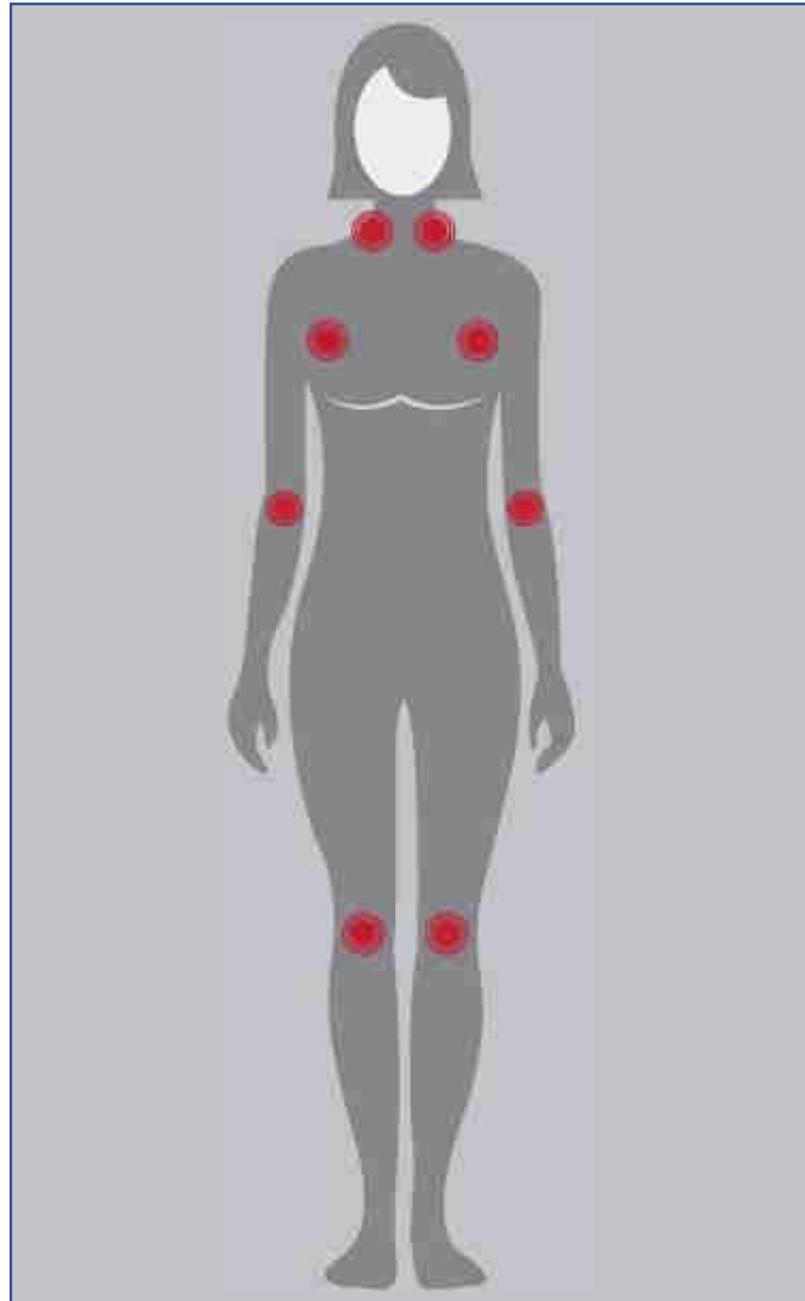
Dolor generalizado y más...



Síntomas que se pueden presentar en la FM

Síntoma	Prevalencia (%)
Dolor difuso	100
Fatiga intensa	85
Rigidez matutina	76
Vértigo inespecífico	72
Ansiedad	72
Trastorno del sueño	65
Artralgias periféricas	54
Cefalea de tipo tensional o cefalea migrañosa	53
Sensación de hinchazón o inflamación subjetiva	50
Parestesias	36
Depresión	34
Síndrome de las piernas inquietas	30
Síndrome seco	15
Fenómeno de Raynaud	10

Yunus, Wolfe y McCain; Arthritis & Rheum, 1990.



Exploraciones complementarias recomendadas en la FM

Analítica

- Hemograma
- Velocidad de sedimentación globular (VSG)
- Creatinina
- Glucemia
- Transaminasas (GOT/GPT)
- Gammaglutamil transpeptidasa (GGT)
- Calcio
- Fósforo
- Fosfatasa alcalina (FA)
- Creatincinasa (CK)
- Proteína C reactiva (PCR)
- Hormona estimuladora del tiroides (TSH)
- 25-OH-Vitamina D
- Factor reumatoide
- Anticuerpos antinucleares

Radiología

- Ninguna



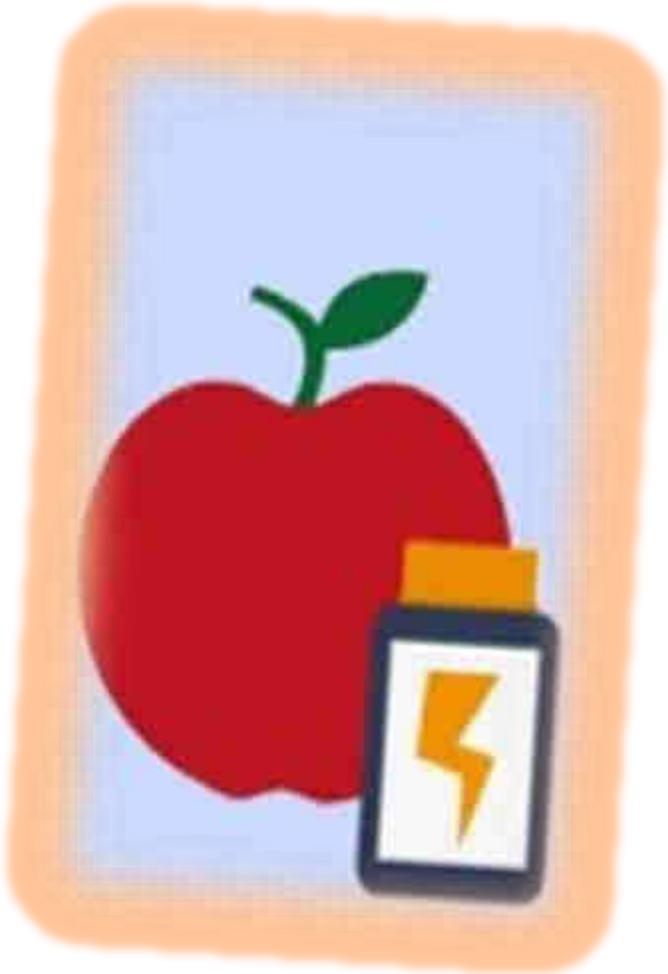
Diagnóstico diferencial de la fibromialgia

- 1. Enfermedades reumáticas:** espondiloartropatías inflamatorias, las enfermedades autoinmunitarias sistémicas, la polimiositis, la polimialgia reumática, las alteraciones estructurales mecánicas o degenerativas extensas del raquis y las enfermedades metabólicas óseas.
- 2. Enfermedades endocrinas o metabólicas:** hipertiroidismo, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, insuficiencia suprarrenal, miopatías metabólicas.
- 3. Enfermedades infecciosas:** infección por virus Epstein-Barr, hepatitis, brucelosis
- 4. Enfermedades tumorales o metastásicas.**
- 5. Enfermedades dolorosas locales, regionales u otras causas** de dolor generalizado: dolor miofascial localizado, formas de reumatismo de partes blandas.
- 6. Enfermedades neurológicas o psiquiátricas:** Parkinson, síndrome depresivo, trastorno por somatización.



Clasificación de la FM (Giesecke)			
	<i>Ánimo</i>	<i>Cognición</i>	<i>Dolor</i>
Grupo 1	Moderada A/D	Moderado CTS	Baja SD
Grupo 2	Elevada A/D	Elevado CTS	Alta SD
Grupo 3	Normal A/D	Bajo CTS	Elevada SD

A/D: Ansiedad depresión. CTS: Valor de catastrofismo. SD: Sensibilidad al dolor



Pasos a seguir para un correcto manejo terapéutico de la FM

1. **Diagnóstico** correcto de la enfermedad.
2. **Explicar** a la persona la naturaleza de la enfermedad.
3. **Terapia no farmacológica** o medidas físicas.
4. **Educación de la persona** para evitar los factores agravantes.
5. Tratar las **alteraciones psicológicas** asociadas.
6. Empleo de **terapias cognitivo-conductuales**.
7. Resolver la **problemática médico-legal** que pueda plantearse.
8. Fomentar la **práctica de ejercicio físico, aeróbico y adaptado**.
9. **Medidas locales**, como masajes, calor seco o electroterapia
10. **Terapias farmacológicas:**
 - Uso de analgésicos y antiinflamatorios.
 - Uso de medicamentos que aumenten la tolerancia al dolor.
 - Infiltraciones locales.
11. **Tratamiento multidisciplinar.**



Recomendaciones generales para todos los grupos:

- Una **información adecuada** sobre el diagnóstico, pronóstico y las alternativas terapéuticas debe ser el primer paso en el abordaje de toda persona con FM.
- En personas con FM se deben **evaluar los niveles de depresión y de catastrofismo**.
- Es aconsejable realizar **intervenciones educativas** bien diseñadas.
- Los **programas de ejercicios** son uno de los tratamientos básicos.
- **No se recomienda** el uso de terapias experimentales o alternativas.



Recomendaciones **generales** para el grupo 1:

Moderada A/D. Moderado CTS. Baja SD.

- **No se recomienda el uso de paracetamol y AINE** para el tratamiento de la FM, salvo en el caso de que existan enfermedades asociadas que justifiquen su uso.
- La **depresión asociada a la FM** puede tratarse con **ISRS** o con duales **IRSN**.
- La **amitriptilina en dosis bajas** (25-50 mg) puede mejorar el dolor, la fatiga, el sueño y la calidad de vida.
- La **pregabalina** es superior al placebo en la reducción del dolor, la mejora del sueño y la calidad de vida.
- **Otras opciones de tratamiento:** ciclobenzaprina, tramadol, gabapentina, pramipexol y oxibato sódico.



Recomendaciones generales para el grupo 2:

Elevada A/D. Elevado CTS. Alta SD.

- La **depresión asociada a la FM** puede tratarse con antidepresivos (AD).
- Los **AD de elección** son los denominados **duales**: duloxetina. Los AD tricíclicos son igual de eficaces, pero presentan múltiples efectos secundarios e interacciones medicamentosas.
- Si existen **niveles elevados de catastrofismo**, es recomendable usar **psicoterapia cognitivo-conductual**. No parece que el catastrofismo disminuya con tratamiento farmacológico.
- Si existen **niveles moderados o graves de ansiedad**, se recomienda utilizar un **AD** (ISRS, duloxetina o venlafaxina) o **pregabalina**.
- En caso de **niveles elevados de hiperalgesia** está indicado el uso de **gabapentina o pregabalina**.

Recomendaciones generales para el grupo 3:

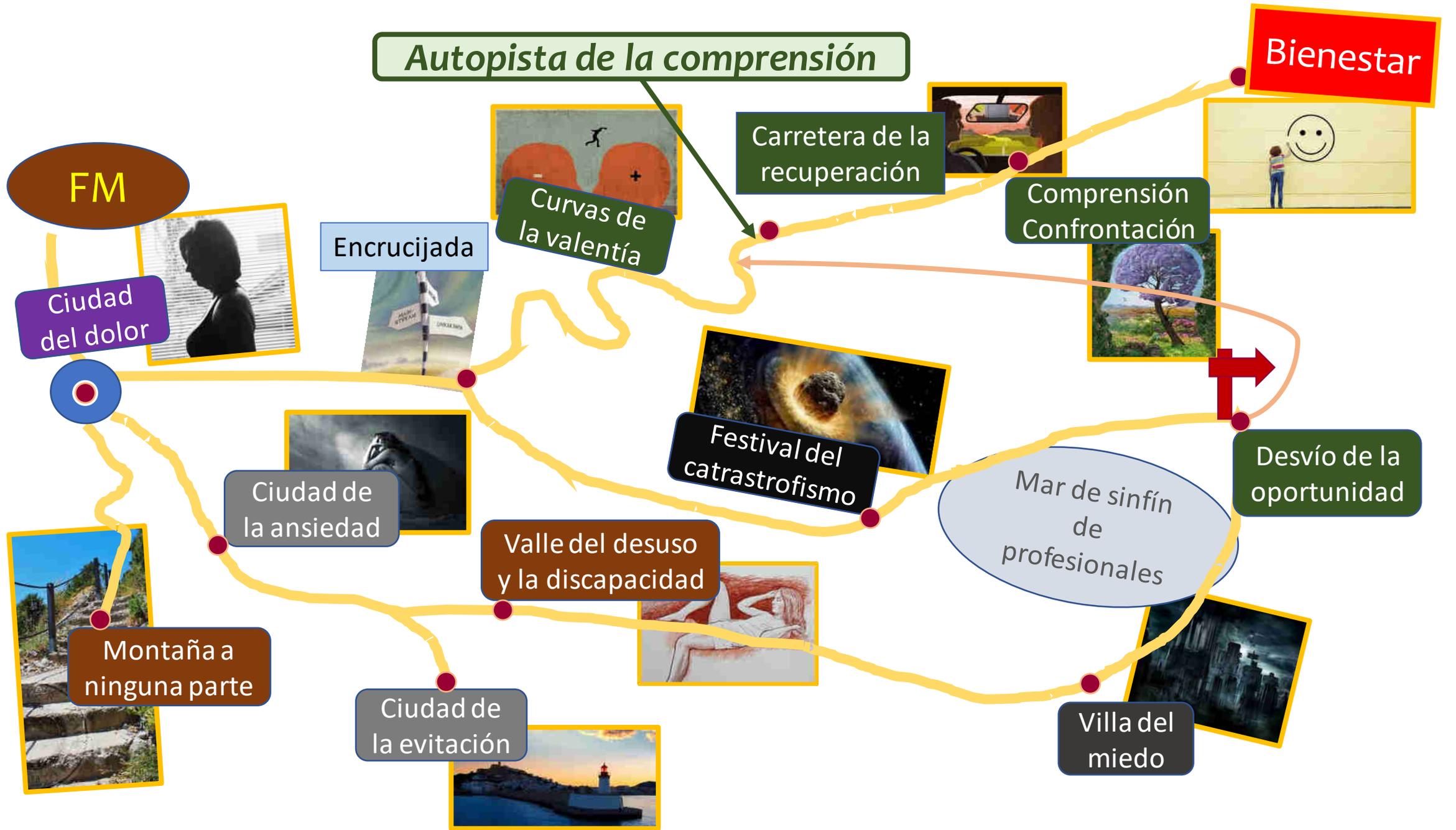
Normal A/D. Bajo CTS. Elevada SD.

- El **tratamiento farmacológico** se debería proponer para tratar el dolor y los síntomas añadidos a la enfermedad.
- Serían recomendable **terapias psicológicas de mantenimiento** de las variables positivas a lo largo de la enfermedad.
- Se debe recomendar **ejercicio aeróbico supervisado** como en el resto de subgrupos, incluso con mayor posibilidad de continuidad de seguimiento, debido a la supuesta mayor motivación de los pacientes derivada de su mejor estado anímico inicial y mayor nivel de hiperalgesia.



Tratamiento Farmacológico de la FM

	AD Triciclicos	ISRS	Neuro-moduladores	Analgésicos	Otros
Evidencia fuerte	Amipriptilina Imipramina	Venlafaxina, Duloxetina,	Pregabalina, Gapapentina Ciclobenzaprina		
Evidencia moderada		Paroxetina, Citalopram Milnacipram		Tramadol	
Evidencia débil					5-HTP, SAMe tropisetron.
No efectivos				Opioides. AINE	BNZ, Corticoides Melatonina, DEA



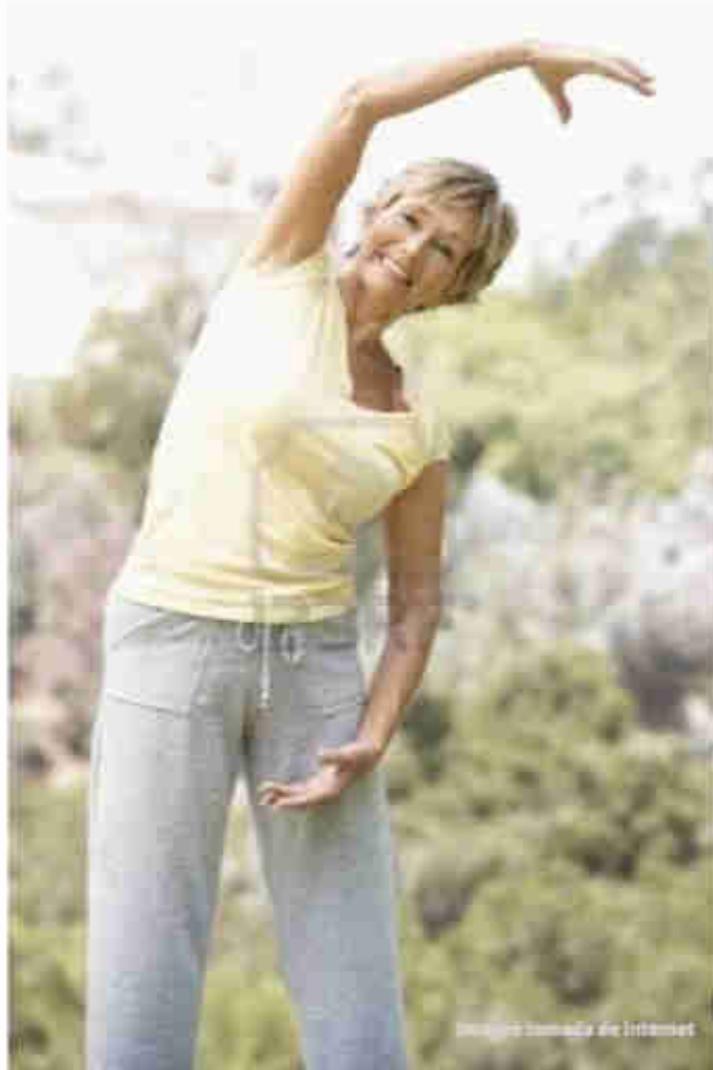


Ahora sabemos que podemos **desactivar alarmas**: Desechando falsas creencias, con **nuevo conocimiento**, cambiando pensamientos, cambiando creencias.

Tomando decisiones y cambiando tu conducta puedes debilitar algunas vías y fortalecer a otras, cambiando la conectividad neuronal.

Sentir
el cuerpo

Sentir
el movimiento



Conexión mente-
cuerpo.
Sentir el
movimiento
consciente libre
de tensión aquí y
ahora.

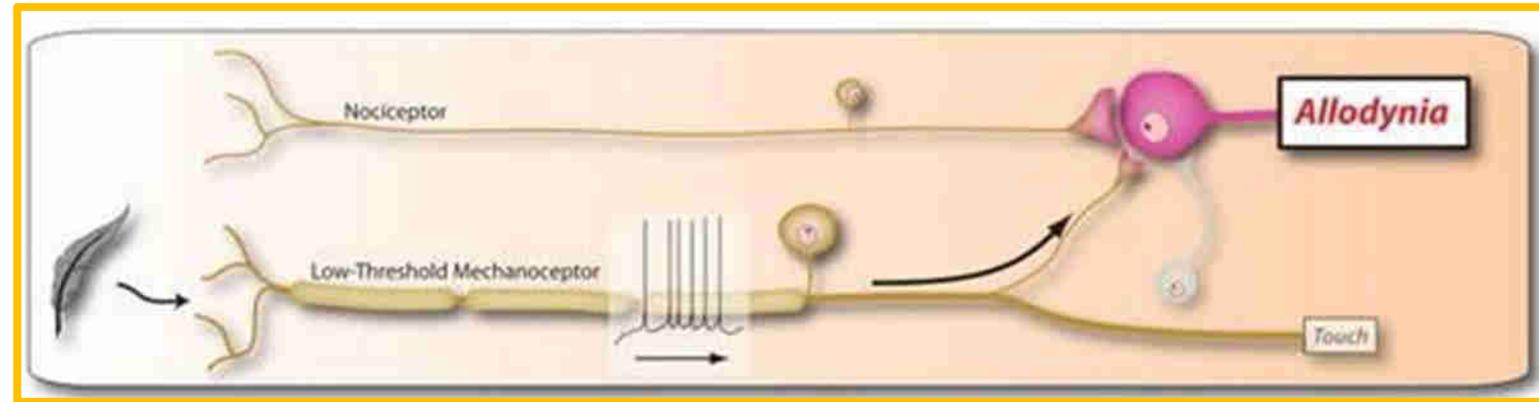
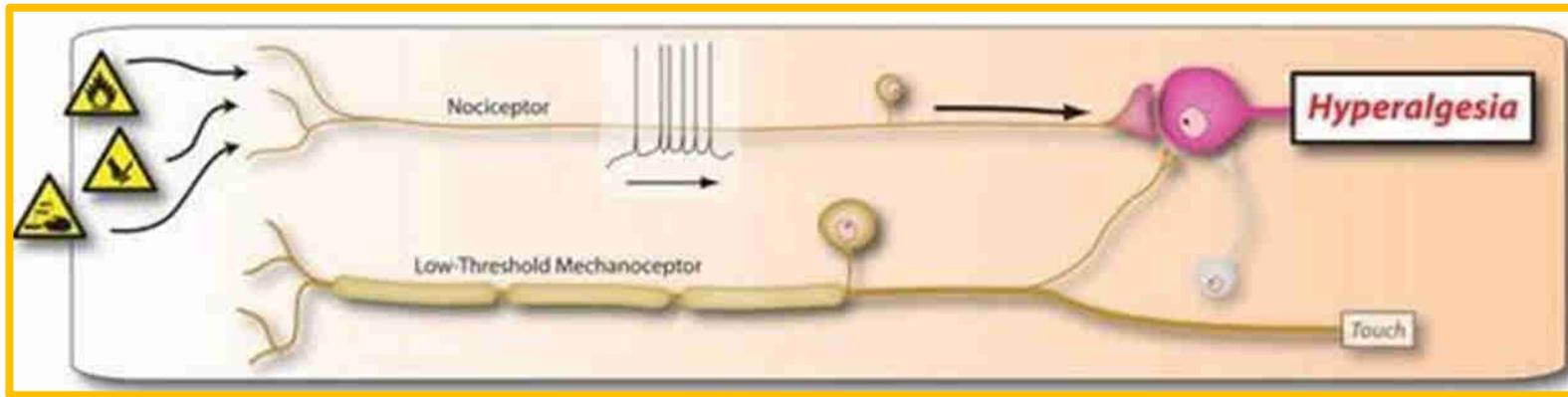


Herramienta 1: Educación y comprensión

Herramienta 2: Tu dolor no te hace daño

Herramienta 3: Exposición rítmica y gradual

Herramienta 4: Accediendo al cuerpo virtual



“Los avances en Neurociencia apuntan que **la fibromialgia** puede no ser una enfermedad misteriosa e incurable, sino **un error de evaluación del sistema nervioso central caracterizado por un permanente estado de alerta (sensibilización central) promovido por la cultura, la información alarmista, por la copia de modelos, las creencias erróneas sobre organismo”**

Arturo Goicoechea



JORNADA INFORMATIVA INFORMAZIO JARDUNALDIA

Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica. "ASPECTOS A TENER EN CUENTA: PONIENDO EL FOCO EN LO QUE SABEMOS"

Fibromialgia eta Neke Kronikoaren Sindromea. "KONTUAN HARTZEKO ALDERDIAK, DAGONEKO DAKIGUNA ABIAPUNTU"

16 NOVIEMBRE AZAROA
Palacio de Congresos Europa
Europa Biltzar Jauregia
Vitoria-Gasteiz



Más Información / Informazio gehiago
www.asafima.org
Inscripción gratuita / Izen ematea doan

DIRIGIDO A / NORENTZAT:

Personas diagnosticadas, familiares, profesionales del ámbito sanitario, social, estudiantes...etc
diagnostikaturako lagunak, euren senideak, osasun eta gizarte arloko profesionalak, ikasleak...

Organiza / Antolatzailea



Patrocina / Babesaria



Avalado por / Onartu behar du



Colabora / Laguntzailea



Referencias.

- [https://www.jpain.org/article/S1526-5900\(18\)30832-0/fulltext](https://www.jpain.org/article/S1526-5900(18)30832-0/fulltext)
- <http://www.sefifac.es/diagnostico-de-la-fibromialgia/>
- <https://fibro.info/>
- Guía de debut en Fibromialgia. <https://fibro.info/guia-de-debut-en-fibromialgia/>
- <https://es.slideshare.net/GPCYS/explicando-el-dolor-version-libre-david-butler-lorimer-moseley-y-arte-sunyata>
- Atención a pacientes con Fibromialgia. Guía de la Conselleria de Sanitat. <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/APF.pdf>
- Guía de actualización en la valoración de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, sensibilidad química múltiple, electro-sensibilidad y trastornos somatomorfos. <https://www.semg.es/index.php/consensos-guias-y-protocolos/310-guia-fibromialgia-2019>
- Evaluación y abordaje de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica. http://www.aisbcn.cat/wp-content/uploads/2018/08/evaluacion_fibromialgia_SFC_aquas2017es.pdf
- **Abordaje** del dolor crónico no oncológico <https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2016/06/DOCUMENTO-CONSENSO-DOLOR-17-04-A.pdf>
- https://semfyec.eventszone.net/eclinica2015/uploads/docs/TS5_1_2010NuevosCriteriosDiagnosticosFibromialgia.pdf



**"Nada te ata, excepto
tus pensamientos,
Nada te limita,
excepto tus miedos,
nada te controla
excepto tus creencias."**

Gracias