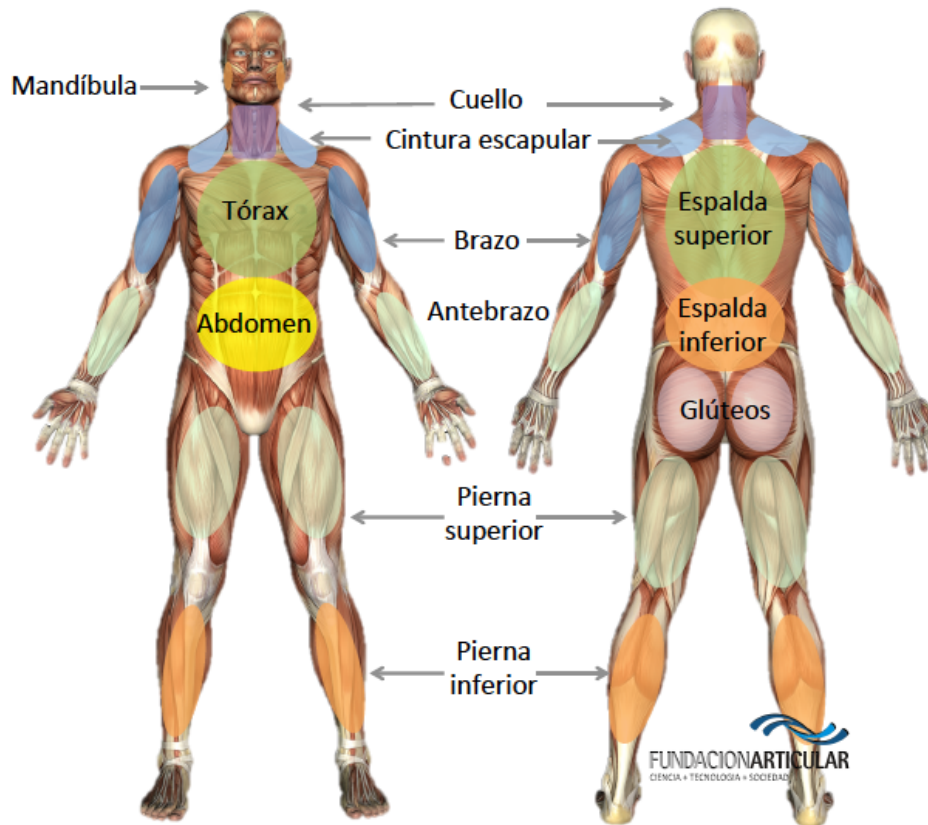


DIAGNOSTICO DE FIBROMIALGIA (ACR 2010)

Obtenga el puntaje de cada etapa

1º ETAPA



Marque donde ha sentido dolor durante la semana pasada, no debe incluir dolores producidos por golpes u otras enfermedades que sepa que padece

	Cintura escapular izquierda		Mandíbula derecha
	Cintura escapular derecha		Mandíbula izquierda
	Pierna inferior izquierda		Tórax
	Pierna inferior derecha		Abdomen
	Brazo superior izquierdo		Glúteo izquierdo
	Brazo superior derecho		Glúteo derecho
	Brazo inferior izquierdo		Espalda superior
	Brazo inferior derecho		Espalda inferior
	Cuello		Pierna superior izquierda
			Pierna superior derecha

Cuente el número de áreas que ha marcado y anótelas debajo
(El resultado deberá ser entre 0 y 19)

Puntaje 1º ETAPA

2º ETAPA

Marque una de las siguientes casillas indicando la gravedad de sus síntomas durante la semana pasada.

Cansancio

<input type="checkbox"/>	0 = no ha sido un problema
<input type="checkbox"/>	1 = leve
<input type="checkbox"/>	2 = moderada
<input type="checkbox"/>	3 = grave

Puntaje "Cansancio"

Sueño no reparador

<input type="checkbox"/>	0 = no ha sido un problema
<input type="checkbox"/>	1 = leve
<input type="checkbox"/>	2 = moderada
<input type="checkbox"/>	3 = grave

Puntaje "Sueño"

Trastornos cognitivos

(ej. pérdida de la memoria o de la atención)

<input type="checkbox"/>	0 = no ha sido un problema
<input type="checkbox"/>	1 = leve
<input type="checkbox"/>	2 = moderada
<input type="checkbox"/>	3 = grave

Puntaje "Cognitivos"

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

<input type="checkbox"/>	Dolor muscular	<input type="checkbox"/>	Silbidos al respirar
<input type="checkbox"/>	Colon irritable	<input type="checkbox"/>	Manos o pies azules con el frío
<input type="checkbox"/>	Cansancio/agotamiento	<input type="checkbox"/>	Urticaria
<input type="checkbox"/>	Problemas de memoria	<input type="checkbox"/>	Zumbidos de oídos
<input type="checkbox"/>	Debilidad muscular	<input type="checkbox"/>	Vómitos
<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	Acidez de estómago
<input type="checkbox"/>	Calambres en el abdomen	<input type="checkbox"/>	Aftas en la boca
<input type="checkbox"/>	Entumecimiento / hormigueos	<input type="checkbox"/>	Pérdida o cambios del gusto
<input type="checkbox"/>	Mareos	<input type="checkbox"/>	Convulsiones
<input type="checkbox"/>	Insomnio	<input type="checkbox"/>	Ojo seco
<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	Respiración entrecortada
<input type="checkbox"/>	Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	Pérdida del apetito

	Dolor en el abdomen		Erupciones
	Nauseas		Intolerancia al sol
	Ansiedad		Trastornos auditivos
	Dolor torácico		Moretones frecuentes
	Visión borrosa		Caída del cabello
	Diarrea		Dolor al orinar
	Boca seca		Orinar con frecuencia
	Picores (picazón)		Espasmos de la vejiga

Cuente el número de síntomas marcados y anótelos aquí: _____

Identifique en la tabla de abajo el puntaje que le corresponde al número de síntomas

Nº de síntomas	Puntaje
Ninguno	0
Entre 1 y 10	1
Entre 11 y 24	2
25 o más	3

Puntaje "Numero de Síntomas"

	Puntaje final
Cansancio	<input type="text"/>
Sueño	<input type="text"/>
Cognitivos	<input type="text"/>
Nº de síntomas	<input type="text"/>
SUMA	<input type="text"/>

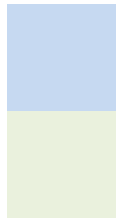
Puntaje 2º ETAPA
(resultado de la suma)

ETAPA FINAL

Anote el puntaje de cada una de las etapas

Puntaje 1º ETAPA

Puntaje 2º ETAPA



DIAGNOSTICO DE FIBROMIALGIA

Padecería fibromialgia si reúne los siguientes 3 criterios:

1º criterio

1º ETAPA Mas de 7 puntos

2º ETAPA Mas de 5 puntos

O bien:

1º ETAPA Entre 3 y 6 puntos

2º ETAPA Mas de 9 puntos

2º criterio

Los síntomas tienen que estar presentes al menos durante 3 meses

3º criterio

No tiene otra enfermedad que justifique los síntomas

IMPORTANTE

Recuerde que el diagnóstico deberá ser confirmado por un médico, hasta tanto es solo una sospecha