

Abordaje del paciente con Fibromialgia en Atención Primaria

Management of patient with Fibromyalgia in Primary Health Care

Silvia Fernández Rodríguez (Enfermera Especialista en FyC, C.S. Gijón. SESPA)

Luis Argüelles Otero (Enfermero Residente de 2º año en FyC, C.S. Gijón. SESPA)

C.S. Vega la Camocha

Manuscrito recibido: 07-08-2014

Manuscrito aceptado: 15-09-2014

Cómo citar este documento

Fernández Rodríguez S, Argüelles Otero L. Abordaje del paciente con Fibromialgia en Atención Primaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA). 2015 Feb; 3(1): 25-42

Resumen

El objetivo de este artículo es orientar a los profesionales sanitarios sobre el tratamiento no farmacológico de la Fibromialgia.

Desarrollo: la Fibromialgia supone un problema de salud complejo que afecta a todas las esferas del paciente que la padece. Los tratamientos farmacológicos parecen no conseguir los resultados esperados, debiendo ofertarse un enfoque multidisciplinar que ofrezca respuestas a las demandas del paciente. Es aquí donde la Enfermera Comunitaria cobra un papel primordial.

Conclusiones: La literatura científica avala las medidas no farmacológicas y la educación para la salud como tratamiento clave, asociados al uso responsable del medicamento.

Palabras clave

Fibromialgia; Atención Primaria de Salud; Enfermería en Salud Comunitaria; Terapias Alternativas.

Abstract

The objective of this article is to Guide health professionals on non-pharmacological treatments of Fibromyalgia.

Development: Fibromyalgia is a complex health problem that affects all areas of patient that suffer it. Drug treatments seem not to get the expected results and therefore, should be offered a multidisciplinary approach that provides answers to the patient's demands. This is where the Community Health Nursing takes a leading role.

Conclusions: The scientific literature supports non-pharmacologic measures and health education as the key treatment, associated with a responsible use of the drug.

Keywords

Fibromyalgia; Primary Health Care; Community Health Nursing, Complementary Therapies.

Introducción

La Fibromialgia (FM) es una patología cuyo síntoma principal es el dolor generalizado crónico, afectando a la calidad de vida del paciente y de su familia.

Puede ocasionar además, rigidez generalizada, sobretodo matutina, aunque las pruebas de imagen no muestren anomalías. Es una patología que ocasiona gran sufrimiento por todos los síntomas asociados al dolor que se dan: cansancio durante todo el día en el 90% de los casos y trastornos del sueño en el 70-80%. La depresión, el estrés, la ansiedad y dificultades en la memoria y la atención se encuentran frecuentemente relacionados con la FM, siendo compleja la atención profesional hacia las personas que la sufren¹.

La prevalencia de FM en España, según el estudio EPISER 2000, es del 2,4 % de la población. Es una enfermedad predominante en el sexo femenino (4,2% frente al 0,2% en los hombres).

En los Servicios Sanitarios, el 10-20% de las consultas de Reumatología se deben a esta afección mientras que en las consultas de Atención Primaria (AP) es del 5 al 6% de las consultas. Los pacientes suelen hiperfrecuentar las consultas sanitarias, generando un gasto económico que se cifra en 10.000 € por persona y año en España.

Objetivos

Orientar a los profesionales sanitarios sobre el tratamiento no farmacológico de la Fibromialgia.

Desarrollo

1. Definición

La Fibromialgia (FM) es una enfermedad de etiología desconocida que se caracteriza por dolor generalizado a nivel muscular, tendinoso, articular y visceral^{2,3}.

En 1992 es reconocida por la Organización Mundial de la Salud como enfermedad reumatológica³, aunque se conoce su existencia desde hace cientos de años con diferentes nombres (Reumatismo Psicógeno, Dolor Miofascial, Fibrositis...)⁴.

1.1. Teorías etiológicas de la enfermedad^{4,5,6}:

- **Genética:** está comprobado que existe agregación familiar y el riesgo de padecerla es hasta 9 veces más frecuente en familiares.
- **Alteraciones musculares:** se han encontrado cambios morfológicos y funcionales en el tejido muscular en personas con FM.
- **Alteraciones endocrinas:** alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal.
- **Disfunción neurohormonal:** por eso se producen síntomas como taquicardias, sudoración, alteraciones digestivas y del ritmo intestinal.
- **Autoinmune:** en algunos pacientes se observaron altas concentraciones de citocinas proinflamatorias.
- **Alteraciones neurosensoriales:** estos pacientes presentan un umbral más bajo de dolor.

1.2. Factores de riesgo⁶

Predisponentes

- Sexo: proporción aproximada de 9 mujeres por cada varón.
- Edad: prevalencia máxima entre los 40 y 49 años.
- Raza: caucásicos.
- Factores emocionales: determinados trastornos psicológicos pueden predisponer a la FM.
- Antecedentes Familiares: hasta 9 veces mayor que en la población general.
- Condición Física: sedentarismo o poca práctica de ejercicio físico.
- Percepción del dolor: umbral doloroso más bajo.

Desencadenantes

- Estrés emocional agudo postraumático.
- Estrés laboral.
- Lesión osteomuscular: por ejemplo la ocurrida en accidentes de tráfico.
- Cirugía previa: hasta en un 38% de los casos.
- Enfermedad grave: partos problemáticos, abortos...
- Ansiedad y/o depresión reactivas.

Según un estudio realizado, los factores emocionales son los que más influyen en el aumento del dolor de pacientes con FM⁷.

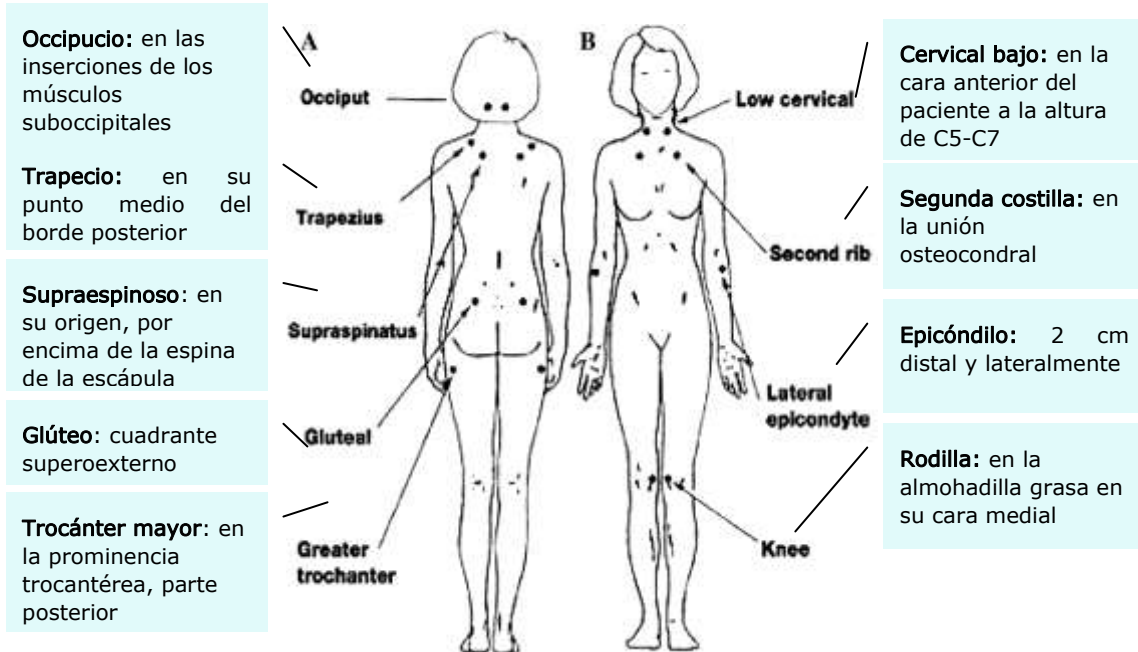
2. Diagnóstico

En 1990 el Colegio Americano de Reumatología (ACR) establece como criterios diagnósticos el dolor generalizado mayor de 3 meses de duración, continuo, a ambos lados del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura, que además produce dolor en el esqueleto axial, raquis cervical o tórax anterior^{3,5,8}.

La gran variedad de procesos asociados al típico dolor musculoesquelético, dificulta el diagnóstico de FM, por lo que se estandariza para su diagnóstico el uso de los llamados "puntos gatillo", cuando al menos 11 de los 18 totales son dolorosos a la palpación en los pacientes que sufren esta anomalía (**Imagen 1**).

Para realizar la palpación de estos puntos, se debe de aplicar con el dedo pulgar o índice una fuerza aproximada de 4 Kg, que correspondería a la producida cuando cambia la coloración subungueal del dedo del examinador^{3,5,8}.

No existe ningún tipo de alteración en pruebas analíticas, de imagen o anatomopatológicas específicas para el diagnóstico de esta patología.



Fuente: ACR fibromyalgia 1990. En: Yale Image Finder

Imagen 1: Puntos dolorosos en la exploración del paciente con FM

3. Clínica

Asociados al principal síntoma que es el dolor, encontramos frecuentemente una serie de alteraciones que se describen en la siguiente tabla (**Tabla 1**).

También se relaciona con acúfenos, disfunción de la articulación temporo-mandibular, intolerancia a estímulos auditivos u olfativos, alodinia (dolor producido por un estímulo que habitualmente no causa ningún tipo de dolor) e hiperalgesia (aumento de la respuesta a estímulos dolorosos).

En la exploración física, el aspecto articular y la movilidad deben ser normales³.

Tabla 1: Síntomas relacionados con FM

SÍNTOMA	PORCENTAJE (%)
Dolor y Cansancio	81,4%
Empeoramiento con el frío	79,3%
Rigidez Matutina > 15 minutos	77%
Trastornos del sueño	74,6%
Parestesias (manos y pies)	62,8%
Cefaleas fronto-occipitales	52,8%
Ansiedad	47,8%
Dismenorrea	40,6%
Síndrome Seco	35,8%
Antecedentes de depresión	31,5%
Colon Irritable	29,6%
Urgencia miccional	26,3%
Fenómeno de Raynaud	16,7%

Fuente: Protocolo de Atención a Pacientes con Fibromialgia de Murcia.

4. Tratamiento

Existe consenso en la bibliografía sobre el carácter individualizado del tratamiento en la FM⁹. Éste debe ser además, multidisciplinar, puesto que afecta a varias esferas de la vida del paciente (física, psíquica, social, laboral...) con la educación para la salud como pilar básico¹⁰.

Se trata de una enfermedad de curso crónico, por lo que la implicación activa del paciente en la adopción de estilos de vida saludables es fundamental⁵.

En este trabajo nos centraremos en las medidas no farmacológicas del tratamiento de la FM, concretamente en 3 esferas de atención: física-rehabilitadora, cognitivo-conductual y educación para la salud.

Dichas modalidades deberían formar parte de la terapia inicial y continuar incluso después de la introducción de la terapia farmacológica¹¹.

4.1. Cuidados físico-rehabilitadores

4.1.1. Ejercicio físico

Está demostrado que debe constituir un componente fundamental en el abordaje del paciente con FM. Es considerado como la terapia no farmacológica más efectiva en el tratamiento de dicha enfermedad¹³.

Debemos educar al paciente en adquirir un estilo de vida basado en ejercicio físico de moderada intensidad y practicado al menos 2-3 veces por semana^{4,5}. Para aumentar su cumplimiento, puede ser necesario que al comienzo de la práctica de ejercicio se supervise su realización por parte de un profesional. Otra opción sería el ejercicio en grupo, que favorece la interacción social y la motivación.

Consideraciones iniciales

- El ejercicio se adaptará a las preferencias individuales y comorbilidades de cada paciente.
- Comenzar con un Programa de Entrenamiento inicial, por debajo de las capacidades individuales, y prolongarlo durante 4 semanas.
- Dar información de que a corto plazo puede aumentar de forma tolerable el dolor y la fatiga, disminuyendo con el paso del tiempo.

Tipos de ejercicio físico

- **Ejercicio aeróbico**

Se basa en la utilización de grandes grupos musculares, con una Frecuencia Cardíaca (FC) no superior al 70-85 % de la FC máxima. Como norma general para calcular la FC máxima se debe de restar a 220 la edad del paciente⁶.

El margen terapéutico del ejercicio es estrecho: el sedentarismo y la hiperactividad pueden ser responsables de crisis o empeoramientos en la evolución de la FM.

En la fase inicial, hay que comenzar a una FC máxima menor (60-75%) pero aumentando su frecuencia. En la fase de mantenimiento, se debe aumentar su intensidad disminuyendo la frecuencia de realización.

Se sugiere recomendar al paciente mantener el ritmo del ejercicio alcanzado para no mitigar la mejoría conseguida.

Existe evidencia moderada-alta basada en varios ensayos clínicos de que este tipo de ejercicio disminuye el dolor y aumenta la función física y la sensación de bienestar. No tiene efecto en la fatiga ni en la sensibilidad dolorosa a la presión; su uso para la depresión es muy discutido²³.

Ejemplos de ejercicio aeróbico: natación, caminar, bailar, bicicleta; no están recomendadas actividades de impacto como carreras o saltos. No existe ningún tipo de evidencia de que un ejercicio sea superior a otro¹⁴.

"Debemos educar al paciente en adquirir un estilo de vida basado en ejercicio físico de moderada intensidad y practicado al menos 2-3 veces por semana"

- **Ejercicio anaeróbico o de fortalecimiento muscular**
Mejoran la resistencia y fuerza muscular al contraer el músculo contra resistencias como pueden ser pesas, bandas elásticas o el propio cuerpo¹².

No hay suficiente evidencia con respecto a estos ejercicios debido a los pocos estudios realizados, pero sugieren ser una buena alternativa al disminuir el dolor y mejorar la sensación de bienestar, depresión y sensibilidad dolorosa a la presión²³.

Se recomienda a los pacientes con FM realizarlo dos veces a la semana, bien de forma aislada o terapia mixta (ejercicio aeróbico más ejercicios de fortalecimiento).
- **Ejercicio de estiramiento o flexibilidad**
Su función es mejorar la elasticidad corporal. No existe evidencia científica de que tengan beneficio en la FM²³.

4.1.2. Pilates

Es una terapia física que combina filosofías orientales y occidentales, como el yoga, danza, gimnasia y entrenamiento de resistencia. Su objetivo es mejorar la flexibilidad de la columna vertebral y de las extremidades, corrigiendo la postura corporal al reforzar la musculatura.

Estudios demuestran el beneficio de esta terapia en el control del dolor, estado de salud y calidad de vida de los pacientes afectados de FM, aunque se requieren más y con un periodo de seguimiento más largo¹⁵.

4.1.3. Normas de higiene postural

Periodos de actividad⁶

- Mantener la espalda recta al pasar de sedestación a bipedestación.
- Repartir el peso de la carga entre ambos miembros superiores de forma equilibrada.
- Si se trabaja durante largos periodos de tiempo manteniendo una postura en concreto, descansar entre 2-3 minutos en posición de sedestación, con la espalda recta y los pies apoyados en el suelo.
- Si el trabajo requiere muchas horas estando de pie, cada 15 minutos transferir el peso del cuerpo de un miembro inferior a otro.
- Si el trabajo se realiza en sedestación: espalda recta y pies apoyados en el suelo.
- Si hay que levantar algún peso, siempre con la espalda recta y doblando las rodillas.

Periodos de descanso⁶

- En decúbito supino, mantener las rodillas ligeramente flexionadas, por ejemplo ayudándose de cojines.
- En decúbito prono, estar el menor tiempo posible, para evitar la carga en la zona lumbar.
- En decúbito lateral, el miembro inferior sobre el que nos apoyamos debe de estar en flexión de rodilla y cadera.
- Columna cervical alineada con columna dorsal, por lo tanto la almohada no ha de ser ni muy alta pero tampoco muy baja.
- Con respecto al colchón, ha de ser firme y adaptable, pero no duro. Por norma general, la capacidad de amortiguación se pierde a los 10 años de uso.

4.2. Terapias alternativas

La FM es una enfermedad de etiología desconocida y de tratamiento multidisciplinar, lo que lleva a muchos pacientes a utilizar otro tipo de terapia no convencional.

En la mayoría de los casos faltan estudios que investiguen la efectividad e inocuidad de estos tratamientos, unidos al riesgo de sesgos en sus diseños y falta de resultados concluyentes. Suelen provocar efectos positivos, pero a corto plazo.

4.2.1. Acupuntura

Es una técnica medicinal de origen chino, utilizada desde hace más de 2500 años y que se basa en la reducción del dolor a través de la inserción de agujas en determinados puntos corporales "puntos de acupuntura".¹⁶

La teoría general de la acupuntura se basa en que existe una energía vital, llamada Qi, que fluye por todo el cuerpo. La enfermedad surge al desequilibrarse esta energía, pudiendo restablecerse a través de los puntos de acupuntura.

Existen dos variantes de dicha terapia analizadas en varios estudios científicos¹⁷:

- **Electroacupuntura (EA)**: utiliza corrientes eléctricas que pasan a través de las agujas hacia el cuerpo del paciente.
- **Acupuntura Manual (AM)**: sólo utiliza agujas que se insertan en puntos corporales específicos.

Hay mucha controversia sobre los beneficios de dicha medida no farmacológica en el tratamiento de la FM.

No existen suficientes estudios de moderada-alta calidad sobre la aplicación de acupuntura en dicha enfermedad, aunque se sugiere que es más beneficiosa que no aplicar tratamiento alguno. Se ha relacionado con una mejora en el efecto del tratamiento farmacológico y del ejercicio físico sobre la FM.

Probablemente la EA sea mejor que la AM en la disminución del dolor, rigidez y en la mejora del sueño, fatiga y bienestar general.

4.2.2. Termoterapia

Existen varios estudios donde los infrarrojos mejoraron significativamente el dolor y limitación funcional de pacientes afectados de FM²³.

4.2.3. Estimulación nerviosa transcutánea (TENS)

No está muy clara su indicación en la FM. Diversas investigaciones sugieren que dicha terapia provoca una mejoría similar o incluso menor a otro tipo de tratamientos utilizados en la FM como son la termoterapia o los masajes superficiales²³.

4.2.4. Láser

Es una terapia que ha demostrado su utilidad para el alivio del dolor, limitación funcional y disminución de puntos dolorosos en pacientes afectados de FM. Sólo existe un estudio donde no encuentra mejoría clínica tras su aplicación²³.

4.2.5. Masajes

No han demostrado que tengan efectos en el tratamiento de dicha patología, o sólo un beneficio a corto plazo, por lo que no se recomiendan su uso¹⁴.

4.2.6. Hidroterapia

Investigaciones afirman que dicha terapia con o sin ejercicio es efectiva en el tratamiento de la FM²⁷.

4.2.7. Homeopatía

Desarrollada por un médico alemán, trata la FM a base de preparaciones de productos naturales a dosis bajas. Una investigación analiza el efecto del *Rhus toxicodendron* en pacientes con FM. Los resultados sobre el número de puntos dolorosos, número de pacientes que mejoraron el sueño o el dolor resultaron favorables¹⁴.

Como la mayoría de terapias alternativas, aunque existan varios estudios sobre este tema, no se puede generalizar, al no existir un número grande de estudios ni seguimiento en el tiempo.

4.3. *Terapia cognitivo-conductual*

Dicha terapia es considerada como la más beneficiosa en comparación con otras terapias psicológicas¹⁸.

Es conducida por un profesional entrenado, como un psicólogo o psiquiatra, formando parte de una terapia individual o grupal. Estudios demuestran que dicha terapia mejora el dolor, fatiga y funcionalidad del paciente con FM, incluso 12 meses después de un programa¹¹.

Técnicas de Relajación

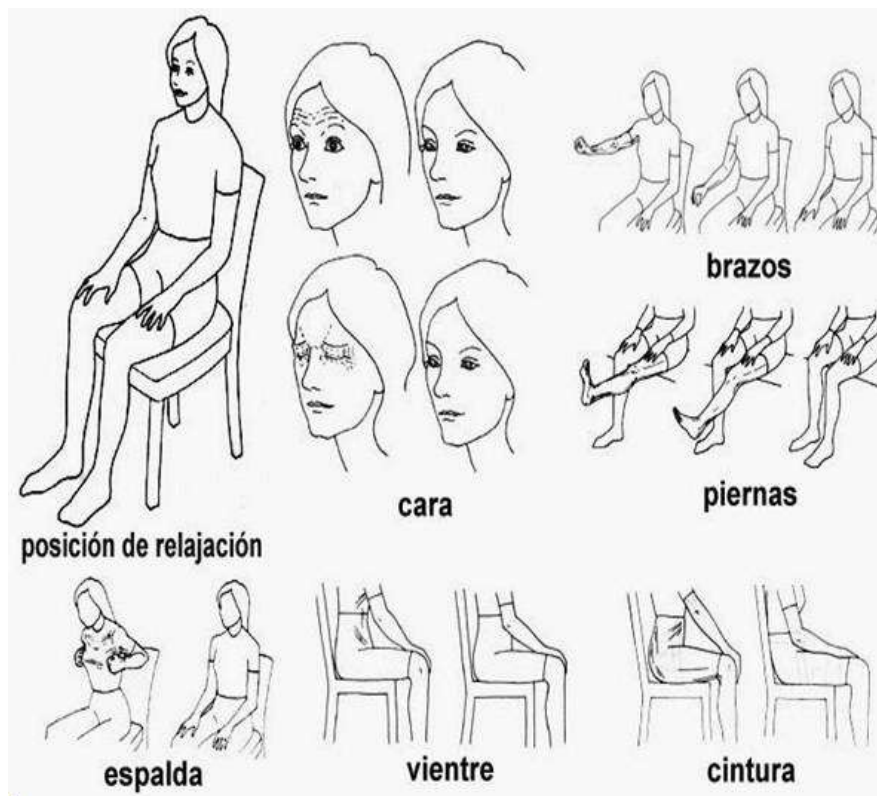
Existe evidencia moderada de que las técnicas de relajación son eficaces en el tratamiento de la FM a corto plazo⁴. No son un objetivo en sí mismas, pero practicadas con asiduidad, dotan al individuo de la capacidad de afrontar situaciones cotidianas que le producen ansiedad, estrés, y en el caso de la FM, dolor¹⁹. Citamos aquí algunas de las más conocidas y sencillas:

- Relajación progresiva de Jacobson.
- Relajación pasiva.
- Relajación autógena de Schultz.
- Visualización.
- Respiración abdominal.
- Musicoterapia.

4.3.1. Relajación Progresiva de Jacobson

Consiste en, tras adoptar una postura cómoda, tensar y destensar todos los músculos del cuerpo, obteniendo una placentera sensación de relajación corporal profunda que produce bienestar mental.

En primer lugar deben hacerse unas respiraciones abdominales profundas, a continuación se contraen y relajan por orden ascendente las piernas, glúteos, abdomen, hombros y espalda, cuello, cara (boca, ojos, frente); deben contraerse unos segundos lo más fuerte que se pueda y relajarlos después. Esta técnica puede alargarse cuanto se quiera, pero es posible hacerla en 3 minutos. La sensación relajante posterior se intensifica cuanto más se practica (**Imagen 2**).



Fuente: efisioterapia.net

Imagen 2: Relajación progresiva de Jacobson

4.3.2. Relajación Pasiva

Esta técnica no se sirve de tensiones, se centra en cada grupo muscular, fijando la atención en él y relajándolo mentalmente. Se acompaña de una respiración serena. Se debe utilizar en aquellas personas con patologías que impidan la contracción muscular. Se pueden encontrar en la red, muchos archivos de audio para hacer esta relajación en casa o en consulta.

"Estás tranquilamente sentado con los ojos cerrados, todo tu cuerpo se adapta perfectamente al sillón, de modo que no hay necesidad de tensar ningún músculo. Ahora concéntrate en tu mano derecha, deja que desaparezca cualquier tipo de tensión. Nota cómo estos músculos se van volviendo cada vez más relajados, más tranquilos, más calmados... Ahora focaliza la atención más arriba, en tu antebrazo derecho. Nota cómo desaparece cualquier tensión, deja que se relajen más y más... Mientras que continúas con todo tu brazo, antebrazo, y mano derecha relajados, concéntrate ahora en tu mano izquierda..."

4.3.3. Relajación autógena de Schultz

Consiste en inducir una serie de estados de relajación basados en autosugestiones. Es una técnica más utilizada para hacer en grupo y en su nivel inferior de uso se consiguen estados relajantes, otros niveles superiores de uso están enfocados en el autoconocimiento.

El primer nivel que es el que nos interesa en este caso consta de 7 ejercicios escalonados:

- **Ejercicio de relajación:** *"Estoy muy tranquilo, no pienso en nada. Sólo en relajarme. Nada puede perturbarme".*
- **Ejercicio de pesadez:** *"Mis brazos y piernas están muy pesados, siento como se ralentiza mi circulación".*
- **Ejercicio de calor:** *"Mis extremidades están calientes, noto como mi piel se calienta lentamente".*
- El **ejercicio de respiración** intensifica la relajación mediante una inspiración y espiración tranquilas. *"Mi respiración es tranquila y regular"*
- El **ejercicio para el corazón** (concentración en los latidos) es aún más relajante. *"Mi corazón late lentamente".*
- El **ejercicio abdominal.** La fórmula para este ejercicio sería: *"Mi abdomen es una corriente de calor, mis vísceras están calmadas, calientes".*
- **Ejercicio de cabeza:** conservar una mente fresca, mantenerse despierto y recuperar la concentración. *"Mi mente está despierta".*

4.3.4. Visualización

Se centra en el poder de nuestra mente y de la capacidad de ésta para producir cambios en nuestro cuerpo y estado de ánimo.

Consiste en ejercicios sencillos que atraen imágenes atractivas y relajantes a nuestra cabeza. Pueden ser, desde estar tumbado flotando sobre una nube con una suave brisa, hasta visualizaciones muy elaboradas, como estar en un bosque, percibiendo los sonidos de las ramas de los árboles, de pequeños animales, de un río cercano, las sensaciones táctiles de las hojas etc.

4.3.5. Respiración abdominal

Es quizás la más sencilla de las técnicas de relajación, y por ello, puede llevarse a cabo prácticamente en cualquier situación.

Aunque por lo general, todas las técnicas aquí descritas deben practicarse de manera ideal en un lugar tranquilo, silencioso y cómodo, en el caso de la respiración abdominal, puede recurrirse a ella en casi cualquier momento.

En primer lugar, debe practicarse tumbado con una almohada bajo la cabeza y otra bajo las rodillas. Se colocan ambas manos sobre el abdomen, en postura relajada.

Una vez adoptada esta postura, vaciaremos los pulmones en una espiración forzada. Tras esto, de forma instintiva, necesitaremos hacer una inspiración profunda, metiendo todo el aire que podamos en nuestros pulmones, visualizando cómo se llenan desde las bases hasta los vértices, al mismo tiempo, estaremos hinchando el abdomen. Debe mantenerse la inspiración durante unos segundos, para luego, muy lentamente, ir expulsando el aire, en una espiración lo más lenta posible.

4.3.6. Musicoterapia

La Asociación Americana de Musicoterapia define dicha terapia como el uso de la música por una persona cualificada para provocar cambios en el funcionamiento físico, psíquico, cognitivo o social de pacientes con problemas de salud.

Existen referencias históricas de su uso hace cientos de años. Florence Nightingale, fundadora de la Enfermería Moderna, utilizó la escucha musical como una intervención de enfermería y proponía que era responsabilidad de esta profesión para controlar el entorno del paciente y favorecer su curación.

Diferentes estudios demuestran una mejoría significativa en cuanto a la intensidad del dolor y síntomas depresivos en pacientes con FM. Uno de ellos argumenta que, con sólo escuchar música una vez al día durante 30 minutos, ayuda a controlar el dolor en la FM. No sólo tiene un efecto instantáneo sino que también perdura durante 2 horas²⁰.

Respecto a otros síntomas como rigidez matinal, fatiga o migraña no se ha encontrado una mejoría clara.

La Musicoterapia es una intervención de bajo coste, fácil en su abordaje y que no produce efectos secundarios dañinos.

5. Educación para la Salud

Es sin duda la pieza clave de la terapia no farmacológica en la FM¹⁰.

Existe mucha controversia en cuanto al diagnóstico de FM. Algunos afirman que podría tener efectos negativos debido a la incomprensión de esta enfermedad tanto por la sociedad como por los profesionales sanitarios. Hay un gran sector de la población que relaciona esta enfermedad con la falta de voluntad o de ánimo para afrontar las actividades cotidianas de la vida diaria y, por consiguiente, catalogándola de un problema psicológico de poca importancia, con la frustración que le genera a la persona diagnosticada de FM.

Sin embargo, estudios recientes sugieren que diagnosticar de FM a una persona que padece la sintomatología típica de esta patología, disminuiría la presión asistencial y se evitaría un periodo largo de incertidumbre y desesperación^{5,9}. El punto de partida de toda Educación para la Salud, es hacer consciente al paciente de que padece una enfermedad, de no ser así, todos los empeños que hagamos como profesionales sanitarios, quedarán frustrados. Los pacientes bien informados afrontarán mejor su enfermedad y consecuencias⁵.

Puede llevarse a cabo en grupos o bien de manera individualizada.

6. Plan de cuidados de Enfermería

La intervención enfermera es clave para ayudar no sólo en el conocimiento de esta patología, sino también en el aprendizaje de técnicas que puedan contribuir a una mejor calidad de vida del afectado⁷.

Es necesario abordar la aceptación de la enfermedad, su carácter crónico, evolución no progresiva y promover su implicación diaria³.

Conseguir el máximo autocontrol sería la meta deseable, para ello hace falta educación sanitaria en conocimientos sobre patología, sintomatología típica, desencadenantes del dolor, uso racional del medicamento, nutrición y medidas en el ámbito laboral que se pueden aplicar para tener una calidad de vida óptima y así reducir la dependencia al Sistema Sanitario.

6.1. *Desencadenantes del dolor*

Se aconseja hacer un diario del dolor, en el que conste el momento de aparición del dolor, estímulos previos, horas frecuentes de menos dolor, etc., para que el paciente aprenda a reconocer dichos estímulos y pueda actuar.

6.2. *Uso racional del medicamento*

Un estudio realizado en AP revisó los tratamientos farmacológicos más frecuentemente utilizados en los pacientes con FM en España, predominando la polimedicación con antiinflamatorios, antidepresivos (amitriptilina), somníferos, relajantes musculares y ansiolíticos. Éstos, junto a la Terapia Hormonal Sustitutiva, los antihipertensivos, antidiabéticos orales y protectores gástricos, se encontraron entre los más utilizados.

Ese mismo trabajo expone que la mayoría de pacientes con FM prueban abundante medicación y terapias no convencionales por la baja efectividad del tratamiento farmacológico prescrito.²² Por eso, desde un punto de vista multidisciplinar sería conveniente ajustar el tratamiento farmacológico, acompañándolo ineludiblemente de terapias coadyuvantes, como entrenamiento físico, técnicas de relajación, masajes etc.

Es importante evitar la automedicación.

6.3. *Nutrición*

No hay estudios concluyentes al respecto sobre medidas dietéticas que puedan mejorar los síntomas de la FM, aunque parece indicado aconsejar una dieta mediterránea con alto contenido en frutas y verduras, baja en grasas, rica en calcio y vitamina D.

Sólo existe un estudio de alta calidad que demuestre la utilidad de la Vitamina D para mitigar el dolor crónico, por lo que se necesitan más estudios en este aspecto. Esta vitamina procede de la dieta o de la síntesis en la piel después de la exposición a los rayos ultravioleta B (UVB) del sol. Es una vitamina liposoluble barata y relativamente segura²¹.

Suplementos dietéticos que contengan *antocianidinas*, *capsaicina*, o *s-adenosilmetionina* han demostrado mejorías en síntomas típicos de la FM⁹. Un alga verde rica en proteínas, minerales y vitaminas llamada *Chlorella pyrenoidosa*, ha sido asociada a mejoría clínica de la FM, aunque no hay suficiente evidencia de dicho suplemento. Otros productos, como la soja, no han mostrado ningún tipo de diferencia con respecto al placebo.

La dieta vegetariana no ha demostrado ningún tipo de eficacia en los pacientes diagnosticados de FM¹⁴.

6.4. *Ámbito Laboral*

Se debe favorecer la máxima integración en la vida laboral, por lo que es necesario que tanto Salud Laboral como Recursos Humanos sean conscientes y puedan propiciar los cambios oportunos necesarios para que el trabajador no cese su actividad²³.

Este punto es muy importante, siendo de gran ayuda en el curso de la enfermedad, evitando el aislamiento social, depresión y mejorando por tanto su calidad de vida. Un cese definitivo, provocaría un empeoramiento de su proceso.

Tras una valoración minuciosa a través de una entrevista semiestructurada y exploración física⁵, se concluye con diagnósticos de enfermería validados, para los que se proponen una serie de intervenciones y resultados de enfermería. **(Tabla 2).**

Tabla 2: Plan de Cuidados Estandarizado: Diagnósticos de enfermería, intervenciones, actividades y resultados ^{3,24,25}

Diagnóstico de Enfermería	Intervenciones de Enfermería	Actividades de Enfermería	Resultados de Enfermería
0013 Dolor crónico	1400 Manejo del dolor	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración del dolor: localización, características, duración, frecuencia, intensidad. - Determinar su impacto sobre la calidad de vida (apetito, actividad, sueño, función cognitiva, relaciones, ocio, trabajo). - Enseñar uso de técnicas no farmacológicas (relajación, distracción, terapia frío/calor...). 	1605 Control del dolor
	2210 Administración de analgésicos	<ul style="list-style-type: none"> - Elegir el analgésico adecuado o combinación de ellos cuando se prescriba más de uno - Enseñar el uso de analgésicos y estrategias para disminuir los efectos secundarios. 	
	1320 Acupresión	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar contraindicaciones (contusiones, úlceras cutáneas, infección, afectación cardíaca grave). - Aplicar una presión uniforme sobre el tejido hipertónico, normalmente de 10 a 15 segundos, hasta que sienta relajación o disminución del dolor. 	
	6040 Terapia de relajación simple	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar el fundamento de la relajación, sus límites, beneficios y tipos. - Crear un ambiente tranquilo, con luces suaves y una temperatura agradable. - Enseñar a adoptar una posición cómoda, sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados. 	
	0200 Fomento del ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> - Informar al paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos de realizar ejercicio. - Instruir al paciente en los ejercicios de precalentamiento. - Instruirle acerca de la frecuencia, intensidad, duración del programa de ejercicios. 	
00093 Fatiga	0180 Manejo de la energía	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga. 	0002 Conservación de la energía
	0200 Fomento del ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar las ideas del paciente sobre el efecto del ejercicio físico sobre la salud. 	

	1850 Fomento del sueño	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente. 	0004 Sueño
00146 Ansiedad	4400 Terapia musical	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el interés del paciente por la música. - Identificar las preferencias musicales del paciente. 	1402 Control de la ansiedad
	5430 Grupo de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el objetivo del grupo y la naturaleza del proceso grupal. 	
	5602 Enseñanza proceso enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar información al paciente acerca de su enfermedad. - Comentar los cambios en el estilo de vida necesarios para evitar futuras complicaciones. 	
	5820 Disminución de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> - Observar si hay signos verbales o no verbales de ansiedad. - Escuchar con atención. - Animar a manifestar sentimientos, percepciones y miedos. 	
	6040 Terapia de relajación simple	<ul style="list-style-type: none"> - Inducir conductas condicionadas para producir relajación: respiración profunda, abdominal, bostezos e imágenes de paz. 	
00095 Deterioro del patrón de sueño	1850 Fomento del sueño	<ul style="list-style-type: none"> - Animar a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al sueño. - Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón). - Evitar los alimentos y bebidas que interfieran con el sueño antes de irse a la cama. 	0004 Sueño
00069 Afrontamiento inefectivo	5230 Aumentar el afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar la comprensión del paciente del proceso de la enfermedad. - Proporcionar información objetiva sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. - Alentar una actitud de esperanza realista para manejar sentimientos de impotencia. - Fomentar la implicación familiar, si procede. 	1603 Conducta de búsqueda de la salud

	5240 Asesoramiento	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y respeto. - Favorecer la expresión de sentimientos. - Ayudar a que identifique puntos fuertes y reforzarlos. - Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por deseados. 	
	5270 Apoyo emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Escuchar las expresiones de sentimientos o creencias. - Facilitar la identificación por parte del paciente de respuestas a sus miedos. 	
	5440 Aumentar los sistemas de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el grado de apoyo familiar. - Implicar a familiares, seres queridos, amigos en los cuidados. 	
	5430 Grupos de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> - Crear una atmósfera relajada y de aceptación. - Clarificar desde un principio las metas del grupo y las responsabilidades de sus miembros y del líder. - Tamaño del grupo óptimo: de 5 a 12 miembros. - Dirigir la implicación activa de sus miembros. - Ayudar al grupo a progresar en su desarrollo: desde la orientación, cohesión y finalizando en la conclusión. 	
00119 Baja autoestima crónica	5270 Apoyo emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. 	1205 Autoestima
	5400 Potenciación de la autoestima	<ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente a identificar sus virtudes. - Ayudar a establecer objetivos realistas. - Ayudarle a reexaminar sus percepciones negativas. 	

Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

La Fibromialgia supone un reto para la enfermería comunitaria actual. Existe evidencia científica de que la educación grupal terapéutica supone una de las terapias más eficaces en el abordaje de estos complejos pacientes, más que la individual, aunque cualquiera de las dos aporta mejores resultados que el tratamiento farmacológico habitual²⁶.

Los escasos resultados obtenidos con los tratamientos farmacológicos, y la alta demanda asistencial de estos enfermos, hacen necesaria la integración de otras alternativas terapéuticas, en las que la enfermera comunitaria debe tomar relevancia, y la educación terapéutica, se convierte en la piedra angular del tratamiento.

Bibliografía

1. Guía sobre la fibromialgia de la Sociedad Española de Reumatología. [Consultado el 23 de Junio de 2014]. Disponible en: <http://www.ser.es/ArchivosDESCARGABLES/Folletos/24.pdf>
2. Fundación Grünenthal, Sociedad Española de Reumatología. Estudio EPIDOR: Estudio Epidemiológico del Dolor en Reumatología en España. Madrid: Edipharma; 2003.
3. Restrepo JC, Rojas JG. Fibromialgia ¿Qué deben saber y evaluar los profesionales de Enfermería? Invest Educ Enferm. 2011; 29(2): 305-314.
4. Olmos MD. Intervención grupal con pacientes diagnosticados de Fibromialgia en un centro de salud. Agathos (Barcelona). 2010; 10(1): 32-41.
5. Gordon S, Morrison C. Fibromyalgia and its Primary Care Implications. Medsurg Nurs. 1998; 7(4):207-213.
6. Protocolo de Atención a pacientes con Fibromialgia. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Servicio Murciano de Salud. [Consultado el 10 de Junio de 2014]. Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/205544-Protocolo_Fibromialgia.pdf
7. Raduán MA. Intervenciones para el alivio del dolor por fibromialgia. Metas Enferm. 2003; 57(6): 28-31.
8. Don L. Goldenberg, MD. Diagnosis and Differential Diagnosis of Fibromyalgia. Am. J. Med. 2009; 122, S14-S21.
9. Lesley M, Arnold MD. Strategies for Managing Fibromyalgia. Am. J. Med. 2009 Dec;122(12 Suppl):S31-43. doi: 10.1016/j.amjmed.2009.09.009.
10. Bosch E, Sáenz N, Valls M, Viñolas S. Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. Aten Primaria [revista en internet]. 2002. [Consultado el 12 de Julio de 2014]; 1(30). Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/estudio-calidad-vida-pacientes-fibromialgia-impacto-un-13032521-originals-2002>
11. Hunyh C, Yanni L, Morgan L. Fibromyalgia: Diagnosis and Management for the Primary Healthcare Provider. J Women's Health. 2008; 17(8): 1379-1387.
12. Entrenamiento con ejercicios de resistencia para la fibromialgia (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database Syst Rev 2013 Issue 12. Art. No.: CD010884.
13. Sañudo B, Galiano D, Carrasco L, Blagojevic M, De Hoyo M, Saxton J. Aerobic Exercise Versus Combined Exercise Therapy in Women With Fibromyalgia Syndrome: A Randomized Controlled Trial. Arch Phys Med Rehabil Vol 91, December 2010.

14. Nishishinya MB, Rivera J, Alegre C, Pereda CA. Intervenciones no farmacológicas y tratamientos alternativos en la fibromialgia. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127(8):295-299.
15. Altan L, Korkmaz N, Bingol U, Gunay B. Effect of Pilates Training on People With Fibromyalgia Syndrome: A Pilot Study. *Arch Phys Med Rehabil*. Vol 90, December 2009.
16. Directrices sobre capacitación y seguridad básica en la acupuntura. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2002. [Consultado el 22 de Junio de 2014]. Disponible en: <http://archives.who.int/tbs/trm/s4932s.pdf>
17. Deare J, Zheng Z, Xue C, Liu J, Shang J, Scott S, Littlejohn G. Acupuntura para el tratamiento de la fibromialgia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 Issue 5. Art. No.: CD007070. DOI: 10.1002/14651858.CD007070.
18. Don L Goldenberg. Treatment of fibromyalgia in adults not responsive to initial therapies. [Consultado el 9 de Junio de 2014]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-fibromyalgia-in-adults-not-responsive-to-initial-therapies>
19. Vázquez S, González C, Rodríguez L, Morón D, González S, Carrasco JL. Brief cognitive-behavioral therapy with fibromyalgia patients in routine care. *Compr Psychiatry* 50 (2009): 517-525.
20. Onieva Zafra MD, Castro Sánchez AM, Matarán Peñarrocha GA, Moreno Lorenzo C. Effect of music as nursing intervention for people diagnosed with fibromyalgia. *Pain Manag Nurs*. 2013; 14(2): 39-46.
21. Straube S, Derry s, Moore RA, McQuay HJ. Vitamina D para el tratamiento de las afecciones dolorosas crónicas en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2010 Issue 1 Art no. CD007771. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
22. Sarrió, A. Fibromialgia en Atenció Primària. Paper de l'educació sanitària en infermeria. *Enferm. Integral*. 2005: 39-42.
23. Fibromialgia. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011. [Consultado el 9 de Junio de 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>
24. Rodríguez RM, Orta MA, Amashta L. Cuidados de enfermería a los pacientes con fibromialgia. *Enferm Global*. 2010. [Consultado el 5 de Junio de 2014]. Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/>
25. Murias G, Cebrián M, Suárez N, Arboleya T. Intervención enfermera en pacientes con fibromialgia. *Fundación Index*. 2013. [Consultado el 5 de Junio de 2014]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/360d.php>
26. García J, Arnal P, Marqués H, Meseguer E, Martínez A, Navarro C. Intervención psicoeducativa en pacientes con fibromialgia en Atención Primaria: Efectividad y diferencias entre terapia individual y grupal. *C.Med. Psicosom*. 2005; (73): 32-41.
27. Guerrero VJ. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de Fibromialgia en el Adulto. 2009. [Consultado el 11 de Junio de 2014]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/075_GPC_FirbomialgiaAdulto/FIBROMIALGIA_EVR_CENETEC.pdf