

Fibromialgia ¿Qué deben saber y evaluar los profesionales de Enfermería?

Juan Carlos Restrepo Medrano¹
Juan Guillermo Rojas²

Resumen

Se hace una revisión sobre el tema de la fibromialgia, enfermedad de etiología desconocida caracterizada por la presencia de dolor localizado usualmente en zonas musculares, tendinosas, articulares y viscerales. En este artículo se examinan aspectos de la fisiopatología, valoración, diagnósticos e intervenciones, con el propósito de fortalecer el patrón empírico de conocimientos y mejorar el cuidado a estos pacientes bajo la perspectiva disciplinar de enfermería.

Palabras clave: fibromialgia; atención de enfermería, procesos de enfermería.

Fibromyalgia. What should nursing professionals know and evaluate?

Abstract

In the current text a theoretical fibromyalgia review is made. Disease of unknown etiology, characterized by localized pain, usually in muscles, tendon, joint and visceral zones. Physiopathology, evaluation, diagnosis and interventions of the disease are reviewed, aiming to strengthen the empiric pattern of knowledge, and improve the patient care under the nursing perspective.

Key words: fibromyalgia; nursing care; nursing process.

Fibromialgia que devem saber e avaliar os profissionais de enfermagem?

Resumo

Se faz uma revisão sobre o tema da fibromialgia, doença de etiologia desconhecida caracterizada pela presença de dor localizada usualmente em zonas musculares, tendões, articulares e viscerais. Neste artigo se examinam aspectos da fisiopatologia, va-

1 Enfermero, Doctor en Salud Pública. Profesor de la Facultad de Enfermería de la Universidad e Antioquia, Colombia. email: juance@tone.udea.edu.co

2 Enfermero, Magíster en Enfermería, Doctorando en Enfermería y Cultura de los Cuidados. Profesor de la Facultad de Enfermería de la Universidad e Antioquia, Colombia. email: rojitas620@tone.udea.edu.co

Subvenciones y ayudas: ninguna.

Conflicto de intereses: ninguno a declarar.

Fecha de recibido: 24 de mayo de 2010.

Fecha de aprobado: 14 de febrero de 2011.

Cómo citar este artículo: Restrepo-Medrano JC, Rojas JG. Fibromialgia ¿Qué deben saber y evaluar los profesionales de Enfermería? Invest Educ Enferm. 2011;29(2): 305 – 314.

loração, diagnósticos e intervenções, com o propósito de fortalecer o padrão empírico de conhecimentos e melhorar o cuidado a estes pacientes sob a perspectiva disciplinar de enfermagem.

Palavras chave: fibromialgia; cuidados de enfermagem; procesos de enfermagem.

Introducción

La fibromialgia (FM) es una enfermedad de etiología desconocida caracterizada por la presencia de dolor, localizado por lo general en zonas musculares, tendinosas, articulares y viscerales.¹⁻³ Aparecen además, otros síntomas como fatiga, depresión, ansiedad, rigidez articular, cefalea, sensación de tumefacción en manos, trastornos del sueño y parestesias en extremidades; igualmente, hipersensibilidad en múltiples puntos predefinidos, denominados puntos gatillo o *tender points*, los cuales corresponden a zonas fisiológicamente más sensibles a la presión.³

A pesar del dolor, las estructuras afectadas no presentan daño o inflamación.⁴ Hallazgos recientes han permitido categorizar algunos subgrupos de fibromialgia, con base en las anormalidades clínicas, neuroquímicas y neuroendocrinológicas, que incluyen aumento en la sustancia P (neurotransmisor), aminoácidos excitatorios, trastornos en el eje hipotálamo hipofisario y el sistema nervioso autónomo.⁵

La FM es una enfermedad frecuente en la población entre los 40 y 49 años y poco frecuente en personas mayores de 85 años. En los Estados Unidos, se registra una prevalencia de 2.4% de la población total, afectando al 10.5% de personas mayores de 20 años; en cuanto a los sexos, se estima que se presenta en el 2.2% de hombres y el 4.2 % de las mujeres, es decir, presenta una relación mujer/hombre de 2:1, lo que genera altos costos sociales en relación con la atención en salud y el ausentismo laboral.^{6,7}

En 1992, la FM fue reconocida como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y tipificada con el código M79.0 en el Manual de Clasificación de Enfermedades. Se han reportado

casos en los cuales el cuadro clínico de la FM aparece en forma brusca después de acontecimientos causantes de estrés como accidentes de tránsito, atentados terroristas, cirugías mayores o situaciones laborales.^{1,2,8}

Los desarrollos investigativos sobre FM han posibilitado el entendimiento de los factores genéticos y ambientales involucrados en la etiología y la aproximación a nuevas tendencias en cuanto al tratamiento farmacológico y no farmacológico.⁹ A causa de la complejidad del cuadro clínico y las alteraciones en la calidad de vida de quienes la padecen, es indispensable que los miembros del equipo de enfermería tengan las competencias necesarias para proveer un cuidado integral; razón por la cual, se hace la presente revisión con el objeto de contribuir al fortalecimiento de los patrones de conocimiento empírico, estético, ético y personal, que promuevan la realización de un cuidado con perspectiva disciplinar, es decir, científico, técnico, humano y con pertinencia social.

Aspectos fisiopatológicos de la FM

Tanto la etiología como la fisiopatología de la FM son aún desconocidas,¹⁰ no obstante, algunas publicaciones científicas han aportado evidencias sobre los posibles mecanismos fisiológicos que cursan con esta entidad. Se ha establecido, por ejemplo, que entre estos pacientes existe agregación familiar, es decir, la asociación de factores genéticos al desarrollo de la enfermedad, con lo cual se incrementa el riesgo de sufrirla en 8.5 veces sobre quienes no la padecen.¹¹ El dato anterior, se confirma con la teoría de que existen algunos fenotipos frecuentes en los pacientes con FM, como es el caso del gen que regula la expresión de la enzima catecol-o-metil-transferasa.¹²

Entre los posibles factores desencadenantes de la enfermedad, se encuentran alteraciones en las ondas de sueño, sobre todo en la fase REM (Rapid Eye Movements), alteraciones de tipo muscular, estrés, afecciones psiquiátricas como la depresión y aumento de la sustancia P en el líquido cefalorraquídeo (LCR).¹³

Otros reportes asocian la aparición de la FM con traumas por agresión sexual en la infancia, efectos de situaciones traumáticas de índole física y/o psicológica, procedimientos quirúrgicos mayores, estrés y sobrecarga laboral.¹³ En general, hay consenso en relación con que la patología es una condición de origen cerebral más que un trastorno del sistema nervioso periférico, debido al gran número de alteraciones neuroquímicas con aumento de la sustancia P en varios niveles del cerebro,⁸ elevación en las concentraciones de citocinas, receptores solubles y péptidos.⁹

El dolor crónico generalizado desencadena un cuadro de ansiedad y depresión, al igual que manifestaciones somáticas sobre el aparato locomotor, en las que las alteraciones de la serotonina juegan un papel importante, ocasionando dificultades en el establecimiento de las relaciones de causalidad que permitan caracterizar de manera precisa el cuadro patológico.¹³ Se ha establecido que los pacientes con FM requieren de estímulos dolorosos de menor intensidad para percibirlo, debido a que tienen un umbral más bajo,¹⁴ al igual que presentan cambios en la disminución del flujo sanguíneo cerebral en áreas específicas y aumento del flujo en las zonas activadas por estímulos dolorosos, hallazgos confirmados mediante estudios imagenológicos con SPECT (tomografía computarizada por emisión de fotón simple), PET (tomografía por emisión de positrones) y resonancia magnética (RM).¹⁵

Características clínicas

Los principales síntomas son la fatiga y el dolor generalizado acompañado de mialgias. La presentación del dolor es difusa, profunda e intensa, se agudiza en la mañana o en la noche, o por la realización de actividad física; la ubicación del dolor mecánico suele ser variable, razón por

la cual puede extenderse por el raquis, porción proximal de las extremidades, región cervical, occipital, trapecios, hombros, trocánteres y muslos; además se localiza con frecuencia en la porción anterior de rodillas, antebrazos, carpos, manos, tobillos y pies. Los pacientes que padecen de FM, presentan un sueño no reparador y refieren que el descanso nocturno es de mala calidad.^{1,13}

Aproximadamente entre el 60 y 70% de los pacientes padecen de fatiga como uno de los problemas principales.¹⁶ El hallazgo de esta alteración supone la realización de un acertado diagnóstico diferencial con el síndrome de fatiga crónica, con el objeto de establecer un plan terapéutico acorde con las necesidades del paciente.

Otras alteraciones que acompañan a la FM son: ansiedad, variaciones del estado de ánimo, trastornos de pánico, cefalea frontal, bruxismo, rigidez articular a primera hora de la mañana que va disminuyendo a lo largo del día, parestesias en extremidades inferiores, sudoración y frialdad distal, sensación de boca seca, hiperhidrosis, hipotensión ortostática y temblor. En el tracto gastrointestinal hay presencia de flatulencias, náuseas, estreñimiento o diarrea y en algunas mujeres alteraciones premenstruales.^{1,2,13}

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en la clínica y en la valoración física, por tal razón, suele ser difícil y no oportuno. No existen pruebas de laboratorio específicas y, aunque la teoría existente hace referencia a alteraciones en la fisiología del sueño, de algunos neurotransmisores y hormonas, no se han validado aún con marcadores biológicos específicos para esta entidad.¹⁷ Dadas las características clínicas, el diagnóstico diferencial es sutil y puede confundirse con enfermedades en las que el dolor es su principal manifestación.

En 1990, el Colegio Americano de Reumatología (ACR) estableció como criterios diagnósticos la presencia de dolor difuso de más de tres meses de evolución y sensibilidad al dolor aumentada a la presión digital de más o menos 4 Kg, en al menos 11 de los 18 puntos dolorosos o *tender*

points (occipital, cervical bajo, trapecio, supraespinoso, segundo espacio intercostal en la unión costochondral, epicóndilo, glúteo, trocánter y rodilla); no obstante, algunos autores han cuestionado dichos criterios,^{17,18} a pesar de que reportan una sensibilidad del 88.4% y una especificidad del 81.1%, lo que permite diferenciar el dolor de la FM de otras condiciones reumatológicas.¹⁹

Aunque los *tender points* han sido utilizados como el principal parámetro diagnóstico, la sensibilidad de los pacientes es subjetiva y depende de la fuerza del examinador durante la palpación; otro asunto tiene que ver con que algunos pacientes presentan menor cantidad de puntos sensibles, aún así padecen la enfermedad. Se ha establecido que las mujeres tienen once veces más probabilidades de exceder los puntos sensibles en la inspección física, razón por la cual se requiere mirar otras condiciones como la cefalea, las alteraciones del sueño, los trastornos neuropsiquiátricos, adormecimiento, hormigueo y síndrome de colon irritable como síntomas concomitantes. Queda claro que aunque no existe un criterio de oro para establecer el diagnóstico, si hay consenso en la necesidad de desarrollar protocolos que apuntan a modificar el criterio de evaluación de los *tender points*.¹⁹

Pruebas de laboratorio

Los indicadores séricos como el hemograma completo con velocidad de sedimentación, pruebas de bioquímica que incluyan electrolitos como el calcio, enzimas musculares, factor reumatoideo y niveles de hormonas tiroideas pueden ser útiles. Aunque las pruebas radiológicas no han sido consideradas como una ayuda paraclínica específica, algunos autores recomiendan las placas radiográficas de manos y columna cervical como dato útil.²⁰ Toda la información proveniente de estos paraclínicos, aunque no es específica permite descartar la presencia de otras enfermedades de sintomatología similar.

El diagnóstico diferencial de FM

Existen numerosos cuadros clínicos que pueden llegar a confundirse con la FM, entre los más comunes se encuentran:¹⁹ a) *enfermedades ma-*

lignas: metástasis óseas y mieloma múltiple; b) *enfermedades neuromusculares*: miastenia, neuropatías y esclerosis múltiples; c) *enfermedades autoinmunes*: espondilitis reumatoide, artritis reumatoide, polimiositis, lupus y polimialgia reumática; y d) *enfermedades endocrinas*: osteomalacia, alteraciones de la hormona tiroidea, alteraciones en la secreción de la adrenalina.

Tratamiento de la FM

El objetivo del tratamiento es disminuir el dolor, aumentar las funciones físicas y mejorar la calidad de vida, sin llegar al abuso de medicación. No existe un tratamiento específico que permita controlar en su totalidad la sintomatología. La gran cantidad de medicamentos que deben ingerir los pacientes con FM pueden ayudarle a controlar las molestias; no obstante, esta situación se asocia con alta toxicidad, razón por la cual se requiere un control y seguimiento estricto.²¹

El tratamiento farmacológico de la FM es diverso y se enfoca a la mejora sistemática. Los fármacos más utilizados son:

Relajantes musculares: entre lo más usados esta la ciclociclobenzaprina en dosis máxima de 30 mg/día.¹⁷

Antidepresivos tricíclicos: la amitriptilina y la nortriptilina proporcionan mejoría a corto plazo, porque contribuyen a mejorar el sueño, controlan el dolor y brindan sensación de bienestar.¹⁷

Analgésicos y antiinflamatorios: no existe evidencia científica que demuestre la eficacia de los antiinflamatorios en el manejo de la FM; el más utilizado,²² el tramadol, presenta una evidencia débil. Otros autores por el contrario, apoyan la administración de inhibidores de la cicloxigenasa (COX-2). Los corticoesteroides no son recomendados en la FM.²³

Inhibidores selectivos de la receptación de serotonina: estos fármacos no sólo inhiben la serotonina, sino también la noradrenalina (inhibición dual). La utilidad de estos medicamentos radica en el control de los síntomas depresivos, aunque poco controlan el dolor, la combinación de fluoxetina y amitriptilina ha demostrado efecto analgésico.

sico. En ocasiones puede producirse un síndrome serotoninérgico que puede traer letargia, confusión, sofocos, temblores y sacudidas entre otros, que pueden conducir a un cuadro de hipertonicidad que en algunos casos puede ser fatal.²⁴

En algunos casos en los que se ha considerado el dolor de FM como neuropático, la administración de gabapentina y pregabalina ha arrojado resultados dispares, al igual que el interferón, la ketamina, la melatonina, entre otros, aunque no se ha demostrado mejoría alguna.^{24,25}

Cuidado de enfermería a las personas que padecen de FM

El cuidado de enfermería tiene carácter paliativo y educativo, y se proporciona principalmente en los escenarios de la atención primaria;²⁵ es preciso hacer énfasis en que la atención requiere la intervención de un equipo multidisciplinar, pues la enfermedad afecta todas las dimensiones del ser humano y causa interferencia en diversas necesidades en los planos biológico, psicológico y social.

Es importante que se validen las preocupaciones y quejas de los pacientes para que entiendan que sus síntomas no están sólo en su cabeza, con lo cual se disminuirá la ansiedad, se aumentará su confianza y se logrará mayor participación en las intervenciones que en el corto y largo plazo le permitirán controlar los síntomas y mejorar su bienestar físico y mental.

El objetivo principal de las intervenciones de enfermería debe centrarse en tratar de disminuir la gran variedad de síntomas para mejorar la calidad de vida, en este sentido, la labor educativa se orienta al reconocimiento de que el síndrome es reconocible y tratable, y que su evolución no es progresiva. Las actividades educativas deben orientar sobre los problemas prioritarios como el dolor, la ansiedad y los cambios en el estado de ánimo y la forma de controlarlos debido a la gran cantidad de medicación analgésica requerida.

La participación familiar como apoyo en el cuidado es vital para el control de los síntomas, con lo cual es posible lograr cambios actitudinales y que

se fomente la participación activa en el tratamiento, hecho que ineludiblemente podría mejorar los resultados esperados de las intervenciones.^{25,26}

Se ha demostrado que el principal beneficio de las intervenciones no farmacológicas se basa en un cambio de actitud hacia la enfermedad, la mejoría de la autoeficacia y del automanejo,²⁷ por lo que es necesario que se informe muy bien a los pacientes y sus familias acerca de cómo el padecimiento y sus síntomas van a causar consecuencias en su vida cotidiana. En este orden de ideas, el equipo de enfermería constituye un eslabón fundamental en la atención y cuidados, puesto que interviene en el proceso de satisfacción de necesidades interferidas y promueve la adaptación y afrontamiento.

Valoración de enfermería

Es fundamental determinar la percepción que los pacientes tienen de su enfermedad y la forma cómo experimentan los síntomas.²⁸⁻³⁰ Aunque no hay acuerdos sobre qué aspectos se deben evaluar, es necesario que se incluya en la evaluación la aplicación de una escala de dolor, un cuestionario de medida de la salud, cuantificación de la hiperalgesia y en ocasiones la determinación de la capacidad funcional y las alteraciones psicológicas.³¹

La determinación del dolor como una constante vital supone un avance importante en el cuidado, en virtud de su naturaleza subjetiva como experiencia individual en las dimensiones fisiológica, psicológica, conductual, emocional y sociocultural. De manera reciente, se ha descubierto que un desbalance en los elementos traza en los tejidos podría ser causante de dolor; sin embargo, la consideración de otros factores que afectan la percepción y reacción ante el dolor, como son los asuntos étnicos y culturales, la etapa del desarrollo en la que se encuentran, su entorno, las personas que les sirven de apoyo, las experiencias previas y el significado otorgado son importantes durante la valoración.³²⁻³⁴ Para evitar confusiones, dado el carácter subjetivo del síntoma, se recomienda el uso de la Escala Visual Análoga.³⁵

Otras escalas utilizadas que se encuentran traducidas al español son la *Multidimensional Pain Inventory* y la *Brief Pain Inventory*, que categorizan a los pacientes con FM de acuerdo con el dolor que presentan. Igualmente, se emplea la nemo-técnica *cildear* porque considera aspectos como el carácter (descripción de la sensación), inicio, localización (ubicación), duración (intermitencia o constancia), exacerbación (factores agravantes), alivio (factores que disminuyen), radiación (extensión a otras zonas).³⁶ Otra estrategia para evaluar el dolor es la utilización del instrumento *Chronic Pain Acceptance Questionnaire*.³⁷

Diagnósticos de enfermería

Como se ha mencionado hasta ahora, son diversos los problemas que enfrentan los pacientes con FM, sin embargo, en la presente revisión se toman como referencia las alteraciones reportadas con mayor frecuencia en la literatura. La *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), ofrece como etiquetas diagnósticas: el dolor, la fatiga, el insomnio, la intolerancia a la actividad física, el déficit de actividades recreativas, el afrontamiento inefectivo, la ansiedad, el aislamiento social, el déficit de autocuidado (alimentación, baño, higiene, vestido) y los conocimientos deficientes.^{38,39}

Intervenciones de enfermería

El principio fundamental de las intervenciones de enfermería se fundamenta en la filosofía del cuidado que promueve la interacción y la realización de actividades educativas y sesiones de terapia de apoyo para que los pacientes mejoren su calidad de vida, controlen los síntomas y entiendan la naturaleza de la enfermedad.⁴⁰ En el entorno hospitalario la realización de medidas terapéuticas como la aplicación local de calor, masajes, ejercicios de estiramiento y mejoría del sueño son fundamentales para mejorar la comodidad y seguridad de los pacientes.³⁹⁻⁴¹ El alcance las acciones educativas debe extenderse fuera del hospital, para lo cual es preciso que se den instrucciones verbales y por escrito a los pacientes sobre el uso del calor, los ejercicios, las técnicas de reducción del estrés y la ingestión de medicamentos prescritos.^{31,41,42}

De acuerdo con la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) de la Universidad de Iowa, algunas de las etiquetas empleadas en el plan de cuidados podrían ser: presencia y acompañamiento, masajes simples, técnicas de relajación, manejo del dolor, administración de analgésicos, disminución de la ansiedad, manejo de la energía, manejo del ambiente, mejoramiento del sueño y del afrontamiento.⁴³⁻⁴⁷

La intervención psicológica desde el enfoque sistémico puede resultar efectiva, en tal sentido es preciso que los pacientes y sus familias estén totalmente informados sobre la enfermedad; paralelamente, la consideración de los procesos y dinámicas del núcleo son esenciales para la realización exitosa de un plan terapéutico que potencie la participación individual y colectiva. Desde la perspectiva psicoanalítica, las intervenciones podrían estar encaminadas a revisar experiencias traumáticas y a la puesta en marcha de técnicas de liberación somato emocional, en las que las actuaciones de los profesionales de enfermería pueden contribuir mediante la escucha y la presencia para liberar información reprimida empleando fundamentos teóricos como el de la aceptación y el compromiso.⁴⁸⁻⁵⁰

Evaluación y determinación de resultados esperados

La ejecución de las intervenciones estará orientada al logro de unos resultados sobre el control del dolor, control de la ansiedad, el afrontamiento, conservación de la energía, tolerancia a la actividad, descanso y bienestar personal; etiquetas descritas por la Taxonomía de Resultados Esperados (NOC), de la Universidad de Iowa,⁵¹ que pueden ser útiles para verificar la eficacia de las actuaciones de los profesionales de enfermería.

La Tabla 1 muestra la interrelación entre algunas etiquetas diagnósticas, las intervenciones de enfermería (NIC) y los resultados esperados (NOC), que representan los problemas más frecuentes en los pacientes que tienen FM.⁵² Para cada etiqueta se emplea la definición y el código designado en cada taxonomía para efectos de identificación y sistematización.

Tabla 1. Esquema de plan de cuidados de enfermería basado en la interrelación de diagnósticos, intervenciones y resultados esperados^{43, 51,52}

Diagnóstico NANDA	NIC	NOC
<p>00133-Dolor: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final previsible y una duración mayor a seis meses.</p>	<p>1400–Manejo del dolor</p> <p>2380–Manejo de la medicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración de analgésicos. • Enseñanza: medicamentos prescritos. • Aplicación de calor o frío. • Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (ENET). • Monitorización de signos vitales. • Manejo ambiental: confort. • Masaje simple. • Fomento del sueño. • Fomento del ejercicio. • Presencia. • Contacto. 	<p>1605–Control del dolor: acciones personales para controlar el dolor.</p> <p>2102–Nivel de dolor: intensidad del dolor referido o manifestado.</p> <p>2100–Nivel de comodidad: alcance de la percepción positiva de comodidad física y psicológica.</p>
<p>00146-Ansiedad: vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica, sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente que permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.</p>	<p>5820–Disminución de la ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento • Escucha activa • Potenciación de la seguridad. • Técnicas de relajación. • Aumentar el afrontamiento. • Administración de medicación. 	<p>1402–Control de la ansiedad: acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión y tensión por una fuente no identificable.</p> <p>1302–Afrontamiento de problemas: acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.</p>
<p>00095–Deterioro del patrón de sueño: trastorno de la cantidad y calidad del sueño limitado en el tiempo.</p>	<p>1850–Mejorar el sueño.</p> <p>0180–Manejo de la energía.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manejo del dolor. • Manejo ambiental: confort. • Terapia de relajación simple. • Apoyo emocional. • Dar esperanza. • Potenciación de la seguridad. • Fomento del ejercicio. • Administración de medicación. 	<p>0003–Descanso: grado y patrón de la disminución de la actividad para la recuperación mental y física.</p> <p>2002–Bienestar personal: alcance de la percepción positiva del estado de salud y de las circunstancias vitales propias.</p>
<p>00093–Fatiga: sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico a nivel habitual.</p>	<p>6482–Manejo ambiental.</p> <p>0180–Manejo de la energía.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el sueño. • Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito. • Terapia de relajación. • Terapia nutricional. • Manejo de la nutrición. 	<p>0500–Conservación de la energía: acciones personales para controlar la energía necesaria para iniciar y mantener la actividad.</p> <p>0005–Tolerancia de la actividad: respuesta fisiológica a los movimientos corporales que consumen energía implicados en las actividades diarias necesarias o deseadas.</p>

Conclusiones

El cuidado de enfermería a los pacientes con FM demanda el establecimiento de una sólida relación terapéutica basada en el conocimiento del proceso mórbido, la aplicación del proceso y las taxonomías de enfermería como estrategias hermenéuticas que permitan tener un conocimiento sobre los pacientes y sus características culturales, para llevar a cabo intervenciones científicas, humanas, eficientes y eficaces para la resolución de los problemas.

La provisión de cuidados a los pacientes que padecen FM constituye un reto importante para los profesionales de enfermería por varias razones: primero, porque se ha incrementado el número de personas diagnosticadas; segundo, porque cada vez más se requiere de la atención a estos pacientes en los contextos hospitalario y comunitario y por último, las características de complejidad e inespecificidad en los síntomas de la enfermedad y los altos costos sociales que genera.

Las intervenciones de enfermería para la atención de los pacientes que padecen FM son esencialmente de carácter paliativo y educativo, y se llevan a cabo principalmente en los escenarios comunitarios, con el propósito de que aprendan a manejar el dolor, disminuir la ansiedad, mejorar el patrón de sueño y conservar la energía para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana.

Los trabajos investigativos recientes han aportado valiosas evidencias en cuanto a la caracterización del dolor como síntoma cardinal y las formas de establecer diagnósticos diferenciales con padecimientos similares de naturaleza reumatoidea.

Aunque existe una preocupación creciente entre los profesionales de enfermería por establecer y desarrollar planes de cuidado específicos para el manejo de síntomas en los pacientes, no se ha verificado la efectividad y la contribución de los mismos en la recuperación, el afrontamiento y la adaptación del paciente a la enfermedad; en tal sentido, es necesario desarrollar investigaciones que generen evidencias científicas para mejorar el cuidado, ampliar el cuerpo de conocimientos

necesario para fortalecer los procesos de gestión y promover el desarrollo profesional y disciplinar.

Referencias

1. Fundación Grünenthal, Sociedad Española de Reumatología. Estudio EPIDOR: estudio epidemiológico del dolor en España. Madrid: Edipharma; 2003.
2. Auquier L, Bontoux D, Löö H, Godeau P, Menkès C, Paolaggi J et al. Fibromyalgia. *Rev Med Int.* 2008;29(2):161-8.
3. Chakrabarty S, Zoorob R. Fibromyalgia. *Am Fam Physician.* 2007;76(2):247-54.
4. Martínez A. Fibromialgia: dolor miofacial. En: Sociedad Española de Reumatología. Manual SER de las enfermedades reumáticas. 5ª ed. Madrid: Panamericana; 2008. p.426-33.
5. Puttini P, Atzeni F, Cazzola M. Neuroendocrine therapy of fibromyalgia syndrome: an update. *Ann N Y Acad Sci.* 2010;1193(1):91-7.
6. Berger A, Dukes E, Martin S, Edelsberg J, Oster G. Characteristics and healthcare costs of patients with fibromyalgia syndrome. *Int J Clin Pract.* 2007;61(9):1498-1508.
7. Lachaine J, Beauchemin C, Landry A. Clinical and economic characteristics of patients with fibromyalgia syndrome. *Clin J Pain.* 2010;26(4):284-90.
8. Worrel L, Krahn L, Sletten C. Treating Fibromyalgia with a brief interdisciplinary program: initial outcomes and predictors of response. *Mayo Clin Proc.* 2001;76:384-90.
9. Arnold L. The pathophysiology, diagnosis and treatment of fibromyalgia. *Psychiatr Clin North Am.* 2010;33(2):375-408.
10. Crofford L. The relationship of fibromyalgia to neuropathic pain syndromes. *J Rheumatol Suppl.* 2005;75:41-45.
11. Arnold L, Hudson J, Hess E, Ware A, Fritz D, Auchenbach M et al. Family study of fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 2004;50:944-52.
12. Gursoy S, Erdal E, Herken H, Madenci E, Alaserhirlı B, Erdal N. Significance of cathechol-O-me-

- thyltransferase gene polymorfism in fibromyalgia syndrome. *Rheumatol Int.* 2003;23:104-7.
13. Restrepo J, Ronda E, Vives C, Gil D. ¿Qué sabemos sobre los factores de riesgo de la fibromialgia?: what do we know about risk factors? *Rev. Salud pública.* 2009;11(4):662-74.
 14. Price D, Staud R. Neurobiology of fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol Suppl.* 2005;75:22-8.
 15. Gracely R, Petzke F, Wolf J, Clauw D. Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 2002;46(5):1333-43.
 16. Wolfe F, Hawley D, Wilson K. The prevalence and meaning of fatigue in rheumatic disease. *J Rheumatol.* 1996;23:1407-17.
 17. Kivimaki M, Leino P, Virtanen M. Work stress and incidence of newly diagnosed fibromyalgia prospective cohort study. *J. Psych Reser.* 2004;57(5):417-22.
 18. Villanueva V, Valía J, Cerda C, Monsalve V, Bayona M, De Andrés J. Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento: el estado de la cuestión. *Rev Soc Esp Dolor.* 2004;11(7):430-43.
 19. Rivera J, Alegre C, Ballina F, Carbonell J, Carmona L, Castel B et al. Documento de consenso de la sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol Clin.* 2006;2(Supl 1):55-66.
 20. Vidal L. Fibromialgia y Reumatismo Psicógeno. En: Vidal L. *Bases y Principios en reumatología.* 2a ed. Lima: Boehringer; 1998. p.1236.
 21. Tofferi J, Jackson J, Malley P. Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine: a meta-analysis. *Arthritis Rheum.* 2004;51(1):9-13.
 22. Makela M, Heliovaara M. Prevalence of primary fibromyalgia in Finnish population. *Br Med J.* 1991;303(6796):216-9.
 23. Bennett R. Clinical manifestations and diagnosis of fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am.* 2009;35(2):215-32.
 24. Houdenhove B, Luyten P. Stress, depression and fibromyalgia. *Acta Neurol Bel.* 2006;106:149-56.
 25. Wilcke T, Clauw D. Pharmacotherapy in fibromyalgia (FM): implications for the underlying pathophysiology. *Pharmacol Ther.* 2010;127(3):283-94.
 26. Arnold L, Goldenberg D, Stanford S. Gabapentin in the treatment of fibromyalgia: a randomized, double-blind, placebo controlled, and multicenter trial. *Arthritis Rheum.* 2007;56:1336-44.
 27. Puebla F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la Organización Mundial de la Salud: dolor iatrogénico. *Oncología.* 2005;28(3):139-43.
 28. Ballina F. Decálogo de la Sociedad Española de Reumatología contra la fibromialgia. *Los reumatismos.* 2005;3(12):19-21.
 29. Bennett R, Kamin M, Karim R, Rosenthal N. Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibromyalgia pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Am J Med.* 2003;114(8):537-45.
 30. Alonso A, Pereda C, Usón J. Fundamentos y evidencias de los anticonvulsivos y antidepresivos en dolor reumático. *Reumatol Clin.* 2006;2(Supl 1):S18-S22.
 31. Ittersum M, Wilgen C, Hilberdink W, Groothoff J, Schans C. Illness perceptions in patients with fibromyalgia. *Patient Educ Couns.* 2009;74:53-60.
 32. Sim J, Madden S. Illness experience in fibromyalgia syndrome: a metasynthesis of qualitative studies. *Soc Sci Med.* 2008;67:57-67.
 33. Furlong L, Zautra A, Puente C, López A, Valero P. Cognitive-affective assets and vulnerabilities: two factors influencing adaptation to fibromyalgia. *Psychol Health.* 2010;25(2):197-212.
 34. Rosborg I, Hyllén E, Lidbeck J, Nihlgård B, Gerhardsson L. Trace element pattern in patients with fibromyalgia. *Sci Total Environ.* 2007;385(1-3):20-7.
 35. Torregrosa S, Bugedo G. Medición del dolor. *Boletín Esc. de Medicina.* 1994;23(3):155-8.
 36. Restrepo J. Comparación de las sentencias de incapacidad permanente por fibromialgia en España: diferencias según la resolución sea favorable para el paciente o para el Instituto Nacional de la Seguridad Social. *Reumatol Clin.* 2009; 61:378-85.
 37. Rodero B, García J, Casanueva B, López Y, Serrano A, Luciano J. Validation of the Spanish version of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) for the assessment of acceptance in Fibromyalgia. *Health Qual Life Outcomes.* 2010;8(1):37.
 38. Nanda I. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008.* Madrid: Elsevier; 2007.

39. Mone P, Burke K. Enfermería medicoquirúrgica: pensamiento crítico en la asistencia del paciente. 4ª ed. Madrid: Pearson; 2009. p.1487.
40. Berman A, Snyder S, Kozier B, Erb G. Fundamentos de Enfermería: conceptos, proceso y prácticas. 8ª ed. Madrid: Pearson; 2008. p.1190-3.
41. Hassett A, Gevirtz R. Nonpharmacologic treatment for fibromyalgia: patient education, cognitive-behavioral therapy, relaxation techniques, and complementary and alternative medicine. *Rheum Dis Clin North Am.* 2009;35(2):393-407.
42. Castro E. La fibromialgia, en el mejor momento de la vida. *Index Enferm.* 2007;16(56):55-9.
43. McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.
44. Mease J, Choy E. Pharmacotherapy of fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am.* 2009;35(2):359-72.
45. Stuijbergen A, Blozis S, Becker H, Phillips L, Timmerman G, Kullberg V, Taxis C, Morrison J. A randomized controlled trial of a wellness intervention for women with fibromyalgia syndrome. *Clin Rehabil.* 2010;24(4):305-18.
46. De Andrés J, Monsalve V. Diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia. En: Calvo J, Herrera A. Diagnóstico y tratamiento en patología reumática. Valencia: Ergon; 2001. p.159-78.
47. Unidad de Reumatología, Hospital General de Castellón. Fibromialgia: una guía para el paciente. España: Editorial MAD; 2004.
48. Luciano M. La psicoterapia analítica funcional y la terapia de aceptación y compromiso: fundamentos, características y precauciones. *Anal modif conducta.* 1999;25:497-584.
49. Hayes S, Stroschal K, Wilson K. Acceptance and commitment therapy. New York: The Guilford Press; 1999.
50. Watzlawick P, Weakland J, Fisch R. Change, principles of problem formation and problem resolution. New York: W.W. Norton; 1974.
51. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería. 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.
52. Johnson M, Bulechek G, McCloskey J, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones, Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Madrid: Elsevier; 2004.