

Trabajo de Fin de Grado
Curso 2015/16



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

Grado en Enfermería

[IMPORTANCIA DE LA ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA FIBROMIALGIA]

Autor/a: Nora Manrique Vinagre

Tutor/a: Eva Muñoz Conejero



RESUMEN

La fibromialgia es una enfermedad reumática de origen desconocido caracterizada por la presencia de dolor crónico generalizado y puntos sensibles, acompañado de múltiples patologías asociadas que la convierten en una enfermedad invalidante tanto física como psicológicamente; surgiendo, por tanto, la necesidad de estudiar, mediante una revisión bibliográfica, las características e implicación de la fibromialgia en la calidad de vida de los enfermos que la padecen. No existe consenso claro para establecer el diagnóstico médico de la enfermedad, pero son muchas las acciones que el personal de enfermería puede realizar para hacer una correcta valoración de estos pacientes, así como para establecer una adecuada intervención para mejorar, mediante un abordaje multidisciplinar, su calidad de vida; cobrando gran importancia en la terapia no farmacológica.

PALABRAS CLAVE: fibromialgia, dolor crónico, cuidados de enfermería, alivio sintomático.

ABSTRACT

Fibromyalgia is a rheumatic disorder of unknown origin characterized by the presence of chronic widespread pain and tender points, accompanied by many associated pathologies that make it a physically and psychologically crippling disease; so it emerges the need to study, through a literature review, the characteristics and involvement of fibromyalgia within the quality of life of patients who suffer from it. There is no clear consensus to establish the medical diagnosis of the disease, but there are many actions that nurses can take to make a correct assessment of these patients, and also to establish an appropriate intervention to improve, through a multidisciplinary approach, their quality of life; becoming these professionals increasingly important in the non-drug treatment.

KEY WORDS: fibromyalgia, chronic pain, nursing care, symptomatic relief.



ÍNDICE

1. Introducción y justificación	3
2. Objetivos	6
a. Objetivo general	
b. Objetivos específicos	
3. Metodología	7
4. Desarrollo del tema	
a. Etiología y factores de riesgo	8
b. Dolor y enfermedades similares	12
c. Tratamiento	15
i. Farmacológico	
ii. No farmacológico: intervenciones de Enfermería	
5. Discusión	19
6. Conclusiones	21
7. Bibliografía	22
8. Anexos	24



INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La fibromialgia (FM) se conoce históricamente desde hace más de 150 años, pero no fue hasta el año 1980 cuando se le otorgó su nombre actual, pues hasta ese momento esta enfermedad era conocida como fibrositis ⁽¹⁾. En 1990, el Colegio Americano de Reumatología definió algunas características de la enfermedad y sus criterios diagnósticos; pero hubo que esperar dos años más para que, en 1992, la ONU admitiera a la fibromialgia como una enfermedad, y, finalmente, fuera reconocida en 1994 por la Asociación Internacional para el estudio del dolor ⁽²⁾.

Se trata de una forma de reumatismo no articular de origen desconocido, caracterizada por la presencia de dolor músculo esquelético generalizado y la existencia de puntos sensibles o puntos gatillo. A este dolor crónico se le asocian múltiples síntomas como fatiga, cefalea crónica, trastornos del sueño, parestesias, ansiedad y depresión entre otros ^(3,4); generando, debido a su alta incapacitación y cronicidad, un elevado gasto a la sociedad y a las familias en las que alguno de sus miembros sufre esta enfermedad. Concretamente, el reumatólogo Antonio Collado, coordinador del Comité Científico de la Fundación de Afectados por Fibromialgia, ha cifrado en una media de 700 euros al mes la pérdida de ingresos que sufren los hogares cuando uno de sus miembros padece esta patología, añadiendo a esta cuantía otros 300 euros de "gastos extra" relacionados con la enfermedad, y que incluyen el pago de medicamentos y terapias no farmacológicas.

Actualmente, la incidencia real de la fibromialgia es desconocida, aunque diferentes estudios epidemiológicos estiman una prevalencia de entre un 2 y un 3% de la población en los países desarrollados ^(5,6). En España, concretamente, se estima una incidencia del 2,7%, afectando más a las mujeres (4,2%) que a los hombres (2,7%) en una relación de 2:1; dato que contrasta con la incidencia de la enfermedad en otros países desarrollados como Canadá o Gran Bretaña en los que se sitúa en torno al 10% ⁽⁴⁾.

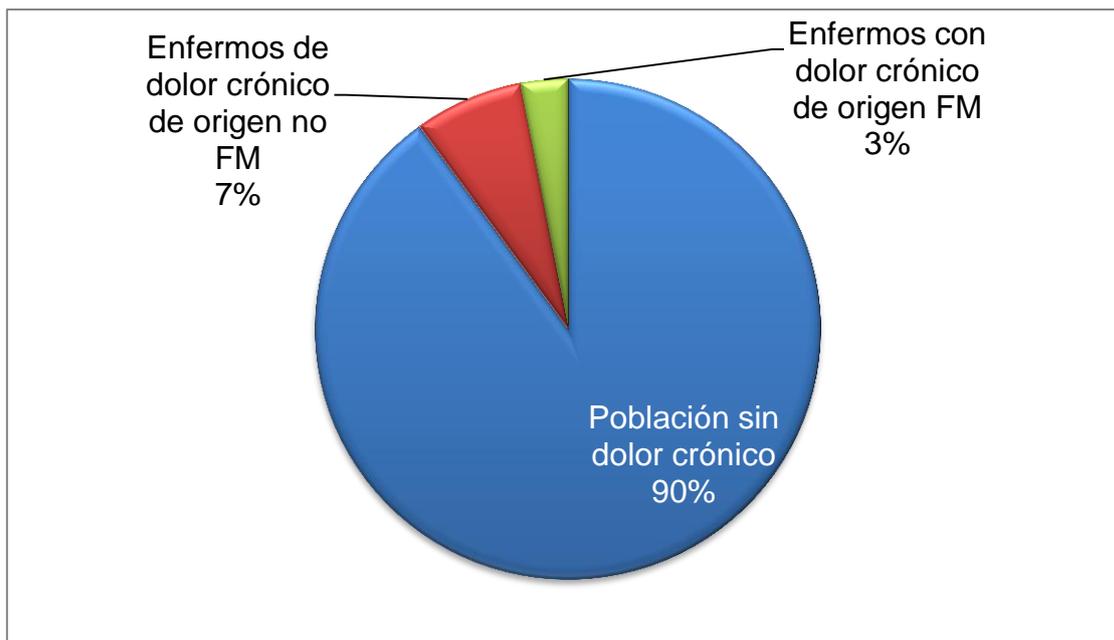


Figura 1: **Representación en porcentajes de la población total española con y sin dolor crónico.** Del 10% de la población total que se ve afectada por dolor crónico (quesitos rojo y verde), un 3% de los casos es causado por la fibromialgia (FM). (Elaboración propia a partir del artículo de J. Alegre, 2008) ⁽⁵⁾.

Respecto al diagnóstico de la enfermedad no existe todavía un consenso, aunque las principales pautas que se siguen se centran en un minucioso examen físico y una completa historia, pues a día de hoy no se han validado marcadores biológicos específicos para esta entidad ⁽²⁾. El examen físico mostrará la localización de los puntos gatillo, que guardan una fuerte relación con los niveles de serotonina cerebrales ⁽³⁾. Este neurotransmisor interviene en el inicio y mantenimiento del sueño así como en la percepción del dolor, de manera que unos niveles alterados podrían producir mayor sensibilidad al dolor en los enfermos, y podrían utilizarse como un buen marcador para el diagnóstico concreto de la enfermedad, aunque existe el problema de que mediante un análisis de sangre solo es posible determinar la serotonina producida por el sistema autónomo periférico y las células intestinales, pero no el cerebral. No obstante, se conocen también ciertas alteraciones metabólicas internas como la deficiencia de hierro o de hormona tiroidea que pueden modificar los niveles de serotonina cerebrales; de manera que asociar la aparición de estas entidades con la presencia de puntos gatillo podría suponer una buena vía alternativa para establecer un diagnóstico ⁽⁷⁾.



Generalmente no hay déficit neurológico ni alteraciones en las pruebas de laboratorio, radiografías o resonancias, pero con el uso de la electromiografía (técnica para la evaluación y registro de la actividad eléctrica producida por los músculos) se pone de manifiesto un aumento de la actividad eléctrica espontánea en los puntos gatillo; además de patrones alterados de incremento de fatigabilidad, rigidez, debilidad subjetiva, dolor al movimiento y ligera disminución del rango de movilidad en los músculos de estos pacientes. La ultrasonografía (procedimiento diagnóstico que emplea el ultrasonido para crear imágenes bidimensionales o tridimensionales de los tejidos) y la termografía (técnica que permite registrar gráficamente la temperatura de distintas zonas del cuerpo) pueden ser útiles al permitir visualizar la respuesta espasmódica y el incremento de la temperatura de los puntos gatillo cuando son manipulados; de la misma forma, la utilización de un algómetro (instrumento de medición kinésico que transfiere la fuerza de presión a tejidos profundos) permitiría medir la sensibilidad a la presión en dichos puntos ⁽³⁾.

Puesto que es una enfermedad bastante reciente, poco conocida y no existe aún un consenso sobre su etiología, evolución y tratamiento, sumado a que es una enfermedad altamente incapacitante que supone elevados gastos tanto a la sociedad como a las familias, que podrían verse reducidos con un abordaje correcto de la enfermedad, se hace ineludible la necesidad de realizar una revisión bibliográfica bajo la cual enlazar y englobar los diferentes conceptos, teorías e intervenciones realizadas sobre la fibromialgia en los últimos años con el objetivo de poder mejorar la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad mediante intervenciones reguladas y justificadas, así como facilitar su diagnóstico precoz y establecer unas pautas que ayuden a diferenciarla de síndromes similares. Ello ayudará a los profesionales a conocer y mejorar conceptos y poder desempeñar mejor su papel desde todos los ámbitos incluido también el aspecto psicológico.



OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL:

- Estudiar, mediante una revisión bibliográfica, las características generales de la fibromialgia y su implicación en la calidad de vida de los enfermos que la padecen.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Establecer la diferencia entre la fibromialgia y otros síndromes de dolor misofacial.
- Determinar la importancia de los profesionales de enfermería en el cuidado de los pacientes enfermos de fibromialgia y actualizar las pautas de intervención de enfermería que alivien la sintomatología de la fibromialgia y mejoren la calidad de vida de los pacientes que la sufren.



METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sistemática de los artículos científicos publicados entre 2004 y 2015 que abordan cualquier tema relacionado con el origen, la comorbilidad, prevalencia, diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia, con el fin de alcanzar los objetivos anteriormente mencionados. Las principales bases de datos utilizadas para realizar esta revisión bibliográfica fueron Pubmed, Medline, Dialnet, Cuiden y Enfispo. Se seleccionaron artículos científicos escritos en castellano y en inglés, utilizando como criterios de búsqueda palabras como: “fibromialgia”, “dolor crónico”, “factores de riesgo”, “etiología fibromialgia”, etc. y admitiendo tanto documentos originales como revisiones.

La mayoría de los artículos seleccionados tienen como sujeto de estudio a mujeres jóvenes. Cabe destacar, a su vez, la escasa existencia de estudios de enfermería sobre la práctica específica de estos profesionales en esta patología por lo que casi todos los artículos utilizados han sido elaborados por profesionales médicos.



DESARROLLO

A. ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

A pesar de que tanto la etiología como la fisiopatología de la fibromialgia son aún desconocidas, existen muchos estudios que se aventuran a establecer posibles hipótesis sobre el origen de esta entidad. Para algunos autores, los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad serían periféricos y, para otros, centrales, siendo esta última la teoría que más adeptos tiene. Si es verdad, que en lo que todos parecen coincidir por tanto, es en su origen nervioso, por lo que la respuesta más correcta de la etiología de la fibromialgia parece ser la interrelación entre un mecanismo periférico y las influencias centrales que puedan haber iniciado el dolor en individuos predispuestos ⁽⁸⁾. No obstante, son varias las teorías que intentan explicar su origen, destacando como principales:

- **Teoría genética:** existe evidencia creciente que sugiere una predisposición genética para desarrollar la fibromialgia. Algunos autores como Arnold y colaboradores reportaron que parientes de primer grado de enfermos con fibromialgia tenían un mayor número de puntos sensibles y umbrales al dolor más bajos que los familiares de primer grado de pacientes con artritis reumatoidea. Este fenotipo recurrente en los enfermos de fibromialgia se compondría por una parte del gen que regula la expresión catecol-o-metil-transferasa, y por otra parte, del gen transportador de la serotonina, el cual estaría directamente relacionado con el aumento de la sensibilidad al dolor; de hecho, se ha observado un polimorfismo en estos genes en los enfermos de FM en comparación con un grupo control de población sana. El patrón de herencia sería autosómico-dominante. Algunos investigadores afirman que aunque exista predisposición genética, se requiere que el paciente alcance una edad crítica o que soporte una lesión externa para desarrollar la enfermedad ^(1, 9,10).



- **Teoría bioquímica:** la anormalidad bioquímica más conocida asociada con la fibromialgia se relaciona con niveles anormalmente bajos de serotonina, demostrándose en varios estudios la correlación entre bajos niveles de este neurotransmisor con síntomas dolorosos. Estos bajos niveles de serotonina a nivel del sistema nervioso central podrían ser debidos a su vez a niveles bajos de triptófano y de ácido 5-Hidroxitriptófano, un subproducto metabólico en el líquido cefalorraquídeo (LCR). Otra anormalidad bioquímica relaciona niveles altos de la sustancia P de dos a tres veces en el LCR con un aumento de la sensibilidad de los nervios al dolor, haciendo que un estímulo normal se pueda percibir como nocicepción exagerada ^(9, 10).
- **Teoría neuroinmunológica:** en la fibromialgia se han descrito cambios en el SNC y en el tejido periférico, de manera que el dolor en estos pacientes depende tanto de impulsos nociceptivos periféricos como de un procesamiento central anormal del dolor. El procesamiento aumentado del dolor es causado por la sensibilización de las neuronas en el asta dorsal de la médula espinal; a esto se suma una activación glial (quizá por citoquinas y aminoácidos excitativos) que supondría la causa del comienzo y la perpetuación de este estado de sensibilidad ⁽⁹⁾.
- **Teoría metabólica o neuroendocrina:** en los pacientes con fibromialgia se presenta, en algunos casos, una disfunción en el eje hipotalámico hipofisario adrenal (HHA) y en el eje locus coeruleus, responsables de la respuesta de adaptación al estrés y estimulados por la hormona liberadora de corticotropina. Otra alteración endocrina que se ha observado en estos pacientes son bajos niveles de hormona de crecimiento (HC); esta hormona no sólo es la responsable de la estatura, sino que también es la encargada de reparar cualquier daño tisular; se produce y almacena en la glándula pituitaria, se libera por la hormona liberadora de HC (HLHC) y se inhibe por la somatostatina; de ahí que para que se libere HC los niveles de la HLHC deben superar los de la somatostatina. Algunos experimentos han demostrado que los pacientes de fibromialgia tienen niveles elevados de somatostatina, lo que llevará a



una estimulación insuficiente de la glándula pituitaria y no se liberará suficiente HC. Como añadido, esta hormona se libera mayoritariamente durante el sueño (80%) por lo que el hecho de que los pacientes de fibromialgia tengan alterada la etapa 4 del sueño hace que su liberación se vea interrumpida también por esta vía ⁽¹⁰⁾.

- **Teoría muscular:** al comparar biopsias musculares realizadas a individuos con fibromialgia con biopsias de sujetos sin esta patología, se ha podido determinar que el contenido de colágeno intramuscular es más bajo en los pacientes con fibromialgia, lo que podría favorecer micro lesiones del músculo. Se han observado también alteraciones estructurales del músculo, consistentes en una mayor fragmentación del ADN y en cambios en el número y tamaño de las mitocondrias ⁽⁹⁾.
- **Teoría psicológica:** existe una controversia en cuanto a los factores psicológicos asociados a la fibromialgia. Si bien es cierto que la mayoría de los enfermos de fibromialgia padecen alguna enfermedad mental, sobre todo ansiedad y depresión, no está muy claro si éstos actúan como una causa o como una consecuencia de la propia enfermedad. La ansiedad y la depresión podrían influir en la aparición de la enfermedad, pero se verían incrementados a causa del mal control del dolor y a la incertidumbre sobre su evolución, dando lugar a una “pescadilla que se muerde la cola”. Además de este bucle entre ansiedad, depresión y fibromialgia encontramos otro factor asociado: las experiencias traumáticas en la infancia y adolescencia, normalmente asociadas a abusos sexuales, y que, como se revela en algunos estudios, podrían ser un desencadenante de la enfermedad ^(10, 11, 12,13).



Además de estas diversas teorías sobre la etiología de la enfermedad, existen una serie de factores de riesgo que aumentarían la predisposición de los pacientes a sufrirla; entre ellos destacan:

- **Estrés:** el estrés social o emocional se considera por muchos estudios un desencadenante de múltiples enfermedades reumatológicas, incluyendo la fibromialgia.
 - o Estrés emocional: el afrontamiento del organismo a este estrés se vería afectado por la desregulación hormonal del eje HHA, tal y como se ha mencionado anteriormente en la teoría metabólica sobre el origen de la enfermedad ^(2, 12).
 - o Estrés post-traumático: aquel que aparece después de sufrir un acontecimiento traumático. Como se ha comentado en la teoría psicológica, aquellas personas que sufrieron situaciones traumáticas en su infancia o adolescencia tienen más probabilidades de sufrir esta enfermedad.
 - o Estrés ocupacional: el estrés laboral o las malas condiciones de trabajo (un trabajo monótono desde edades muy tempranas) actúa negativamente en la aparición de la enfermedad. Lo mismo ocurre con ocupaciones meramente físicas como puede ser la agricultura ⁽²⁾.

- **Hepatitis C:** parece ser que los enfermos de Hepatitis C muestran una predisposición mayor que la población sana a desarrollar fibromialgia, por lo que se han llevado a cabo varios estudios para intentar establecer la relación entre la hepatitis C y la FM. Entre ellos destaca uno de cohortes en el que se siguió durante dos años consecutivos a un grupo control formado por 90 pacientes diagnosticados de hepatitis C no tratados con interferón y a otro grupo formado por otros 90 pacientes enfermos de hepatitis C tratados con interferón, concluyendo que los enfermos de hepatitis que no estaban siendo tratados tenían una incidencia mucho más elevada de enfermedades reumáticas, incluyendo entre éstas a la fibromialgia. A pesar de las investigaciones, los mecanismos por los cuales la hepatitis C influye en la aparición de la



fibromialgia siguen sin estar claros, aunque existen algunas teorías como que la inflamación producida por el virus podría desencadenar una serie de reacciones químicas que desembocarían en la aparición de la fibromialgia ⁽²⁾.

- **Trauma:** los traumas físicos pueden influir en la aparición de esta enfermedad, de ahí que, por ejemplo, pacientes que hayan sufrido un traumatismo cervical tengan más posibilidades de desarrollar la enfermedad que aquellos que hayan sufrido un traumatismo a ese nivel y que las posibilidades de desarrollar FM sean mayores durante el primer año tras el traumatismo ⁽¹³⁾.
- **Factores sociodemográficos:** ciertos factores sociodemográficos como el desempleo y un menor nivel de estudios se asocian también con un aumento en las posibilidades de sufrir la enfermedad. Como se comentó con anterioridad, esta enfermedad afecta en mayor medida a las mujeres que a los hombres y a aquellas personas que han sufrido abusos sexuales en su infancia ^(14, 15).
- **Tabaco:** el tabaco es también, de alguna manera, responsable de la aparición de la enfermedad; pero pese a las múltiples investigaciones, no está claro todavía el mecanismo de asociación entre ambas variables ^(2, 14).

B. DOLOR Y ENFERMEDADES SIMILARES

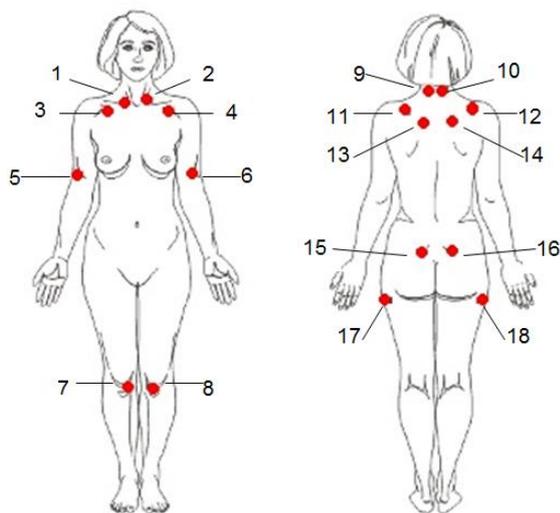
El principal problema que presenta la fibromialgia y que, consecuentemente, supone la primera causa de consulta de estos pacientes es el dolor ⁽⁴⁾. Muchas otras enfermedades cursan con un dolor similar, por lo que es fácil confundir esta patología con otras, dificultando así el diagnóstico diferencial. Los cuadros clínicos que más fácilmente se confunden con esta enfermedad son ⁽²⁾:

- Enfermedades malignas: metástasis óseas y mieloma múltiple.
- Enfermedades neuromusculares: miastenia, neuropatías y esclerosis múltiple.



- Enfermedades autoinmunes: espondilitis reumatoide, artritis reumatoide, polimiositis, lupus y polimialgia reumática.
- Enfermedades endocrinas: osteomalacia, alteraciones de la hormona tiroidea, alteraciones en la secreción de adrenalina.

El dolor característico de la fibromialgia es musculoesquelético, generalizado y con unas características muy concretas: profundo, intenso, difuso y, en muchas ocasiones, empeora con el estrés, el frío o el ejercicio físico ⁽⁴⁾; aunque la principal característica que diferencia a la fibromialgia de los anteriores cuadros clínicos mencionados es la distribución de dicho dolor en una serie de puntos del cuerpo concretos llamados puntos sensibles o puntos gatillo ⁽⁷⁾. Para que la enfermedad sea diagnosticada, este dolor ha de tener al menos tres meses de evolución, viéndose acompañado de un aumento de la sensibilidad al dolor a la palpación digital en, al menos, 12 de los 18 puntos gatillo ⁽¹⁾.



1-2 Cervical bajo: bilateral, en la parte anterior de los espacios transversos C4-C5, C5-C6.

3-4 Segunda costilla: bilateral, segunda unión condroesternal.

5-6 Epicóndilo lateral: bilateral, a 2cm distal del epicóndilo.

7-8 Rodilla: bilateral, almohadilla grasa media próxima a la línea articular.

9-10 Occipucio: bilateral, en la inserción del músculo suboccipital.

11-12 Trapecio: bilateral, en el punto medio del borde superior.

13-14: Supraespinoso: bilateral, el origen sobre la espina de la escápula próximo al borde medial.

15-16 Glúteo: bilateral, cuadrante superior externo de la nalga en la parte abultada del músculo.

17-18 Trocánter mayor: bilateral, tras la prominencia trocantérea.

Figura 2: Representación esquemática del cuerpo humano en el que se distribuye la localización de los puntos gatillo (Modificado de V.L Villanueva et al, 2004) ⁽⁴⁾.



Estos puntos, también conocidos por sus nombres en inglés “tender points” o “trigger points” son 18 puntos de localización precisa y establecida que, ante una presión digital de aproximadamente 4 kilogramos producirían una sensación dolorosa en el individuo. Se corresponden con zonas fisiológicamente más sensibles a la presión como son las inserciones tendinosas (donde la mayor percepción del estímulo mecánico a la presión se transforma en dolor) y obedecen a la siguiente clasificación ⁽³⁾:

- Activos: son la causa directa del dolor, dolorosos a la palpación.
- Latentes: no son dolorosos a la palpación, pero causan disfunción cuando se realizan ciertas maniobras musculares. Son los más frecuentes y pueden permanecer latentes por mucho tiempo, volviéndose activos bajo situaciones de estrés, sobre abuso o estiramiento.
- Primarios: no existe una causa subyacente que los produzca.
- Secundarios: producidos por una causa subyacente como atrapamientos nerviosos, radiculopatías, etc.

Como se ha comentado, esta enfermedad asocia multitud de síntomas al dolor como **rigidez**, que suele ser matutina y va mejorando con el movimiento para reaparecer en situaciones de reposo; **alteraciones del sueño** como bruxismo e insomnio, cefalea tensional, parestesias, distrés psicológico, síntomas genitourinarios, intestino irritable y síntomas vegetativos como boca seca, temblor, extremidades frías e hiperhidrosis entre otros ^(1, 4); lo cual, sumado a las características concretas del dolor en esta enfermedad puede también ayudar a esclarecer el diagnóstico.



C. TRATAMIENTO

El tratamiento más eficaz de la fibromialgia depende de la correcta utilización de los agentes farmacológicos asociados a otras modalidades terapéuticas como la intervención cognitivo-conductual, el ejercicio físico y la terapia conductual; llevándose a cabo desde un abordaje multidisciplinar. ⁽¹⁶⁾

Los fármacos más utilizados son ⁽³⁾:

FÁRMACO	UTILIDAD
Antidepresivos tricíclicos	Tratamiento de la cefalea tensional Gran efecto en las dificultades para dormir
Benzodiacepinas	Ayudan a conciliar y mantener el sueño.
Antihistamínicos	Disminuyen la sensación dolorosa misofacial actuando sobre el receptor H1 endotelial.
Vitaminas	El complejo B junto a la dexametasona, útil para tratar el espasmo de la musculatura paravertebral. La vitamina E asociada a la vitamina C, útiles para tratar los calambres musculares.
Toxina botulínica	Gran efecto analgésico al inhibir los nervios transmisores del dolor mediante infiltraciones en los puntos gatillo.
Relajantes musculares	Tratamiento de los espasmos musculares a nivel cervical y lumbar.
Bloqueadores de canales de calcio	Útiles en el tratamiento de los calambres musculares.
Antiinflamatorios no esteroideos	Tratamiento de la cefalea tensional, espasmo muscular y las lesiones agudas de tejido muscular.
Corticoides	Combaten miopatías inflamatorias (prescritos en ciclos cortos).
Antagonistas del Nmetil-D-aspartato	Reducción de la alodinia.



Como se indicó con anterioridad, el tratamiento de la fibromialgia incluye, además de un abordaje farmacológico, una parte no farmacológica, siendo primordial la personalización del tratamiento para cada paciente, enfocando su elección en función del tipo de dolor que sufre el paciente y de la sintomatología asociada incluyendo alteraciones del sueño y alteraciones psicológicas. De esta manera, pueden combinarse ambos tratamientos entre ellos, compensando así las carencias de unos con las virtudes de otros de manera que todas las alteraciones que los enfermos de fibromialgia puedan sufrir a consecuencia de la enfermedad queden solventadas. Es importante también la idea de una posterior evaluación de la efectividad del tratamiento, dependiendo de cuyos resultados se continuará con la terapia establecida o se iniciarán programas más específicos (ver figura 3).

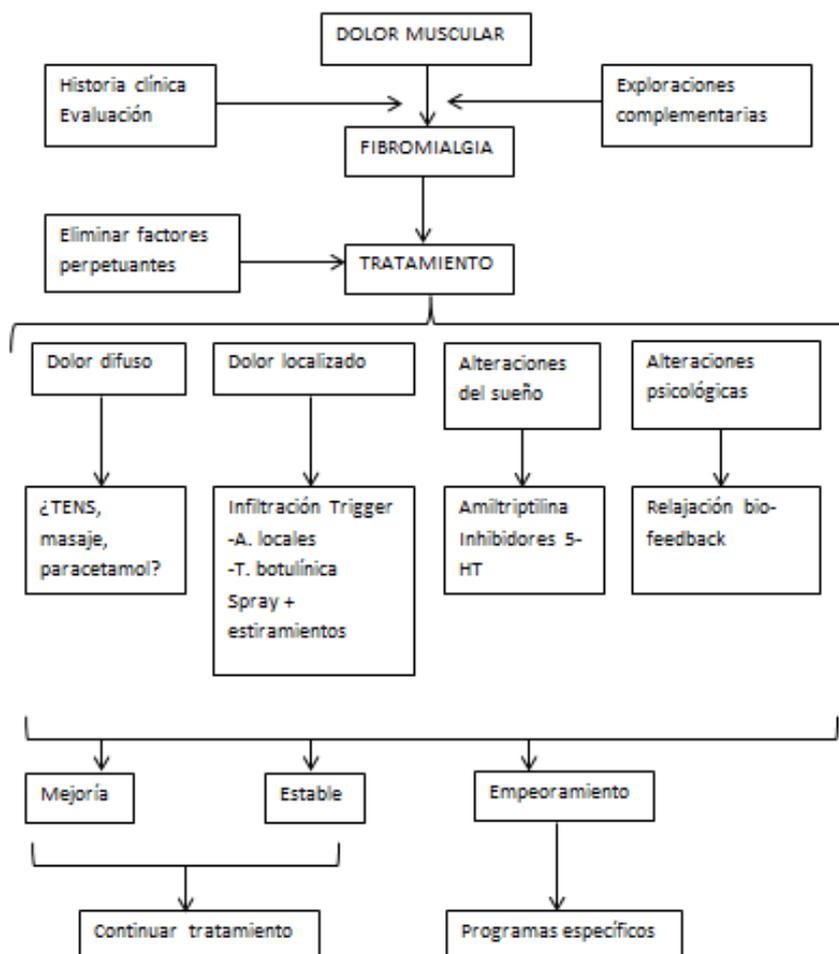


Figura 3: explicación de forma visual y esquemática del algoritmo terapéutico de la fibromialgia. (M. Ruiz, V. Nadador, J. Fernández-Alcantud, J. Hernández-Salván, I. Riquelme, G. Benito. 2007) ⁽³⁾.



Dentro del tratamiento no farmacológico, el apoyo psicológico y el tratamiento rehabilitador son fundamentales.

- Rehabilitación: es una parte muy importante, pero muy complicada al tratar con musculatura dolorosa, por lo que es conveniente combinarla con el uso de analgésicos previos. Este tratamiento ha de ser continuo, y el paciente debe colaborar realizando en su casa una tabla de ejercicios, por lo que es imprescindible la educación para la salud que recibirá por parte del personal de enfermería ⁽¹⁷⁾.
- Tratamiento psicológico: se hace fundamental debido a la incidencia de síntomas ansio depresivos. El personal de enfermería ha de ayudar al paciente a controlar los aspectos emocionales de la enfermedad, ansiedad y depresión fundamentalmente, así como cognitivos haciendo que mejore la capacidad de ejercer autocuidados y la estima sobre sí mismo además de hacer que aumente su conciencia de enfermedad. El personal de enfermería ha de ayudar al paciente a suavizar el impacto de la enfermedad en su esfera socio-familiar. Mediante estas actividades la calidad de vida del paciente mejorará considerablemente ya que estos factores actúan como agravantes del síndrome fibromiálgico ^(10, 11).

El **principio fundamental de las intervenciones de enfermería** es la interacción entre actividades educativas y sesiones de terapia de apoyo, de manera que los pacientes mejoren su calidad de vida, controlen los síntomas y entiendan la naturaleza de la enfermedad.

- En el entorno hospitalario el personal de enfermería podrá realizar medidas terapéuticas centradas sobre todo en la mejora de la calidad del sueño y en la revisión de la ingesta de los medicamentos prescritos, repasando con los pacientes la posología y el horario de toma para que se familiaricen con ellos.
- En el entorno extra hospitalario tendrán más alcance las acciones educativas instruyendo a los pacientes sobre el uso del calor para aliviar el dolor, los beneficios de los estiramientos y las tablas de ejercicios que han de realizar en casa ⁽¹⁸⁾.



En lo que a la valoración de enfermería del paciente de fibromialgia se refiere, no existe un consenso sobre qué aspectos se deben evaluar, pero un punto importante sobre el que centrarse es la percepción que estos enfermos tienen de su patología y la forma en la que experimentan los síntomas; es decir, las consecuencias psicológicas de la enfermedad y la autoestima del paciente son dos aspectos igual de importantes que la percepción del dolor a la hora de hacer una valoración de enfermería. Conocer la influencia de la enfermedad en la vida social y en la esfera psicológica del paciente ayudará al personal de enfermería a establecer unas pautas de cuidados más específicas enfocadas a mejorar su autoestima, lo cual repercute directamente en sus relaciones interpersonales y, por lo tanto, en su calidad de vida. Es interesante conocer la morbilidad asociada a la enfermedad que sufre cada paciente. Como ya se ha comentado en puntos anteriores, son muchos y de muy diversa naturaleza los síntomas asociados a este cuadro clínico; no todos los pacientes presentan el mismo grado de fatiga, ni síndrome de intestino irritable o síntomas genitourinarios, de manera que es imprescindible para el personal de enfermería conocer la forma exacta en la que cada paciente experimenta la enfermedad para establecer un plan de cuidados personalizado que consiga abarcar todas las necesidades que se ven alteradas en estos enfermos ^(10,18).

En cuanto a los instrumentos con los que puede ayudarse el personal de enfermería para realizar una correcta valoración se incluye una escala del dolor al ser este el síntoma predominante y más característico de la fibromialgia. La determinación del dolor como una constante vital supone un gran avance en los cuidados de enfermería, pero su subjetividad hace que en ocasiones sea difícil su medición. La escala más recomendable, debido a este carácter subjetivo del dolor, es la Escala Visual Análoga (anexo I); aunque igualmente se utiliza la nemotecnia CILDEAR (carácter, inicio, localización, duración, exacerbación, alivio y radiación). También sería de gran valor incluir un cuestionario de medida de la salud (anexo II) ^(18,19).



DISCUSIÓN

Existen muchas enfermedades que pueden causar dolor muscular generalizado con especial sensibilidad en las inserciones musculotendinosas, lo que puede llevar a confusión por las similitudes con los puntos gatillo de la fibromialgia; de ahí la necesidad de un protocolo estándar para establecer un diagnóstico diferencial antes de decidir si un paciente padece o no fibromialgia ^(1,3). A su vez, la cronificación del dolor que en muchos casos empeora la situación del paciente hace necesario un análisis más detallado de la enfermedad que proporcione información sobre los posibles mecanismos que determinan su aparición para poder tratar la enfermedad desde su origen y no desde un enfoque meramente sintomático; quizá tratando adecuadamente las disfunciones o patologías asociadas a la fibromialgia se evitaría la cronificación del dolor ⁽¹⁰⁾.

Es importante que las opiniones médicas lleguen a una conclusión común, ya que siguen existiendo ideas enfrentadas sobre si la fibromialgia es una enfermedad real o simplemente una somatización de una necesidad interna de los pacientes, lo que en ocasiones les lleva a sentirse incomprendidos o desvalidos ante la enfermedad o quienes dudan de ella. Destaca aquí la importancia de enfermería que, gracias a sus conocimientos sobre cuidados paliativos y el apoyo moral, hace que los pacientes se sientan arropados, protegidos y comprendidos ^(8,11).

Una mejora de adherencia al tratamiento y, por lo tanto, de la calidad de vida de estos pacientes radicaría en una educación para la salud basada en una relación terapéutica más cercana y accesible para los pacientes. Una buena forma de combinar ayuda profesional con ayuda interpersonal entre los propios pacientes sería la creación de grupos de apoyo en los centros de atención primaria. Estos grupos estarían formados por un número reducido de pacientes y un profesional de enfermería que se encargaría de gestionar y dirigir la sesión, en la cual los enfermos podrán exponer sus dudas y sus inquietudes, aconsejarse unos a otros sobre técnicas personales para aliviar el dolor, y ofrecerse un importante apoyo psicológico al encontrarse en un ambiente tranquilo en el que se sientan comprendidos y libres para expresarse.



En cuanto a la evolución de la enfermedad se ha comprobado que es más favorable de lo que se pensó en un primer momento, de hecho, un tercio de las pacientes sometidas a estudio por Pöyhiä (2001) en Canadá y Finlandia, ha presentado mejora espontánea del dolor. Según afirman muchos pacientes, el ejercicio físico ha producido más beneficios que la medicación prescrita, así como que a medida que avanza la enfermedad aumenta la utilización de medicinas alternativas dejando de lado la medicación. Al tratar las enfermedades subyacentes y mejorar las condiciones de estrés, ansiedad y depresión con apoyo psicológico, el dolor mejora de forma progresiva de manera que los pacientes pueden llegar incluso a abandonar el consumo de opiáceos y psicofármacos ⁽⁷⁾. Los profesionales de enfermería pueden participar positivamente en esta evolución progresiva hacia el casi abandono de la medicación mediante el abordaje psicológico de los pacientes, ofreciéndoles apoyo, tranquilidad y alternativas al consumo de medicamentos.



CONCLUSIONES

1. Resulta fundamental la concepción global de la fibromialgia como una enfermedad que puede ser incapacitante a la luz de un deterioro físico y psicológico.
2. El abordaje científico-técnico de la enfermedad encuentra muchas limitaciones siendo, por tanto, necesario un abordaje biopsicosocial con terapias coadyuvantes como rehabilitación y tratamiento psicológico.
3. Los profesionales de enfermería deben saber hacer una adecuada valoración de los pacientes con fibromialgia amparada por los conocimientos actuales siendo necesario conocer las variantes y la fisiopatología de esta enfermedad.
4. Las intervenciones de enfermería para la atención de estos pacientes son esencialmente de carácter educativo y paliativo; llevándose a cabo principalmente en los escenarios comunitarios y centradas básicamente en enseñar a manejar la enfermedad en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
5. La creación de grupos de apoyo formados por enfermos y dirigidos por un profesional de enfermería serían útiles como instrumento de educación para la salud y poder establecer así un marco de ayuda psicológica tan importante entre los propios pacientes.



BIBLIOGRAFÍA

- (1) Dr. Nino Castro Carboni. Fibromialgia y comorbilidad. Medicina Legal de Costa Rica, Marzo 2008. (25) 1; 1409-0015.
- (2) Juan C. Restrepo-Medrano, Elena Ronda-Pérez², Carmen Vives-Cases, Diana Gil-González. ¿Qué sabemos sobre los factores de riesgo de la fibromialgia? Revisión Salud pública. 2009. (11) 4; 662-674.
- (3) M. Ruiz, V. Nadador, J. Fernández-Alcantud, J. Hernández-Salván, I. Riquelme, G. Benito. Dolor de origen muscular: dolor misofacial y fibromialgia. Revisión Sociedad Española del Dolor. 2007, 1: 36-44.
- (4) V. L. Villanueva, J. C. Valía¹, G. Cerdá, V. Monsalve, M. J. Bayona y J. de Andrés. Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2004, 11: 430-443.
- (5) J. Alegre. La Fibromialgia es una entidad primaria del dolor, ¿hay deterioro cognitivo en la Fibromialgia? Rev. Soc. Esp. Dolor. 2008, 6: 355-357.
- (6) Tomasz Podoleck, Andrzej Podolecki, Antoni Hrycek. Fibromyalgia: pathogenetic, diagnostic and therapeutic concerns. Polskie archiwum medycyny wewnętrznej 2009; 119.
- (7) Carme Valls Llobet. Diagnóstico diferencial del dolor y de la fibromialgia. Universitat de Barcelona. Anuario de Psicología, 2008. (39) 1; 87-92.
- (8) Juan Carlos Restrepo Medrano, Juan Guillermo Rojas. Fibromialgia ¿Qué deben saber y evaluar los profesionales de Enfermería? Invest. Educ. Enferm. 2011; 29(2).
- (9) María Ana Tovar Sánchez. Fibromialgia. Colombia Médica. 2005, Vol. 36; 4.
- (10) Javier Pérez-Pareja, Carmen Borrás, Alfonso Palmer, Albert Sesé, Felicidad Molina, Juana Gonzalvo. Fibromialgia y emociones negativas. Psicothema 2004. (16) 3; 415-420.
- (11) V. de Felipe García-Bardón, B. Castel-Bernal y J. Vidal-Fuentes. Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. Reumatol Clin. 2006; 2 Supl 1: S38-43.
- (12) Kajantle E, Philips D. The effects of sex and hormonal status on the physiological response to acute psychosocial stress, 2006; 31: 151-178.
- (13) White K, Carette S, Teasell R. Trauma and Fibromyalgia: is there an association and what does it mean? Semin Arth. Rheum 2000, 29: 200-216.
- (14) Walker E, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Bemstein D and Katon W. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: Sexual



physical and emotional abuse and neglect. *Psychosomatic medicine* 1997; 59: 572-577.

(15) Sara Argilés García. Rafael Sabido Moreno. Dolor crónico en la Fibromialgia: aspectos físicos y psicológicos. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid. 2012, 4 (1): 317-370.

(16) Jaime Gonzalez Gonzalez, Maria del Mar del Teso Rubio, Carmen Nelida Walno Paniagua, Juan Jose Criado-Alvarez y Javier Sanchez Holgado. Tratamiento sintomático y del dolor en fibromialgia mediante abordaje multidisciplinar desde Atención Primaria, 2014.

(17) Suélem Barros de Lorena, Maria do Carmo Correia de Lima, Aline Ranzolin, Ângela Luiza Branco Pinto Duarte. *Revista Brasileira de Reumatología*. 6 de Enero, 2015.

(18) Juan Carlos Restrepo Medrano, Juan Guillermo Rojas. Fibromialgia ¿Qué deben saber y evaluar los profesionales de Enfermería? *Invest. Educ. Enferm.* 2011; 29; 2.

(19) 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. *Revista Health Qual Life Outcomes*, 2010; 8; 37.

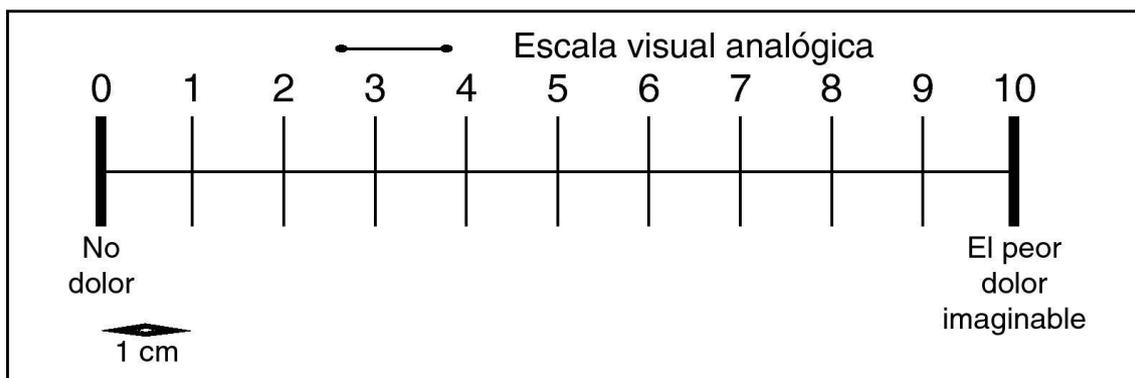
(20) C. Pardo, T. Muñoz, C. Chamorro y Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICYUC Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Med. Intensiva*, Barcelona 2006. Vol. 30; 8.

(21) J. Alonso, L. Prieto y J. M. Antó. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM). Departamento de Epidemiología y Salud Pública; Universidad Autónoma de Barcelona. 2010.



ANEXO I: ESCALA VISUAL ANÁLOGA EVA

Prueba muy sencilla en la que el paciente en una escala de 1-10 marca la intensidad del síntoma que se le propone. Los estudios realizados demuestran una correlación fiable entre el valor de la escala y la intensidad y evolución del dolor; por lo que sirve para evaluar la intensidad del dolor a lo largo del tiempo.



Fuente: C. Pardo, T. Muñoz y C. Chamorro (2006) ⁽²⁰⁾.



ANEXO II: RESULTADOS DEL CUESTIONARIO SF-36 HEALTH SURVEY

El cuestionario de medida de la salud por excelencia es el SF-36 Health Survey, diseñado por el Health Institute de Boston Massachusetts, que a partir de 36 preguntas pretende medir ocho conceptos genéricos sobre la salud detectando tanto estados positivos como negativos de la salud física y estado emocional. A la hora de la evaluación hay que tener en cuenta que no todas las preguntas tienen el mismo peso ni, por lo tanto, la misma puntuación. Se evalúan las siguientes dimensiones mediante el correspondiente número de preguntas:

- | | |
|---|---|
| E. Función física: 10 preguntas. | A. Función social: 2 preguntas. |
| F. Rol físico: 4 preguntas. | B. Rol emocional: 3 preguntas. |
| G. Dolor corporal: 2 preguntas. | C. Salud mental: 5 preguntas. |
| H. Salud general: 5 preguntas. | D. Ítem de transición de salud: 1 pregunta |
| I. Vitalidad: 4 preguntas. | |

La puntuación es de 0 a 100 en cada uno de los ítems, y su significado aparece expresado en la siguiente tabla.

Dimensión	N.º de ítems	Significado de las puntuaciones de 0 a 100	
		«Peor» puntuación (0)	«Mejor» puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem de Transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

Fuente: J. Alonso, L. Prieto y J. M. Antó (2010) ⁽²¹⁾.



AGRADECIMIENTOS

A mi tutora, Eva Muñoz Conejero, por su constante atención, ayudándome cuando lo he necesitado.

A mi familia, a la que agradezco su apoyo y dedico la realización de este trabajo de Fin de Grado.