



Gradu Amaierako Lana / Trabajo Fin de Grado

Erizaintzako Gradua / Grado en Enfermería

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DE LA
SINTOMATOLOGÍA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA**

Egilea / Autor/a:

Helena López Marín

Zuzendaria / Director/a:

María Isabel Trespaderne Beraciertto

AVISO DE RESPONSABILIDAD (Grado de Enfermería, Donostia, UPV/EHU)

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un/una alumno/a, y su autor/a es responsable de su contenido. Se trata, por tanto, de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal, y que pueden no haber sido corregidos por el autor/a en la presente edición. Este tipo de trabajos, junto con su proceso y su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros. La Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea, La Facultad de Medicina y Enfermería (sección Gipuzkoa), los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor/a tutor/a no son responsables del contenido último de este Trabajo Fin de Grado.

RESUMEN

Introducción: La fibromialgia (FM) es una afección crónica de etiología desconocida con múltiples consecuencias para la persona que la padece y su entorno familiar, social y laboral. Se estima que afecta al 0,6-6,5% de la población general. Es más prevalente en mujeres que en hombres (9:1) con una edad promedio de 35 años. A día de hoy, existe un creciente interés en los enfoques no farmacológicos ya que se ha visto que un tratamiento farmacológico no sería suficiente para tratar la FM.

Objetivo: Describir las intervenciones de enfermería en el manejo de la sintomatología asociada a la FM, principalmente el dolor crónico, la ansiedad y la depresión, con la consiguiente mejora en la calidad de vida.

Metodología: Se realiza mediante una revisión sistemática llevada a cabo en diversas bases de datos como PubMed, Dialnet, Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y Cuiden, completada con información de páginas web del Ministerio de Sanidad (MS), la Clasificación Internacional de Enfermedades 11ª versión (CIE-11) y la Sociedad Española del Dolor (SED). Tras la formulación de la pregunta PIO, se utilizaron descriptores y palabras clave y se definieron los criterios de inclusión y exclusión, dando como resultado un total de 26 documentos.

Resultados: El papel de la enfermería es clave en el abordaje no farmacológico de la FM, complementario al farmacológico. Destacan la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), el ejercicio físico y el mindfulness. La intervención por el personal de enfermería basada en educar e informar mejora la calidad de vida en pacientes con FM.

Conclusiones: La FM lleva consigo un proceso de diagnóstico y tratamiento prolongado y complejo. Se destaca la necesidad de un tratamiento multidisciplinar que aborde aspectos biopsicosociales. Se incide en la combinación de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. La concienciación y formación en enfermería son cruciales para poder proporcionar un cuidado satisfactorio.

Palabras clave: Fibromialgia, dolor crónico, depresión, ansiedad, enfermería, calidad de vida y control de la sintomatología.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVO.....	3
3. METODOLOGÍA.....	3
3.1. Estructura de la búsqueda bibliográfica.....	3
3.2. Estrategia de la búsqueda bibliográfica.....	4
3.3. Resultados de la búsqueda bibliográfica.....	6
4. RESULTADOS.....	6
4.1. Terapia Cognitivo-Conductual.....	6
4.2. Terapias complementarias.....	7
4.2.1. Ejercicio físico.....	7
4.2.2. Mindfulness.....	9
4.3. Actuación de enfermería frente a la Fibromialgia.....	10
4.4. Sesgo de género.....	12
5. DISCUSIÓN.....	13
6. CONCLUSIONES.....	16
7. BIBLIOGRAFÍA.....	17
8. ANEXOS.....	21
Anexo 1. Puntos Gatillo o Trigger Points.....	21
Anexo 2. Criterios diagnósticos de la American College of Rheumatology (ACR). Adaptado de Wolfe et al. (2016).....	22
Anexo 3. Artículos seleccionados en la búsqueda bibliográfica.....	23

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Palabras clave y descriptores DeCS / MeSH (incluido en objetivo/pio)..... 4

Tabla 2. Estrategias de búsqueda (resultado total sin filtros / con filtros / seleccionados)

LISTA DE SIGLAS

ACR: American College of Rheumatology

ACT: Terapia de Aceptación y Compromiso

AP: Atención Primaria

APS: American Pain Society

AWMF: Association of the Scientific Medical Societies in Germany

BVS: Biblioteca Virtual en Salud

CFGC: Canadian Fibromyalgia Guideline Committee

CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades 11ª versión

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud

EULAR: European League Against Rheumatism

FM: Fibromialgia

MeSH: Medical Subject Headings

MS: Ministerio de Sanidad

OMS: Organización Mundial de la Salud

PC: Palabra Clave

PIO: Patient, Intervention, Outcome

POP: Plataforma de Organizaciones de Pacientes

SED: Sociedad Española del Dolor

SSS: Symptom Severity Scale

TCC: Terapia Cognitivo-Conductual

TTG: Terapias de Tercera Generación

WPI: Widespread Pain Index

1. INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM) es una afección crónica que se caracteriza por ser una enfermedad de etiología desconocida con múltiples consecuencias tanto para la persona que la padece como para su propio entorno familiar, social y laboral (1). Se tipificó como enfermedad en 1992 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2). En 2022, la Clasificación Internacional de Enfermedades 11ª versión (CIE-11) clasificó la FM dentro del apartado “Dolor generalizado crónico”, ya que se distingue principalmente por la presencia de dolor crónico musculoesquelético generalizado sin inflamación en los tejidos ni daño ni deformidad (3,4,5). Esta dolencia se acompaña de manifestaciones clínicas como rigidez articular, cefalea, tumefacción en manos, parestesias en extremidades, fatiga, trastornos del sueño, ansiedad, depresión y problemas de concentración y memoria (1,4). Esta extensa sintomatología limita la mayor parte de las actividades diarias del paciente, lo que implica un gran impacto en su calidad de vida (6). Las enfermedades crónicas como la FM suponen hoy en día un gran reto para la sanidad, tanto por las consecuencias ocasionadas al propio paciente y a su relación con el entorno que le rodea como por su elevada prevalencia (1). Se estima que esta enfermedad afecta al 0,6-6,5% de la población general y concretamente al 2,5% de la población española (2,7). Se ha determinado una prevalencia en una proporción de 9:1 entre mujeres y hombres, respectivamente (8). La mayoría de las personas que la padecen se encuentran entre los 20 y 60 años, con una edad promedio de 35 años (9).

Principalmente, el origen se relaciona con una alteración en el procesamiento central del dolor, siendo este un elemento nuclear en la FM. Sin embargo, diversos trabajos de investigación señalan que sigue sin determinarse una etiopatogenia concreta. Se hipotetiza que el desencadenante es multifactorial por la combinación de factores sociales, socioeconómicos, neurológicos, endocrinos, genéticos y ambientales. Además, se han visto casos en los que el desarrollo de la FM es posterior a la exposición a hechos puntuales como infecciones víricas o bacterianas, traumatismos o lesiones físicas, factores estresantes relacionados con la vida laboral, problemas familiares o incluso después de sufrir enfermedades que debilitan el organismo como la artritis reumatoide y el lupus, sin llegar a predeterminarlas causantes (1,8,10).

El diagnóstico clínico de la FM principalmente se centra en la realización de una anamnesis y un examen físico del paciente (9). Es importante excluir otras patologías que puedan ser las causantes del dolor musculoesquelético (9). Por ello, en 1990 se propusieron los primeros criterios diagnósticos para la FM desarrollados por el American College of Rheumatology (ACR), centrados en analizar la presencia de dolor a la palpación durante 3 meses o más, en al menos 11 de 18 puntos anatómicos denominados “puntos gatillo”, aplicando 4 Kg/cm² de presión (11) (Anexo 1). En los años 2010 y 2011 se llevó a cabo una actualización de los criterios diagnósticos, pero los más actuales propuestos por el ACR pertenecen al año 2016, en los que los criterios definidos en 2010 y 2011 se integraron en su totalidad (11) (Anexo 2). El desconocimiento de su etiología y su difícil diagnóstico implican una asistencia prolongada a distintos especialistas llegando a consultar hasta 15 especialidades diferentes antes de llegar al diagnóstico definitivo (1). Como se observa, los pacientes se someten a una incertidumbre en relación con la evolución de la enfermedad, ya que la media de años transcurridos entre el comienzo de los síntomas, el primer contacto con profesionales sanitarios y el diagnóstico se sitúa entre 7-9 años, lo que aumenta las posibilidades de padecer estrés, ansiedad y depresión (9,12). Es por ello por lo que los problemas psicológicos y afectivos como la depresión, ansiedad, catastrofismo ante el dolor o problemas de afrontamiento predominan en la FM, siendo los más frecuentes la ansiedad (11,6-32,2%) y la depresión (18-36%) (2,8).

Los tratamientos farmacológicos siguen siendo necesarios para tratar a personas con FM, aunque en la actualidad existe un enfoque a favor de los tratamientos no farmacológicos por motivos de coste, seguridad y disponibilidad, además los síntomas de la FM y las vivencias de las personas que la padecen varían considerablemente (2, 9,13,14). A pesar de soportarse en un tratamiento adaptado y planificado, la FM sigue un curso crónico, variable y fluctuante (12). Aunque en un número reducido de pacientes se pueda constatar una disminución de síntomas a los 2-3 años de comenzar con el tratamiento (especialmente farmacológico y en casos en los que empieza a edades tempranas, sin problemas del sueño y otras patologías), su pronóstico suele ser poco satisfactorio a los 5-7 años de seguimiento (12). Es por ello por lo que la FM tiene un gran impacto en la vida de las personas que la padecen, incluso por encima de otras patologías como la artritis reumatoide o artrosis (12).

2. OBJETIVO

Describir las intervenciones de enfermería en el manejo de la sintomatología asociada a la FM, principalmente el dolor crónico, la ansiedad y la depresión, con la consiguiente mejora en la calidad de vida.

3. METODOLOGÍA

3.1. Estructura de la búsqueda bibliográfica

Con el fin de responder al objetivo formulado, se realizó una revisión bibliográfica para la cual se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿es posible mediante intervenciones de enfermería y otros enfoques terapéuticos conseguir una mejora en la calidad de vida de personas con dificultades en el manejo de los síntomas que conlleva la FM?

Para la búsqueda bibliográfica se utilizó la siguiente estructura PIO (*Patient, Intervention, Outcome*):

- **P:** Pacientes con un control insatisfactorio de la sintomatología asociada a la FM.
- **I:** Intervenciones de enfermería ante el dolor crónico, la ansiedad y la depresión.
- **O:** Alcanzar un control adecuado de la sintomatología con la consiguiente mejora en la calidad de vida de las y los pacientes.

Posteriormente, se seleccionaron los términos DeCS “Descriptores en Ciencias de la Salud” en castellano y MeSH “Medical Subject Headings” en inglés, adecuados para realizar la búsqueda bibliográfica y las correspondientes palabras clave (Tabla 1).

Tabla 1. Palabras clave y descriptores DeCS / MeSH (incluido en objetivo/pio)

DESCRIPTORES			
	PALABRAS CLAVE	MeSH	DeCS
P	Fibromialgia Dolor crónico Depresión Ansiedad	Fibromyalgia Chronic pain Depression Anxiety	Fibromialgia Dolor crónico Depresión Ansiedad
I	Enfermería	Nursing	Enfermería
O	Calidad de vida Control de la sintomatología	Quality of life	Calidad de vida

3.2. Estrategia de la búsqueda bibliográfica

Posteriormente, se realizó una búsqueda en las bases de datos Dialnet, PubMed, Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y Cuiden, además de consultar en páginas web del Ministerio de Sanidad (MS), la CIE-11 y la Sociedad Española del Dolor (SED). Para ello, se preparó una estrategia de búsqueda, teniendo en cuenta los DeCS/MeSH, el operador booleano “AND” y los filtros establecidos que fueron los siguientes: antigüedad no superior a 10 años y el idioma (español e inglés) (Tabla 2).

Después de realizar la selección de artículos, mediante una lectura crítica y reflexiva se seleccionaron aquellos documentos que respondiesen al objetivo formulado, aplicando los siguientes criterios:

Criterios de inclusión: Se seleccionaron textos cuyo tema principal fuera la FM, el dolor crónico, la depresión y ansiedad en la FM y el papel de enfermería en el abordaje de la FM y lo que esta conlleva.

Criterios de exclusión: Se excluyeron los artículos que no guardaban relación con los objetivos previamente planteados en el trabajo como: el tratamiento farmacológico, fisioterapéutico y aquellos artículos centrados principalmente en el diagnóstico médico.

Tabla 2. Estrategias de búsqueda (resultado total sin filtros / con filtros / seleccionados)

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Búsquedas sin filtros	Búsquedas con filtros	Seleccionados con criterios de inclusión y exclusión
Dialnet	“fibromialgia y dolor crónico y enfermería”	18	11	2
	“fibromialgia y dolor crónico y depresión”	118	77	16
PubMed	("Fibromyalgia"[Mesh]) AND ("Nursing"[Mesh])	44	4	1
	((("Fibromyalgia"[Mesh]) AND ("Chronic Pain"[Mesh]) AND "Depression"[Mesh]))	77	48	1
BVS	Enfermería (PC) y Fibromialgia (PC) y Depresión (PC) y Ansiedad (PC)	5	2	1
	Enfermería [DeCS] AND Fibromialgia [DeCS] AND Depresión [DeCS] AND Ansiedad [DeCS]	0	0	0
Cuiden	("fibromialgia") AND ("enfermería")	58	25	2
	("enfermería")AND(("y")AND(("fibromialgia")AND(("y")AND(("depresión")AND(("y")AND("ansiedad"))	7	4	0

3.3. Resultados de la búsqueda bibliográfica

En total se obtuvieron 327 artículos como resultado de las búsquedas, que disminuyeron a 171 estudios tras añadir los filtros de fecha de publicación e idioma. Finalmente, se llevó a cabo una lectura crítica teniendo en consideración los criterios de inclusión y exclusión, recopilando 23 artículos en total por responder firmemente al objetivo planteado, junto con 3 artículos más obtenidos en diferentes páginas oficiales. En el anexo 3 se encuentran reflejadas las características de los artículos seleccionados con su correspondiente evidencia medida por la pirámide de Hayne.

4. RESULTADOS

Dada la complejidad de dicha patología, desde un enfoque terapéutico no se conoce ningún tratamiento definitivo y totalmente eficaz, por lo que aliviar la variedad de síntomas que desarrollan las pacientes¹ y lograr un buen control de estos, es prioritario (1,2,15). Se busca estudiar un abordaje no farmacológico complementario al farmacológico que englobe terapias entre las cuales están la educación, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y el ejercicio físico. Asimismo, existen terapias complementarias denominadas Terapias de Tercera Generación (TTG) como el mindfulness, propuestos como tratamientos coadyuvantes (8,13).

4.1. Terapia Cognitivo-Conductual

La TCC es la intervención en el campo de la psicología que ha predominado en el tratamiento de la ansiedad y la depresión, el dolor crónico, el dolor inflamatorio y en el abordaje psicoterapéutico de la FM (13). Esta terapia se centra en analizar la influencia que tienen los pensamientos, creencias y actitudes de afectar los sentimientos y comportamientos en personas con una afección como la FM (9). Se emplea para el desarrollo de estrategias de afrontamiento positivas para el manejo de situaciones complejas, además de para ayudar a las pacientes a modificar procesos disfuncionales y aquellos pensamientos irracionales asociados al dolor que interfieren en la vida diaria

¹ A lo largo del texto se emplea el uso del lenguaje inclusivo en base a la guía del uso inclusivo del castellano de la Universidad del País Vasco (UPV). Disponible en: <https://www.ehu.es/documents/2007376/12795677/Uso-inclusivo-del-castellano.pdf/7dce2de6-4ad3-7353-dd5c-68312586a3cc?t=1568024250000>

(9,16). Esta terapia pretende llegar a disminuir de manera considerable dicho dolor y el cansancio y favorecer un buen estado de ánimo y la capacidad funcional (17).

Lo que se persigue con el tratamiento psicológico cognitivo-conductual, es que la paciente pueda llegar a obtener la capacidad de reestructurar sus creencias sobre la enfermedad (13). Para lograrlo, es necesaria una readaptación de conductas, comportamientos, pensamientos y emociones (13). Además, el tratamiento debe integrar la psicoeducación, información, aprendizaje de técnicas de relajación, técnicas de afrontamiento ante diversas manifestaciones clínicas y educar en hábitos de vida saludables, resolución de problemas y técnicas de distracción (13).

Esta terapia implica tratamientos con diferentes características y duración (13). El número de sesiones puede variar de 6 a 24 y se puede aplicar grupalmente, lo que posibilita una reducción de coste considerable y además la paciente tiene la posibilidad de identificarse y relacionarse con personas que se hallan en su misma tesitura (13). Esto le permitirá expresar su experiencia con la enfermedad y compartir los problemas a los que se enfrenta junto con posibles soluciones que puedan ayudar al resto del grupo (13). Para conseguir que la paciente adopte las habilidades anteriormente expuestas, la secuencia de intervención referida se compone, de un lado, de una fase educacional en la que la paciente es informada acerca de la naturaleza del trastorno y se analiza la técnica de afrontamiento que presenta (15). De otro, están la fase de adquisición de habilidades que permitirá controlar la sintomatología mediante una reestructuración cognitiva, relajación, resolución de problemas, higiene del sueño, entrenamiento en asertividad, etc., y finalmente la puesta en práctica de las habilidades adquiridas por la paciente, valorando los resultados obtenidos (15).

4.2. Terapias complementarias

4.2.1. Ejercicio físico

El ejercicio físico ha sido uno de los tratamientos más estudiados para la FM en los últimos años (2). Guías como la European League Against Rheumatism (EULAR), American Pain Society (APS) y Canadian Fibromyalgia Guideline Committee (CFG) defienden su eficiencia y lo recomiendan en el manejo de la sintomatología asociada a la FM (2,13). Así, el ejercicio físico, es elegido como primera opción en el tratamiento

multimodal de la FM, ofreciendo efectos positivos en la función física y el dolor, generando bienestar general y sin ocasionar riesgo de efectos adversos o cualquier intensificación de los síntomas (9,18).

Los cuatro tipos principales de ejercicios estudiados para tratar la FM son los aeróbicos, de fortalecimiento, de estiramiento o flexibilidad y programas que combinan varias opciones (13). Los ejercicios aeróbicos, como la natación, la bicicleta, ejercicios en el suelo o el baile mejoran la función física, la percepción subjetiva de control de los síntomas, el dolor y disminuyen el grado de ansiedad (18). En cuanto a los ejercicios de fortalecimiento muscular, pretenden mejorar la fuerza, resistencia y potencia muscular, y aunque se haya analizado una mejoría significativa respecto a los síntomas, los ensayos clínicos realizados en cuanto a su efectividad son escasos (13,18). Por último, el objetivo de los ejercicios basados en estiramientos o flexibilidad es proporcionar a los pacientes una flexibilidad muscular y de los tejidos blandos (13).

Para que un programa de ejercicios muestre efectividad, debe estar adaptado a las necesidades de cada persona, considerándose el dolor que padece, la presencia de disfunción muscular, si la hubiere, y la capacidad funcional (19). La lucha contra la baja adherencia y la alta tasa de abandono del ejercicio físico es el principal desafío tanto para profesionales como para las propias pacientes (20). Al dejar de realizar los ejercicios progresivamente y al no obtener cambios en el entrenamiento, los resultados conseguidos se tienden a perder precozmente, por lo que el objetivo debe centrarse en mantener la rutina de ejercicio a medio-largo plazo para que los resultados obtenidos se sostengan en el tiempo² (13). Por ello, varios estudios determinan que la intensidad inicial adecuada para alguien que padece FM debe diferenciarse a la de la población general, siendo adaptada a la evolución de cada persona para así evitar su cese en la rutina de ejercicios propuesta a la paciente (13,19). Posteriormente, la intensidad del ejercicio debe evolucionar, logrando llegar a un nivel de intensidad moderado (13). El principal objetivo para evitar el abandono es que el ejercicio resulte agradable, sea sencillo y que no haya dificultades en incorporarlo a la rutina diaria (13). Diferentes factores hacen que se aumente el cumplimiento por parte de las pacientes, por ejemplo, que un profesional sanitario lleve a cabo un seguimiento inicial del proceso físico y un

² De 6 a 12 meses aproximadamente.

abordaje de temores y expectativas, habiendo una comunicación eficiente entre profesional-paciente (17,19).

4.2.2. Mindfulness

El mindfulness se origina en las tradiciones orientales de meditación, concretamente en el budismo, aunque se ha llegado a incorporar en intervenciones clínicas (14). Es un instrumento muy utilizado, entre otras indicaciones, para aliviar los síntomas propios de la FM, tanto psicológicos como físicos, y se relaciona con la regulación emocional autónoma (14,21). Dicha práctica se centra en la medición de la capacidad de observación, atención y conciencia en el momento presente, sin juzgar situaciones pasadas y/o futuras (14). Algunos estudios indican que la práctica de la meditación de atención plena puede ser de utilidad para la mejora en los síntomas y la percepción del dolor (21). En diversas ocasiones, se observa la presencia de estados emocionales que influyen en la percepción del dolor y generan malestar, lo que a su vez incrementa los niveles de ansiedad y depresión (21). Se ha demostrado que cuanto más intensa es la ansiedad, resulta más complicado afrontar el dolor, lo que conlleva a un aumento en la sensación dolorosa (21). Se ha demostrado que las pacientes con FM muestran niveles más altos de emociones negativas que la población sana, y también recurren más a estrategias de evitación emocional (21). Por ello, lo que quiere lograr esta terapia es que la paciente pueda liberarse del dolor, generando una descarga a nivel cerebral en el procesamiento de la nocicepción y así permitirle una nueva vivencia del dolor (16).

En el mindfulness, han de considerarse los siguientes componentes (14):

- Atención del momento presente: la paciente debe centrarse en el momento actual, no prestando atención al pasado o al futuro.
- Apertura a la experiencia: observar la experiencia sin que las propias creencias se interpongan.
- Aceptación: asumir los eventos tal y como son, siendo objetivos.
- Intención: iniciativa para practicar mindfulness.

Un estudio muestra un ejemplo de cómo se puede llevar a cabo el mindfulness (16): La terapia se compone de 8 sesiones, de 1,5 horas cada una, con una frecuencia semanal. El tamaño del grupo depende de varios factores, entre ellos la disponibilidad de personas o los espacios del centro, considerándose un grupo de 6 a 12 personas ideal. Para la formación del grupo se recomienda realizar una entrevista previa y se excluyen pacientes que tengan enfermedades psiquiátricas graves. Cada sesión sigue una estructura básica: revisar ejercicios de la semana anterior y compartir la experiencia de estos, encuadrar el tema de la sesión, practicar en la sesión nuevos ejercicios para la semana y asignar nuevas tareas para la semana siguiente.

4.3. Actuación de enfermería frente a la Fibromialgia

El MS recomienda diversas actuaciones llevadas a cabo por el personal de enfermería relacionadas con la FM y en lo que esta pueda desencadenar, que se centran principalmente en la promoción de la salud mediante información y educación (22). Se ha comprobado que las pacientes quieren ampliar los conocimientos respecto a la enfermedad que padecen, así como la adquisición de habilidades para hacerle frente, por ello suelen buscar comprensión, apoyo, empatía y una buena comunicación por parte de los profesionales sanitarios (1). El MS sugiere que, para aportar una información adecuada al paciente, la enfermera³ debe dedicar el tiempo suficiente para transmitirla, además de hacerlo de una manera clara y ordenada, y saber cuáles son los principales mensajes o contenidos que hay que proporcionar (22). Asimismo, es importante facilitar el acceso a fuentes de información fiable y de calidad sobre la enfermedad a la persona que lo solicite (22). Para que la paciente entienda que padece una enfermedad crónica, la enfermera y el equipo deben informar sobre la naturaleza de la enfermedad y su proceso, ofrecer alternativas terapéuticas y aportar estrategias para combatir los síntomas, para así lograr un equilibrio en el rendimiento de las actividades de la vida diaria (18). Por lo anterior, desde un inicio la paciente debe tener conocimiento sobre las características de la FM, desdramatizando la evolución, aportando expectativas positivas y favoreciendo su colaboración con las terapias mediante la confianza en una

³ En este texto se utilizará el término “enfermera” para designar tanto a hombres como a mujeres, de la misma forma que lo utiliza el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Disponible en: <https://www.icn.ch/es>

posible mejoría (22). Hay casos en los que se aconseja informar e incluir en este proceso, si la afectada así lo quiere, a la familia (22).

En lo relativo a la educación al paciente, entran distintas actividades orientadas a promover el autocuidado y la autogestión frente a la enfermedad, que busca la mayor eficacia posible a nivel particular (1,8). La labor de enfermería en cuanto a la educación se refiere, se centra, por un lado, en motivar a las pacientes a que se adhieran a los programas relativos a los diferentes tratamientos y por otro, en incentivar cambios de actitud hacia la importancia del ejercicio físico, técnicas de relajación, ergonomía y cómo mejorar el sueño, entre otros (4). En 2008, la Consejería de Salud de Andalucía puso en marcha un programa de formación entre iguales denominado “Escuela de Pacientes”, el cual sigue activo hoy en día⁴ (23). Dicho programa se compone de pacientes, cuidadores, familiares, asociaciones y profesionales de la salud (23). Este programa lleva a cabo una identificación de diversos aspectos como las necesidades de cada individuo, los recursos de los que disponen y hábitos de vida saludable que adoptan (actividad física, dieta saludable, técnicas de relajación, etc.) (23). Además, se encarga de realizar un plan de acción con una resolución de problemas, comunicación con el entorno social y gestión emocional de la enfermedad (23). Estos prestaron especial atención a las diferencias y desigualdades en salud existentes entre hombres y mujeres, y persiguieron adaptar la estrategia formativa a las necesidades específicas de cada enferma (23).

La actuación de enfermería a nivel educacional con respecto a la FM se centra en ofrecer compañía, transmitir masajes breves y comprensibles, aportar técnicas de relajación y para el manejo del dolor, encargarse de la analgesia que precisa la paciente, su ingesta y adherencia y mejorar el nivel de afrontamiento de cada paciente (22). Es crucial que las acciones educativas se extiendan fuera del ámbito hospitalario, para lo cual es necesario dar instrucciones verbales y por escrito a las pacientes sobre los ejercicios, las técnicas de relajación y la toma de medicamentos prescritos (22). Una adecuada planificación y seguimiento constante por parte de la enfermera puede lograr un aumento en su autoeficacia y evitar los factores físico-sociales que puedan condicionar la actitud de la enferma (9). Valiéndose de la educación para la salud como

⁴ Escuela de Pacientes. Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Consumo. Fibromialgia. Disponible en: <https://escueladepacientes.es/mi-enfermedad/fibromialgia/fibromialgia>

herramienta principal, la enfermera no solo consigue la modificación de los estilos de vida, sino también la mejora de la autoeficacia, que como señala literatura previa, resulta una variable crucial en la mejora de la calidad de vida de las pacientes (4).

4.4. Sesgo de género

Desde la perspectiva de género, se ha objetado un reconocimiento tardío de la enfermedad al ser experimentada mayoritariamente por mujeres (23). Esto se debe no solo a la elección sesgada de los criterios de diagnóstico, sino también a la mayor vulnerabilidad de las mujeres por el rol social que desempeñan, su vivencia y expresión diferencial de los síntomas en relación con la de los hombres y la falta de satisfacción personal (23). Además, un estudio demuestra que las mujeres que padecen un proceso crónico tienen dificultades de acceso y credibilidad en las consultas médicas (23). Asimismo, los ponentes de #TuDolorImporta⁵ refuerzan la idea de que hay un sesgo de género en la atención a personas con dolor crónico (24). Inés Losa, Tesorera de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP), asegura que el diagnóstico en mujeres se demora una media de seis años, mientras que, en los hombres, tres (24).

Losa destaca que la FM (40%), los dolores de cabeza (24%), la lumbalgia (24%) y la artrosis (23%) son patologías crónicas que causan dolor en un número elevado de personas, mayoritariamente en mujeres (24). El perfil sociodemográfico mayoritario concreta un perfil de mujer que padece FM comprendido por una edad media, ama de casa, con estudios básicos y casada o conviviendo en pareja (23). Para poder comprender el motivo por el cual este síndrome prevalece más en mujeres que en hombres, sería necesaria una investigación más exhaustiva, ya que no ha sido objeto de estudio prioritario en las ciencias médicas y sociales (22,23). A pesar de no haber hallado una evidencia en cuanto a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres que expliquen esta mayor prevalencia, se ha visto que las diferencias en el sistema nociceptivo entre hombres y mujeres podrían contribuir a esta disparidad, pero una vez habiéndose desarrollado la enfermedad (23). Es esencial considerar el contexto social en el que las personas experimentan la enfermedad, ya que esto puede influir en su aparición y desarrollo (22). En el contexto de la sociedad española actual, sigue

⁵ Un evento que organiza anualmente la SED pensado para amplificar la voz de los pacientes con dolor crónico y dotarlos de más información y herramientas para afrontar su patología y mejorar su calidad de vida. Esta edición ha contado con el patrocinio de Grünenthal, Medtronic y Boston Scientific.

recayendo sobre las mujeres el rol de cuidadoras de personas dependientes, tanto en el hogar como a nivel profesional, lo que conlleva una excesiva carga para su salud y nivel de autoexigencia (23). Al mismo tiempo, produce una hiperfrecuentación a los servicios sanitarios y consecuentemente, mayor toma de medicamentos (23). Se considera que las desigualdades relacionadas con las tareas asignadas a cada género afectan a la salud (22). Las responsabilidades familiares, especialmente el equilibrio entre el trabajo remunerado y las tareas del hogar, influyen en la salud de las mujeres, quienes a menudo autoperceben su estado físico y psíquico más deteriorado que los hombres (22). A pesar de lo mencionado, cabe destacar que, aunque los hombres representan un porcentaje menor, se ha visto que en diversas ocasiones presentan altos niveles de estrés emocional, visitas frecuentes a Atención Primaria (AP) y peor autogestión para los cuidados, lo que indica las necesidades específicas de educación, formación y apoyo (23).

5. DISCUSIÓN

Se puede observar que la FM tiene un impacto claro en la calidad de vida de las personas que la padecen, tanto a nivel personal como familiar y social (12). Esta afectación provoca limitaciones funcionales y de productividad llegando a generar que las afectadas no puedan cumplir con algunas de sus responsabilidades (25). Además de los signos y síntomas que afectan a nivel físico, también se hallan los problemas de salud mental que las pacientes refieren a lo largo del tiempo, resultando ser ambos un declive general de su bienestar, estrechamente vinculado con su calidad de vida (17). La inexistencia de un tratamiento curativo, el difícil proceso de diagnóstico y la sintomatología que dificulta el día a día generan frustración e impiden que las personas con FM mantengan un estado de ánimo óptimo, lo que resulta en un fuerte impacto emocional caracterizado por la ansiedad y la depresión, llegando a suponer un 68 % de los casos (1,12). El manejo de la incertidumbre es esencial para estas personas, por ello es importante que los profesionales de la salud estén formados y dispongan de herramientas para proporcionar una mejor calidad de vida a las afectadas (26). Se han encontrado contradicciones a la hora de elegir la mejor terapia para tratar la FM (2). Grupos internacionales referentes como la EULAR, el CFGC, la APS y la Association of the Scientific Medical Societies in Germany (AWMF) defienden el empleo de un tratamiento no farmacológico, dejando el farmacológico como complemento de este (2).

Asimismo, sugieren llevar a cabo un abordaje multidisciplinar y recomiendan un enfoque individualizado en el tratamiento (2,13). Son escasas las medidas farmacológicas que han demostrado evidencia, exceptuando los efectos positivos de los antiinflamatorios y analgésicos reguladores del sueño como antidepresivos o relajantes musculares (20). Debido a que se ha visualizado una efectividad superior en cuanto a las terapias no farmacológicas en el tratamiento de la FM, a día de hoy se refuerza más el empleo de estas intervenciones, pudiendo encontrar entre ellas la educación, la TCC y el ejercicio físico, las cuales son las más estudiadas para el tratamiento de la FM (1,13,20). Además de las ya mencionadas, en los últimos años la TCC ha ido evolucionando y ha integrado TTG, que incluyen principalmente las llamadas Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y el mindfulness (16). La TCC produce un beneficio en la salud de las pacientes proporcionando una disminución del dolor, del estrés y, además, se obtuvo una reducción del insomnio y una mejora general de la calidad del sueño (14). Asimismo, después de un tratamiento y seguimiento sostenido durante 3 meses con mindfulness se vio una disminución de la sintomatología depresiva, a parte de una mejora en el nivel de ansiedad (14). Aunque los resultados demuestran que tiene un poder significativo en la reducción de los síntomas de la FM, el estudio manifiesta que no se sabe con certeza si el mindfulness proporcionaría ese beneficio en todos los casos (14).

Se confirma que la intervención con más éxito en el tratamiento ante la ansiedad y depresión, el dolor crónico, el dolor inflamatorio y la FM es la TCC (13). Gracias a las intervenciones basadas en esta terapia se han logrado cambios importantes en el manejo ante el dolor y una reducción en la intensidad del mismo sostenida en el tiempo, consiguiendo a su vez mejoras emocionales (21). Algunos expertos refieren que estos cambios beneficiosos están correlacionados a una visión diferente a la hora de afrontar la FM por parte de los pacientes, como por ejemplo la aceptación del dolor, que conlleva hacia mejores resultados en tratamientos multidisciplinarios de TCC (21).

La evidencia muestra que la combinación de tratamiento farmacológico, psicológico y el ejercicio físico puede mejorar el estado de salud de los pacientes con FM (21). El ejercicio físico muestra una amplia evidencia en cuanto a la reducción de los síntomas (18). Se ha visto que tiene mucho peso en el tratamiento multidisciplinar, tanto que en varias ocasiones ha sido la primera recomendación terapéutica que presenta pruebas

sólidas para conseguir una mejora en el control de la sintomatología en los pacientes (18). A pesar de que el ejercicio proporciona una mejora en el nivel de dolor, el impacto de la enfermedad y el estado de ánimo es cierto que existe una evidencia limitada en cuanto a la mejoría de otros síntomas como la fatiga y en la depresión, pero poco a poco se están realizando más estudios al respecto (18). Además, hay que tener en cuenta que cada persona tiene una progresión diferente y por ello es primordial que el plan de ejercicios implantado sea individualizado y adaptado a sus necesidades (19). Para poder evitar la baja adhesión y el abandono del ejercicio físico, la TCC podría servir de ayuda, ya que se ha demostrado un incremento del cumplimiento y el mantenimiento de las pautas de ejercicio físico a largo plazo (18,20). Asimismo, la enfermería ha demostrado tener un papel importante en el tratamiento multidisciplinar, sobre todo en conseguir una adherencia a los tratamientos previamente establecidos, como puede ser el ejercicio físico, y en la promoción de conocimientos y herramientas de afrontamiento de la enfermedad mediante educación e información (4). La educación individualmente no ha demostrado tener efectos terapéuticos ni cambios significativos, pero se ha visto una superación y mejora de la enfermedad por parte de las pacientes, sobre todo al complementar la educación con la TCC y el ejercicio físico (19). Al fin y al cabo, las sesiones educativas promueven el autoconocimiento y el autocontrol ante la enfermedad que presentan, dando a conocer a las personas que están pasando por una enfermedad crónica una esperanza y apoyo en su proceso (1). Asimismo, las asociaciones de pacientes son un factor a tener en cuenta para poder luchar contra la sensación de soledad e incompreensión (26). El apoyo entre iguales hace que se sientan comprendidos, lo que les influye positivamente a la hora de enfrentarse a su situación (26). Por todo lo mencionado, no cabe duda de la importancia de la modificación en determinados hábitos de vida, ya que se ha analizado un claro beneficio a la hora de afrontar la sintomatología de la FM (4).

6. CONCLUSIONES

1. La FM tiene un impacto real y representativo en la calidad de vida de las personas que la padecen.
2. El proceso tanto de diagnóstico como de tratamiento es largo y conlleva mucha incertidumbre y sufrimiento en aquellas que la presentan.
3. Los problemas de orden físico como dolor, cansancio, fatiga y trastornos del sueño, junto con el factor social en la relación con la familia, el trabajo y las amistades, pueden conducir a una serie de afecciones psico-emocionales como depresión y/o ansiedad.
4. Es crucial la concienciación y formación dentro del sector sanitario en lo que a la FM se refiere.
5. Es necesario un tratamiento multidisciplinar abordando los aspectos biopsicosociales de las personas afectadas.
6. Se enfatiza la importancia de combinar un tratamiento farmacológico y no farmacológico, dando importancia al segundo. Se ha visto que la TCC, el ejercicio físico y el mindfulness, entre otras terapias, presentan beneficios ante la FM.
7. Actualmente en España, el colectivo de enfermería no puede beneficiarse de primera mano de la aplicación de la TCC, pero son profesionales que juegan un papel fundamental en impulsar la mejora en la calidad de vida de las pacientes con FM, principalmente centrándose en proporcionar un cuidado paliativo y educativo.
8. Existe un sesgo de género en el diagnóstico y tratamiento del dolor crónico, ya que las mujeres presentan mayores barreras y tiempos de diagnóstico más prolongados.
9. Finalmente, el papel de las enfermeras en la atención a los pacientes con FM contribuye en la mejora de su calidad de vida.

7. BIBLIOGRAFÍA

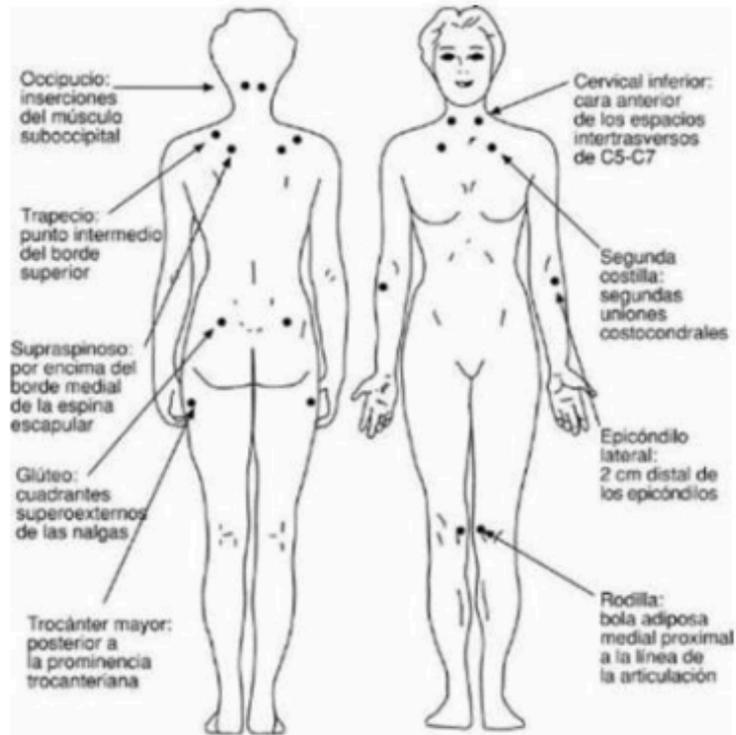
1. Triviño Á, Solano C, Siles J. La cronicidad de la fibromialgia: una revisión de la literatura. *Enferm glob* [Internet]. 2014 [consulta, 19/12/2023];13(3):273–92. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/39863/1/182621-720381-1-PB.pdf>
2. Arroyo R. Efectividad de la corriente directa transcraneal combinada con ejercicio en fibromialgia [tesis en Internet]. Toledo: Universidad de Castilla-La Mancha, Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional; 2022 [consulta, 19/12/2023]. Disponible en: Efectividad de la corriente directa transcraneal combinada con ejercicio en fibromialgia (uclm.es)
3. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. Ginebra: OMS; 2024-. MG30.01 Dolor generalizado crónico; [consulta, 12/03/2024]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/es#849253504>
4. Pérez-Velasco M, Peñacoba-Puente C. Autoeficacia y automanejo de los hábitos saludables en fibromialgia. *Enferm Clín*. 2015;25(3):133–7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.02.001>
5. Matías B. Alteración de los procesos de regulación del estrés y de modulación endógena del dolor en fibromialgia: diferencias en función de la comorbilidad con el trastorno por estrés postraumático [tesis en Internet]. España: Universidad Rey Juan Carlos; 2020 [consulta, 23/04/2024];1. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=RygUAaRFn3s%3D>
6. Segura V. Utilidad de criterios diagnósticos, condición física, cuestionarios de actividad física y ejercicio físico en Fibromialgia [tesis en Internet]. España: Universidad de Granada; 2014 [consulta, 23/04/2024]. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/39499/24586699.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Iglesias AR, Soria RE, Blas A, Jaime A, Villaroya E, Callejero AJ. La efectividad de un programa de ejercicio terapéutico en pacientes con fibromialgia. *Rev Sanit Investig* [Internet]. 2021;2(6):18. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-efectividad-de-un-programa-de-ejercicio-terapeutico-en-pacientes-con-fibromialgia/>
8. El Mansouri J. Mecanosensibilidad al dolor, salud ósea, composición corporal, dieta y severidad de los síntomas en mujeres con fibromialgia [tesis en Internet]. España: Universidad de Granada; 2020 [consulta, 12/02/2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=286190>
9. Walker J. Fibromyalgia: clinical features, diagnosis and management. *Nurs Stand*. 2016 Sep 28;31(5):51–63. doi: 10.7748/ns.2016.e10550
10. Cerdas Y. Fibromialgia. *Revista Médica Sinergia* [Internet]. 2016 [consulta, 19/12/2023];1(3):11–3. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7070336>

11. Ferrera D. Influencia del polimorfismo Val158Met del gen de la catecol o-metiltransferasa (COMT) sobre la disfunción cognitiva y la percepción de fatiga en pacientes con fibromialgia [tesis en Internet]. España: Universidad Rey Juan Carlos; 2022 [consulta, 19/12/2023]. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=t11zSDUAJhw%3D>
12. Fernández E. La fibromialgia como un problema de regulación del estrés [tesis en Internet]. España: Universidad Miguel Hernández de Elche; 2017 [consulta, 19/12/20023]. Disponible en: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4459/1/TD%20Fern%C3%A1ndez%20%C3%ADez%2c%20Esther.pdf>
13. Abad E. Efectos de un programa multidisciplinar sobre el estado de salud y procesos psicológicos en personas con fibromialgia [tesis en Internet]. España: Universidad Miguel Hernández de Elche; 2017 [consulta, 19/12/20023]. Disponible en: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4466/1/TD%20Abad%20Navarro%2c%20Ester.pdf>
14. López-Camacho P, Alcaraz-Córdoba T, López-Rodríguez MM. Efectividad del mindfulness como técnica complementaria en pacientes con fibromialgia: una revisión sistemática. *Therapeía* [Internet]. 2021 [consulta, 19/12/20023];(14):79–111. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7949254>
15. García MMM. Factores psicológicos en pacientes diagnosticados de fibromialgia [tesis en Internet]. España: Universidad de León; 2016 [consulta, 13/04/2024]. Disponible en: <https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/5765/Tesis%20de%20Matilde%20Garc%3%ada.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Pardos EM. Terapia cognitiva basada en mindfulness para dolor crónico: revisión sistemática y eficacia diferencial con terapia cognitivo-conductual [tesis en Internet]. España: Universidad Miguel Hernández de Elche; 2023 [consulta, 13/04/2024]. Disponible en: http://dspace.umh.es/bitstream/11000/29207/4/Pardos%20Gascon%2c%20Estela_Maria_compressed%20%281%29.pdf
17. De la Resurrección G. Estudio de la calidad de vida en pacientes con Fibromialgia [trabajo de fin de grado en Internet]. España: Universidad Católica de Valencia; 2021 [consulta, 13/04/2024]. Disponible en: <https://ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e12672>
18. Langa Y. Impacto sanitario de una intervención fisioterápica en pacientes con fibromialgia [tesis en Internet]. España: Universidad de València; 2013 [consulta, 13/04/2024]. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=gedvln eEI90%3D>
19. Barbosa C. Neurofeedback en pacientes con fibromialgia para la mejora de la calidad de vida y detección de simulación de síntomas [tesis en Internet]. España: Universidad de Extremadura; 2019 [consulta, 13/04/2024]. Disponible en: https://dehesa.unex.es:8443/bitstream/10662/10004/1/TDUEX_2019_Barbos a_Torres.PDF

20. Villafaina S. Efectos de un programa de ejercicio físico mediante realidad virtual sobre variables físicas, cerebrales y cardíacas en mujeres con fibromialgia [tesis en Internet]. España: Universidad de Extremadura; 2021 [consulta, 13/04/2024]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10662/12314>
21. Maurel S, Sáez-Francàs N, Calvo N, Alegre-Martín J, Castro-Marrero J. Identificar la atención plena y la aceptación como mediadores entre el afecto negativo, la discapacidad funcional y el malestar emocional en pacientes con fibromialgia. *Clin Exp Rheumatol*. 2022;40(6):1102-1111. Doi: 10.55563/clinexprheumatol/uzzejn
22. Collado A, Cuevas MD, Estrada MD, Flórez MT, Giner V, Marín J, et al. Fibromialgia [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [consulta, 31/03/2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>
23. Danet A, Prieto-Rodríguez MA, Valcárcel-Cabrera MC, March-Cerdà JC. Evaluación de una estrategia formativa entre iguales en fibromialgia. Un análisis de género. *Aquichan* [Internet]. 2016 [consulta, 12/02/2024];16(3):296-312. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5727289>
24. Grünenthal [Internet]. Madrid: Grünenthal Pharma; 2024 [consulta, 12/03/2024]. El sesgo de género, uno de los principales problemas en el abordaje de pacientes con dolor crónico (05/10/2022). Disponible en: <https://www.grunenthal.es/medios/notas-de-prensa/2022/sesgo-genero-principales-problemas-abordaje-pacientes-dolor-cronico>
25. Morales EM. Dolor crónico generalizado y fibromialgia. Diagnóstico de pruebas objetivas, comorbilidad, complejidad y gasto sanitario [tesis en Internet]. España: Universidad de Barcelona; 2018 [consulta, 23/04/2024]. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=A0BrkVmo6L4%3D>
26. Carrasco MC, Jiménez C. Percepciones de la Fibromialgia: estrategias de autoatención de las enfermas vs. la (des)atención médica. *Index Enferm*. 2015;24(1-2):44-48. DOI: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100010>

8. ANEXOS

Anexo 1. Puntos Gatillo o Trigger Points



Fuente: García MMM. Factores psicológicos en pacientes diagnosticados de fibromialgia [tesis en Internet]. España: Universidad de León; 2016 [consulta, 13/04/2024]. Disponible en: <https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/5765/Tesis%20de%20Matilde%20Garc%c3%ada.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Anexo 2. Criterios diagnósticos de la American College of Rheumatology (ACR).

Adaptado de Wolfe et al. (2016).

<p>Criterios diagnósticos</p>	<p>1. Índice de dolor generalizado (WPI) ≥ 7 y Escala de Severidad de Síntomas Score ≥ 5 o WPI 4-6 y SS ≥ 9.</p> <p>2. El dolor generalizado, definido como dolor en al menos 4 de las 5 regiones. El dolor mandibular, torácico y abdominal no se incluye en la definición generalizada del dolor.</p> <p>3. Los síntomas generalmente han estado presentes durante al menos 3 meses.</p> <p>4. Un diagnóstico de fibromialgia es válido independientemente de otros diagnósticos. Un diagnóstico de fibromialgia no excluye la presencia de otras enfermedades clínicamente importantes.</p>
<p>Comprobación</p>	<p>WPI. ¿En cuántas áreas ha tenido dolor el paciente? La puntuación estará entre 0 y 19</p> <p>Región 1 (Región superior izquierda): Mandíbula izquierda*, cintura escapular izquierda, brazo superior izquierdo, brazo inferior izquierdo.</p> <p>Región 2 (Región superior derecha): Mandíbula derecha*, cintura escapular derecha, brazo superior derecho, brazo inferior derecho.</p> <p>Región 3 (Región inferior izquierda): Cadera izquierda (glúteo/trocánter), pierna superior izquierda, pierna inferior izquierda.</p> <p>Región 4 (Región inferior derecha): Cadera derecha (glúteo/trocánter), pierna superior derecha, pierna inferior derecha.</p> <p>Región 5 (Región axial): Cuello, espalda, espalda inferior, tórax*, abdomen*.</p> <p>*No incluidos en la definición de dolor generalizado</p> <p>Escala de Severidad de Síntomas (SSS):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fatiga ● Sueño no reparador ● Síntomas cognitivos ● Para cada uno de los 3 síntomas anteriores, indique el nivel: <ul style="list-style-type: none"> ○ 0= Sin problema ○ 1= Problemas leves, generalmente leves o intermitentes ○ 2= Moderado, produce problemas a menudo presentes y/o en un nivel moderado. ○ 3= Severo: Problemas generalizados, continuos y perturbadores. <p>La puntuación final de la SS Score es la suma de las puntuaciones de severidad de los 3 síntomas (fatiga, sueño no reparador y síntomas cognitivos) (0-9) más la suma (0-3) del número de los siguientes síntomas que el paciente a experimentado durante los 6 meses anteriores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dolores de cabeza (0-1) - Dolor o calambres en la parte baja del abdomen (0-1) - Depresión (0-1)

Fuente: Ferrera D. Influencia del polimorfismo Val158Met del gen de la catecol o-metiltransferasa (COMT) sobre la disfunción cognitiva y la percepción de fatiga en pacientes con fibromialgia [tesis en Internet]. España: Universidad Rey Juan Carlos; 2022 [consulta, 19/12/2023]. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=t11zSDUAJhw%3D>

Anexo 3. Artículos seleccionados en la búsqueda bibliográfica

Título	Autores	Año	Nivel de evidencia	Resultados principales
La cronicidad de la fibromialgia: una revisión de la literatura	Ángela Triviño Martínez, M. Carmen Solano Ruiz, José Siles González	2014	Revisión bibliográfica	La necesidad de un diagnóstico precoz es el principal punto de partida para el tratamiento y abordaje de la enfermedad ya que de ello depende la calidad de vida de la persona y el impacto que la FM tiene en las distintas esferas a las que afecta.
Efectividad de la corriente directa transcraneal combinada con ejercicio en fibromialgia	Rubén Arroyo Fernández	2022	Ensayo clínico aleatorizado	La aplicación de un programa combinado de corriente directa transcraneal activo con ejercicio reduce la intensidad del dolor a corto plazo en pacientes con FM. Además, los protocolos de aplicación de corriente directa transcraneal activa y simulada muestran un cegamiento satisfactorio del terapeuta y de los sujetos con FM.
CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad	Organización Mundial de la Salud (OMS)	2024	Estudio descriptivo	La FM se categoriza según la CIE-11 dentro del apartado “Dolor generalizado crónico”. El dolor generalizado crónico es un dolor difuso que afecta a un mínimo de 4 de las 5 regiones del cuerpo y se asocia con bastante malestar emocional o discapacidad funcional. Además, es multifactorial: diversos factores biológicos, psicológicos y sociales contribuyen al síndrome de dolor.
Autoeficacia y automanejo de los hábitos saludables en fibromialgia	María Pérez-Velasco y Cecilia Peñacoba-Puente	2015	Estudio cuasi-experimental	Se consiguieron mejoras estadísticamente significativas (pre-, post-) en la modificación de hábitos y en la autoeficacia, así como en el afecto positivo y negativo. Además, se observan diferencias estadísticamente significativas de seguimiento en la limitación funcional.
Alteración de los procesos de regulación del estrés y de modulación endógena del dolor en fibromialgia: diferencias en función de la comorbilidad con el trastorno por estrés postraumático	Borja Matías Pompa	2020	Estudio cuasi-experimental transversal con grupo control	Se apoya la existencia de una respuesta de estrés desregulada en las personas con FM, agravada a su vez por la presencia de Trastorno de estrés postraumático (TEPT) y sintomatología depresiva comórbida (excepto en la respuesta nociceptiva).
Utilidad de criterios diagnósticos, condición física, cuestionarios de actividad física y ejercicio físico en Fibromialgia	Victor Segura Jimenez	2014	Estudio casos y controles	Las pruebas de aptitud física pueden servir como complemento a los criterios diagnósticos actuales de FM para lograr una mejor discriminación entre el estado de salud y la presencia de FM.

Título	Autores	Año	Nivel de evidencia	Resultados principales
La efectividad de un programa de ejercicio terapéutico en pacientes con fibromialgia	Ana Rosa Iglesias Triviño, Rita Elena Soria Ayuda, Andrea Blas Martínez, Adrián Jaime Sánchez, Elena Villaroya Bielsa y Alfonso Javier Callejero Guillen	2021	Revisión bibliográfica	Los estudios analizados coinciden en la recomendación de un programa de ejercicios terapéuticos para pacientes con FM por los beneficios que éstos aportan.
Mecanosensibilidad al dolor, salud ósea, composición corporal, dieta y severidad de los síntomas en mujeres con fibromialgia	Jamal El Mansouri Yachou	2020	Estudio observacional	Un alto Índice de Masa Corporal (IMC) se relaciona con mayor impacto de la enfermedad en las pacientes con FM.
Fibromyalgia: Clinical features, diagnosis and management	Jennie Walker	2016	Revisión bibliográfica	La FM es una enfermedad crónica, con una condición incapacitante que afecta a la salud y al bienestar. El tratamiento requiere un enfoque holístico individualizado que tiene como objetivo reducir los síntomas y mejorar las actividades de la vida diaria, función y calidad de vida. Esto se mejora con una combinación de un tratamiento farmacológico y no farmacológico.
Fibromialgia	Yazareth Cerdas Cascante	2016	Revisión bibliográfica	Para un tratamiento adecuado se recomienda el ejercicio físico y la terapia cognitivo-conductual. Se han encontrado varios fármacos que no se pueden emplear para el control de la sintomatología de la FM. Sin embargo, sólo cuatro de los agentes farmacéuticos mencionados tienen respaldo para su uso: amitriptilina, pregabalina, milnacipran y la duloxetina.
Influencia del polimorfismo VAL158MET del gen de la catecol o-metiltransferasa (COMT) sobre la disfunción cognitiva y la percepción de fatiga en pacientes con fibromialgia	David Ferrera García	2022	Multimétodo (estudios experimentales, cuestionario clínico, pruebas neuropsicológicas).	Las pacientes con fibromialgia portadoras del genotipo Met/Met reportaron mayores niveles de fatiga que las pacientes portadoras del genotipo heterocigoto (Met/Val). Además, se confirma la presencia de disfunción cognitiva en memoria de trabajo en pacientes con fibromialgia.

Título	Autores	Año	Nivel de evidencia	Resultados principales
La fibromialgia como un problema de regulación del estrés	Esther Fernández Díez	2017	Multimétodo (parte empírica, 2 estudios de casos y controles y otro con cuestionarios de estrés y apoyo social).	Las mujeres con FM presentan un mayor estrés biopsicosocial respecto al de las sanas. Este perfil de estrés se caracteriza a nivel fisiológico por una respuesta del Sistema Nervioso Central (SNA) incorrecta, que se relaciona con las diferentes dimensiones del estado de salud. También se obtiene un mayor distrés emocional y mayor estrés social, por ello, se sugiere la incorporación de técnicas que ayuden a disminuirlos en esta población.
Efectos de un programa multidisciplinar sobre el estado de salud y procesos psicológicos en personas con fibromialgia	Ester Abad Navarro	2017	Estudio cuasi-experimental	El programa de intervención multidisciplinar, en el caso de las mujeres, reduce de manera significativa el impacto percibido de la FM, la ansiedad, la depresión, el catastrofismo y todas sus dimensiones componentes. En el caso de los hombres se produjeron reducciones significativas en el impacto percibido de la FM, la depresión, el catastrofismo y en la rumiación y la magnificación.
Efectividad del mindfulness como técnica complementaria en pacientes con fibromialgia: una revisión sistemática	Pilar López-Camacho, Tania Alcaraz Córdoba y María del Mar López-Rodríguez	2021	Revisión sistemática	19 estudios cumplieron los criterios de inclusión, los cuales demostraron la mejora de los síntomas de la FM como el dolor, sueño, estrés, ansiedad y depresión entre otros.
Factores psicológicos en pacientes diagnosticados de fibromialgia	María del Mar Matilde García Gordón	2016	Trabajo descriptivo longitudinal, sin intervención	Los estímulos nociceptivos inciden sobre una personalidad inestable, introvertida, altruista, con cierta facilidad para disimular estados negativos, con una preocupación excesiva por plegarse fielmente a expectativas de rol estimulada por la propia sensación dolorosa, de poner en marcha estrategias de afrontamiento activo, búsqueda de soluciones, apoyo social e instrumental. Todo ello a fin de modificar su estilo de vida, obteniendo, así, un incremento de la propia autoestima.
Terapia cognitiva basada en mindfulness para dolor crónico: revisión sistemática y eficacia diferencial con terapia cognitivo-conductual	Estela M. Pardos Gascón	2023	Estudio 1: Revisión sistemática Estudio 2: Diseño cuasiexperimental Estudio 3: Diseño cuasiexperimental	La terapia basada en mindfulness para la reducción del estrés fue superior a tratamiento habitual y Fibroqol en impacto y sintomatología. No se encontró una eficacia diferencial entre mindfulness y TCC en cefalea y dolor crónico no especificado, pero las intervenciones mindfulness fueron superiores en estos síndromes. La calidad de vida mejoró significativamente en el grupo de MBCT-CP, mientras que la cantidad, adecuación y la variable “óptimo” del sueño mejoró más en el grupo de TCC.

Título	Autores	Año	Nivel de evidencia	Resultados principales
Estudio de la calidad de vida en pacientes con Fibromialgia	Guillem De La Resurrección Pérez	2021	Estudio descriptivo transversal	Los resultados se han conseguido mediante el tipo de puntuación (Rand group) del cuestionario SF-36, una vez otorgada la puntuación a los diferentes ítems que componen las esferas de salud, los resultados reflejan un bajo estado de salud en las 9 esferas del cuestionario.
Impacto sanitario de una intervención fisioterápica en pacientes con fibromialgia	Yolanda Langa Revert	2013	Ensayo clínico con grupos en paralelo y dos niveles de intervención	La aplicación de un protocolo de tratamiento de fisioterapia específico ha supuesto mejoras en los indicadores más relevantes después de 3 meses de terapia, siendo este efecto de mayor magnitud en el grupo de tratamiento asistencial que en el grupo que ha llevado un tratamiento a nivel domiciliario.
Neurofeedback en pacientes con fibromialgia para la mejora de la calidad de vida y detección de simulación de síntomas	Carlos Barbosa Torres	2019	Multimétodo (test y cuestionarios psicométricos más sesiones de neurofeedback)	Los resultados han mostrado una mejoría en las ondas cerebrales medidas y una mejoría en depresión, ansiedad, dolor crónico, atención y calidad de vida.
Efectos de un programa de ejercicio físico mediante realidad virtual sobre variables físicas, cerebrales y cardíacas en mujeres con fibromialgia	Santos Villafaina Domínguez	2021	6 estudios transversales más un ensayo controlado aleatorizado.	Las mujeres con FM presentan un rendimiento físico más bajo, tanto en condición de tarea simple como dual, que en el caso de los controles sanos. También muestran un espectro de potencia electroencefalográfica alterado en comparación con los controles sanos. Una intervención de 24 semanas basada en el ejercicio ejerce un efecto significativo en la calidad de vida, el dolor, la función física, la modulación autónoma y la dinámica eléctrica del cerebro, sobre todo en mujeres con FM con peor calidad de vida y nivel de dolor al inicio del estudio, así como en aquellas que hace menos tiempo que padecen síntomas de FM.
Identificar la atención plena y la aceptación como mediadores entre el afecto negativo, la discapacidad funcional y el malestar emocional en pacientes con fibromialgia	Sara Maurel, Naia Sáez-Francàs, Natalia Calvo, José Alegre-Martín y Jesús Castro-Marrero	2022	Estudio multicéntrico de cohortes, prospectivo y transversal	Los análisis de mediación mostraron que la aceptación y el mindfulness condicionan la relación entre el efecto negativo y las variables dependientes, como el impacto físico, los síntomas de ansiedad/depresión y la angustia.
Fibromialgia	Ministerio de Sanidad	2011	Documento de pautas para la toma de decisiones clínicas	Ofrecen consejos para el personal sanitario sobre cómo acordar con el paciente los objetivos a alcanzar, que deben ser realistas, planificar las visitas de seguimiento y la actuación ante agudizaciones junto con el paciente, evitando indicarlas solo en función del empeoramiento, etc.

Título	Autores	Año	Nivel de evidencia	Resultados principales
Evaluación de una estrategia formativa entre iguales en fibromialgia. Un análisis de género	Alina Danet, María Angeles Prieto Rodríguez, María Carmen Valcárcel Cabrera y Joan Carles March Cerdà.	2016	Estudio cuantitativo, con diseño cuasiexperimental pretest- postest	Los participantes en la formación (98% mujeres) describieron un mal estado de salud, con altos niveles de cansancio, dolor y limitaciones, con diferencias significativas en función del perfil sociodemográfico. Tras la formación, mejoró el estrés emocional y los hábitos de vida, se redujeron las visitas médicas y aumentó el automanejo de la enfermedad.
El sesgo de género, uno de los principales problemas en el abordaje de pacientes con dolor crónico	La Sociedad Española del Dolor (SED)	2022	Una jornada (#TuDolorImporta)	Existe un sesgo de género en el diagnóstico y tratamiento del dolor crónico, las mujeres presentan mayores barreras y tiempos de diagnóstico más prolongados. Ya que el dolor crónico tiene un impacto significativo en la calidad de vida, se destaca la necesidad de una atención más centrada en el paciente y una mayor flexibilidad en el sistema de salud.
Dolor crónico generalizado y fibromialgia. Diagnóstico de pruebas objetivas, comorbilidad, complejidad y gasto sanitario	Emma Marianela Morales Espinoza	2018	2 estudios de casos y controles	Pacientes con dolor crónico generalizado (DCG) tienen mayor prevalencia de comorbilidades como infarto de miocardio, diabetes mellitus y enfermedades de tejido conectivo. También muestran mayor complejidad y severidad, junto con factores de riesgo cardiovasculares como obesidad, sedentarismo, hipertensión y diabetes. El consumo sanitario es significativamente más alto en pacientes con DCG en términos de visitas médicas, pruebas y medicamentos.
Percepciones de la Fibromialgia: Estrategias de autoatención de las enfermas vs. la (des)atención médica	María del Carmen Carrasco Acosta y Celeste Jiménez de Madariaga.	2015	Estudio cualitativo de tipo fenomenológico combinado con el Modelo de Enfermedad Atención-Autoatención	Los resultados muestran que desde la atención biomédica no se contempla el proceso histórico de la experiencia individual y colectiva del dolor, ni su dimensión simbólica y cultural. Lo cual produce una atención fraccionada que es percibida por las informantes como "no gratificante".

Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de los artículos seleccionados.