



Universidad
Zaragoza



**Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud**

Grado de Enfermería

Curso Académico 2011 / 2012

TRABAJO FIN DE GRADO:

**TÍTULO: FIBROMIALGIA. Tto. Antidepresivo y del Dolor VS.
Antipsicótico**

Autor: Pedro Baquero Ansón

Tutora: Concepción Tomás



CALIFICACIÓN

INDICE:

INTRODUCCIÓN _____ pág.3

OBJETIVOS _____ pág.4

METODOLOGÍA _____ pág.4

DESARROLLO _____ pág.4-9

CONCLUSIONES _____ pág.9

BIBLIOGRAFÍA _____ pág.10-12

ANEXO 1 _____ pág.13-29

INTRODUCCIÓN

Según la Asociación Española de Reumatología la Fibromialgia (FM) "es una enfermedad de etiología desconocida que se caracteriza por dolor crónico generalizado que el paciente localiza en el aparato locomotor. Además de otros síntomas como fatiga intensa, alteraciones del sueño, parestesias en extremidades, depresión, ansiedad, rigidez articular, cefaleas y sensación de tumefacción en manos". También presentan con frecuencia una hipersensibilidad al dolor que se manifiesta por la aparición de una sensación dolorosa a la presión en múltiples sitios del aparato locomotor, denominados puntos gatillo, que no se observa en los sujetos sanos. (1)

Desde 1992, la OMS la considera como un diagnóstico diferenciado y la clasifica entre los reumatismos de partes blandas. (1)

Es una dolencia frecuente con una importante repercusión sociosanitaria y psicosocial. (2) La prevalencia en España de la FM se estima en un 2,4% de la población general mayor de 20 años, lo que representa en valores absolutos en España unas 700.000 personas con FM. La relación de hombre-mujer es de 1:21. Por edades, la prevalencia máxima es entre los 40 y los 49 años (4,9%). (3)

Biológicamente, el dolor es el síntoma más frecuente. A éste le siguen otros síntomas casi tan prevalentes como el anterior como fatiga o astenia en el 90% de los casos y trastornos del sueño (70%). Otros son: síndrome del intestino irritable (40%), cefaleas crónicas, migraña, cefalea tensional fija (50%), alteraciones en la concentración y memoria, rigidez matutina de articulaciones (80%), acorachamiento de manos, hormigueo, síndrome del túnel carpiano (60%) y ansiedad (50%). (4)

Psicológicamente, existe una elevada evidencia científica que relaciona la Fibromialgia con distintos problemas anímicos (5). Éstos incluyen depresión, ansiedad, crisis de pánico y trastorno de estrés postraumático. Por lo que presentan una prevalencia más elevada de depresión (20-80%) y ansiedad (13-63,8%). (4)

La esfera social también está afectada. La mayoría de las pacientes se encuentran en edad laboral activa, de modo que la FM constituye un importante problema socioeconómico, asociado a una disminución de las actividades laborales y extralaborales, con un gasto aproximado por paciente de 10.000 euros al año. (4)

La mayoría de los pacientes con FM son tratados con varios antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos a la vez, y en ocasiones acompañados de parches de morfina. Y empieza a ser frecuente que esta prescripción se haga frente a cualquier presentación de dolor generalizado que se atribuye a FM aunque no cumpla los criterios diagnósticos. Si el dolor se puede presentar en el 32% de las mujeres y el 15% de los hombres, ¿hemos de dar psicofármacos al 30% de la población? (6)

En la actualidad no hay cura para la FM y los tratamientos se enfocan al manejo de los síntomas evitando, en lo posible, una evolución tórpida. El tratamiento requiere de un abordaje multidisciplinar, pero son pocas las unidades en la sanidad pública española que trabajan con este enfoque. (7)

Para el manejo terapéutico es fundamental considerar el dolor, la función física, pero también prestar atención a los factores emocionales que acompañan a la FM. (8)

OBJETIVOS

1. Analizar, a través de la revisión bibliográfica, los diferentes tipos de tratamientos aplicados en pacientes con fibromialgia, frente al dolor y la depresión, y comparar sus resultados.
2. Identificar y realizar una propuesta de intervenciones enfermeras que mejoren la calidad de vida de las y los pacientes con fibromialgia.

METODOLOGÍA

1. Se ha realizado una revisión bibliográfica en los buscadores científicos PUBMED y CUIDEN. Como palabras clave de búsqueda se han utilizado "fibromialgia", "tratamiento de la fibromialgia", "tratamiento antidepresivo y antipsicótico en fibromialgia". De las tres búsquedas realizadas, sólo la de "fibromialgia" ha dado resultados en ambos buscadores, en CUIDEN un total de 35 registros recuperados de los que he utilizado 14 artículos; y en PUBMED con temporalización en los últimos 5 años, especie humana y español, un total de 44 resultados de los que me ha servido 1 artículo.
2. Se realiza un plan de cuidados, utilizando los lenguajes NANDA, NIC, NOC, que mejore la calidad de vida de los pacientes con FM.

DESARROLLO

1. La revisión bibliográfica realizada ha permitido identificar para este estudio 15 artículos, que explican los tratamientos realizados y sus efectos.

El artículo de Javier Pérez Pareja, muestra una evidencia relacionada con la depresión y su relación con el dolor crónico y la FM. Señala que se puede referir, o bien a un vínculo de comorbilidad, o bien a que la depresión aparece como un fenómeno producido a consecuencia del padecimiento del dolor a largo plazo. En cuanto a la ansiedad, su aportación se centra en la identificación de un perfil de ansiedad específico que presentan los pacientes con fibromialgia frente a pacientes con otros diagnósticos que discurren con dolor crónico. (9)

Los pacientes asumen que ante la FM nunca pueden disminuir o cambiar su dolor, que la medicación pocas veces se lo puede controlar ni se lo quita, sintiéndose bastantes limitados en sus actividades diarias, preocupados por el dolor, percibiéndolo como superior a sus posibilidades. (10)

También perciben un menor control sobre su dolor en comparación con otras patologías reumáticas, valorándolo más como una amenaza que como un desafío y mostrando un bajo autocontrol sobre el mismo. (10)

Hay una corriente de profesionales que en 1999 describen una serie de

rasgos acerca de los pacientes con FM con la que se podría justificar el uso de antipsicóticos junto a antidepresivos en el tratamiento. Señalan que hay una comorbilidad, dolor con su depresión asociada y una patología psiquiátrica, argumentándolo así: "la sintomatología... aparece más en mujeres (90%)..., con mala disposición hacia los psicofármacos y alta utilización de analgésicos, con síntomas sugerentes de mala salud psíquica y alta puntuación en hipocondría, histeria, psicastenia, esquizofrenia y depresión. Se tiene la impresión de que algunos de los síntomas descritos son aprendidos,...; siendo hijas de madres a las que describen como severas, controladoras y arbitrarias" (11). Ello plantea una serie de cuestiones: ¿se puede separar la FM de lo psíquico o de lo somático? y ¿en qué porcentaje influye lo uno en lo otro? (11). También nos dice que el dolor crónico va unido a una personalidad especial con una manera diferente de resolver y de vivir lo doloroso, que es el sufrimiento, y que da como resultado "un síndrome de tan improbable etiología y de tan complicado polimorfismo". (11)

Pero otros estudios lo discuten de manera contundente. Un trabajo de María del Carmen Ubago (5), concluye que de su grupo de 258 pacientes, el 50% tuvo algún antecedente de patología mental antes del diagnóstico de FM, pero que el resto que no tuvieron, sólo el 2,8% lo desarrollaron tras el diagnóstico, lo que parece contradecir la hipótesis de que la FM pueda ser una entidad puramente psiquiátrica (5).

Otro estudio de Pau Martínez nos refrenda al anterior concluyendo que en las personas del grupo de estudio la FM es un trastorno que se manifiesta a partir de síntomas reumatólogicos. Observan que la clínica de la FM guarda importantes diferencias con la conversión histérica y con la de los trastornos psicosomáticos. Hablan de una serie de factores que pueden haber condicionado la aparición de la FM en la personas del estudio destacando el haber padecido previamente una enfermedad física debilitante; haberse sometido continuamente a sobreesfuerzo físico; asumir durante la infancia responsabilidades que sobrepasaban las capacidades propias de un niño; y/o no tener en cuenta que la fortaleza física y mental se resiente con el sobreesfuerzo. (12). Por lo que se deduce que el factor psiquiátrico no es patognomónico de la FM aunque sí la depresión promovida por el dolor crónico.

La corriente actual encontrada (13) identifica los siguientes subgrupos clasificatorios en el paciente que cumple los criterios vigentes de FM, pacientes sin ninguna enfermedad concomitante (FM tipo I), pacientes con enfermedades crónicas reumáticas y autoinmunitarias (FM tipo II), pacientes con grave alteración en la esfera psicopatológica (FM tipo III) y pacientes que simulan el padecimiento de la FM (FM tipo IV) (3-13).

El riesgo es interpretar los síntomas como de origen psicológico, sentenciando al paciente a la incertidumbre, a la potencial desacreditación social o laboral, y al peregrinaje médico y de tratamientos que puede durar años hasta su correcto diagnóstico. (14)

Silvia L. Gil nos dice que la depresión no está necesariamente relacionada con la enfermedad; no ver salida real y no contar con apoyo es lo que puede provocarla (15).

Queda demostrado la estrecha relación entre dolor crónico y depresión, por lo que el tratamiento debe ser conjunto. No así el vínculo entre dolor crónico, depresión y patología psiquiátrica mayor, por lo que el uso de antipsicóticos es más discutido. Por ello el manejo terapéutico farmacológico debe ser una combinación del tratamiento del dolor y la depresión.

Las manifestaciones de la FM varían de un paciente a otro, por lo que se deduce que lo que sirve para un paciente puede ser que no sirva para otro. Además, los profesionales frecuentemente tienen sus propias preferencias con respecto al tratamiento. (17) El tratamiento debe ser individualizado y adaptado al paciente según el dolor y la impotencia funcional y siempre introducido de forma lenta y progresiva. (18)

Se debe tener en cuenta no sólo el elevado número de fármacos que se utilizan y que no siempre han demostrado efectividad en la FM, sino también la toxicidad asociada (10).

Puesto que el tratamiento exitoso puede implicar la combinación de una variedad de profesionales de salud, los pacientes generalmente se benefician de un acercamiento al tratamiento de la enfermedad coordinado y en equipos multidisciplinares que les entiendan. (17)

MANEJO DEL RÉGIMEN TERAPEÚTICO EN EL PACIENTE CON FIBROMIALGÍA:

Incluye lo siguiente

Tratamiento farmacológico del dolor

Algésicos y antiinflamatorios: opioide tramadol aunque no se recomienda la administración de corticoesteroides.

Relajantes musculares: ciclobenzaprina a dosis bajas ha mostrado utilidad en la mejoría del dolor y el sueño.

Otro fármacos: puesto que algunos autores consideran la FM como dolor neuropático se ha administrado gabapentina y pregabalina con resultados dispares. (19-18)

Tratamiento farmacológico de la depresión

Antidepresivos tricíclicos: amitriptilina y nortriptilina a corto plazo producen una mejoría clínicamente significativa hasta 30% en el dolor, calidad de sueño y la sensación de bienestar.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: la inhibición dual de la recaptación de serotonina y noradrenalina (venlafaxina, minalcipram, duloxetina) ha mostrado más eficacia que los inhibidores selectivos de serotonina (fluoxetina). Aunque es importante tener en cuenta la posible aparición de un síndrome serotoninérgico(19-18).

La combinación de analgésicos/ AINES con antidepresivos se ha demostrado como la más efectiva dentro del arsenal terapéutico farmacológico (5)

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Hay consenso en considerar que este tratamiento ha de ser multidisciplinar, proponiendo programas de Educación para la Salud dirigida a pacientes con FM. Los beneficios de estos programas son más notables en pacientes que presentan mayor discapacidad funcional. (19)

El mayor beneficio del tratamiento no farmacológico es el cambio de actitud positiva, la mejoría de la autoeficacia y del automanejo. (19)

-Ejercicio físico: paciente y sanitarios lo deben considerar como parte esencial del tratamiento y, regular su dosis, según la eficacia y la tolerancia del paciente. El inicio del ejercicio puede causar aumento de síntomas dando lugar a una conducta de evitación. Se debe basar en ejercicios aeróbicos de fortalecimiento y tonificación que mejoran el dolor mejor que otros de estiramientos exclusivamente. Se puede asociar crioterapia local, termoterapia mediante fototerapia, ultrasonidos o diatermia, mesoterapia y TENS de baja frecuencia. (18)

La enseñanza de auto masajes para que el paciente los pueda realizar en su domicilio ayuda a calmar el dolor y contribuye a aumentar la circulación de los músculos tensos y doloridos. (6)

Durante la realización de estos ejercicios se recomienda que se acompañe los movimientos con la respiración, ya que ayudara a la relajación. (13)

Las técnicas de biofeedback y relajación se han mostrado eficaces en la mejora de la autoeficacia de los pacientes con FM. (20).

-El tratamiento cognitivo-conductual incluye una fase educacional que informa al paciente sobre la FM y el afrontamiento, una fase de adquisición de habilidades y una fase de puesta en práctica cuyo fin es el control de síntomas. Existen evidencias de la mejoría del dolor, la función física, la fatiga, la depresión y el impacto de la enfermedad con esta técnica (19).

-Respecto a las intervenciones grupales incidir en: Ofrecer una atención estructurada y partir de un enfoque psicoeducativo para ayudar, respetuosamente, a comprender y reconocer los mecanismos psicológicos, relaciones y sociológicos a través de los cuales funcionan. Realizar entrenamiento en habilidades de resolución de conflictos y estrategias de afrontamiento. (21)

2. Desarrollo del plan de cuidados. Intervención enfermera

En este apartado se describe el plan de cuidados desarrollado según la efectividad de las intervenciones que señalan los artículos publicados.

Un objetivo enfermero es conseguir que el paciente adopte una actitud positiva, involucrándose en su tratamiento para alcanzar conjuntamente los resultados deseados. La colaboración del paciente es imprescindible, ya que la mejoría depende en gran medida de él (22)

Mª Dolores Gil demostró mediante la realización de talleres de cuidados enfermeros (2) en pacientes con FM, una reducción en el dolor percibido en los puntos gatillo del 40%, mejoría en la evaluación de salud de un 30% y

mejoría en la calidad del sueño de un 35%. (2) También, en otro estudio (23), llega a la conclusión de que los cuidados de enfermería ayudan a aceptar, manejar y cuidar su enfermedad mejorando su calidad de vida dándoles educación e información al paciente y la familia, desarrollando un buen aprendizaje en las técnicas de ejercicios y ayudando a elevar la autestima. (23)

En el Plan de Cuidados propuesto, atendemos a los siguientes diagnósticos NANDA principales relacionados con la FM, con sus NIC y NOC:

- **NANDA:** Dolor crónico r/c incapacidad física o psicosocial crónica. (24)
NIC: Manejo del dolor, Administración de analgésicos, *Terapia de relajación simple*, Fomento del ejercicio. (25)
NOC: Control del dolor (26)
- **NANDA:** Afrontamiento ineffectivo r/c falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación. (24)
NIC: Aumentar el afrontamiento, Asesoramiento, Apoyo emocional, Aumentar los sistemas de apoyo, Terapia de grupo. (25)
NOC: Conducta de búsqueda de la salud. (26)
- **NANDA:** Deterioro de la adaptación r/c la falta de optimismo, no hay intentos de cambiar la conducta y actitud negativa hacia la conducta de salud. (24)
NIC: Grupos de apoyo, Asesoramiento, Terapia de grupo, Aumentar el afrontamiento, Disminución de la ansiedad, Modificación de la conducta, Enseñanza: proceso de enfermedad. (25)
NOC: Aceptación: Estado de salud. (26)
- **NANDA:** Ansiedad r/c necesidades no satisfechas y amenaza de cambio: en el rol, en el estado de salud, en el entorno, en los patrones de interacción, en la situación económica. (24)
NIC: Disminución de la ansiedad, Terapia de relajación simple, Grupo de apoyo. (25)
NOC: Control de la ansiedad. (26)
- **NANDA:** Deterioro del patrón del sueño r/c. Pensamientos repetitivos antes del sueño, higiene del sueño inadecuada, el patrón de actividad diurna. (24)
NIC: Fomentar el sueño, Aumentar el afrontamiento. (25)
NOC: Sueño. (26)
- **NANDA:** Fatiga r/c sensación sostenida de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico a nivel habitual. (24)
NIC: Manejo de la energía, Fomento del ejercicio, Fomentar el sueño, Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito. (25)
NOC: Conservación de la energía. (26)
- **NANDA:** Baja autoestima crónica r/c larga duración de sentimientos negativos hacia uno mismo o sus capacidades. (24)
NIC: Apoyo emocional, Potenciación de la autoestima. (25)
NOC: Autoestima. (26)

El desarrollo completo se presenta en el Anexo 1

CONCLUSIONES

La FM y la depresión suelen ir ligadas al mismo proceso de dolor crónico; junto a éstas, la ansiedad. No así las patologías psicóticas, aunque en

algunos pacientes puedan coexistir. Por ello se justifica el uso de tratamientos para el dolor junto a tratamientos para la depresión y la ansiedad, rechazando el uso no necesario de antipsicóticos.

Los profesionales sanitarios deben atender a los niveles demostrados de efectividad de los tratamientos a fin de administrar los estrictamente necesarios y evitar el uso de medicamentos no adecuados. Tampoco hacer diagnósticos psiquiátricos que pudieran presentar este tipo de pacientes sin una evaluación concreta por parte de un especialista, y con ello evitar el administrar antipsicóticos a los pacientes que no lo precisen.

Enfermería tiene una importante labor en el correcto manejo del tratamiento farmacológico y no farmacológico, hasta el punto de que con su intervención puede llegar a evitar la utilización de fármacos de mayor índole y/o de no demostrada eficacia en la FM, proponer opciones terapéuticas no farmacológicas y objetivar las reacciones adversas de la totalidad del régimen terapéutico del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.** J. Rivera, C. Alegre, F.J. Ballina, J. Carbonell, L. Carmona, B. Castel, y otros. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol Clin.* 2006;2 Supl 1: 55-66.
- 2.** Gil de Gallego, M Dolores. [Programa de cuidados de enfermería en pacientes confibromialgia](#). Alicante. 2000. Pp. 49-56. Comunicación.
- 3.** Dagmar Keller, Manuel de Gracia, Ramón Cladellas. Subtipos de pacientes con fibromialgia, características psicopatológicas y calidad de vida. *Actas Esp Psiquiatr* 2011;39(5):273-9
- 4.** Santiago Rojano, Gema Pilar; León Vilches, Irene; Periáñez Cordero, María del Rocío. Efectividad de las intervenciones de la Enfermera de Salud Mental en mujeres con Fibromialgia para un mejor afrontamiento a las actividades de la vida diaria. *Biblioteca Lascasas*, 2011; 7(3). Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0618.php>
- 5.** Ubago Linares M^a C., Ruiz Pérez I., Bermejo Pérez M^a J., Labry Lima A., Plazaola Castaño J.; Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia: Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Rev. Esp. Salud Pública* [revista en la Internet]. 2005 Dic [citado 2012 Abr 21] ; 79(6): 683-695. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000600008&lng=es.
- 6.** Carme Valls Llobet. La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la inferioridad. [citado 2012 Abr 20]. Disponible en: http://www.sare-emakunde.com/media2/contenidos/archivos/Valls-Llobet.C_08_cast.pdf
- 7.** Carrasco Acosta M^a C., Jiménez de Madariaga C., Márquez Garrido M. Fibromialgia: cuando el dolor es una historia de vida. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2010 Sep [citado 2012 Abr 20] ; 19(2-3): 196-200. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200027&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962010000200027>.
- 8.** Alegre C, Pereda CA, Nishishinya B, Rivera J. Revisión sistemática de las intervenciones farmacológicas en la fibromialgia. *Med Clin (Barc)* 2005; 125: 784-787
- 9.** Pérez-Pareja J., Borrás C., PalmerA., Sesé A.. Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema* 2004; 16(3):415-42
- 10.** Soucase B., Monsalve V., Soriano J. F., Andrés J. de. Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [revista en la Internet]. 2004 Sep [citado 2012 Abr 21] ; 11(6): 45-51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000600004&lng=es.
- 11.** González Carmona F.; ¿Es el dolor crónico un problema psiquiátrico aún no clasificado? La fibromialgia. *Revista electrónica de Psiquiatría*. Vol. 3, No. 3, Septiembre 1999
- 12.** Martínez Farrero P.; Fibromialgia: Una nueva enfermedad... o una antigua conocida. *Informaciones Psiquiátricas - Primer trimestre 2010*. Número 199. Disponible en: http://www.revistahospitalarias.org/info_2010/01_199_03.htm
- 13.** Belenguer R, Ramos M, Siso A, Rivera, J. Clasificación de la fibromialgia: revisión sistémica de la literatura. *Reumatología Clínica* 2009;5(2): 55-62.

- 14.** Marchesoni CL, et al. Fibromialgia para neurólogos. Controversias sobre una consulta frecuente. Neurol Arg. 2012.
doi:10.1016/j.neuarg.2011.12.005
- 15.** Gil L. S.; "Entonces, ¿te diagnostico fibromialgia?". Diagonal Periódico.net. 5 DE MAYO DE 2011. NÚMERO 149
- 16.** Buskila D, Neumann L. Musculoskeletal injury as a trigger for fibromyalgia/posttraumatic fibromyalgia. Curr Rheumatol Rep 2000; 2: 104-108.
- 17.** National Fibromyalgia Partnership, Inc. [Fibromialgia: Síntomas, diagnóstico, tratamientos e investigación](#). 2001. Documento electrónico.
- 18.** Yuste Grijalba F. J., Yuste Echarren F.J., A. Vidal. La fibromialgia es una enfermedad bajo sospecha injustificada. [citado 2012 Abr 15]. Disponible en: <http://www.afigranca.org/docs/La-FM-Dr-Yuste-Grijalba.pdf>
- 19.** Staud R. Fibromyalgia pain: do you know the source? Curr Opin Rheumatol 2004; 16 (2): 157 – 163.
- 20.** Rodríguez de la Serna A. Fibromialgia. Dolor miofascial. En: Manual SER de las enfermedades reumáticas. 5º ed. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2008. p. 426 – 433.
- 21.** Camino Vallhonrat Agustín, Jiménez Rico Beatriz, Castro-Palomino i Serra Margarita de, Fábregas Montse. Ira, fibromialgia y ansiedad: aproximación terapéutica desde un CSM. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [revista en la Internet]. 2009 [citado 2012 Abr 21] ; 29(1): 203-215. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000100015&lng=es.
- 22.** Marion Johnson, Meridean Maas, Sue Moorhead, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (CIE). Madrid: Elsevier España S.A.; 2003.
- 23.** Gil del Gallego Mª D.; Desarrollo de los talleres de cuidados de enfermería en pacientes con fibromialgia de la consulta de reumatología del hospital de Alcoy. LIRE, nº 56 del primer trimestre de 2001.
- 24.** Sheila Sparks Ralph, Martha Craft-Rosenberg, T. Heather Herdman, Mary Ann Lavin, editores. NANDA, Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004. Madrid: Elsevier España S.A.; 2005.
- 25.** McCloskey, Gloria M. Bulechek, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Madrid: Ediciones Harcourt, S.A.; 2002.
- 26.** Keller D , de Gracia M , R Cladellas . Los subtipos de pacientes con fibromialgia, características psicopatológicas y de calidad de la vida. Actas Esp Psiquiatr 2011; 39 (5): 273-9.
- 27.** Valverde M. Juan A, Rivas B et al. Fibromialgia. En: Estudio EPISER 2000. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2001. p. 77 – 91.

PAGINAS WEB

Carmen Martín Pérez:
www.fibromialgia.nom.es

Confederación Nacional de Fibromialgia y Fatiga Crónica:
www.coordinadorafmfc.org/index.htm

Fundación para la Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica:
www.fundacionfatiga.org

BUSCADORES

Base de datos CUIDEN <http://www.doc6.es/index/>

MEDLINE <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

ANEXO 1 (PROPIUESTA)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON FM

NANDA	NIC (Actividades)	NOC	
00133: Dolor crónico r/c incapacidad física o psicosocial crónica.	1400 <i>Manejo del dolor.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad. - Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad). - Proporcionar información acerca del dolor, tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos. - Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (relajación, distracción, terapia de juegos, aplicación de calor/frío). - Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa. 	1605. Control del dolor <ul style="list-style-type: none"> - 160501. Reconoce factores causales. - 160503. Utiliza medidas preventivas. - 160504. Utiliza medidas de alivio no analgésicas. - 160505. Utiliza los analgésicos de forma apropiada. - 160511. Refiere dolor controlado.

	<p><i>2210 Administración de analgésicos.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. - Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno. - Enseñar el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas de implicación en las decisiones sobre alivio del dolor. 	
	<p><i>6040 Terapia de relajación simple</i></p>	<p>Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (terapia musical, meditación y relajación muscular progresiva).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada. - Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible. - Enseñar a la persona a adoptar una posición cómoda sin ropas que opriman y con los ojos cerrados. - Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz. - Grabar una cinta sobre la técnica de relajación para uso de la persona, según proceda. 	

	<p><i>0200 Fomento del ejercicio</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar las ideas del paciente sobre el efecto del ejercicio físico en la salud. - Informar al paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio. - Instruir la paciente acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas de los ejercicios del programa. - Instruir al paciente en los ejercicios de precalentamiento y relajación adecuados. - Enseñar al paciente técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico. - Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades. - Realizar un registro de la actividad. - Reforzar el programa para potenciar la motivación del paciente. - Si a la persona no le gusta caminar puede optar por otros ejercicios suaves, pero deberá consultarlos previamente con su enfermera/o. 	
--	--	---	--

00069: Afrontamiento inefectivo r/c falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.	5230. <i>Aumentar el afrontamiento</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones. - Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. - Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, pronóstico y tratamiento. - Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. - Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones. - Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. - Animar la implicación familiar. - Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella. 	1603. Conducta de búsqueda de la salud. <ul style="list-style-type: none"> - 160301. Hace preguntas cuando es necesario. - 160306. Describe estrategias para eliminar la conducta insana. - 160308. Realiza la conducta sanitaria prescrita cuando es necesario. - 160309. Busca información actual relacionada con la salud.
--	--	--	---

	5240. Asesoramiento	<ul style="list-style-type: none">- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.- Establecer metas.- Proporcionar información objetiva, según sea necesario y si procede.- Favorecer la expresión de sentimientos.- Pedir al paciente que identifique lo que puede/no puede hacer sobre lo que le sucede.- Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia.- Ayudar al paciente a que identifique puntos fuertes, y reforzarlos.	
--	---------------------	---	--

	5270. <i>Apoyo emocional</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Comentar la experiencia emocional con el paciente. - Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. - Escuchar las expresiones de sentimientos o creencias. - Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuestas habituales a los miedos. - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad. - Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. 	
	5440. <i>Aumentar los sistemas de apoyo.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el grado de apoyo familiar. - Implicar a la familia/seres queridos/amigos en los cuidados y la planificación. 	

	<p><i>5430. Grupos de apoyo</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el nivel y conveniencia del sistema actual de apoyo del paciente. - Utilizar un grupo de apoyo durante las etapas transicionales para ayudar al paciente a que se adapte a un nuevo estilo de vida. - Determinar el objetivo del grupo y la naturaleza del proceso grupal. - Crear una atmósfera relajada y de aceptación. - Clarificar desde el principio las metas del grupo y las responsabilidades de sus miembros y de su líder. - Formar un grupo de tamaño óptimo: de 5 a 12 miembros. - Establecer un lugar y una hora para reuniones grupales. - Vigilar y dirigir la implicación activa de los miembros del grupo. - Ayudar al grupo a progresar en las etapas de desarrollo grupal: desde la orientación, pasando por la cohesión hasta la conclusión. 	
--	-------------------------------------	--	--

	5450. <i>Terapia de grupo.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Elegir los miembros del grupo que estén dispuestos a participar activamente y hacerse responsables de sus propios problemas. - Determinar si el nivel de motivación es lo suficientemente alto como para beneficiarse de la terapia grupal. - Ayudar al grupo a trabajar en la resistencia a los cambios. - Animar a los miembros a compartir cosas que tengan en común unos con otros. - Confrontar las conductas que amenazan la cohesión del grupo. 	
00070: Deterioro de la adaptación r/c la falta de optimismo, no hay intentos de cambiar la conducta y actitud negativa hacia la conducta de salud.	5430. Grupos de apoyo.		1300. Aceptación: Estado de salud. <ul style="list-style-type: none"> - 130007. Expresa sentimientos sobre el estado de salud. - 130009. Búsqueda de información. - 130010. Superación de la situación de salud. - 130011. Toma decisiones relacionadas con la salud. - 130014. Realización de tareas de cuidados personales

	5240. Asesoramiento.		
	5450. Terapia de grupo.		
	5230. Aumentar el afrontamiento.		
	5820. Disminución de la ansiedad.	<ul style="list-style-type: none">- Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, pronóstico y tratamiento.- Escuchar con atención.- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.	

	4360. Modificación de la conducta.	<ul style="list-style-type: none">- Determinar la motivación al cambio del paciente.- Fomentar la situación de hábitos indeseables por hábitos deseables.- Animar al paciente a que examine su propia conducta.- Identificar la conducta que ha de cambiarse (conducta objetivo), en términos específicos, concretos.- Desarrollar un programa de cambio de conducta.- Animar al paciente a participar en el registro de conductas.- Administrar refuerzos positivos en las conductas que han de incrementarse.	
--	------------------------------------	---	--

	5602. Enseñanza: proceso de enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el nivel de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. - Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad. - Comentar los cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad. - Discutir las opciones de terapia/ tratamiento. - Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad, si procede. - Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar síntomas, si procede. - Explorar recursos/apoyo posibles, según cada caso. 	
00146: Ansiedad r/c necesidades no satisfechas y amenaza de cambio: en el rol, en el estado de salud, en el entorno, en los patrones de interacción, en la situación económica.	5820. <i>Disminución de la ansiedad.</i>		NOC: 1402. Control de la ansiedad. ⁽²⁰⁾ <ul style="list-style-type: none"> - 140203. Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso. - 140204. Busca información para reducir la ansiedad - 140207. Utiliza

			técnicas de relajación para reducir la ansiedad. - 140209. Refiere incremento de la duración del tiempo entre episodios. - 140210. Mantiene el desempeño del rol. - 140211. Conserva las relaciones sociales. - 140217. Controla la respuesta de ansiedad.
	6040 <i>Terapia de relajación simple.</i>		

	5430 Grupo de apoyo.		
00095: Deterioro del patrón del sueño r/c. Pensamientos repetitivos antes del sueño, higiene del sueño inadecuada, el patrón de actividad diurna.	1850. Fomentar el sueño.	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente. - Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperaturas, colchón y cama) para favorecer el sueño. - Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño. - Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran el sueño. 	0004 Sueño. <ul style="list-style-type: none"> - 00401. Horas de sueño. - 00403. Patrón de Sueño. - 00404. Calidad de sueño. - 00406. Sueño interrumpido. - 00407. Hábito de sueño. - 00408. Sensación de rejuvenecimiento después del sueño. - 00410. Despertar a horas apropiadas.

	5230 Aumentar el afrontamiento.	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. - Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico. - Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. - Alentar las manifestaciones de sentimientos, percepciones y miedos. - Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida. 	
00093: Fatiga r/c sensación sostenida de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico a nivel habitual.	0180. <i>Manejo de la energía.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar las limitaciones físicas del paciente. - Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga. 	0002 Conservación de la energía. <ul style="list-style-type: none"> - 000201. Equilibrio entre actividad y descanso. - 000203. Reconoce limitaciones de energía. - 000204. Utiliza técnicas de conservación de energía. - 000205. Adapta el estilo de vida al nivel de energía.

	0200. Fomento del ejercicio.		
	1850. Fomentar el sueño.		
	5612. Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito.	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio prescrito. - Enseñar al paciente cómo controlar la tolerancia a la actividad/ejercicio. - Enseñar al paciente una buena postura y la mecánica corporal si procede. 	

00119: Baja autoestima crónica r/c larga duración de sentimientos negativos hacia uno mismo o sus capacidades.	5270. <i>Apoyo emocional.</i>		1205 Autoestima. - 120501 Verbalizaciones de autoaceptación. - 120502 Aceptación de las propias limitaciones. - 120514 Aceptación de críticas constructivas. - 120519 Sentimientos sobre su propia persona.
	5400. <i>Potenciación de la autoestima.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente a identificar sus virtudes. - Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima alta. - Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo. 	