



Universidad Pública de Navarra  
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias de la Salud  
Osasun Zientzien Fakultatea

Trabajo Fin de Grado / Gradu Bukaerako Lana

Grado en Enfermería / Erizaintzan Gradua

# ABORDAJE DEL DOLOR CRÓNICO CENTRALIZADO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

Claudia Gascón Ruiz

Director/a / Zuzendaria

Andrea Iriarte Roteta

Pamplona/Iruña

Mayo, 2022

## RESUMEN

**Antecedentes:** La Fibromialgia es una enfermedad musculoesquelética, la cual cursa con una sintomatología donde destaca el dolor crónico generalizado. Se trata de un síntoma que tiene consecuencias en múltiples esferas como son la física, laboral, psicológica, social etc. Provocando en las personas que la sufren una incapacidad funcional que altera su estado de salud y por lo tanto su calidad de vida. El tratamiento del dolor crónico generalizado en muchas ocasiones es insuficiente para conseguir un manejo de dolor efectivo.

**Objetivo:** Describir el manejo del dolor crónico generalizado en pacientes con Fibromialgia, así como el rol y barreras que podrían encontrar los profesionales de enfermería a la hora de realizar un abordaje del mismo.

**Metodología:** Se realiza una revisión bibliográfica a partir de artículos científicos que se encuentran en las bases de datos Pubmed, CINAHL, Scielo, Dialnet, Cuiden y Scopus, limitados por el idioma (Castellano/Inglés) y aquellos comprendidos entre 2012 hasta la actualidad. Se obtienen 167 artículos, de los cuales 10 se han utilizado para la revisión. Además, se utilizan Guías de Buenas Prácticas en materia del dolor, así como una Guía de Recomendaciones acerca de la Fibromialgia por parte del Sistema Nacional de Salud.

**Resultados:** Los estudios analizados refieren que el abordaje del dolor crónico se debe hacer por medio de programas multidisciplinares, donde se aúne el tratamiento farmacológico y el no farmacológico. Enfermería, puede adoptar un rol líder del mismo o participar junto con otros profesionales. Las principales funciones que podría desempeñar serían la valoración del dolor, Educación para la Salud o coordinación entre los diferentes profesionales del equipo, siendo la principal barrera para llevar un correcto abordaje la falta de formación en materia de dolor crónico.

**Conclusiones:** El abordaje del dolor crónico generalizado se debe realizar uniendo terapias farmacológicas y no farmacológicas, las cuales permiten a los pacientes aceptar, afrontar y adquirir herramientas para el manejo del dolor. Enfermería constituye un pilar fundamental del mismo a la hora de realizar valoraciones y Educación para la salud.

**Palabras Clave:** Fibromialgia, dolor crónico, enfermería, intervenciones, abordaje, tratamiento farmacológico, tratamiento no farmacológico.

**Palabras totales:** 10.062

## ABSTRACT

**Background:** Fibromyalgia is a musculoskeletal disease, that has a symptomatology where chronic widespread pain outstands. It is considered a symptom that has several consequences on physical, psychological, social and labor fields. Causing functional disability that disrupts its health condition and quality of life. Chronic widespread pain treatment sometimes is not enough to achieve an effective chronic pain management.

**Objective:** Describe chronic widespread pain management in patients that suffer from Fibromyalgia, and nurses role or barriers in order to conduct a chronic pain approachment.

**Methodology:** A bibliographic review based on scientific articles from Pubmed, CINAHL, Scielo, Dialnet, Cuiden and Scopus, databases is carried out. The research has been limited by language (English/Spanish) and time, those articles who are between 2012 and 2022. The research shown 167 articles, from those 10 were chosen for the bibliographic review. Furthermore Good Practice Guidances (GPC) and National Health System Guidelines were used.

**Results:** Studies conclude that management of chronic widespread pain has to be multidisciplinary. Mixing pharmacological and not pharmacological treatments. Nurse practitioners can adopt a leading role or participate on multidisciplinary equipments with other health professionals. Some of the functions that nursing professionals can develop are pain valuation, Health education or coordination among different health professionals, being the principal barrier of developing its work the lack of information in matter of chronic pain.

**Conclusions:** Chronic widespread pain has to be managed by pharmacologic and non pharmacologic therapies, which allow patients to assume its illness and get abilities to manage the pain. Nurse professionals are important for making valuations and Health education and promotion.

**Key words:** Fibromyalgia, chronic widespread pain, nursing, interventions, management, pharmacological treatment, non pharmacological treatment.

## ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
2.	OBJETIVOS.....	7
2.1.	Objetivo general.....	7
2.2.	Objetivos específicos.....	7
3.	MATERIAL Y MÉTODOS .....	8
3.1.	Diseño.....	8
3.2.	Estrategia de búsqueda.....	8
3.3.	Criterios de selección .....	11
3.4.	Selección de documentos .....	11
3.4.1.	Bases de datos.....	11
3.4.2.	Guía de Buenas Prácticas Clínicas .....	13
3.4.3.	Guías de recomendaciones terapéuticas.....	14
4.	RESULTADOS .....	15
4.1.	Características del tratamiento del dolor crónico generalizado en pacientes con Fibromialgia.....	20
4.2.	Abordaje farmacológico.....	21
4.3.	Abordaje no farmacológico.....	22
4.3.1.	Ejercicio físico.....	22
4.3.2.	Intervenciones psicológicas .....	24
4.3.3.	Medicina complementaria / alternativa .....	25
4.4.	Rol de Enfermería en el abordaje del dolor crónico generalizado en pacientes con Fibromialgia.....	26
4.4.1.	Valoración del dolor crónico generalizado .....	26
4.4.2.	Educación para la salud.....	28
4.4.3.	Coordinación con equipo multidisciplinar .....	29
4.5.	Posibles barreras para la práctica enfermera .....	30
5.	DISCUSIÓN.....	32
6.	CONCLUSIONES .....	37
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	38

## LISTADO DE TABLAS Y FIGURAS

### **Tablas**

- Tabla 1. Pregunta PIO
- Tabla 2. Palabras Clave
- Tabla 3. Estrategia de búsqueda inglés
- Tabla 4. Estrategia búsqueda castellano
- Tabla 5. Registro de búsquedas
- Tabla 6. Resumen artículos seleccionados

### **Figuras**

- Figura 1. Imagen de los 18 “Tender points”

## LISTADO ACRÓNIMOS

BPSO: Best Practices Spotlight Organization ®

CADC: Cuestionario autoeficacia en dolor crónico

EPA: Enfermera de Práctica Avanzada

EPISER: Enfermedades reumáticas en población adulta en España

FIQ: Cuestionario Impacto Fibromialgia / Fibromyalgia Impact Questionnaire

FM: Fibromialgia

GPC: Good Practice Guidances / GBP: Guías de Buenas Prácticas

ICAF: Índice combinado de afectación de enfermos con FM

NRS: Escala Numérica

PCBE: Prácticas Clínicas Basadas en la Evidencia

RNAO: Registered Nurses' Association of Ontario

SFM: Síndrome de Fibromialgia

SNS: Servicio Nacional de Salud

## 1. INTRODUCCIÓN

La Fibromialgia (FM) es una enfermedad que se caracteriza por un cursar con una sintomatología donde destaca el dolor musculoesquelético difuso, englobada por la CIE-11 como dolor generalizado crónico. <sup>1</sup> Se trata de una afección que puede incluir otros síntomas como cansancio, trastornos del sueño, depresión y ansiedad, que interfiere en la esfera emocional, física y social de la persona (ver Tabla 1). <sup>1,2</sup>

Se produce una disfunción de los circuitos neuronales tanto en la percepción, transmisión como procesamiento de estímulos nociceptivos, de tal manera que se genera una sensibilización central, la cual produce dolor en el sistema musculoesquelético, que puede no responder a un estímulo real. <sup>2,3</sup>

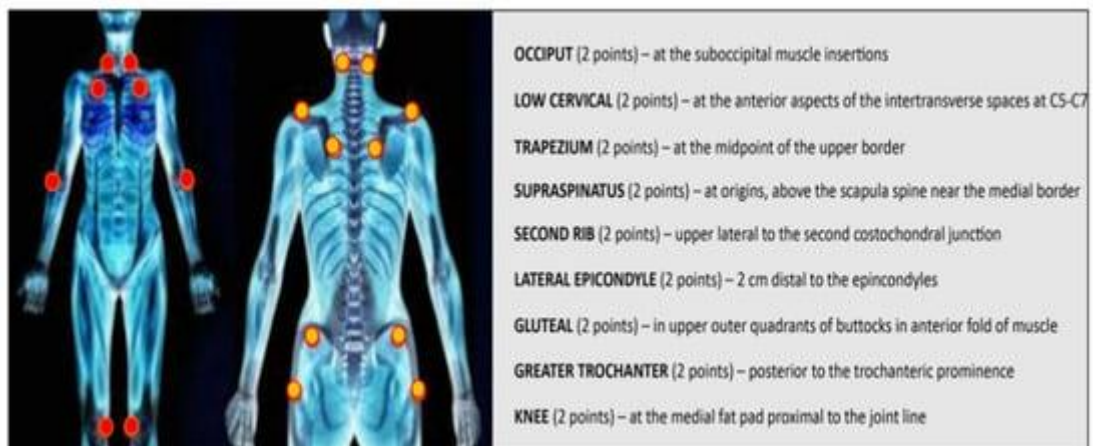
Aproximadamente el 2.45% de la población española padece FM, según el estudio de prevalencia de enfermedades reumáticas en población adulta en España (EPISER), publicado en 2019. <sup>4</sup> Los datos muestran un aumento de la prevalencia frente al 2.37% obtenido en el EPISER del año 2000. También se concluye que la FM es más prevalente en mujeres, con un 4.49%, frente al 0.29% en hombres, además de ser un 68% más frecuente en pacientes que presentan obesidad. <sup>4</sup>

El diagnóstico en ocasiones puede ser complicado, debido a que se realiza por medio de la clínica y no por pruebas diagnósticas. Esto hace que muchas veces se llegue al diagnóstico por medio del diagnóstico diferencial, lo cual aumenta la complejidad pues muchas enfermedades cursan con síntomas similares y podrían parecer FM. <sup>2,5</sup>

La clínica principal de la FM incluye: dolor generalizado, rigidez articular, fatiga, depresión, trastornos del sueño etc. <sup>1-6</sup> La mayoría de los pacientes, presentan alodinia (percibir dolor por medio de estímulos que no son dolorosos) e hiperalgesia (respuesta a estímulos de manera desmesurada). <sup>5</sup> Es por ello que para diagnosticarla con exactitud se requiere la presencia de dolor generalizado durante al menos tres meses, además de la presencia de dolor a la palpación digital en al menos once de los 18 puntos estipulados para el diagnóstico de la FM (ver Figura 1). Por lo que si son positivos ambos criterios se considerará que el paciente presenta FM <sup>2,5</sup>



Figura 1. Imagen de los 18 “Tender points” <sup>2</sup>



Debido a que no se conoce exactamente la etiología de la FM, el tratamiento es sintomático y no curativo. Los objetivos de este radican en el control de síntomas derivados de la misma, como pueden ser el dolor, la fatiga, la mejora del sueño etc.<sup>2,5</sup> Es ahí donde cobra vital importancia entender el tratamiento del mismo por medio de un abordaje multimodal, en el que se incluyen medidas farmacológicas y no farmacológicas, así como capacitar a los pacientes por medio de la adquisición de conocimientos y habilidades que les permita afrontar la enfermedad y aprender a vivir con ella.<sup>2,3,5</sup>

Es importante englobar la percepción de síntomas y el impacto biopsicosocial de la enfermedad en los pacientes cuando se quiere evaluar las repercusiones sobre la salud. Esto nos permite por un lado conocer cómo afecta la FM en el paciente además de valorar la eficacia de los tratamientos empleados. Algunos cuestionarios como el “Fibromyalgia Impact Questionnaire” (FIQ) o “Índice combinado de afectación de enfermos con FM” (ICAF) permiten evaluar el impacto de la FM de manera combinada.<sup>7,8</sup>

La FM implica un gran deterioro en la calidad de vida de los pacientes, pues hasta un 35% de los mismos admiten tener dificultad para realizar actividades de la vida diaria.<sup>5</sup> El dolor crónico generalizado, principal síntoma de esta enfermedad, provoca discapacidad funcional, alteraciones psicológicas (ansiedad o estados depresivos), aislamiento social etc.<sup>3</sup>

Esto implica que además de una disminución en la calidad de vida, existan implicaciones en diferentes esferas de la vida de las personas. El Ministerio de Sanidad de España agrupa el impacto de la FM en los siguientes ámbitos: sobre el estado de salud, familiar, laboral y sistema sanitario. <sup>7,8</sup>

El dolor crónico que experimentan los pacientes con FM afecta a su funcionalidad, calificándolo como “limitante”, además de interferir en el sueño y en la realización de actividades básicas de la vida diaria. <sup>8</sup> Además de las repercusiones sobre la salud física, estudio revelan que personas con FM tienen una mayor predisposición a enfermedades como la ansiedad o depresión. <sup>8</sup> Relacionado con la esfera emocional los pacientes con FM también sienten “inutilidad” y “pérdida de la identidad”, debido a la incapacidad funcional provocada por el dolor crónico. <sup>7</sup>

Dentro de las implicaciones sobre el ámbito familiar, los pacientes refieren un desequilibrio además de una pérdida del rol que ocupan en la familia, a causa de la pérdida funcional que les supone el dolor crónico generalizado. <sup>7,8</sup> Además de la percepción que tienen los pacientes con FM acerca de la validación de su enfermedad, pues en muchas ocasiones se sienten subestimados por su círculo más cercano. Esto se debe a la percepción que tienen los pacientes acerca de que su familia, amigos e incluso personal sanitario no son capaces de comprender la incapacidad que les produce el dolor crónico en su vida. <sup>7,8</sup> Esto provoca un aislamiento social, en el que se ve reducida la interacción con otras personas, y una mayor dificultad para verbalizar sus sentimientos con personas que no sufren de FM. <sup>8</sup>

Todo esto se encuentra relacionado con el impacto sobre el ámbito laboral, pues muchos deben cambiar de trabajo o reducir la jornada laboral, con las consecuencias económicas que esto conlleva. <sup>7,8</sup> Estudios muestran que las bajas por incapacidad y absentismo laboral son hasta 4 veces superiores comparadas con otros trabajadores. <sup>7</sup> Esto se debe a que los pacientes con FM tienen una mayor dificultad para llevar a cabo trabajos donde se exige una alta capacidad física, cargar objetos o mantener la concentración por un periodo de tiempo prolongado, además de la presencia de trastornos psicológicos, como ansiedad o depresión. <sup>7,8</sup>

Además, resulta necesario evaluar el impacto sobre el sistema sanitario. Al tratarse de una enfermedad crónica, que requiere de múltiples cuidados el coste de esta es bastante elevado. En España se estima un coste de 8.654 euros por paciente al año, incluyendo visitas atención primaria y especializada, pruebas diagnósticas, tratamiento farmacológico y no farmacológico. <sup>7</sup> De ahí radica la importancia de abordar la enfermedad de manera global y tratarla de la manera más eficaz posible.<sup>7</sup>

El tratamiento tiene que ser multidisciplinar, de manera que permita un manejo adecuado del dolor, así como de las repercusiones cognitivo - emocionales que sufre el paciente con dolor crónico asociado a la FM <sup>2,5,6</sup>. Se ha demostrado que el abordaje farmacológico por sí mismo no es suficiente. <sup>2</sup> Se han descrito guías para el tratamiento farmacológico de la FM que incluyen los siguientes fármacos: Antiepilépticos (Pregabalina), Antidepresivos, siendo la amitriptilina de elección, aunque también se pueden utilizar Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (Fluoxetina, Paroxetina) o Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (Duloxetina). <sup>5,6</sup> Estos dos últimos junto con los fármacos antiepilépticos se prescriben cuando el tratamiento con Antidepresivos tricíclicos (Amitriptilina) fallan. <sup>5,6</sup>

El tratamiento farmacológico debe emplearse preferiblemente en brotes en los que el dolor no puede controlarse por otros medios, y en el caso de introducirlos, intentar retirarlos lo antes posible. Mientras el paciente tome esta medicación serán necesarios controles exhaustivos para poder identificar posibles efectos adversos. <sup>6</sup>

Aunque el abordaje farmacológico sea el tratamiento de primera elección es insuficiente. <sup>6</sup> En primer lugar, existe una baja aceptación al tratamiento farmacológico por parte de los pacientes debido a los efectos secundarios del mismo y que no consiguen una disminución total del dolor. <sup>8</sup> Otra posible causa, es la sensación percibida que tienen algunos pacientes, con respecto a la falta de tiempo de los profesionales para expresarse, por lo que recurren a la prescripción de fármacos para conseguir el tratamiento del dolor. <sup>8</sup> Por último, estudios revelan que la mejor opción terapéutica para el control del dolor crónico en pacientes con FM es optar por terapias multidisciplinarias, es decir aquellas que aúnan tratamiento farmacológico y no farmacológico. <sup>3,5,6,7,8</sup>

La realización de intervenciones de forma precoz, que permitan abordar la patología atendiendo al paciente de manera holística y atendiendo a las esferas biopsicosociales, permite una mejora en la calidad de vida de las personas. El manejo del dolor por medio de realizar una correcta valoración, así como educación para la salud, permitirá a las personas con FM a llevar la enfermedad de la mejor manera posible.<sup>2,7,8</sup> Esto consiste en la adquisición de conocimientos, actitudes, habilidades a los pacientes para que desarrollen estrategias de afrontamiento que les permita llevar a cabo un buen manejo de la FM y mantengan sus capacidades funcionales en diferentes ámbitos. Se prioriza el abordaje del dolor crónico debido a que es el síntoma predominante, además de que cursa con dificultad en su manejo además de ser el principal motivo que produce la discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria.<sup>8</sup>

Para ello es importante que la Enfermera realice intervenciones a diferentes niveles.<sup>2,7,8</sup> Los profesionales de enfermería deben realizar una valoración adecuada del dolor, tanto en el primer contacto con el paciente, como seriadas para comprobar la eficacia de las intervenciones. Asimismo, debe determinar las implicaciones que tiene el dolor crónico generalizado en la calidad de vida de los pacientes con FM. Las Enfermeras, pueden realizar Educación para la salud con el fin de dotar a los pacientes de estrategias de afrontamiento eficaces. Los profesionales de enfermería pueden liderar o trabajar dentro de los equipos interdisciplinarios que van a llevar el tratamiento interdisciplinario del dolor crónico generalizado en pacientes con FM.<sup>2,7,8</sup>

La enfermera es una figura que puede llevar a cabo intervenciones que permitan una aceptación de la enfermedad y un buen automanejo de la misma. Estudios demuestran que intervenciones cuyo objetivo es el autocuidado son efectivas, pues mejoran los síntomas que sufren los pacientes con FM y por ende la calidad de vida.<sup>8</sup> Estas permiten que los pacientes sean capaces de desarrollar herramientas que les permitan afrontar y convivir con la enfermedad.<sup>7,8</sup> Estudios recogen que los pacientes con FM demandan habilidades como “interés, comprensión, apoyo, empatía y capacidad de comunicación”<sup>8</sup>, además de que los profesionales que los atienden cuenten con conocimientos de la enfermedad, cualidades que posee enfermería.<sup>8</sup>

Como se ha descrito en párrafos anteriores es importante abordar el dolor crónico en pacientes con FM por ser el síntoma predominante.<sup>5</sup> La figura de enfermería por sus responsabilidades recogidas en el Código de ética del Consejo internacional de enfermeras: Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restaurar la salud y alivio del sufrimiento puede realizar intervenciones que permitan el manejo del dolor crónico.<sup>9</sup> Dotando a los pacientes de conocimientos, actitudes y habilidades que permitan el manejo del mismo y el autocuidado, evolucionando a un modelo de cuidados que permita dar soporte a la autogestión tal y como se recoge en el Nivel 1 de la Pirámide de Kaiser permanente.<sup>10</sup> Siempre teniendo en cuenta que el abordaje debe ser multidisciplinar, de tal manera que los diferentes profesionales de la salud participen en las intervenciones.

## 2. OBJETIVOS

### **2.1. Objetivo general**

El objetivo general de esta revisión es describir el manejo del dolor crónico generalizado en pacientes con FM.

### **2.2. Objetivos específicos**

Los objetivos específicos serían:

- Revisar las opciones terapéuticas actuales.
- Describir el rol que podría adoptar la enfermera en el manejo del dolor crónico generalizado en pacientes con FM.
- Analizar posibles barreras con las que se podrían encontrar los profesionales de enfermería a la hora de realizar un abordaje del dolor crónico presente en los pacientes con FM.

### 3. MATERIAL Y MÉTODOS

#### 3.1. Diseño

La metodología adoptada para realizar este trabajo ha sido realizar una revisión bibliográfica, llevando a cabo búsquedas y análisis de artículos científicos de ámbito nacional e internacional, además de consultar Guías de Práctica Clínica y Guías de Recomendaciones para el abordaje de la FM del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Para ello se ha llevado a cabo una revisión de la literatura desde enero hasta abril del 2022. Las principales bases de datos revisadas han sido: Pubmed, CINAHL, Scielo, Dialnet, Cuiden y Scopus.

#### 3.2. Estrategia de búsqueda

Para realizar las búsquedas se plantea la siguiente pregunta de investigación: *¿Qué intervenciones de enfermería consiguen un buen manejo del dolor en pacientes con dolor crónico por FM?*

Se realiza un desglose atendiendo al formato PIO, donde se determina el paciente, intervención y los resultados a conseguir. (ver Tabla 1)

- P: Pacientes con dolor crónico por FM
- I: Intervenciones de enfermería
- O: Manejo del dolor

Tabla 1. Pregunta formato PIO

P (Paciente)	I (Intervención)	O (Resultado)
Pacientes con dolor crónico por FM	Intervenciones de enfermería	Manejo del dolor

Fuente: *Elaboración propia*

Posteriormente se determinan las siguientes palabras clave (ver Tabla 2)

Tabla 2. Palabras Clave

CASTELLANO	INGLES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor</li> <li>- Enfermería (Enfermer*)</li> <li>- Intervenciones</li> <li>- Actividades</li> <li>- Enfermera Practica Avanzada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pain</li> <li>- Nursing (Nurs*)</li> <li>- Interventions</li> <li>- Activities</li> <li>- Advanced Practice Nurse</li> </ul>

*Fuente: Elaboración propia*

Se realizan la gran mayoría de búsquedas en inglés, debido a que las bases de datos consultadas o revistas son de ámbito internacional (ver Tabla 3). Por lo que se obtienen más resultados realizando las búsquedas utilizando las palabras clave en Ingles. En bases de datos de habla hispana se realizan las búsquedas en castellano (ver Tabla 4). Además de utilizarse el operador Booleano AND para encontrar artículos que incluyan los términos anteriormente mencionados.

Tabla 3. Estrategia de búsqueda en inglés

OR		OR		OR
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nurs*</li> <li>interventions</li> <li>- Nurs*</li> <li>activities</li> <li>- Nurs* led</li> <li>- Nurs*</li> <li>Program</li> </ul>	AND	Fibromyalgia	AND	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pain management</li> <li>- Pain relief</li> </ul>

*Fuente: Elaboración propia*



Tabla 4. Estrategia de búsqueda castellano

OR				OR
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Intervenciones de enfermería</li> <li>– Actividades de enfermería</li> <li>– Liderazgo enfermero</li> <li>– Programas de enfermería</li> </ul>	AND	Fibromialgia	AND	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Manejo del dolor</li> <li>– Reducción del dolor</li> </ul>

Para realizar la búsqueda se procede a utilizar Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH) para conseguir resultados más precisos.

- MeSH terms
  - Fibromyalgia
  - Pain / Chronic Pain
  - Nursing / Advanced Practice Nursing
  - Pain management
  - Nursing process
- DeCS
  - Fibromialgia
  - Dolor crónico
  - Proceso de enfermería
- Términos libres
  - Nursing interventions, nursing activities, nursing lead and nursing program.
  - Enfermera de práctica avanzada y Manejo del dolor.

### **3.3. Criterios de selección**

Para finalizar se determinan los criterios de inclusión / exclusión para poder llevar a cabo las búsquedas. Dentro de los criterios de inclusión se recogen los siguientes:

- Artículos científicos que recojan intervenciones realizadas en adultos con FM y que presenten dolor crónico.
- Programas o intervenciones que son liderados por enfermeras o donde su participación tiene un gran peso, a pesar de ser multidisciplinarios.

Como criterios de exclusión se seleccionan los siguientes:

- Artículos científicos donde la muestra no sean pacientes adultos.
- Artículos que traten de dolor agudo, oncológico o de cualquier otro tipo no relacionado con la FM.

Tras determinar la pregunta de investigación, las palabras claves, la estrategia de búsqueda y los criterios de inclusión se procede a la búsqueda. Se distingue entre Bases de datos, Revistas científicas y Guías de Práctica clínica. Se realizaron lecturas de título y resumen, donde se descartaron todos aquellos documentos que no tuvieran relación con el tema a estudio.

### **3.4. Selección de documentos**

#### **3.4.1. Bases de datos**

Para concretar las búsquedas en las bases de datos se sigue este procedimiento:

- Utilización de términos estandarizados y Palabras Clave (PC).
- Utilización de limitadores (<10a, inglés / castellano, Texto completo).
- Utilización de operadores booleanos.
- Lectura de títulos y resúmenes, descartando aquellos que no tengan relación con el tema a estudio o que no cumplan los criterios de inclusión.

Utilizando la estrategia de búsqueda se realizan 14 búsquedas en 6 bases de datos, que son Pubmed, CINAHL, Scielo, Dialnet, Cuiden y Scopus, obteniéndose 226 documentos. Tras la aplicación de los límites de búsqueda, se reduce a 167. Tras la aplicación de los criterios de inclusión / exclusión y la lectura de títulos y resumen se seleccionan para la revisión bibliográfica 10 artículos.

En la siguiente tabla se registran los artículos obtenidos tras la realización de búsquedas (ver Tabla 5).

Tabla 5. Registro de búsquedas

		Estrategia de búsqueda	Resultados	Resultados tras limitadores	Utilizados
PUBMED	1	Nurs* interventions AND FM AND pain management	104	84	9
	2	Nurs* led AND FM AND pain management	5	4	0
	3	Nurs* activities AND FM AND pain management	43	32	0
	4	Nurs* program AND FM AND pain management	29	23	0
	5	Nurs* intervention AND FM AND pain relief	10	6	1
	6	Nurs* program AND FM AND pain relief	2	1	0
	7	Nurs* activities AND FM AND pain relief	4	2	0
	8	Nurs* led AND FM AND pain relief	1	0	0

CINAHL	9	Nurs* interventions AND FM AND pain management	3	3	0
	10	Nurs* interventions AND FM AND pain relief	2	1	0
SCIELO	11	Nurs* interventions AND FM AND pain	1	0	0
DIALNET	12	Intervenciones enfermería AND FM AND dolor	14	8	1*
CUIDEN	13	Intervenciones enfermería AND FM AND dolor	7	2	0
SCOPUS	14	Nurs* interventions AND FM AND pain	1	1	1*
			226	167	10

\* Artículo repetido

#### 3.4.2. Guía de Buenas Prácticas Clínicas

Para obtener la Guía de buenas prácticas clínicas, se realiza una búsqueda en la página web correspondiente al Programa Best Practice Spotlight Organizations (BPSO®) de España. Donde se acceden a las guías y se selecciona la guía correspondiente a *Valoración y manejo del dolor*, redactado por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO).

### 3.4.3. Guías de recomendaciones terapéuticas

Se realiza una búsqueda dentro de la página del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España. Se accede al apartado de Sanidad y dentro de ahí a Profesionales, donde se selecciona el apartado de Prestaciones Sanitarias. En el apartado número 6 se encuentra el PDF correspondiente a FM.

#### 4. RESULTADOS

Con el fin de dar solución a los objetivos planteados, se han seleccionado artículos pertenecientes al ámbito de revisiones sistemáticas, estudios experimentales, estudios cuasiexperimentales pre-post seguimiento, estudios descriptivos, estudios que aúnan investigación cualitativa y cuantitativa, además de tener en consideración las recomendaciones dadas por las Guías de Buenas Prácticas y Guía de recomendaciones del SNS.

Se resumen los artículos en una tabla (ver Tabla 6). Para responder a los objetivos se procede a estructurar los resultados. En primer lugar, se desarrollarán las características del abordaje del dolor crónico en pacientes con FM, distinguiéndose dos apartados constituidos por el tratamiento farmacológico y el no farmacológico. Dentro de este último se procede a desarrollar aquellas intervenciones más comunes dentro del ámbito no farmacológico como son el ejercicio físico, las intervenciones psicológicas y la medicina complementaria / alternativa.

En segundo lugar, se procede a analizar el rol de enfermería en el abordaje del dolor crónico en pacientes con FM, destacando la valoración del dolor, Educación para la Salud y Coordinación dentro de los equipos multidisciplinares.

Finalmente, se describirán las principales barreras para el desarrollo correcto del rol de enfermería, así como posibles soluciones que se recomiendan para las mismas.

Tabla 6. Artículos seleccionados

	AUTORES	FUENTES	TÍTULO	TIPO DE ARTICULO	RESUMEN
1	Claw D, Noyes M, Pitman V, Jones K	Pubmed	Reframing chronic pain as a disease, not a symptom: rationale and implications for pain management	Revisión bibliográfica	Aborda el modelo biopsicosocial del dolor crónico, así como abordaje del mismo.
2	Paul E, Bourgault P, Pot	Pubmed	The Impact of Pain Invisibility on Patient-Centered Care and Empathetic Attitude in Chronic Pain Management	Estudio descriptivo	Abordaje de los cuidados centrados en el paciente y actitud empática en el manejo del dolor crónico.
3	Pérez M, Peñacoba C	Pubmed	Self – efficacy and self management of healthy habits in fibromyalgia	Estudio cuasiexperimental prepostseguimiento	Análisis efectividad de un programa que aúna 6 sesiones de EPS por parte de enfermería y 2 sesiones Terapia Cognitivo Conductual (Psicólogo) en 5 mujeres con FM.

4	Hughes L, Adair J, Feng F, Maciejewski S, Sharma H	Pubmed	Nurse Practitioners' Education, Awareness, and Therapeutic Approaches for the Management of Fibromyalgia	Estudio descriptivo por medio de un cuestionario online	Recogida de resultados tras la realización de una encuesta a 66 enfermeras relacionado con el manejo de la FM.
5	Climent C, Gea M, Moreno MT, Blanco J, García E, Valenzuela F	Pubmed	A web-based therapeutic patient education intervention for pain and sleep for women with fibromyalgia: A sequential exploratory mixed-methods research protocol	Investigación cualitativa y cuantitativa	Recogida de cambios en relación con el dolor tras un programa de intervención online dirigido a mujeres españolas con FM.



6	Van Oosterwijck J, Meeus M, Paul L, De Schryver M, Pascal A, Lambrecht L, Nijs J	Pubmed	Pain physiology education improves health status and endogenous pain inhibition in fibromyalgia: a double-blind randomized controlled trial	Estudio experimental	Educación en materia del manejo del dolor.
7	Firestone K, Holton K, Mist S, Wright CL, Dupree J	Pubmed	Optimizing fibromyalgia management	Artículo científico	Abordaje farmacológico y no farmacológico de la FM por parte de enfermeros.
8	Días M, Assis L, Marques SM, Cayres	Pubmed	Effectiveness of interdisciplinary health education programs for individuals with fibromyalgia: A systematic review	Revisión sistemática	Revisión en bases de datos para determinar efectividad de programas de Educación para la salud sobre el dolor y calidad de vida.

9	Ann Vincent 1, Mary O Whipple 2, Terry H Oh 3, Janet A Guderian 4, Debra L Barton 5, Connie A Luedtke 4		Early experience with a brief, multimodal, multidisciplinary treatment program for fibromyalgia	Estudio para evaluación de factibilidad	Se evalúa la factibilidad de la implantación de un programa multimodal, así como los resultados del mismo a corto plazo.
10	Victoria Menzies	Pubmed	Fibromyalgia Syndrome: Current Considerations in Symptom Management	Revisión bibliográfica	Reúne las diferentes opciones terapéuticas para la FM, así como las implicaciones para enfermería.

#### **4.1. Características del tratamiento del dolor crónico generalizado en pacientes con Fibromialgia**

El tratamiento del dolor crónico, principal síntoma en la FM <sup>11</sup>, se basa en la premisa de ser individualizado y centrado en el paciente <sup>12</sup>. Se ve condicionado por factores como la severidad de los síntomas, presencia de otras patologías y requiere de un seguimiento muy estricto, que permita ajustar el tratamiento en función de la sintomatología asociada al mismo.<sup>12</sup>

Los autores coinciden en que el tratamiento del dolor en la FM debe ser: multicomponente que combine tratamiento farmacológico, ejercicio físico, educación del paciente y tratamiento psicológico.<sup>5,11, 12, 13, 14,15,16</sup>

Dentro de este modelo, Enfermería puede adoptar múltiples roles, pero juega un papel importante en el automanejo, definido como: “La habilidad de afrontar simultáneamente los síntomas, tratamiento y secuelas psicosociales, las cuales comprenden los cambios relacionados con la enfermedad, identidad propia y estilo de vida”.<sup>16</sup> Enfermería, junto con otras profesiones sanitarias deben trabajar de manera multidisciplinaria para conseguir llevar a cabo un abordaje multimodal exitoso.<sup>16</sup>

Es por ello que dentro de este modelo se diferencian las intervenciones farmacológicas y las no farmacológicas. El tratamiento farmacológico permite el alivio del dolor generalizado, que sufren los pacientes con FM de manera crónica. En cambio, las intervenciones no farmacológicas, permiten dotar a los pacientes de herramientas que les permitan aprender a vivir con el dolor.<sup>15</sup> Existen numerosos programas que abordan el dolor de manera multidisciplinaria aunando diferentes intervenciones y se concluye con beneficios en el manejo del mismo.<sup>15,17</sup>

El abordaje multidisciplinario incluye programas en los que están involucrados enfermeros, médicos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y logopedas. Algunas de las funciones que estos desempeñarían son: <sup>12, 17</sup>

- Evaluación inicial y seguimiento por parte de enfermería
- Evaluación médica y manejo de comorbilidades
- Consejo psicológico y terapia cognitivo – conductual realizada por psicólogos

- Prescripción de ejercicio individualizado y planes de rehabilitación por parte de fisioterapeutas y rehabilitadores.
- Terapeutas ocupacionales para el manejo del trabajo y ambiente familiar
- Logopedas para el tratamiento del Fibro fog (Disfunción cognitiva asociada a FM, que cursa con pérdida de claridad mental, atención y memoria.<sup>16</sup>)

#### **4.2. Abordaje farmacológico**

El tratamiento farmacológico tiene que ir encaminado a una analgesia multimodal, en la que se incluyan fármacos con acción analgésica como son los opioides y los fármacos analgésicos no opioides, donde se encuentran los antiinflamatorios no esteroideos, paracetamol y corticoides. Además de utilizarse fármacos coadyuvantes, los cuales por sí mismos no tienen una función analgésica, pero que actúan modulando los niveles de neurotransmisores. <sup>14,16</sup> Dentro de los coadyuvantes se encuentran grupos farmacológicos como son los antidepresivos, anticonvulsivantes y en ocasiones los relajantes musculares. <sup>12, 14,16</sup>

Es importante realizar un seguimiento de los efectos terapéuticos y adversos derivados del tratamiento farmacológico, y colaborar con el resto del equipo interdisciplinar, para determinar la dosis, vía y pauta más adecuada en función de los requerimientos del paciente.<sup>14</sup>

La Agencia de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA) aprueba la Duloxetina (Antidepresivo), Milnacipran (Antidepresivo) y Pregabalina (Anticonvulsivo), como tratamiento del dolor crónico en pacientes con FM. El uso de coadyuvantes, antes mencionados combinados con el Tramadol son los fármacos que mayor eficacia han demostrado en el control del dolor. <sup>12</sup> En cambio la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) no indican ningún fármaco específico como tratamiento para el dolor de la FM. <sup>17</sup>

Los antidepresivos además de haber demostrado que son eficaces para el control del dolor, también son efectivos para el tratamiento de trastornos como la depresión o ansiedad, los cuales también son comunes en pacientes con FM. <sup>7, 12</sup>

Dentro de este grupo destacan los antidepresivos tricíclicos (Amitriptilina), los Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), donde se encuentra la Duloxetina y el Milnacipran; y los Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), grupo al que pertenece el Citalopram.<sup>7,16</sup>

Algunos anticonvulsivantes, como la Pregabalina y Gabapentina también permiten una mejoría en el control del dolor, debido a que modulan los niveles de neurotransmisores.<sup>12,16</sup>

Dentro de los analgésicos, la combinación de tramadol y paracetamol, o tramadol únicamente, han demostrado una mejoría en el dolor y la funcionalidad, por su función analgésica central.<sup>7,12</sup> En cambio los opioides mayores, antiinflamatorios no esteroideos o corticoides tienen menor efecto en el manejo del dolor crónico centralizado.<sup>7,16</sup>

Aun así, el tratamiento farmacológico del dolor en pacientes con FM no es suficiente por sí mismo, sino que necesita de un abordaje multidisciplinar.<sup>12</sup> También el uso de fármacos requiere abordajes individualizados, con controles altamente estrictos para el ajuste de la misma, debido a los efectos adversos que produce la medicación, los cuales constituyen una de las principales razones para la falta de adhesión.<sup>12,14,16</sup>

### **4.3. Abordaje no farmacológico**

Los pilares del abordaje no farmacológico están relacionados con medidas físicas y la terapia cognitivo – conductual, y están recibiendo una aceptación considerable por parte de los pacientes.<sup>12,14</sup> Para ello, los profesionales de enfermería, junto con el equipo deben comentar las opciones terapéuticas alternativas a la medicación, explorar los conocimientos de los pacientes y actitudes hacia las mismas, para conseguir un abordaje multimodal.<sup>14,16</sup>

#### **4.3.1. Ejercicio físico**

Existen estudios que demuestran una asociación entre caminar y una reducción del dolor que sufren los pacientes con FM a corto y largo plazo.<sup>16</sup> Es importante reforzar la importancia y beneficios de realizar actividad física en pacientes con FM, debido a que muchas veces se niegan a realizar ejercicio por cansancio o miedo a que aumente el dolor.<sup>7,16</sup>

A la hora de prescribir ejercicio físico es importante combinar los principales grupos de ejercicios que son fuerza, flexibilidad, aeróbico/ cardio y equilibrio. <sup>12,16</sup> Además, de invitar a los pacientes a realizar un incremento de forma gradual en la duración e intensidad de los ejercicios. <sup>16</sup> Los ejercicios planteados a los pacientes con FM deben ir cumplir las siguientes premisas: agradable, simple y fácil de incorporar en el día a día, además de ofrecer la posibilidad de realizarse en grupo, fomentando la relación con otros pacientes con FM. <sup>7</sup>

La Guía de Recomendaciones del SNS recomienda realizar los siguientes tipos de ejercicios: <sup>7</sup>

- Aeróbicos: como podrían ser caminar, montar en bicicleta o natación, evitando aquellos deportes que contengan saltos o sean de alto impacto. Estos ejercicios permiten movilizar los músculos además de provocar aumentos en la frecuencia cardiaca dentro de unos límites de tolerancia. Es importante que los pacientes con FM aumenten la intensidad y frecuencia de los entrenamientos de manera gradual, en función de la tolerancia y adaptación al mismo.
- Fortalecimiento muscular: donde se entrene la fuerza, potencia muscular y resistencia. Los pacientes pueden utilizar accesorios como pesas o bandas, o el mismo peso de los pacientes para la consecución de resultados.
- Flexibilidad

La prescripción de ejercicio se puede hacer de forma combinada junto con los fisioterapeutas o médicos de rehabilitadores, los cuales pueden prescribir planes de ejercicio y rehabilitación individualizados y adaptados a cada paciente. <sup>7,12</sup> Además de realizar un correcto seguimiento de la evolución del paciente debido a que la prescripción en exceso de ejercicio físico puede provocar una magnificación de los síntomas, mientras que el defecto puede ser insuficiente para el manejo del dolor. <sup>7</sup>

Revisiones concluyen una asociación positiva entre la realización de ejercicio físico y una mejora en el manejo de los síntomas, siendo la realización de ejercicio aeróbico con una evidencia moderada – alta, una de las que mejores resultados demuestra en la mejoría del dolor, sensación de bienestar y mejoras en la funcionalidad física. <sup>7</sup> Mientras que los ejercicios de fortalecimiento también presentan una relación positiva, aunque existe menor evidencia de la misma, al igual que ocurre con los ejercicios de flexibilidad. <sup>7</sup>

La realización de ejercicio físico y su mantenimiento en el tiempo se ve condicionada por la falta de adhesión a largo plazo que presentan algunos pacientes. Aunque la evidencia concluye que cuando se opta por un modelo en el que el profesional y el paciente fijan unos objetivos conjuntos y se abordan temores y expectativas aumentan la adhesión a estos programas, siendo más probable que los pacientes continúen con los ejercicios a largo plazo.<sup>7</sup>

#### 4.3.2. Intervenciones psicológicas

Dentro de las intervenciones recogidas en la Guía de Buenas Prácticas relacionadas con el dolor, destacan las intervenciones psicológicas, donde destaca la Terapia cognitivo conductual (TCC) y la Terapia conductual operante (TCO), música, relajación, educación... El objetivo principal de todas ellas es modular los pensamientos, sentimientos y respuestas al dolor, aumentando el automanejo.<sup>7, 14</sup>

La terapia cognitivo conductual se trata de un tipo de intervención perteneciente al campo del tratamiento psicológico.<sup>13</sup> Esta es liderada por un terapeuta experto en FM, normalmente llevada a cabo por psicólogos. Se puede realizar de manera individual o en grupos pequeños, aunque en muchas ocasiones se lleva a cabo por persona con menor experiencia en el ámbito.<sup>12</sup>

Se basa en intervenciones que capacitan al paciente para estructurar su día a día en tiempos y no en tareas, realizar aquellas tareas que le resulten agradables al paciente o la reestructuración del pensamiento para evitar el catastrofismo.<sup>12</sup> Algunos ejemplos serían: *“relajación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, reinterpretación sensorial”* etc.<sup>7</sup> Los programas tienen dos grandes pilares, uno de ellos es la educación desde la psicología y la otra es la adquisición de habilidades que permitan un manejo adecuado del dolor y consecuencias en las diferentes esferas.<sup>7</sup>

La TCC tiene diferentes objetivos, dentro de los que resalta la mejora en el estado de ánimo, disminución del estrés, refuerzo y realce de la función física y capacitación para el afrontamiento del dolor.<sup>12</sup> Además de aumentar la sensación de control sobre la enfermedad, dolor crónico y finalmente un aumento en la calidad de vida de los pacientes afectados por la FM.<sup>12,13</sup>

Una de las intervenciones principales consiste en el que el paciente acepte su enfermedad y por ende aprenda a vivir con ella, de tal manera que sea capaz de conocer y manejar el dolor crónico que produce la FM.<sup>13</sup> La TCC permite que las personas sientan que tienen control sobre su enfermedad, permitiendo así conservar la funcionalidad de las mismas, a pesar de presentar síntomas que muchas veces la limitan.<sup>7</sup>

Algunos estudios han demostrado que la TCC es efectiva para la modificación de otros síntomas relacionados con la FM, como son un afecto negativo, o variables cognitivas, existiendo una mayor resistencia para la disminución del dolor crónico.<sup>7, 13</sup> Otros demuestran que la TCC, unida junto a otras intervenciones, como puede ser el ejercicio, tiene efectos positivos sobre los pacientes. Pues les proporciona herramientas, las cuales permiten un afrontamiento adecuado del dolor.<sup>3,7,16</sup>

Los mejores resultados se observan cuando se combina un abordaje multimodal, en el que se incluya la TCC como una de las intervenciones del mismo.<sup>3,7</sup>

#### 4.3.3. Medicina complementaria / alternativa

El uso de la Medicina complementaria y alternativa (CAM) se ha visto aumentado últimamente. Algunas de las terapias pertenecientes a la CAM son: hipnosis, meditación guiada, mindfulness, acupuntura y ejercicio relacionado con la CAM, así como la utilización de plantas para el tratamiento del dolor.<sup>12,16</sup>

La acupuntura es uno de los tratamientos derivados de la CAM con mayor aceptación por parte de los pacientes. Algunos estudios demuestran que 15% de los pacientes con FM recurren a ella<sup>12</sup>, aunque la evidencia del tratamiento de la FM por medio de la acupuntura no está consolidada, a pesar de haber demostrado que sí que es un buen tratamiento a corto plazo.<sup>7, 12,16</sup>

Terapias como Mindfulness, Yoga o Tai chi han demostrado buenos resultados en pacientes con dolor crónico por FM, destacando la reducción de la ansiedad y el dolor.<sup>7, 12,16</sup> Además, estudios relacionados con el Mindfulness reconocen que puede ser una herramienta útil que permita la autogestión del dolor.<sup>16</sup>

Otra alternativa perteneciente a la CAM es el tratamiento del dolor por medio de plantas o suplementos nutricionales. Sin embargo, tiene menor evidencia que lo sustente.<sup>12</sup>



A pesar de ello estudios concluyen que, alrededor de un 43% de mujeres con FM recurren a los suplementos o medicamentos a base de plantas, lo cual debe ser estudiado en cada caso, debido a las posibles interacciones medicamentosas. <sup>12</sup>

#### **4.4. Rol de Enfermería en el abordaje del dolor crónico generalizado en pacientes con Fibromialgia**

Las enfermeras son profesionales sanitarias óptimas para el manejo del dolor crónico en pacientes con FM, aunque es importante tener en cuenta que la mejor estrategia para el tratamiento del mismo se debe hacer bajo un modelo multidisciplinar, en el que colaboren diferentes profesionales sanitarios, como se ha mencionado anteriormente.

<sup>12</sup> Esto se debe a que el tratamiento de la FM, y en especial, uno de sus síntomas más predominantes que es el dolor crónico, se hace eligiendo el abordaje multimodal, en el que se combinan alternativas farmacológicas reforzadas por las no farmacológicas. <sup>12</sup>

Existen una serie de intervenciones de enfermería que permiten abordar el Síndrome de Fibromialgia (SFM), el cual se caracteriza principalmente por la presencia de dolor crónico generalizado entre otros síntomas como son la fatiga, los problemas cognitivos, las alteraciones conductuales, etc. <sup>16</sup>

Dentro de las intervenciones enfermeras, los principales pilares son: <sup>16</sup>

- Valoración exhaustiva del dolor crónico generalizado
- Educación para el abordaje del dolor crónico generalizado, así como sintomatología derivada de los fármacos empleados.
- Desarrollo de hábitos relacionados con ejercicio físico
- Educación en higiene del sueño
- Recomendaciones para la implementación de técnicas de relajación o mindfulness
- Dotar de habilidades para el manejo del estrés

##### **4.4.1. Valoración del dolor crónico generalizado**

La realización de valoraciones exhaustivas, de la sintomatología derivada permitirá seleccionar aquellas estrategias que tengan mejores resultados. <sup>12,14,16</sup> Por medio de la realización de valoraciones del dolor crónico seriadas, permiten un manejo eficaz del mismo. <sup>14</sup>

Esto se lleva a cabo realizando una valoración completa del dolor donde la enfermera puede derivar a los pacientes a otros especialistas de la salud, en función de los datos recogidos, tal y como se observa en el programa de Vincent et al. <sup>17</sup>

La BPSO en materia del dolor recomienda una valoración integral del mismo por medio de herramientas validadas. (Nivel de evidencia Ib.)<sup>14</sup> Para ello es importante que el profesional sanitario que realice la valoración, en este caso, las enfermeras realicen una valoración en la que se incluya: características del dolor, localización, inicio, duración, intensidad, repercusión del mismo sobre la persona y sobre las actividades de la vida diaria y mecanismos de afrontamiento. <sup>3, 7, 14, 18</sup> Además es importante explorar, como esa persona alivia el dolor, para guiar el posterior tratamiento del mismo y reforzar todas aquellas intervenciones que permiten un control adecuado del dolor. <sup>14</sup>

La enfermera, puede llevar a cabo planes de seguimiento individualizados, que permitan conocer la eficacia de las intervenciones además de la adhesión a las mismas. <sup>13,14</sup> Los planes relacionados con el abordaje del dolor tienen que anar las valoraciones del mismo, consensuar objetivos para el manejo junto con los pacientes, familia y otros profesionales, así como determinar la efectividad de las intervenciones para el control del mismo. <sup>14</sup> Es por ello que se deben medir variables como la presencia, intensidad del dolor, impacto sobre las actividades de la vida diaria, para consensuar junto con el resto de los profesionales sanitarios que componen el equipo multidisciplinar las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. <sup>14</sup>

Estos planes de seguimiento varían en función de la persona, de ahí que sea importante individualizarlos, fijando una frecuencia determinada en cada uno de los casos. <sup>14</sup> Algunos de los instrumentos que se pueden utilizar para realizar un correcto seguimiento del dolor crónico podrían ser la Escala numérica (NRS), que permite que el paciente puntué el dolor dentro de un baremo de 0 a 10, siendo 0 la no presencia de dolor y 10 el máximo experimentado. Esto nos permite estimar el dolor percibido por los pacientes, además de explorar aquellas situaciones que aumentan o disminuyen el dolor. <sup>13</sup> Otras escalas como son el Cuestionario autoeficacia en dolor crónico (CADC) y el Cuestionario de impacto de la FM (FIQ), permiten conocer la repercusión del dolor sobre el paciente, actividades de la vida diaria, así como su capacidad de autogestión y estrategias efectivas que utiliza para manejar el dolor. <sup>13</sup>

A la hora de realizar una correcta valoración del dolor, es importante determinar que variables queremos analizar para distinguir, entre una escala unidimensional o multidimensional. Por un lado, las escalas unidimensionales, se centran en explorar únicamente la intensidad del dolor. En este grupo encontramos la escala numérica del dolor (NRS 0-10), escala visual analógica, escala de las caras...<sup>16</sup>

Por otro lado, se encuentran las escalas multidimensionales, que permiten realizar una evaluación más completa pues abordan más de un aspecto del dolor. Destacan el cuestionario breve del dolor (BPI) o Cuestionario del dolor McGill (MPQ-SF).<sup>14</sup>

Además, a la hora de determinar que escala utilizar en cada situación, es importante tener en cuenta el nivel de comprensión del paciente. Para ello se deben tener en cuenta variables como la edad, nivel de alfabetización, estado de salud, cognición...<sup>14</sup> También es importante no subestimar el dolor en personas que no pueden comunicar. Permitir que se expresen, utilizar escalas específicas en función de la situación, preguntar a la familia o hacer un control más exhaustivo de los signos vitales serían intervenciones que permitirían valorar el dolor en estos casos.

#### 4.4.2. Educación para la salud

Las enfermeras constituyen el pilar fundamental que permita ayudar a los pacientes, capacitándoles para el manejo de su enfermedad y por ende la autogestión.<sup>13</sup> Para ello es importante que la enfermera ayude al paciente a que conozca su enfermedad, y los síntomas, para evitar una magnificación de la sintomatología.<sup>11</sup> La autogestión del dolor crónico, permite la adquisición de estrategias que permiten a los pacientes aceptar su enfermedad, aprender a vivir con el dolor crónico, entender como interfiere el dolor en su vida diaria y, por lo tanto, aumentar la sensación de control sobre su enfermedad.<sup>16</sup>

Además, la enfermera, proporcionaría recomendaciones para realizar tareas de la vida diaria evitando una magnificación del dolor, como serían uso de medidas de apoyo, evitar llevar bolsos pesados, utilizar carro para transportar la compra, tomar descansos si precisa a la hora de realizar ciertas actividades...<sup>12</sup>

La enfermera está capacitada para transmitir una serie de conocimientos y actitudes que permita a los pacientes escoger aquellas opciones de tratamiento que sean más efectivas o que se ajusten mejor a cada paciente.<sup>12,13,14</sup>

Además de ser la figura de elección para llevar a cabo programas de Educación para la salud, los cuales capacitan a los pacientes para autogestionar la enfermedad crónica.<sup>13,</sup>  
<sup>15</sup> Esto permite hacerlos partícipes en la toma de decisiones, avanzando hacia modelos de abordaje de patologías crónicas donde se le dé importancia a la autogestión y el autocuidado, que mejoran el dolor y la calidad de vida de los pacientes.<sup>15, 16</sup> La toma de decisiones compartidas permite que los pacientes dejen de ser receptores pasivos, en los que es el profesional sanitario el que tiene todo el poder en el curso de la enfermedad, hacia un modelo más cooperativo, en el que el paciente pasa a ser un actor más junto con las enfermeras, y el resto de personal sanitario.<sup>16</sup>

Para ello la enfermera, deberá ser capaz de crear una buena relación terapéutica con el paciente y utilizar herramientas inherentes a la profesión como son la escucha activa y la empatía. Esto permitirá un correcto establecimiento de la comunicación enfermera – paciente, la cual es uno de los pilares en los cuidados centrados en el paciente.<sup>16</sup>

#### 4.4.3. Coordinación con equipo multidisciplinar

Las enfermeras, pueden llevar a cabo programas multidisciplinarios, adoptando un rol líder o siendo uno de los actores del mismo. Existen estudios, como el llevado a cabo por Vincent et al que analiza la eficacia de una intervención multidisciplinar durante 1 semana con 7 pacientes que padecen FM, demuestra tener efectividad, dando buenos resultados a corto y largo plazo.<sup>17</sup> Dentro de los pilares se encuentra la TCC, ejercicio físico y otras actividades, las cuales permitieron una mejora en el dolor y autoeficacia para su manejo.<sup>17</sup> Además, se demostró, que la implementación de un programa multidisciplinar tiene un alto nivel de factibilidad, y que sería adecuado prolongarlos en el tiempo para ver mejores resultados a largo plazo.<sup>17</sup>

Otro estudio, llevado a cabo por Climent et al, analiza la efectividad de una intervención basada en una página web, realizada por enfermeras y médicos, la cual aborda la intensidad del dolor y el automanejo del mismo, demostrando buenos resultados en los pacientes.<sup>11</sup> La intervención permite el empoderamiento de los pacientes, para que sean capaces de desarrollar estrategias de afrontamiento para el dolor efectivas.<sup>11</sup> Se demuestra, que una intervención que capacite a los pacientes para realizar un correcto abordaje del dolor consigue mejorías relacionadas con la intensidad, catastrofización del dolor y por ende calidad de vida.<sup>11</sup>

Un estudio basado en la Educación en materia de dolor por medio de la comparación entre dos grupos, uno de ellos recibe educación psicológica en materia del dolor, mientras que el otro recibe educación en automanejo, demuestra efectos positivos en el proceso nociceptivo, mejorando la percepción del dolor en los primeros 3 meses. <sup>19</sup>,

21

#### **4.5. Posibles barreras para la práctica enfermera**

La FM como se ha visto a lo largo de la revisión constituye una enfermedad que cursa con un difícil diagnóstico y tratamiento. El abordaje multidisciplinar constituye una herramienta efectiva para el tratamiento de la misma. <sup>7</sup>

Aun así, se han detectado ciertas barreras que dificultan el abordaje del dolor crónico generalizado en pacientes con FM para los profesionales sanitarios, dentro de los cuales se encuentran las enfermeras.

Un estudio realizado por Hughes et al, en el que se realiza un cuestionario a 66 enfermeras, relacionado con la FM demuestra que el 55% necesitó mayor formación para el abordaje de pacientes con FM, y en muchas ocasiones tuvieron que ser autodidactas. <sup>20</sup> De ahí deriva una de las principales barreras para el correcto abordaje del dolor crónico en pacientes con FM, la falta de confianza relacionada con la escasa formación hace que sea un impedimento para abordarlo correctamente. <sup>20</sup> El 88% coincide que la FM tiene un componente físico y psicológico, de ahí la necesidad de realizar intervenciones y optar por un tratamiento multimodal. <sup>20</sup>

La Guía de Buenas prácticas (BPSO), en materia del dolor, recomienda con una evidencia IIb, que es importante que las instituciones introduzcan las recomendaciones descritas anteriormente para promover la enfermería basada en la evidencia. Así como promover, la formación y colaboración interprofesional para la valoración y manejo del dolor crónico. <sup>14</sup> Algunos países como Canadá implementan la formación en materia del dolor en los planes de estudios, con el fin de dotarles de habilidades para la valoración y manejo del dolor en la práctica. <sup>14</sup>

La Guía de recomendaciones desde le SNS propone: <sup>7</sup>

- Formar a los profesionales que van a tratar a los pacientes con FM para que consigan realizar un correcto tratamiento que atienda a las esferas biopsicosociales.
- Aumentar la formación en dolor crónico.
- Creación de programas de pregrado y postgrado que formen en perspectiva de género y salud, debido a que un elevado porcentaje de pacientes con FM son mujeres.
- Investigación y evaluación de proyectos en perspectiva de género y salud.

## 5. DISCUSIÓN

El objetivo principal de esta revisión era conocer el abordaje del dolor crónico centralizado en pacientes con FM. Esto se debe a que el dolor, es uno de los síntomas más predominantes e incapacitantes para los pacientes, que cursa con una incapacidad funcional que repercute, directamente a nivel físico, psicológico, social y laboral.<sup>7,8</sup>

A lo largo de la revisión realizada se ha podido ver como los autores coinciden en que la principal característica del abordaje del dolor crónico es que debe ser multicomponente, llevado a cabo por un equipo multidisciplinar.<sup>5,11,13,14,15</sup> Múltiples revisiones y estudios como los realizados por Pérez et al (13) y la Guía de Buenas Prácticas realizada por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (14) en materia del dolor, esquematizan las diferentes opciones terapéuticas además de la efectividad que tienen las mismas en relación con el manejo del dolor.

Esto se consigue por medio del tratamiento farmacológico, el cual es en ocasiones insuficiente, debido a que los fármacos no consiguen eliminar completamente el dolor o poseen numerosos efectos secundarios, los cuales comprometen la adhesión al tratamiento. El otro pilar del abordaje multicompetente son las terapias no farmacológicas, las cuales dotan a los pacientes de herramientas que les permiten vivir con el dolor.

La intervención farmacológica se ve influenciada por diferencias en las recomendaciones de las autoridades. Aunque los estudios concluyen que el tratamiento debe basarse en analgésicos como Paracetamol u opioides menores como el Tramadol y el uso de coadyuvantes como antidepresivos, anticonvulsivos y relajantes musculares. Algunos organismos como la FDA aprueban el uso de determinados fármacos como son la Duloxetina, el Milnacipran y la Pregabalina.<sup>12</sup> Sin embargo, la AEMPS o EMA no tienen una indicación de un fármaco en específico para el control del dolor en pacientes con FM.<sup>17</sup> Esto se debe a que no hay una guía genérica de fármacos para el tratamiento del dolor crónico, sino que este debe ser individualizado y centrado en cada paciente. Este debe adaptar la vía, dosis y pauta de fármacos a cada paciente, además de realizarse un seguimiento estricto que controle los efectos terapéuticos y adversos derivados.<sup>11, 12, 14</sup>

Siendo importante recordar que los efectos secundarios producidos por la medicación son una de las principales causas que condicionan la adhesión al tratamiento según Firestone et al (12), RNAO (14) y Menzies (16). Aquí es donde aparece un vacío, donde los profesionales de enfermería pueden ser un pilar fundamental. Las enfermeras, pueden realizar un seguimiento e intervenciones educativas que aborden los efectos terapéuticos y secundarios, así como la importancia de que los pacientes con FM se adhieran al tratamiento farmacológico. Un estudio llevado a cabo por Dijkstra et al (22) acerca de las experiencias que tenían los pacientes con el apoyo recibido por parte de enfermeras en lo relacionado con la adherencia farmacológica, demuestra buenos resultados. Los pacientes referían haber aumentado el automanejo, además de hablar acerca de los factores que condicionaban la adherencia al tratamiento. Es por ello que la figura de la enfermera en la adherencia farmacológica ocupa un pilar fundamental en la misma.

El otro pilar fundamental es el constituido por las intervenciones no farmacológicas, el cual permite a los pacientes aprender a vivir y manejar el dolor que experimentan de forma crónica.<sup>15</sup> Diversos estudios demuestran la efectividad de estas intervenciones obteniéndose resultados positivos tal y como se demuestra en la revisión realizada por Firestone et al (12), donde los profesionales de enfermería adoptan un rol importante en la oferta de intervenciones alternativas o complementarias a la medicación. Un estudio llevado a cabo en 2019 por Moreland et al (23) en el que se estudiaban terapias no farmacológicas empleadas por enfermería demostró que las enfermeras pueden llevar a cabo estas intervenciones, además de exponer que las mismas podrían ser habilidades que se deberían adquirir a lo largo del grado, de tal manera que las enfermeras contasen con mayor seguridad para llevarlas a la práctica.

Una de las principales intervenciones no farmacológicas y que cuenta con mayor respaldo es el ejercicio físico. Firestone et al (12), Menzies (16) así como la Guía del SNS (7) recomiendan la realización de ejercicios pertenecientes a los diferentes grupos, como son el ejercicio aeróbico, fuerza, flexibilidad y entrenamiento del equilibrio.



Además de recomendar un incremento gradual en la duración e intensidad de los entrenamientos. Existe evidencia moderada – alta que afirma la asociación entre realización de ejercicio físico, principalmente aeróbico con mejoría en el dolor y funcionalidad. <sup>7</sup> Otros autores como Sañudo et al (24) concluyen que existe evidencia sólida para recomendar ejercicio aeróbico dentro del tratamiento del dolor crónico, además de coincidir con los autores de esta revisión que para conseguir el mayor beneficio por medio del ejercicio se debe hacer por medio de entrenamientos que mezclen ejercicio aeróbico, fuerza y flexibilidad. <sup>24</sup>

La principal barrera con la que se topan los profesionales de la salud a la hora de prescribir ejercicio físico son las creencias que tienen los pacientes en relación con el posible aumento del dolor o cansancio, tal y como lo refleja la Guía del SNS y la revisión llevada a cabo por Menzies. Es por ello importante que los profesionales exploren las creencias y se fijen unos objetivos conjuntos para aumentar la adhesión y realización de los programas.

Otro pilar importante del abordaje no farmacológico son las intervenciones psicológicas, en concreto la TCC. Existen controversias acerca de la realización de TCC y la reducción del dolor. Estudios como el llevado a cabo por Pérez et al (13) evidencian la efectividad de la TCC para la reducción de síntomas de la FM como son el afecto negativo o variables cognitivas, en cambio existe una mayor resistencia para la disminución del dolor crónico. Otros estudios como el de Menzies (16) o Claw et al (3) sí que reconocen la efectividad de la TCC asociada junto con otras intervenciones en la reducción del dolor crónico y aumento de las estrategias de afrontamiento efectivas.

La última intervención no farmacológica sería la Medicina Complementaria, la cual cuenta con menor evidencia con respecto a la existente relacionada con el ejercicio físico o las intervenciones psicológicas. Firestone et al (12) y Menzies (16) comentan los efectos positivos en intervenciones como son la hipnosis, meditación guiada y acupuntura. Martínez et al (25) reconocen los beneficios de la CAM, pero coinciden con los autores de esta revisión en la escasez de evidencia científica con respecto a este tema.

Teniendo en cuenta que la CAM cada vez cuenta con mayor aceptación y ha aumentado su uso entre pacientes con dolor crónico, se podrían abrir nuevas líneas de investigación que demostrasen los verdaderos beneficios de la misma en el dolor crónico.

Otro de los objetivos de la revisión era determinar el Rol de Enfermería en el abordaje del dolor crónico en pacientes con FM. Siendo según Menzies (16) el principal papel de enfermería el fomento y la Educación para la Salud en el automanejo, para que los pacientes afronten el dolor crónico de la manera más óptima posible. Además de realizar una valoración exhaustiva del dolor crónico generalizado, tanto en el primer contacto como seriado, el cual permitirá orientar el tratamiento del dolor. <sup>12,14,16</sup>

Tal y como se demuestra en el estudio realizado por Vincent et al (17) la enfermera por medio de la valoración puede recoger e interpretar los datos y derivar a otros profesionales de la salud si así lo considera.

Además, los profesionales de enfermería son idóneos para llevar a cabo intervenciones que fomenten la autogestión, tal y como se ve en el artículo de Pérez et al (13). La enfermera, puede transmitir una serie de conocimientos, actitudes y habilidades que capaciten a los pacientes para aceptar su enfermedad, aprender a vivir con el dolor y por ende aumentar la sensación de control sobre la enfermedad. <sup>11,12, 13, 16</sup> Además, de avanzar hacia modelos en el que el paciente se sitúa en el centro de los cuidados, mucho más cooperativos en el que la toma de decisiones se realiza de manera compartida, como refleja Menzies (16) en su trabajo. Además, resalta la importancia de la creación de buenas relaciones terapéuticas con los pacientes, por medio de la escucha activa y habilidades comunicativas, fomentando los cuidados centrados en el paciente. <sup>11</sup>

También los profesionales de enfermería pueden liderar programas multidisciplinarios o ser uno de los actores del mismo, reflejando buenos resultados descritos anteriormente.

Por último, otro de los objetivos del estudio era determinar las posibles barreras para el desarrollo correcto de intervenciones de enfermería. Siendo principalmente la falta de formación en abordaje del dolor crónico, que deriva en falta de confianza para llevar a cabo intervenciones efectivas. <sup>14,20</sup>

Como sugieren Moreland et al (23) se debería formar a las enfermeras en manejo del dolor para llevar a cabo prácticas y evaluaciones correctas del mismo, rompiendo la barrera de la falta de confianza a la hora del manejo del dolor.

Además, sería importante destacar la ausencia de la figura de la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA), la cual está desarrollada en otros sistemas sanitarios teniendo resultados muy beneficiosos en salud.<sup>26</sup> Como describen Rodríguez et al (26) este rol permite: *“dar respuesta a necesidades del sistema y usuarios, asociados a una práctica altamente especializada y compleja”*<sup>26</sup> Esta figura está directamente ligada a investigación y a Prácticas Clínicas Basadas en la Evidencia (PCBE) y se ha demostrado que la implementación de esta figura dentro de los Sistemas Sanitarios permite un aumento en la calidad y seguridad de los cuidados.<sup>26</sup> Es por ello que las EPA podrían ser una figura idónea para la gestión del dolor crónico, pues constarían con los conocimientos necesarios para desarrollar y liderar equipos multidisciplinares. Además de avanzar en el campo de la investigación, asegurando los mejores cuidados basados en la evidencia.

También destacar, la inexistencia de la especialidad reconocida en España de enfermeras en manejo de dolor crónico. Esto hace que las enfermeras que trabajan en Unidades de dolor crónico deban estar en continua actualización y avanzar en la práctica enfermera por medio de protocolos, actualización de conocimientos y procedimientos, tal y como se evidencia en el estudio de Goberna et al (27). Una buena formación de base en el abordaje del dolor crónico permitiría una gestión de casos eficiente que permite el mayor beneficio en el tratamiento hacia los pacientes y optimiza el coste del mismo.

Una de las posibles líneas de mejora surgidas tras la realización de esta revisión sería analizar aquellos artículos o desarrollar estudios experimentales que comparasen la efectividad de todas las intervenciones desarrolladas en el mismo, de tal manera que se pudiesen comparar unas con otras.

## 6. CONCLUSIONES

1. El dolor crónico generalizado es el principal síntoma de la FM y resulta altamente incapacitante, afectando a la esfera física, psicológica, social y económica.
2. El abordaje del dolor crónico generalizado se debe realizar de manera multidisciplinar. Los pilares principales de este abordaje son el tratamiento farmacológico y el no farmacológico.
3. El tratamiento farmacológico permite una reducción del dolor por medio de fármacos analgésicos y coadyuvantes como anticonvulsivos o antidepresivos, que alteran las concentraciones de neurotransmisores cerebrales.
4. Dentro del tratamiento no farmacológico destaca el ejercicio físico, las intervenciones psicológicas y la medicina alternativa.
5. Enfermería constituye un grupo de profesionales sanitarios idóneo para el abordaje del dolor crónico.
6. Enfermería por medio de realizar valoraciones es capaz de obtener una visión integral del dolor y repercusiones de los pacientes con FM, además de comprobar la efectividad de las intervenciones realizadas.
7. Enfermería puede ser líder de programas de abordaje multimodal o participar dentro de los mismos junto con otros profesionales de la salud.
8. Enfermería puede orientar el tratamiento del dolor crónico asociado a FM.
9. Por medio del uso de herramientas como la Educación para la Salud, se consigue una aceptación, afrontamiento y desarrollo de herramientas que permiten a los pacientes convivir con el dolor crónico generalizado.
10. La principal barrera percibida por los profesionales de enfermería es la falta de formación en el abordaje del dolor crónico generalizado.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. International Classification of Diseases. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. MG 30.01 Dolor generalizado crónico. [Internet]. 2022 [citado el 12 de abril de 2022]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/849253504>
2. Siracusa R, Paola RD, Cuzzocrea S, Impellizzeri D. Fibromyalgia: Pathogenesis, Mechanisms, Diagnosis and Treatment Options Update. *Int J Mol Sci*. 2021 [citado el 12 de mayo de 2022] ;Apr 9;22(8):3891. doi: 10.3390/ijms22083891. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33918736/>
3. Clauw DJ, Essex MN, Pitman V, Jones KD. Reframing chronic pain as a disease, not a symptom: rationale and implications for pain management. *Postgrad Med*. [Internet]. 2019 [citado el 14 de abril de 2022]; Apr;131(3):185-198. Doi: 10.1080/00325481.2019.1574403. Epub 2019 Feb 11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30700198/>
4. Font T, Bordoy C, Juan A, Seoane D, Álvarez F, Delgado M, Martínez C, Sánchez SA, Marena L, García PV, Olivé A, Rubio P, Larrosa M, Navarro N, Sánchez C, Díaz F, Bustabad S; Working Group Proyecto EPISER2016. Prevalence of fibromyalgia and associated factors in Spain. *Clin Exp Rheumatol*. [Internet]. 2020 [citado el 12 de abril de 2022]; Jan-Feb;38 Suppl 123(1):47-52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31928589/>
5. Chinn S, Caldwell W, Gritsenko K. Fibromyalgia Pathogenesis and Treatment Options Update. *Curr Pain Headache Rep*. 2016 [citado el 14 de abril de 2022] Apr;20(4):25. Doi: 10.1007/s11916-016-0556-x. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26922414/>
6. García D, Martínez I, Saturno PJ. Abordaje clínico de la fibromialgia: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia, una revisión sistemática. *Reumatol Clin*. [Internet] 2016 [citado el 17 de abril de 2022]; Mar – Abr; 12(2):64-71. Doi: 10.1016/j.reuma.2015.06.001. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-abordaje-clinico-fibromialgia-sintesis-recomendaciones-articulo-S1699258X15001102>

7. Collado A, Cuevas MD, Estrada MD, Flórez MT, Giner V, Marín J, Pastor MA, Rodríguez B, Sanz R. Fibromialgia. ed Ministerio de sanidad, política social e igualdad; 2011. ISBN: 978-84-7670-717-3. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicacion/es/docs/fibromialgia.pdf>
8. Triviño Á, Solano MC, Siles J. La cronicidad de la fibromialgia: una revisión de la literatura. *Enferm. glob.* [Internet]. 2014 [citado el 20 de abril de 2022]; Jul; 13(35):273-292. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000300016&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000300016&lng=es)
9. Consejo Internacional de Enfermeras. Código de ética del CIE para las enfermeras. 2021. ISBN: 978-92-95099-96-8. Disponible en: [https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN\\_Code-of-Ethics\\_SP\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf)
10. Minue S, Fernández C. Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en Atención Primaria y Comunitaria. *Aten Primaria* [Internet] 2017 Sept; 50 (2): 114-129. Doi:10.1016/j.aprim.2017.09.001. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-resumen-vision-critica-argumentacion-sobre-los-S0212656717305851>
11. Climent-Sanz C, Gea-Sánchez M, Moreno-Casbas MT, Blanco-Blanco J, García-Martínez E, Valenzuela-Pascual F. A web-based therapeutic patient education intervention for pain and sleep for women with fibromyalgia: A sequential exploratory mixed-methods research protocol. *J Adv Nurs* [Internet]. 2020 [citado 25 abril 2022];76(6):1425–35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32068285/>
12. Firestone KA, Holton KF, Mist SD, Wright CL, Jones KD. Optimizing fibromyalgia management. *Nurse Pract* [Internet]. 2012 [citado el 27 de abril de 2022]; 37(4):12–21; quiz 21–2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22395744/>
13. Pérez-Velasco M, Peñacoba-Puente C. Autoeficacia y automanejo de los hábitos saludables en fibromialgia. *Enferm Clin* [Internet]. 2015 [citado 30 abril 2022]; 25(3):133–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25779961/>

14. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). Valoración y manejo del dolor (3ª ed.), 2013, Toronto. Disponible en: [https://www.bpsso.es/wp-content/uploads/2020/01/D0030\\_BPG\\_Pain\\_2013.pdf](https://www.bpsso.es/wp-content/uploads/2020/01/D0030_BPG_Pain_2013.pdf)
15. Antunes MD, Couto LA, Gomes Bertolini SM, da Rocha Loures FC, Basso Schmitt AC, Marques AP. Effectiveness of interdisciplinary health education programs for individuals with fibromyalgia: A systematic review. *J Edu Health Promot* 2021 [citado el 1 de mayo de 2022] ;10:64. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8057193/>
16. Menzies V. CE: Fibromyalgia syndrome current considerations in symptom management. *Am J Nurs* [Internet]. 2016 [citado el 1 de mayo de 2022];116(1):24–32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26669843/>
17. Vincent A, Whipple MO, Oh TH, Guderian JA, Barton DL, Luedtke CA. Early experience with a brief, multimodal, multidisciplinary treatment program for fibromyalgia. *Pain Manag Nurs* [Internet]. 2013 [citado el 3 de mayo de 2022]; 14(4):228–35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24315246/>
18. Kravitz HM, Katz RS. Fibrofog and fibromyalgia: a narrative review and implications for clinical practice. *Rheumatol Int* [Internet]. 2015 [citado el 5 de mayo de 2022] ;35(7):1115–25. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25583051/>
19. Van Oosterwijck J, Meeus M, Paul L, De Schryver M, Pascal A, Lambrecht L, et al. Pain physiology education improves health status and endogenous pain inhibition in fibromyalgia: A double-blind randomized controlled trial. *Clin J Pain* [Internet]. 2013 [citado el 5 de mayo de 2022];29(10):873–82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23370076/>
20. Hughes L, Adair J, Feng F, Maciejewski S, Sharma H. Nurse practitioners' education, awareness, and therapeutic approaches for the management of fibromyalgia. *Orthop Nurs* [Internet]. 2016 [citado el 2 de mayo de 2022]; 35(5):317–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27648793/>

21. Paul-Savoie E, Bourgault P, Potvin S, Gosselin E, Lafrenaye S. The impact of pain invisibility on patient-centered care and empathetic attitude in chronic pain management. *Pain Res Manag* [Internet]. 2018 [citado el 3 de mayo de 2022]; 2018:6375713. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30344801/>
22. Dijkstra NE, Vervloet M, Sino CGM, Heerdink ER, Nelissen-Vrancken M, Bleijenberg N, et al. Home care patients' experiences with home care nurses' support in medication adherence. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2021 [citado el 8 de mayo de 2022]; 15:1929–40. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34511888/>
23. Moreland MJ, Kohtz C, Emmerling S, Fisher M, Mcgarvey J. Control del dolor e intervenciones no farmacológicas. *Nursing* [Internet]. 2019 [citado el 8 de mayo de 2022] 36 (3): 55-58. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-control-del-dolor-e-intervenciones-S0212538219300743>
24. Sañudo B, Galiano D, Carrasco L, de Hoyo M. Evidencias para la prescripción de ejercicio físico en pacientes con fibromialgia. *Rev Andal Med Deport* [Internet]. 2010 [citado el 12 de mayo de 2022];3(4):159–69. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-andaluza-medicina-del-deporte-284-articulo-evidencias-prescripcion-ejercicio-fisico-pacientes-X1888754610876909>
25. Martínez Sánchez LM, Martínez Domínguez GI, Gallego González D, Vallejo Agudelo EO, Lopera Valle JS, Vargas Grisales N, et al. Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolor. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2014 [citado el 12 de mayo de 2022];21(6):338–44. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v21n6/07\\_revision2.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v21n6/07_revision2.pdf)
26. Rodríguez Calero MÁ, Villafáfila Gomila CJ, Sastre Fullana P. Enfermeras de práctica avanzada y práctica basada en evidencias. Una oportunidad para el cambio. *Enferm Clín (Engl Ed)* [Internet]. 2019 [citado el 12 de mayo de 2022];29(2):119–24. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-enfermeras-practica-avanzada-practica-basada-S1130862119300385>



27. Goberna Iglesias MJ, Mayo Moldes M, Lojo Vicente V. Gestión y actuación enfermera en la unidad de dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2014 [citado el 17 de mayo de 2022];21(1):50–8. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462014000100006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000100006)