



## Reporte de casos clínicos

# Cuidado de enfermería a la persona adulta con fibromialgia: reporte de caso

## Nursing care of the adult person with fibromyalgia: Case report

Yaison Dorney Giraldo-Giraldo<sup>1</sup>, Indira Islem Tejada-Pérez<sup>2</sup>, John Fredy Correa-López<sup>3</sup>

**Para citar este artículo:** Giraldo-Giraldo YD, Tejada-Pérez II, Correa-López JF. Cuidado de enfermería a la persona adulta con fibromialgia: reporte de caso. Duazary. 2024;21:238-49. <https://doi.org/10.21676/2389783X.6118>

Recibido en agosto 16 de 2024

Aceptado en septiembre 25 de 2024

Publicado en línea en septiembre 30 de 2024

### RESUMEN

La fibromialgia es una enfermedad que causa dolor, rigidez y sensibilidad en músculos, tendones y articulaciones. Se presenta el caso de una mujer de 65 años con fibromialgia, el proceso de enfermería se elaboró con la teoría de los patrones funcionales de Marjory Gordon y las taxonomías NANDA, NIC y NOC. Se priorizó el deterioro de la movilidad física, insomnio y síndrome de dolor crónico. Se concluye que, debido al aumento de personas con fibromialgia, la demanda de atención y la inespecificidad de los síntomas, el cuidado a las personas con fibromialgia y sus familias constituye un reto para enfermería.

**Palabras clave:** fibromialgia; proceso de enfermería; estudio de caso.

### ABSTRACT

Fibromyalgia is a disease that causes pain, stiffness, and tenderness in muscles, tendons, and joints. The case of a 65-year-old woman with fibromyalgia is presented. The nursing process was elaborated using Marjory Gordon's functional patterns theory and the NANDA, NIC, and NOC taxonomies. Physical mobility impairment, insomnia, and chronic pain syndrome were prioritized. It is concluded that, due to the increase of people with fibromyalgia, the demand for care, and the unspecificity of symptoms, caring for people with fibromyalgia and their families is a challenge for nursing.

**Keywords:** Fibromyalgia; Nursing process; Case reports.

---

1. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo: [yaison.giraldo@udea.edu.co](mailto:yaison.giraldo@udea.edu.co) - <https://orcid.org/0000-0002-8701-0476>

2. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo: [indira.tejada@udea.edu.co](mailto:indira.tejada@udea.edu.co) - <https://orcid.org/0000-0001-8227-8812>

3. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo: [fredy.correa@udea.edu.co](mailto:fredy.correa@udea.edu.co) - <https://orcid.org/0000-0002-9011-1884>

## INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica que causa dolor, rigidez y sensibilidad en músculos, tendones y articulaciones, así como alteraciones del sueño, fatiga, ansiedad, depresión y problemas intestinales. Aunque se desconoce su etiología, se han identificado varias anomalías bioquímicas, metabólicas e inmunológicas asociadas con la FM.<sup>1</sup>

Pese a que las personas con FM pueden experimentar un dolor incapacitante, no hay daño ni deformidad en los tejidos y los llamados "puntos sensibles", como el cuello, las caderas, los hombros, los brazos, la espalda y el pecho, al tocarlos pueden provocar dolor y espasmos musculares en todo el cuerpo.<sup>2</sup>

La FM es la tercera enfermedad reumatológica más prevalente y una de las causas de dolor más frecuente, afectando entre un 2% a 4% de la población mundial, especialmente mujeres entre los 40 y los 49 años.<sup>3,4</sup> Sin embargo, en América Latina, la prevalencia varía entre 0,5% y 7,3%.<sup>5</sup> Esta enfermedad genera discapacidad significativa para las personas y supone un elevado gasto económico, tanto directo en visitas médicas o fármacos, como indirecto en bajas laborales o incapacidades.<sup>6-8</sup> Además, se asocia a un deterioro de la salud física, psicológica, espiritual y social de estas personas.<sup>9</sup>

El manejo de las personas con FM se ha descrito con terapias multidisciplinarias que incluyen medicación, terapia cognitivo-comportamental, educación y ejercicio. Sin embargo, el cuidado de estas personas en todos los ámbitos de atención, requiere de un acompañamiento individualizado por parte del personal de enfermería; es por esto que, este cuidado requiere de una sólida relación terapéutica basada en el conocimiento de la enfermedad, la aplicación del proceso y las taxonomías de enfermería como estrategias para conocer a los individuos y sus características biopsicosociales y culturales, con el fin de desarrollar intervenciones científicas, humanas y eficaces para abordar problemas de salud.

Para ello se desarrolló un proceso de enfermería para el cuidado de una persona adulta con diagnóstico de FM.

## REPORTE DE CASO CLÍNICO

Se realizó la valoración de enfermería a una mujer de 65 años, con diagnóstico de FM, utilizando la aplicación SIPREN® (Sistematización del Proceso de Enfermería) creada por la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, la cual tiene adaptada la Teoría de los patrones funcionales de Marjory Gordon. Los diagnósticos e intervenciones se elaboraron teniendo como referente las taxonomías NANDA, NIC y NOC.<sup>10</sup>

Paciente RPL de 65 años; nació en Sonsón-Antioquia, vive en un barrio de Medellín (Colombia); nivel educativo básica primaria completa; viuda hace 19 años, madre de tres hijos, un hombre y dos mujeres; tiene cuatro nietos. Vive sola, en compañía de su perro. Es ama de casa, el sustento económico es la pensión del esposo y ventas de productos cosméticos por catálogo.

### Antecedentes

**Patológicos:** hipotiroidismo, hipertensión arterial – HTA- controlada, cáncer de mama (en remisión), asma, fibromialgia, trastorno depresivo, posmenopausia.

**Quirúrgicos:** colecistectomía laparoscópica, liberación del túnel del carpo (ambas extremidades), osteosíntesis de tibia y peroné en miembro inferior derecho, mastoidectomía por colesteatoma, mastectomía izquierda por cáncer de mama y cistopexia.

**Alérgicos:** sulfamidas y no refiere otro tipo de alergias

**Farmacológicos:** Polifarmacia: adherente al tratamiento con levotiroxina 75mcg cada mañana; pantoprazol 20mg cada mañana; venlafaxina 75mg cada mañana; verapamilo 80mg cada 12 horas; espirolactona 40mg cada 24 horas; fluticasona 1puff al día; salbutamol a necesidad; tamoxifeno 1 tableta al día; losartán 50mg cada 12 horas; calcio + calcitriol 1 tableta al día; ácido acetil salicílico 1 tableta al día; acetaminofén + cafeína 1 - 2 veces al día, si hay crisis de dolor; parches de lidocaína, a necesidad; vitamina E 1 vez al día; y omega 3, 1 vez al día.

**Toxicológicos:** exfumadora de 20 cigarrillos al día. Dejó de fumar hace 27 años. Exposición a biomasa: cocinó con leña, sin embargo, lo dejó de hacer hace más de 28 años.

**Inmunológicos:** COVID-19 (3 dosis de Pfizer), influenza anual.

**Hábitos de vida:** asiste al grupo de la tercera edad tres veces por semana donde realizan actividad física dirigida por un educador físico y una gerontóloga, en cuanto a la dieta, consume tres comidas principales al día, siguiendo las recomendaciones dadas por la nutricionista, sin embargo, se resalta que la paciente consume frecuentemente dulces y golosinas como chocalinas, galletas y helados.

**Heredo-familiares:** madre HTA y murió de IAM, tres hermanas con HTA controlada.

**Asistencia a revisión médica:** cada seis meses a control por especialistas. Cada tres meses control de hipertensión arterial en el programa de riesgo cardiovascular.

#### **Exámenes de control (para el momento de la valoración)**

Hemoglobina glicosilada, 5,5%; colesterol total, 178mg/dL; HDL, 44mg/dL; LDL 98,08mg/dL; creatinina 0,78mg/dL; triglicéridos, 178,6mg/dL; calcio, 8,83mg/dL; y paratohormona, 53,8pg/dL.

#### **Línea del tiempo**

RPL asistió a sus citas de control y seguimiento de la HTA; alrededor de 1997, surgió un nuevo síntoma en las consultas: dolor. Ella lo refirió como un dolor fuerte que afectaba principalmente sus articulaciones; inicialmente lo asociaba a cargar bolsas pesadas por la venta de productos cosméticos; no obstante, los síntomas se agudizaron, a lo que se sumó fatiga, insomnio y dificultad para algunos movimientos como supinación.

Le realizaron múltiples exámenes (electromiografía, química sanguínea), pero no encontraron resultados orientadores; por ende, el médico general, decidió remitir a internista, quien ordenó otra serie de ayudas diagnósticas como tilt test, holter y pruebas inmunológicas con resultados normales. Continuó la remisión hasta reumatología; en 1999, luego de una valoración física exhaustiva y ayudas diagnósticas dentro de rangos normales, el reumatólogo tratante diagnosticó: fibromialgia.

#### **Tratamiento**

Inició manejo con AINES, pero la respuesta fue poca. Alrededor del 2003, le iniciaron pregabalina 75mg/día, aumentaron la dosis progresivamente hasta llegar a 300mg/día; si bien, había mejoría del dolor, la paciente refería mareos y varios episodios de lipotimias.

En 2004, falleció su esposo y presentó un cuadro de depresión mayor, en el que síntomas como el dolor, insomnio y fatiga se exacerbaban; al tratamiento farmacológico se sumó la fluoxetina 20mg/día; adicionalmente, comenzó con acompañamiento psicológico y psiquiátrico.

En 2016, presentó un episodio de síncope, con sospecha de origen neurogénico, por lo que fue hospitalizada; le realizaron tomografía de cráneo simple, resonancia magnética de cerebro y otras pruebas, lo que descartó que la génesis del evento fuera neurológica. Médico neurólogo e internista, suspendieron la pregabalina por estar asociada a efectos secundarios cardiovasculares y neurológicos. Continuó manejo analgésico con AINES, infiltraciones y bloqueos en región sacra, más terapia física.

### Seguimiento

RPL en el 2020 refirió mayor compromiso de su movilidad asociado a fuerte dolor; recibió tratamiento con acetaminofén más cafeína 1 tableta vía oral cada 8 horas y comentó que se ha ayudado con otros medicamentos homeopáticos como el cannabidiol recomendado por el médico internista, tomando 5 gotas vía oral disueltas en agua dos veces al día, además de alcohol más marihuana de uso tópico en las noches y baños con prontoalivio de 2 a 3 veces por semana (estos últimos recomendados por familiares – conocimiento ancestral). Hasta el momento no se han identificado interacciones farmacológicas entre los medicamentos homeopáticos y los convencionales.

En los últimos 6 años ha requerido un bloqueo cada 6 a 8 meses, pues la zona con mayor afectación ha sido el trocánter derecho y la región sacra. Hace 1 año le prescribieron parches de lidocaína para uso a necesidad; sin embargo, los ha usado diariamente para poder realizar las actividades cotidianas.

Se ha apoyado de terapias alternativas como hidroaeróbicos, además, refirió aceptar que la FM *“es una enfermedad que no tiene cura, hay que aprender a vivir con el dolor, a veces muy controlado, otras descompensada y así transcurriendo la vida”*.

Actualmente, continúa en seguimiento de riesgo cardiovascular cada 3 meses por medicina general o enfermería y seguimiento de paraclínicos. Además de seguimiento por médico internista para sus otras patologías.

### Valoración de enfermería

La paciente fue valorada en su domicilio haciendo uso de la aplicación SIPREN®. En la tabla 1 se relacionan los resultados de la valoración.

**Tabla 1.** Valoración de enfermería basada en el modelo de patrones funcionales propuesto por Marjory Gordon.

	Patrón	Información
1.	Patrón: percepción - manejo de salud	Paciente polimedicada Exfumadora de 20 cigarrillos/día hasta hace 27 años Exposición a biomasa: cocinó con leña
2.	Patrón: nutricional - metabólico	IMC 31.5 Obesidad Uso de prótesis dental que le han generado heridas en la encía Gingivitis y aftas T° 35.6°C
3.	Patrón: eliminación	Estreñimiento y flatulencias
4.	Patrón: actividad - ejercicio	Antecedentes de HTA PA: 125/70 mmHg; PAM: 88 mmHg; FC: 63 lat/min

		Diaforesis, FR: 16 resp/min Dificultad para: moverse, sentarse, levantarse, acostarse, subir escaleras, caminar.
5.	Patrón: sueño - descanso	Insomnio, escala de severidad del insomnio: 16, insomnio moderado. <sup>11</sup>
6.	Patrón: cognitivo - perceptivo	Dolor muscular, 5/10 en la escala EVA de forma permanente, y en crisis es 9/10. El dolor, parestesias y la dificultad para moverse se agudizan en crisis de FM.
7.	Patrón: autopercepción - autoconcepto	Le angustia perder su autonomía a causa del dolor y depender de otros para su autocuidado. Estado emocional fluctuante.
8.	Patrón: rol - relaciones	Vive sola
9.	Patrón: sexualidad - reproducción	Funcional: postmenopausia. Ha referido diaforesis profusa a lo largo del día, que la maneja con toallas, pañitos y ventilador.
10.	Patrón: adaptación - tolerancia al estrés	Cambios importantes: en el último año comenzó a vivir sola. Siente que necesita ayuda para tomar decisiones. Algunos desencadenantes de estrés han sido: falta de dinero y problemas de salud de la mascota. Acciones que realiza para manejar el estrés: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comer en exceso</li> <li>- Hidroterapia</li> <li>- Jugar en el celular</li> <li>- Aromática de albahaca y toronjil</li> </ul>
11.	Patrón: valores - creencias	Funcional – Conservado Practica el catolicismo

### Plan de cuidados

Los problemas identificados en la paciente fueron: dolor, insomnio, ansiedad, miedo a depender de otro, obesidad, comer por ansiedad, deterioro de la movilidad, estreñimiento, tristeza y discomfort. Se elaboró el plan de cuidados teniendo en cuenta las interrelaciones NANDA, NOC y NIC.<sup>10</sup> Los problemas priorizados fueron el deterioro de la movilidad física (ver tabla 2), el insomnio (ver tabla 3) y el síndrome de dolor crónico (ver tabla 4).

La escala de Likert utilizada para la puntuación inicial y la puntuación final corresponden a: 5 no comprometido, 4 levemente comprometido, 3 moderadamente comprometido, 2 gravemente comprometido, 1 severamente comprometido.

**Tabla 2.** Plan de cuidados: Deterioro de la movilidad física.

<b>Patrón: 4 – Actividad / Ejercicio</b>
<b>Código:</b> 00085
<b>Diagnóstico:</b> deterioro de la movilidad física

**Definición:** limitación del movimiento independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

**Formulación del diagnóstico**

Deterioro de la movilidad física R/C Dolor manifestado en cadera, sacro y miembros inferiores

**Resultados de enfermería (NOC)**

**Código:** 0216

**Dominio:** 1- Salud Funcional

**Clase:** C- Movilidad

**Resultado:** movimiento articular: cadera

**Definición:** rango de movilidad activa de la cadera con movimiento iniciado por uno mismo.

Código	Indicador	Escala Likert											
		Puntuación inicial					Puntuación Final						
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
21605	Abducción de 45°			X									X
21607	Rotación interna de 40°		X									X	
21608	Rotación externa de 45°		X									X	

**Intervenciones (NIC)**

**Código:** 0224

**Dominio:** 1 Fisiológico: básico

**Clase:** A control de actividad y ejercicio

**Intervención:** terapia de ejercicios: movilidad articular

**Definición:** realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad articular.

**Actividades**

- Se determinaron las limitaciones del movimiento articular y su efecto sobre la función.
- Se determinaron el nivel de motivación de la persona para mantener o restablecer el movimiento articular.
- Se explicó a la persona y su familia el objeto y el plan de ejercicios articulares y la importancia de la fisioterapia.
- Se identificó la localización y naturaleza del dolor durante el movimiento.
- Se aplicaron medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones: calor, movimientos pasivos, analgésicos.
- Se realizaron ejercicios pasivos o asistidos de rango de movimiento.
- Se enseñó a la persona y su familia a realizar los ejercicios pasivos, activos o de amplitud de movimientos.
- Se ayudó en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, resistencia y movilidad articulares.

**Tabla 3.** Plan de cuidados: insomnio.

**Patrón:** 5 – Sueño / Reposo

**Código:** 00095

**Diagnóstico:** insomnio

**Definición:** incapacidad para iniciar o mantener el sueño, lo que afecta el funcionamiento.

**Formulación del diagnóstico:**

Insomnio R/C ansiedad, manifestado por fatiga y temor por el futuro

**Resultados de enfermería (NOC)**

**Código:** 0007

**Dominio:** 1– Salud funcional

**Clase:** A – Mantenimiento de la energía

**Resultado:** nivel de fatiga

**Definición:** gravedad de la fatiga generalizada prolongada observada o descrita.

Código	Indicador	Escala Likert										
		Puntuación inicial					Puntuación Final					
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
701	Agotamiento		X							X		
719	Calidad del descanso		X							X		
720	Calidad del sueño		X							X		

**Intervenciones (NIC)**

**Código:** 0180

**Dominio:** 1 – Fisiológico / Básico

**Clase:** A – Control de actividad y ejercicio

**Intervención:** manejo de la energía

**Definición:** regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.

**Actividades**

- Se animó la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.
- Se adoptaron intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas.
- Se enseñó a controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.
- Se enseñó a la persona a registrar el esquema y número de horas de sueño de la persona.
- Se orientó a la persona a limitar el sueño diurno proporcionando actividades lúdicas que fomenten el estar despierto de forma plena.
- Se instruyó sobre la importancia de limitar los estímulos ambientales como la luz y los ruidos para facilitar el sueño en las noches; así mismo sobre la alternancia de períodos de reposo y actividad durante el día.
- Se enseñó a realizar actividades de mindfulness que induzcan calma para favorecer la relajación.
- Se orientó sobre las técnicas para favorecer la higiene del sueño (cenar 2 horas antes de dormir, evitar el uso de pantallas 2 horas antes de dormir, no consumir estimulantes 6 horas antes de dormir).

**Tabla 4.** Plan de cuidados: síndrome de dolor crónico

Patrón: 6 – Cognitivo-perceptivo

**Código:** 00255

**Diagnóstico:** síndrome de dolor crónico

**Definición:** dolor persistente o recurrente que haya durado por lo menos tres meses y que afecta de

manera significativa el funcionamiento diario o el bienestar.

Formulación del diagnóstico:

Síndrome de dolor crónico manifestado por temor al dolor, trastorno del sueño, ansiedad, estreñimiento y fatiga.

Resultados de enfermería (NOC)

**Código:** 1308

**Dominio:** 3 – salud psicosocial

**Clase:** N – adaptación sicosocial

**Resultado:** conocimiento – Manejo de la enfermedad crónica

**Definición:** acciones personales para adaptarse a un problema funcional importante debido a una discapacidad física.

Código	Indicador	Escala Likert											
		Puntuación inicial					Puntuación Final						
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
130803	Se adapta a las limitaciones funcionales			X									X
130806	Utiliza estrategias para disminuir el estrés relacionado con la discapacidad		X										X
130808	Identifica maneras para afrontar los cambios en su vida		X										X

Intervenciones (NIC)

**Código:** 5230

**Dominio:** 3 – conductual

**Clase:** R – ayuda para el afrontamiento

**Intervención:** mejorar el afrontamiento

**Definición:** facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.

**Actividades**

- Se ayudó a la persona a evaluar los recursos disponibles para lograr adaptarse a su situación actual.
- Se valoró la influencia de la enfermedad de la persona en sus relaciones interpersonales.
- Se apoyó a la persona en la comprensión del proceso de enfermedad identificando su conocimiento sobre esta y resolviendo las inquietudes o dudas existentes.
- Se proporcionó información objetiva respecto del diagnóstico y tratamiento.
- Se hizo énfasis sobre fomentar las actividades sociales, de ocio y recreación para fortalecer la salud mental.
- Se reconoció la importancia de las experiencias espirituales/culturales de la persona para favorecer el manejo de la enfermedad.
- Se promovieron acciones que fomenten la autonomía de la persona, resaltando la importancia de los espacios sociales y la toma de decisiones informadas.
- Se ayudó a la vinculación de la persona a un grupo de apoyo conformado por personas con diagnóstico de fibromialgia.



- Se promovió la verbalización y expresión de sentimientos, percepciones y miedos de la persona a sus familiares, además de utilizar la escritura reflexiva a través de un diario.
- Se motivó a la persona a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- Se explicó a los familiares sobre la enfermedad, los síntomas y las estrategias de acompañamiento que ellos pueden hacer como apoyo a la persona. Además de motivarlos a la verbalización de sus sentimientos hacia la persona.

### **Declaración de aspectos éticos**

Para los aspectos éticos se tuvo en consideración el cumplimiento de los principios y normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1975,<sup>12</sup> y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia para la investigación con seres humanos, que define este estudio como de “riesgo mínimo”.<sup>13</sup> La recopilación y el manejo de la información se realizó de manera anónima, además se firmó el consentimiento informado y se garantizó la confidencialidad y anonimato de la participante usando las iniciales RPL.

## **DISCUSIÓN**

Las intervenciones de enfermería para pacientes con FM son más de tipo educativas y paliativas; estas se enfocan en aliviar el dolor, reducir la ansiedad, mejorar el sueño y mantener la energía para hacer las actividades básicas de la vida diaria. Es importante, en estos cuidados, fomentar la participación familiar para lograr cambios actitudinales en la persona, mejorar el control de los síntomas y la eficacia de los resultados de las intervenciones.

Son múltiples los estudios,<sup>9,14-21</sup> donde se han encontrado tratamientos no farmacológicos tales como: ejercicios aeróbicos, de fortalecimiento muscular y de estiramiento; higiene postural y del sueño; terapias alternativas como acupuntura, homeopatía, masajes, termoterapia, estimulación nerviosa transcutánea, balneoterapia;<sup>20</sup> la terapia cognitivo-comportamental donde se enseña a las personas a tomar control de su entorno, técnicas de relajación, musicoterapia, aromaterapia y mindfulness<sup>9,14,16,22</sup> como práctica eficaz para el mejoramiento del bienestar físico y emocional. Además, la educación<sup>9,17,23</sup> encaminada a aceptar el dolor, controlar las emociones, el estrés y la ansiedad, mitigar el cansancio, mantener estilos de vida saludable, relacionarse con los demás y pedir ayuda cuando sea necesario, evitar la automedicación y afrontar los problemas.<sup>17</sup>

Gallardo *et al.*<sup>21</sup> encontraron mejorías significativas con las intervenciones yoga y ejercicio aeróbico en el índice de dolor, gravedad de la FM y calidad de vida, lo que es acorde con este caso pues la paciente realiza actividades aeróbicas como hidroaeróbicos para mantener su salud física y mental, además de que esto le permite controlar el dolor. Con relación al insomnio, un metaanálisis realizado por Xiaowen *et al.*<sup>14</sup> evidenciaron que el uso de tratamientos complementarios tales como: acupuntura, aromaterapia, musicoterapia, terapias de relajación, medicina herbal china, masajes e intervenciones basadas en mindfulness son efectivas para un adecuado manejo del insomnio y de los síntomas de ansiedad; si bien el estudio no está enfocado a personas con diagnóstico de FM, si se puede correlacionar los efectos positivos que las terapias complementarias mencionadas en el estudio pueden tener sobre estas personas. Enfermería tiene un papel preponderante en apoyar a la persona con FM a que adopte una actitud hacia la enfermedad que mejore la autoeficacia y automanejo, implementando intervenciones

para satisfacer las necesidades identificadas y orientando a la persona y su familia para promover la adaptación y el afrontamiento eficaz de la enfermedad.

## CONCLUSIONES

La FM es una enfermedad que afecta todas las dimensiones del ser humano e interfiere en las necesidades biológicas, psicológicas, espirituales y sociales, generando problemas como el insomnio, deterioro de la movilidad, el dolor y alteraciones emocionales, así mismo se evidencia el aumento de personas diagnosticadas con FM, la demanda de atención en los contextos clínicos y comunitarios, la complejidad e inespecificidad de los síntomas de la enfermedad y los altos costos económicos y sociales, hacen necesaria la intervención de un equipo multidisciplinar, donde el cuidado a la persona con FM y su familia constituye un reto para los profesionales de enfermería.

## DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

## CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

**YDGG** participó en la conceptualización, diseño del estudio, recolección y análisis de la información, revisión bibliográfica, redacción y aprobación final del manuscrito.

**IITP** participó en la conceptualización, diseño del estudio, recolección y análisis de la información, revisión bibliográfica, redacción y aprobación final del manuscrito.

**JFCL** realizó la recolección y análisis de la información, revisión bibliográfica, redacción y aprobación final del manuscrito.

## REFERENCIAS

1. Chávez-Hidalgo D. Actualización en fibromialgia. *Med Leg Costa Rica*. 2013;(30):83-8.
2. Jahan F, Kashmira N, Waris Q, Rizwan Q. Fibromyalgia syndrome: An overview of pathophysiology, diagnosis and management. *Oman Med J*. 2012;(27):192-5. <https://doi.org/10.5001/omj.2012.44>
3. Montoya MG, Martín AP, Salio AM, Fuentes JV, Alberch EA, De la Cámara AG. Documento de consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010;(38):108-20.
4. Mas AJ, Carmona L, Valverde M, Ribas B. Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: Results from a nationwide study in Spain. *Clin Exp Rheumatol*. 2008;(26):519.
5. García JD, Henao AC, Sánchez AM. Fibromyalgia in Latin America: A systematic review and meta-analysis. *Pain Med*. 2018;(19):1835-47. <https://doi.org/10.1093/pm/pny149>

6. González E, Elorza J, Failde I. Comorbilidad psiquiátrica y fibromialgia. Su efecto sobre la calidad de vida de los pacientes. *Actas Esp Psiquiatr.* 2010;(38):295-300.
7. Penrod JR, Bernatsky S, Adam V, Baron M, Dayan N, Dobkin PL. Health services costs and their determinants in women with fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2004;(31):1391-8.
8. Rivera J, Rejas-Gutierrez J, Vallejo MA, Esteve-Vives J, De Salas-Cansado M. Prospective study of the use of healthcare resources and economic costs in patients with fibromyalgia after treatment in routine medical practice. *Clin Exp Rheumatol.* 2011;(30):31-8.
9. Rivera-Redondo J, Díaz-Del Campo P, Alegre-De Miquel C, Almirall-Bernabé M, Casanueva-Fernández B, Castillo-Ojeda C, et al. Recomendaciones SER sobre el manejo de los pacientes con fibromialgia. Parte I: diagnóstico y tratamiento. *Reumatol Clin.* 2022;(18):131-40. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2021.02.004>
10. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. NNNConsult. Elsevier: Barcelona; 2024.
11. Rodríguez-Hizmeri E, Pizarro-Mena R, Durán-Agüero S. Relación entre Apoyo Social percibido, Severidad de Insomnio y Somnolencia Diurna en Adultos Mayores. *Mem. Inst Investig Cienc Salud.* 2020;(18):34-42. <http://dx.doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2020.018.03.34>
12. Barrios-Osuna I, Anido-Escobar CV, Morera-Pérez M. Declaración de Helsinki: cambios y exégesis. *Rev Cuba Salud Publica.* 2016;(42):132-42.
13. Ministerio de Salud. Resolución No. 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
14. Xiaowen J, Ivers H, Beaulieu-Bonneau S, Morin C. Complementary and alternative treatments for insomnia/insomnia-depression-anxiety symptom cluster: Meta-analysis of English and Chinese literature. *Sleep Med Rev.* 2021;58. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2021.101445>
15. Fernández-Badía I, Moreno-Arjol I, Vargas-Escuer ME, Fernández-Álvarez A, Embid-Sáez G, Cantín-Barrera R. Papel de la enfermera comunitaria en la atención al paciente con fibromialgia. *Rev Sanit Invest.* 2021;(2):197.
16. Todd A, Tracy M, Hall S, Herrmann A, Chrenka E, Hanson L. Improving access to yoga for chronic pain in a Spanish-Speaking community: A quality improvement initiative. *Pain Managem Nurs.* 2024;(4):395-401. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2024.03.018>
17. Rivera-Redondo J, Díaz-del-Campo P, Alegre-de-Miquel C, Almirall-Bernabé M, Casanueva-Fernández B, Castillo-Ojeda C, et al. Recomendaciones SER sobre el manejo de los pacientes con fibromialgia. Parte II: educación del paciente y formación de los profesionales. *Reumatol Clin.* 2022;(18):260-5. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2021.01.006>

18. Bartomeu-Casabella A. Nuevas perspectivas en el abordaje del dolor. *Aten Primaria*. 2024;(56):102841. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102841>
19. Ruiz-Romero MV, Lobato-Parra E, Porrúa-del Saz A, Martínez-Monrobé MB, Pereira-Delgado CM, Gómez-Hernández MB. Manejo del dolor crónico no oncológico con programas multicomponentes de terapias no farmacológicas: revisión sistemática de la literatura. *J Healthcare Qual Res*. 2024;39:168-87. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2024.02.004>
20. Fernández-Cagiao E. Efecto de la balneoterapia en pacientes con Fibromialgia. [Trabajo de grado maestría en asistencia e investigación sanitaria. Especialidades en Investigación clínica]. Coruña: Universidad de Coruña; 2021.
21. Gallardo-Navarro M, Marentes-Cuesta R, Torralba-González de Suso M. Eficacia de la práctica de yoga y del ejercicio aeróbico frente al standard of care en pacientes con fibromialgia. *Estudio FIB-YOGA-EA-SOC. Metas Enferm.* 2024;(27):7-17. <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2024.27.1003082215>
22. O'Connor S, Mayne A, Hood B. Virtual reality-based mindfulness for chronic pain management: A scoping review. *Pain Manag Nurs*. 2022;23:359-69. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.03.013>
23. Alarcos VM, Crespo MDMI, Martí LS, Gómez AH, Quesada PA, Martínez FC, et al. Efectividad del ejercicio y la educación terapéutica en pacientes con dolor crónico: una revisión bibliográfica. *J Move Ther Sci*. 2021;3:299-308.