

2015 / 2016 ikasturtea

Fibromialgia: ezjakintasunetik ulermenerako prozesuan zainketak. Errebisio narratiboa.

Amaia Altuna Merino

Zuzendaria: Maite Barandiaran

LABURPENA

Sarrera: Fibromialgia (FM) gaixotasunak min orokorra ezaugarri nagusia du, beste hainbat sintomen artean. Etiologia ezezaguneko gaixotasun honek prebalentzia altua du eta gehienbat emakumeetan agertzen da. Ondorioz, kostu sanitario handia eraten du. Gaur egun oraindik, ez da sendabiderik ezagutzen. Beraz, tratamendua sintomak arintzea eta bizi kalitatea hobetzea da.

Helburua: FM gaixotasunean ikuspegi biopsikosozaletik erizain zainketak azaltzea. Alde batetik, arlo biologikoa kontuan hartuz eta bestetik, arlo psikosoziala nabarmenduz.

Metodologia: FM gaixotasunean zainketak barneratzen dituen artikuluen errebisio narratiboa burutu zen. Ikergai denez eta urtetik urtera ikerketak aldatzen eta agertzen direnez, 2010 urtetik aurrerako artikulua hartu ziren. Ondorengo datu baseak kontsultatu ziren: BVS, Pubmed, Trip Database, Dialnet, Cochrane eta Cuiden. Bestalde, bilaketa librea ere egin zen lanari errebisio sistematikoak eta gidak gehitzeko eta modu honetara ebidentzia maila altuagoa emateko.

Ondorioak: Erizainak badu bere zeregina aurrerapenak jasotzen diren bitartean. Alde batetik, tratamendua jarraitzen duela ziurtatu dezake eta medikazioaren maneia erakutsi. Bestetik, bizi-estilo aldaketetan lagundu dezake. Erizainaren zeregin handiena paziente gaixo aktiboa bihurtzea izango da. Horretarako beharrezkoa du *feedback* eta ondoren, osasun-heziketa eskaintzea.

Hitz gakoak: "Fibromialgia", "erizaintza" eta "erizainak".

AURKIBIDE OROKORRA

1. SARRERA	1
2. HELBURUAK	3
3. METODOLOGIA	4
3.1. BILAKETAREN EMAITZAK	5
4. EMAITZAK	7
4.1. GAUR EGUNGO EGOERA	7
4.2. AURREKARIAK	7
4.3. ARRISKU FAKTOREAK.....	7
4.4. FISIOPATOLOGIA	8
4.5. KLINIKA	8
4.6. EGUNEROKO BIZITZAN ERAGINA ETA GAIXOTASUNAREN EBOLUZIOA	9
4.7. OSASUN GASTUA	10
4.8. DIAGNOSTIKOA	11
4.9. TRATAMENDUA	13
4.10. ERIZAIN ZAINKETAK.....	18
4.10.1. Ikerketa interesgarriak zainketen inguruan.....	21
5. EZTABAIDA.....	22
6. ONDORIOAK	26
7. GOGOETA.....	27
8. BIBLIOGRAFIA	29

TAULAK

1. Taula. Artikuluen barneratze eta kanporatze irizpideen deskribapena	4
2. Taula. "Fibromialgia" eta "erizaintza" bilaketa bibliografikoaren eta artikulu- auckeraketaren bidearen azalpena	6
3. Taula. "Fibromialgia" eta "erizainak" bilaketa bibliografikoaren eta artikulu- auckeraketaren bidearen azalpena	6
4. Taula. Sintoma nagusiez gain, FM gaixotasunean agertu ohi diren sintomak.....	9

IRUDIAK

1. Irudia: FM gaixotasunean mingarriak diren puntuen kokapena.....	11
--	----

ERANSKINAK

1. Eranskina: Artikuluen laburpena motaren arabera.....	32
2. Eranskina: FM gaixotasunean agertu ohi diren sintomen portzentajea.	38
3. Eranskina: Diagnostikorako irizpideak (ACR 1990).	39
4. Eranskina: Diagnostikorako irizpide berriak.	40
5. Eranskina: Elkarrizketa eredu profesionalarentzako.	41
6. Eranskina: Mina baloratzeko EVA eskala.	44
7. Eranskina: Antzietatea eta depresioa neurtzeko ospitaleko eskala.....	46
8. Eranskina: FM inpaktu galdetegia.	49
9. Eranskina: FM galdetegi berria.....	52
10. Eranskina: SIGN sistema, ebidentzia gradua sailkatzeko.	61
11. Eranskina: Ergonomia zaintzeko gomendioak.	62
12. Eranskina: Tratamenduen ebidentziaren laburpena.	67
13. Eranskina: Pazientearentzako gomendioak.....	68

LABURDURAK

FM = Fibromialgia

BVS = *Biblioteca Virtual de la Salud* / Osasunaren liburutegi birtuala

AMA = *American Medical Association* / Ameriketako Medikuek Elkartea

MOE = Munduko Osasun Erakundea

IASP = *International Association for the Study of Pain* / Minaren Estudiorako Asoziazio Internazionala

NSZ = Nerbio Sistema Zentrala

LZR = Likido zefalorrakideoa

ACR = *American College of Rheumatology* / Ameriketako Erreumatologiako Eskola

SER = *Sociedad Española de Reumatología* / Espainiako Erreumatologiako Elkartea

EVA = *Escala Visual Analogica* / Eskala bisual analogikoa

SIGN = Ebidentzia maila eta gomendio gradua sailkatzeko sistema

EAE = Euskal Autonomia Erkidegoa

1. SARRERA

Fibromialgia (FM) hitzaren jatorria *fibros* (gorputzeko ehun bigunak), *mios* (muskuluak) eta *algia* (mina) terminoetatik dator. Beraz, min muskulu-eskeletikoa esan nahi du. Hots, muskulu, lotailu eta tendoietako mina. Duela urte batzuk, fibrositis izenaz ezagutzen zen baina azken honek hantura periferikoa sortzen duenez eta FM ez denez hanturazko gaixotasuna egungo izena hartu zuen (1). Esan daiteke FM dutenek mina hautematean arazoa dutela. Izan ere, mingarriak dira berez mingarriak ez diren estimuluak (2).

1992. urtetik Munduko Osasun Erakundeak (MOE) gaixotasun erreumatiko ez articular gisa onartu zuen FM (3).

Gaixotasun kronikoa da, zeinak min orokorra sortzen duen. Ez dago frogarik sindromea azaldu dezakeena (3). Sindromea gaixotasun baten ezaugarri diren sintomen multzoari deritza (4). Sintoma horien artean honakoak daude; zurruntasuna, lo arazoak, nekea, antsietatea eta depresioa. Nahiz eta, gaixotasunaren etiologia ez izan ezaguna uste da estres egoerek zerikusia dutela (5).

Herralde garatuetan prebalentzia %1-4 artean kokatzen da. Espainian %2-3 artean; %4,2 emakumeetan eta %0,2 gizonezkoetan (6).

Honek, osasun sisteman pazienteko eta urteko 10.000€ko gastua suposatzen du. Urtean eta Espainian, 11.000 milioiko gastua hain zuzen ere. Gastu horietatik %33 zuzenekoak dira, hots, kontsultak, tratamenduak, frogak ... Aldiz, gainontzekoa, ez-zuzeneko gastuak dira: lan ondorioetatik sortutako gastuak (7).

Gaixotasunaren agerpena 35-60 urte inguruan izan ohi da eta pertsonaren arlo biologikoan, psikologikoan eta sozialean eragiten du (8). Zainketak kalitatezkoak izateko era integralean eman behar dira. Horretarako, erizainak ikuspegi holistikoa, hau da, biopsikosoziala aplikatu behar du (9). Arlo biologikoan sintoma orokorrak agertzen dira: nekea, lo arazoak, zefaleak ... Psikologikoki depresioa eta antsietatea agertzen dira gehienbat. Sozialki, lan arazoak eta gizartearen ulermen eza daude (10).

Gaixotasun kronikoak desorekaren bat sortzen du funtzionalki eta ondorioz pertsonak bizi-estiloa aldatu behar izaten du. Gaixotasuna bizitza guztirako izan ohi da. Aldaketa nabarmenetakoa emozionalki izaten da, izan ere, pertsonak egokitzapen prozesua jasan behar izaten du (11).

Tratamendu eraginkorrik ez dago. Tratamendu farmakologikoari dagokionez albo ondorioak sor ditzakete. Horregatik, tratamendu ez farmakologikoa gero eta indar gehiago hartzen ari da (12).

Tratamendurik ez dagoenez gaur egun garrantzitsuena gaixotasuna ulertzea da. Horregatik, erizain irudia paziente hauentzako lagungarria izan daiteke. Horrela, erizainak beharrak asetzen lagundu dezake, izan ere, inork ez diete erakutsi mekanismorik gaixotasunarekin aurrera egiteko. Horretarako, erizainak erabiltzailearen sufrimendua egiatzat hartuko du. Modu honetara, erlazioa hobetuz (13). Erizaina osasun-heziketaz arduratu daiteke, horrela, pazientearen bizi-kalitatean positiboki eragin ditzaketen estrategiak erakutsi ditzake. Gainera, modu honetara osasun sistemarekiko dependentzia eta ondorioz gastua murriztea lortu daiteke (14).

Horretaz gain, paziente hauek sintomen inguruko ezjakintasuna, diagnostikoaren inguruko ezjakintasuna eta tratamenduaren inguruko ezjakintasuna izan ohi dute. Gaixoak orduan gaixotasuna mehatxu gisa hartu dezake. Beraz, erizainaren helburua ikuspegi hau aldatzea izango da eta ondorioz, gaixotasuna bizitza aukera gisa behatzea. Hots, egokitzapenean lagunduko dio. Horretarako, lagungarria da ere, profesionalen aldetik eta gizartearen aldetik lagundua sentitzea eta gainera, gaixotasunaren inguruko informazioa jasotzea. Elkarrekin ere lagundu dezakete. Era honetan, guztien artean pertsonaren bizi-kalitatean positiboki eraginez (15).

Bizi kalitatea ongizate fisiko, psikologiko, sozial eta espiritualean oinarritzen da. Ongizate fisikoa aktibitate funtzionalarekin erlazionatuta dago. Hemen, nekea, indarra, loa eta beste hainbat sintoma sartzen dira. Sozialean, berriz, aisialdia, lana, egoera ekonomikoa eta familia sufrimendua sartzen dira. Psikologikoa, aldiz, beldurra, antsietatea eta depresioarekin erlazionatzen da. Azkenik, ongizate espiritualaren esperantza, aldaketak eta barne indarrak barneratzen ditu (11).

Laburbilduz, FM duen gaixoak tratamendu eraginkorrik gabeko gaixotasun kronikoa du. Gainera, froga objektiborik ez da existitzen. Honek guztiak gaixoarengan sortzen dituen emozioetan lagungarria izan daiteke erizaina. Beraz, errebisio honetan erizainak FM duen gaixoaren bizi-kalitatea hobetzeko eman ditzaken zainketak jasoko dira.

2. HELBURUAK

- Helburu orokorra: Fibromialgia gaixotasunean ikuspegi holistikotik erizainen rola deskribatzea.
 - Helburu zehatza: Erizain zainketak arlo biologikoan.
 - Helburu zehatza: Erizain zainketak arlo psikosozialean.

3. METODOLOGIA

Prebalentzia altuko eta duela urte gutxitatik ezagutzen den gaixotasuna denez, osasun profesional guztiek fibromialgia (FM) inguruan ezagutza izatea beharrezkoa da. Gainera, FM gaixotasun kronikoa da. Bati-bat gaixotasun kronikoen eboluzioa jarraitzen duten profesionalak erizainak dira, beraz, erizainei zuzenduta dago.

Bilaketa bibliografikoaren bidez errebisio narratibo bat burutu da. Horretarako, ondorengo puntu hauek jarraitu ziren:

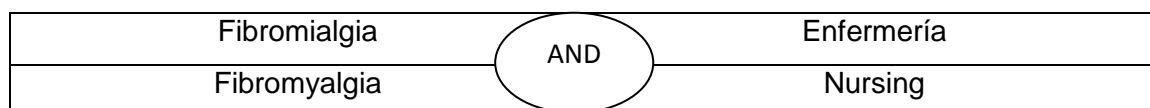
1. Barneratze eta kanporatze irizpideak zehaztea.

Barneratze irizpideak	Kanporatze irizpideak
Fibromialgia gaia lantzen dutenak 18 urtetik gorakoak Artikuluak Ingeleraz eta gazteleraz daudenak Gizakietan oinarritzen direnak soilik 2010 urte gerozko artikuluak	Zainketekin zerikusirik ez duten artikuluak Oraindik amaitu gabe dauden ikerketak Testu osoa eskuratu ezin direnak Pertsonetan frogatu gabeko ikerketak Fisiopatologian soilik oinarritzen direnak

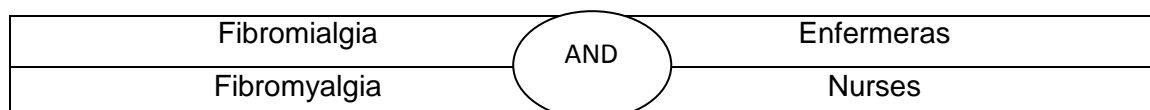
1. Taula. Artikuluen barneratze eta kanporatze irizpideen deskribapena.

2. Bilaketa estrategia definitzea. Oraindik ikergai den arloa denez, hitz gakoekin asko zehaztean artikulu gutxiago lortzen ziren. “Erizaintza” eta “erizainak” hitz gakoek gain, “zainketak” eta “holistikoa” hitz gakoekin ere bilaketa egitea saiatu da baina lortutako artikulu kopurua txikia zen. Beraz, bilaketarako hitz gakoak zabalak eta gutxi dira; “fribromialgia”, “erizaintza” eta “erizainak”. Horretarako, bi bilaketa estrategia definitu dira.

Alde batetik:



Bestetik:



Beharrezkoa ikusi da bi bilaketa desberdin egitea, izan ere, nahiz eta operadore boolearren laguntza erabili artikuluen kopurua murriztu egiten zen bilaketa estrategia bakarra erabilia. Halere, metodologia bera erabili da bi bilaketetan.

3. Erizaintzako datu baseetan bilaketa: Cuiden.

4. Erreferentziako datu baseetan bilaketa: BVS, Pubmed, Trip Database, Dialnet, Cochrane.

5. Filtroak hautatu eta aplikatu (datu base horretan posible bazen).

- a. Oraindik ikertzen ari direnez gaixotasun honen inguruan ikerketa berrienak erabiltzeko 2010 eta ondorengo artikulua hartu ziren.
- b. Ingelesez eta gazteleraz idatzitakoak.
- c. Gizakien inguruan idatzitako artikulua.
- d. Testu osoa erabilgarri zutenak.

6. Artikuluen aukeraketa barneratze eta kanporatze irizpideen arabera (Ikus 1. Taula).

Bestalde, bilaketa librea ere burutu zen web orrietan. Gidak, errebisio sistematikoa eta protokoloak lortzeko helburuarekin. Bide batez ebidentzia maila altuago emateko errebisio narratibo honi. Erabilitako irizpideak berdinak izan dira 2 artikuluen urteak salbuespen izanik. Izan ere, horiek Osakidetzaren eskutik helarazitako dokumentuak direnez errebisioan sartzea erabaki zen. 7 dokumentu lortu ziren: 4 errebisio sistematiko, 2 gida kliniko eta protokolo bat.

3.1. BILAKETAREN EMAITZAK

Hitz gakoaren bilaketan, hasiera batean 260 artikulua posible agertu ziren denera. Filtroak aplikatu ondoren, 65 artikuluetara murriztu ziren. Azkenik, irizpideen arabera 34 artikulua lortu ziren. Halere, aipatu beharra dago datu base desberdinetan artikulua berak errepikatzen zirela. Hau da, denera 14 artikulua errepikatu egiten ziren. Beraz, guztira 20 artikulua erabilgarri eskuratu ziren (Ikus 2. eta 3. Taula). Bestalde, bilaketa libreko 7 dokumentuak gehituta denera 27 artikulua erabili dira gaia jorrazteko. Azkenik, artikulua sailkatu ziren (Ikus 1. Eranskina).

Pubmed	BVS	Cuiden	Tripdatabase	Dialnet	Cochrane
Fibromyalgia AND Nursing	Fibromialgia AND Enfermería	Fibromialgia AND Enfermería	Fibromyalgia Nursing	Fibromialgia Enfermería	Fibromialgia AND Enfermería
41	122	0	5	32	0
FILTROAK	FILTROAK	FILTROAK	FILTROAK	FILTROAK	FILTROAK
5	16	0	4	19	0
IRIZPIDEAK	IRIZPIDEAK	IRIZPIDEAK	IRIZPIDEAK	IRIZPIDEAK	IRIZPIDEAK
3	11	0	2	8	0

2. Taula. "Fibromialgia" eta "erizaintza" bilaketa bibliografikoaren eta artikuluen aukeraketaren bidearen azalpena.

Pubmed	BVS	Cuiden	Tripdatabase	Dialnet	Cochrane
Fibromyalgia AND Nurses	Fibromialgia AND Enfermeras	Fibromialgia AND Enfermeras	Fibromyalgia Nurses	Fibromialgia Enfermeras	Fibromialgia AND Enfermeras
14	19	10	5	12	0
FILTROAK	FILTROAK	FILTROAK	FILTROAK	FILTROAK	FILTROAK
4	1	3	4	9	0
IRIZPIDEAK	IRIZPIDEAK	IRIZPIDEAK	IRIZPIDEAK	IRIZPIDEAK	IRIZPIDEAK
2	0	2	2	4	0

3. Taula. "Fibromialgia" eta "erizainak" bilaketa bibliografikoaren eta artikuluen aukeraketaren bidearen azalpena.

Jarraian, bilaketa estrategikoa erabili ondoren lortutako artikuluen laguntzarekin gaien sakonduko da.

4. EMAITZAK

Fibromialgia (FM) gaixotasun kroniko konplexua da (16). Funtzionalki ezgaitasuna sentitzen da baina estrukturalki ez da kalterik ikusten (17). Erreumatismo muskular mota bat da, non min muskulu-eskeletiko graduala agertzen den (18).

4.1. GAUR EGUNGO EGOERA

Ikerketa batzuk diotenez Espainian intzidentzia altuagoa da (19). Epidemiologiari dagokionez Espainiako populazioaren %2,4k pairatzen du gutxi gorabehera. Urtero Espainian 120.000 kasu berri diagnostikatzen dira. Bestalde, prebalentzia altuagoa da emakumeetan gizonezkoetan baino: emakumeetan %4,2 eta gizonezkoetan %0,2 (20). Dena den, prebalentziak gora egiten du adinaren arabera. Izan ere, 60-79 urte tartean emakumeen prebalentzia %7 da (21). Mortalitateari dagokionez, ikerketak falta dira (22). Pronostikoa aldakorra da pertsona batetik bestera; eragin arina izan dezake eguneroko bizitzan edota egunerokotasuna jarraitzeko ezintasuna sortu dezake (23). FM duten gehienek 14 urte eta gero minarekin jarraitzen dute baina bizi kalitatea hobegoarekin eta ongizatea sentituz. Hots, min sintomara egokitzen direla pentsatzen da (22). Ohikoena gaixotasuna momenturen batean egonkortzea da (23). FM ez da endekapenezko gaixotasuna, baina gaixotasun kronikoa denez bizitzan negatiboki eragin dezake (24).

4.2. AURREKARIAK

Zeinu eta sintomak XIX. mende hasieratik ezagutzen dira baina terminoa lehen aldiz 80. hamarkadan erabili zen (25). 1987an Ameriketako Medikuek (AMA) FM egiazko eta ezgaitasuna sortzen duen gaixotasuna dela onartu zuen (26). Gaixotasun berria gisa hartzen da, izan ere, 1992. urtera arte itxaron behar izan zen Munduko Osasun Erakundeak (MOE) gaixotasun gisa katalogatzeko. Patologia erreumatiko kronikoen barruan dago sailkatuta (25). 1994. urtean Minaren Estudiorako Asoziazio Internazionalak ere errekonozitu zuen (IASP) (27). Ehunaka urte lehenago beste izen anitz eman zitzaizkion: erreumatismo psikogenoa, min miofasziala eta fibrositisa esaterako (28).

4.3. ARRISKU FAKTOREAK

Gaixotasuna pairatzeko arrisku-faktoreak multifaktorialak dira: inguruko faktoreek edota faktore genetikoek eragina izan dezaketela diote hainbat ikerketek.

Ingurukoei dagokienez, infekzio biralak eta bakterianoak (parbobirusa, hepatitis, GIB edota Lyme gaixotasuna), bizitzako gertakizun edo egoera mingarriak (traumatismoak, tratu txarrak, istripuak, banaketak, terrorismo egoerak ...). Hau da, estresa handia sortzen duen egoera bat eta gero agertu daiteke FM. Beste ikerketa batzuek, sedentarismoa edo ariketa gutxi praktikatzea ere gehitzen dituzte (18, 28). Gaixo gehienek bizi-estilo hau hartzen dute minaren intentsitatea handitzen doan heinean eta hori dela eta aktibitatearekiko tolerantzia jaitsi egiten da. Azkenean, bizi kalitatean eragin negatiboa izanik (18).

Genetikoki, aldiz, zuzeneko familia kide batek FM badu, pertsona horrek 8-9 aldiz probabilitate handiago du gaixotasuna ere pairatzeko (20, 27, 29, 30).

4.4. FISIOPATOLOGIA

Iturri gehienek gaixotasun idiopatikoa dela diote. Halere, azken ikerketak sistema nozizeptiboa begiraten ari dira. Sistema honek mehatxuak identifikatzen ditu eta mehatxuaren aurrean mekanismoak aktibatzen ditu: estresa, antsietatea, mina ... FM dutenek nahiz eta estimuluak era egokian antzeman, estimulazio leihoa murriztuta dute (31). Hots, garuna minarekiko sentikorragoa omen da. Nozizeptore errezeptoreak min mezuak bidaltzen jarraitzen dute nahiz eta jada estimulurik ez egon (26). Era sakonago batean azalduta, nerbio sistema zentralean (NSZ) minaren prozesua aztoratuta dago, errezeptore horiek gehiegi kitzikatuta baitaude. Hori dela eta, minaren erantzuna handiagoa da berez mina egiten ez duten estimuluen aurrean. Fenomeno hau alodinia bezala ezagutzen da. Kasu hauetan, mina estimulu maila baxuagoetan azaltzen da. Beste honi, hiperalgnesia deritzo. Horretaz gain, likido zefalorakideoan (LZR) glutamato eta P sustantzia (minaren eta antsietatearen neurotransmisore gisa funtzionatzen du) mailak altuagoak direla ikusi da. Hauek, minaren iraupena luzatzen omen dute eta baita intentsitatea handitu ere. Dena den, ez dira erabilgarriak diagnostikatzeko, izan ere, tratamendu erabakiak ez dira aldatzen (17, 18, 29, 31).

4.5. KLINIKA

FM gaixotasunaren ezaugarriak min kroniko orokorra, zurruntasuna, deskantsurik gabeko loa eta disfuntzio kognitiboa dira. Mina muskulu, tendoi, artikulazio eta erraietan nabarmentzen da. (17-21, 25, 26, 28-30, 32). Horietaz gain, badira beste hainbat sintoma ere hainbat iturriek biltzen dutenak, 4. Taulan azalduak (17, 20, 21, 27-30, 32). Gehiago jakin nahi bada sintoma eta portzentajeen inguruan ikus 2. Eranskina.

Nekea	Bizipoza eza	Estresa
Zefalea	Epe motzeko memoria galera	Puztuta sentitzea
Inurridura	Arreta zailtasunak	Bularreko mina
Gorputz adarretan parestesiak	Ahazkortasuna	Zorabioak
Gogo-aldarte arazoak		Hiperhidrosia
• Antsietatea eta depresioa		
Indar galera	Aho lehorra	Temporomandibular gaixotasunak
	Hipersentikortasuna gorputzeko puntu zehatzetan	
Alodinia	Hiperalgesia	Kolon narritakorra

4. Taula. Sintoma nagusiez gain, FM gaixotasunean agertu ohi diren sintomak.

Nekea, kolon narritakorra, buruko mina eta gogo aldarte aldaketak zazpi aldiz gehiago ematen dira gaixotasun honetan (18). Nekea ez da loarekin edo deskantsuarekin konpontzen eta ez da esfortzuekiko proportzionala (20). Bestalde, deskantsurik gabeko loaldiak morbilitatea igotzen dute (29). Azkenik, argitu beharra dago depresioa eta aurrekari familiarren artean ez dela loturarik ikusi baina bai antsietatea eta aurrekari familiarren artean (31). Orokorrean, sintomak gorabeherak izaten dituzte eta ez dira batera agertzen. Pixkanaka edo bat-batean agertu daitezke (33).

4.6. EGUNEROKO BIZITZAN ERAGINA ETA GAIXOTASUNAREN EBOLUZIOA

Gauzak horrela, bizi kalitate xumeagoa sentitzen dute, ezgaitasuna eta depresio intzidentzi altuagoa erakutsi dute (19). Ikerketek diotenez, eguneroko aktibitateetan negatiboki eragiten du (34). Bizi kalitate falta horrek gogo aldartearen, erlazio familiar eta sozialetan eta laneko produktibitatean eragin dezake (26, 29, 35). Azken finean, pertsonaren arlo bio-psiko-sozialean eragiten duen sindromea da.

Gaixotasunaren eboluzioa aldarokorra da. Gaixotasun kronikoa da baina denboran zehar sintomen intentsitatean gorabeherak egoten dira (31). Hobetze eta okertzealdiak txandakatzen doaz, beraz, agerraldi txar baten ondoren aldi hobeagoa dator (24). Badira faktore batzuk eboluzioa okertzen dutenak: hotza, hezetasuna, estresa, antsietatea, familia eta lan arazoak (25, 27, 34). Lan-baldintzei ere erreparatu behar zaie, izan ere, objektu pisutsuekin ibiltzea, eskulanak, tenperatura baxuak eta soinu altuak ere negatiboki eragiten dute (20). Sintomak berotasunean eta lasaitasunean hobetu egiten dira (25).

Lanean jarraitzea garrantzitsua izaten da aktibitate soziala mantentzen laguntzen baitu eta horrela bizi kalitatean kalte gutxiago eginez. Aitzitik, lanean ere negatiboki eragin dezake eta diagnostikatutako %67ak lan egiteari uzten dio. Gainera, beste langileekin alderatuz laneko bajak 3-4 aldiz ohikoagoak izaten dira gaixo hauetan. Horretaz gain, elbarritasun gradua errekonozitzeko beste gaixotasunetan baino zailtasun handiagoak izaten dituzte. Arrazoia, proba objektiboen falta da (31).

FM ez da ezgaitasuna sortzen duen gaixotasun gisa hartzen baina bai lanerako ezintasuna sor dezakeen gaixotasun gisa. Lanerako ezintasun gradua errekonozitzeko hainbat faktoreen menpe egon daiteke: adina, sexua, aktibitate laborala, sintomen intentsitatea, hezkuntza eta maila soziala (27).

Nahiz eta gutxietan aipatzen den gaia izan, ondorio horietaz gain erlazio sexuak ere garrantzia dute. Izan ere, tratamendu farmakologikoek gogo galera edota baginako fluxuan aldaketak eragin ditzakete. Horregatik, bikotearekin naturaltasunez hitz egitea gomendatzen da irtenbideak aurkitzeko (23).

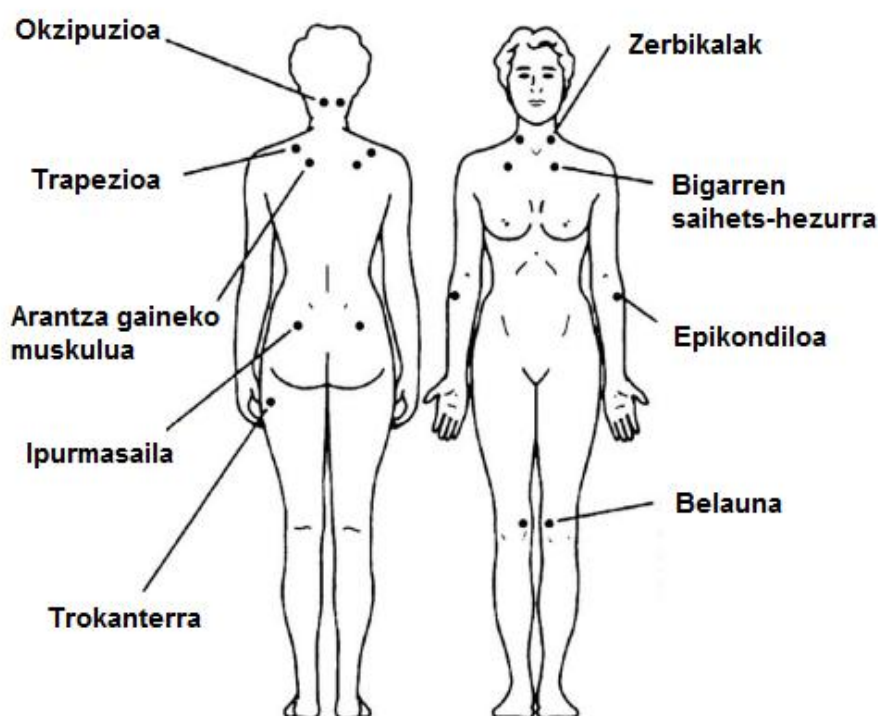
4.7. OSASUN GASTUA

Gehienek diagnostikoa jaso bitartean 2 urte igaro ditzakete zain (26). Hori dela eta, osasun zerbitzuaren erabilera ohikoa baino handiagoa da eta 15 espezialista bisita ditzakete denbora tarte horretan (20). Bitxikeri gisa, FM diagnostikatu bitarte egindako osasun gastua handiagoa da diagnostikatu eta gerokoa baino (32). Erreumatologiako %10-20 kontsultak gaixotasun honetan oinarritzen dira. Osasun zentroen kontsultak, aldiz, %5-6. Erabiltzaile batek urteko 10.000€ko gastu ekonomikoa suposatu dezake (28, 31).

4.8. DIAGNOSTIKOA

Diagnostikorako jarraitzen diren irizpideak Ameriketako Erreumatologiako Eskolak (ACR) ezarri zituen 1990an (3. Eranskina) (22). Ondorengoak dira:

1. Gutxienez 3 hilabetetan zehar lokalizatu ezin den mina izatea gorputz osotik zehar: 4 gorputz-adarrak eta gorputz-enborra.
2. 18 puntu zehatzetatik 11 puntuetan mina izatea gutxienez (1. Irudia). Puntu zehatz horietan medikuak behatz potoloarekin zapaltzen du eta pertsonak estimulua mingarria den ala ez azaltzen du. Haztatze hori 4kgko presioaren baliokidea dela suposatzen da (18, 21, 27-29).



1. Irudia: FM gaixotasunean mingarriak diren puntuen kokapena. Iturria: Ministerio de Sanidad, política social e igualdad [Internet]. Fibromialgia; 2011 [Sartze data 2016/3/10]. Erabilgarria: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>.

Halere, irizpide hauek kritikatuak izan dira. Izan ere, mina bakarrik hartzen dute kontuan eta mina subjektiboa da. Gainera, aztertzailearen indarraren menpe ere dago (30). Horretaz gain, minaren egoera egunaren arabera aldatu daiteke (22). Horregatik, puntu zehatzen sentzibilitatea baloratzean, min sentzazioa berez mingarriak ez diren

beste guneekin alderatzea gomendatzen da: azkazala, kopeta edota besoa (27). Duela gutxi, ACR taldeko aditu batzuek irizpide berriak argitaratu dituzte alde batera utziz puntu zehatzena. Irizpide berri hauek, min orokorra, nekea, deskantsurik gabeko loa, sintoma kognitiboak eta sintoma organikoak hartzen dituzte kontuan (4. Eranskina). Irizpide berri hauekin ikusi da aurretik diagnostikatutako %14k ez dutela FM gaixotasunerako baldintzak betetzen (31).

Gaur egun, ez dago laborategiko edota erradiologiako test erabilgarririk (26, 28). Azken ikerketetan eta fisiopatologiari esker, larruazaleko biopsietan anormaltasunak ikusi dira. Paziente hauen neuronetan mielina falta eta nerbio periferikoetan hantura ikusi da. Etorkizunerako aurrerakuntza izan daiteke larruazaleko biopsia erabilgarria bihurtzea (18) baina gaur egun, diagnostiko onuragarriena eta objektiboena anamnesi egokia egitea dela ematen du (27, 31). Anamnesian, FMrekin erlazioa duten sintomen presentzia, faktore okertzaileen presentzia eta eskalen eta galdetegiaren balorazioa egin daiteke (31). Ikus elkarrizketa modelo (5. Eranskina).

Eskalei dagokienez, mina baloratzeko EVA eskala (eskala bisual analogikoa) erabili daiteke (6. Eranskina). FMan ikerketa batek dioenez puntuazioa min erdi-handian kokatzen da. Gainera, antsietatea eta depresioa neurtzeko eskalak ere erabili daitezke (7. Eranskina) (31).

Bestalde, hainbat iturriek FM inpaktu galdetegi gehitzen dute diagnostikorako tresna erabilgarri gisa (8. Eranskina) (26, 34). Galdetegi honek 21 galdera ditu eta hainbat faktore baloratzen dira: minaren intentsitatea, funtzio fisikoa, nekea, zurruntasuna, depresioa, antsietatea, lanerako zailtasuna eta ongizate orokorra. Emaitzak 0-100 bitarteko balioa har dezake, non emaitza altuek sintoma larriak dituela adierazten duen (21). Halere, bada beste galdetegi berri bat gailentzen ari dena zehaztasunagatik (9. Eranskina) (31).

Pertsona bat gaixo sentitzen denean eta diagnostikoa jasotzen duenean lasaitasuna sentitzen du, izan ere, mediku desberdinak bisitatzeari uzten dio (25). Diagnostikatzeko zailtasuna etiologia ezezagunean eta estrukturalki kalterik ezean datza. Hori dela eta, mediku batzuk ez dira gai gaixotasuna ulertzeko eta gaixotasun psikiatriko bezala sailkatzen dute. Horrela, gaixoa nahastuta, zapuztuta eta autoestima baxuarekin sentitzen da (20). Aitzitik, gaixoa ulertua sentitu behar da horrela paziente aktibo izateko aukera handiagoak baititu (27). Sintometan eta ez zeinuetan oinarritzen den gaixotasuna denez, maiz diagnostiko okerrera edota tratamendu berantiar eta okerrera zuzentzen da (29).

4.8.1. Diagnostiko diferentziala

Argitu beharra dago maiz neke kronikoa eta FM multzo berean sartzen direla baina desberdinak dira. Lehenean nekea nabarmentzen da eta orain aztertzen ari garenean, berriz, mina (17). FM duten %70ak neke kronikoaren irizpideak betetzen ditu eta alderantziz, %35-70ak. Hau sintomen antzekotasunagatik gertatzen da (22). Bestalde, iturri batek dioenez FM beste bost gaixotasunekin nahastea ohikoa da (18):

- Gaixotasun mentalak. Ohikoenak estresa, antsietatea eta depresioa dira. Hauen ondorioz, deskantsurik gabeko loa edota nekea senti dezake indibiduoak.
- Hipotiroidismoa. Sintomak hemen antzekoak dira: neke kronikoa, kalitate gabeko loa eta min muskular orokorra. Baina kasu honetan puntu zehatzak ez dira mingarriak.
- Erreuma artritisa. Gaixotasun honek ere antzeko sintoma klinikoak ditu: min muskuloeskeletikoa luzaroan eta zurruntasuna. FM kasuan artikulazioetan ez da hanturarik edota deformaziorik ikusten.
- Giltzurrun gaineko guruinen disfuntzioa. Desberdintzeko goizean kortisola eta gernuko katekolaminak begiratzen dira.
- Mieloma anizkoitza. Gaixotasun hau 60 urtetik gorako pertsonetan agertu ohi da.

4.9. *TRATAMENDUA*

Ez da tratamendu plan efektiborik ezagutzen. Izan ere, sintomak aldatu egiten dira pertsonatik pertsonara. Hori dela eta, erabiltzailearen beharrak, lehentasunak eta nahiak kontutan hartuz plan indibiduala garatu behar da. Ez dagoenez tratamendu espezifikorik, helburua bizi-kalitatea hobetzea izango da (18, 24). Gaixoa ikuspegi biopsiko-sozialetik tratatu behar da (24, 27). Arlo biologikoa, psikologikoa eta soziala hartzen dituen tratamendua multimodala izan beharko luke, hots, tratamendu farmakologiko eta ez-farmakologiko bateratuta. Gainera, klinika zabala dela eta tratamendua multidisziplinarra izatea egokiena da. Familiako medikuak, erizainak, erreumatologoak, neurologoak, psikiatrak, terapeuta fisikoak ... parte hartu dezakete (17, 24). Medikuen denbora falta dela eta haien kontsultak tratamendu farmakologikora mugatzen dira, arlo biologikora alegia (20). Erizainak tratamenduaren eta programaren jarraipena ziurtatu dezake. Gainera, pazientea informatu eta bizi-estilo aldaketan lagundu dezake. Modu honetara pazienteak bere gaixotasunaren jabe egiteko bidera zuzenduz (36). FM kronikoa denez eta bizi-estilo aldaketa eskatzen duenez, osasun-heziketa ezinbestekoa da. Osasun-heziketaz erizaina arduratzen da, beraz, hona

hemen erizain beharraren beste arrazoi bat. Horrela gainera, arlo psikosoziala ere asetzen saiatuz. Horregatik, ekipoan erizaina ere egotea ezinbestekoa da (21).

Jakina denez gaixoek nahiago izaten dute farmakoekin aurrera egin. Arrazoiak eguneroko bizitzan interferentzia gutxi egitea eta sinpletasuna dira. Nahiz eta terapia ez-farmakologikoak azken aukera izan nabarmen hobetzen dituzte sintomak. Bai epe motzera eta baita epe luzera ere (18). Tratamendu farmakologikoak eragin onuragarri gutxi demostratu duenez (20) tratamendu ez-farmakologikoari emango zaio garrantzia gehiago.

4.9.1. Tratamendu biologikoa

Tratamendu farmakologikoaren helburua mina arindu, funtzio fisikoak berreskuratu eta horrela, bizi-kalitatea hobetzea dira. Betiere, medikazio gehiegi erabili gabe (30). Hainbat iturriek ondorengo farmako hauek gomendatzen dituzte (20, 26, 29, 34), hiru errebisio sistematikoetatik SIGN sistema (10. Eranskina) erabilita lortu diren gomendio gradurako datuak hartu dira (22, 31, 35):

- **Antidepressiboak.** A Gradua. Mina baretzeko, depresioa eta antsietatea kontrolatzeko, zurruntasuna eta funtzioen hobetzean laguntzeko erabilgarriak. Amilriptilina (25-50mg/egun) eta Duloxetina (60mg/egun) farmakoak gomendatzen dira. Halere, erabilera mugatuta dago efektu desiragaitzengatik. Amilriptilinarekin kasuan: logalea, aho lehorra, pisua irabaztea, likido erretentzioa eta digestio aparatuko arazoak. Gainera, kardiotoxikoa da. Duloxetinaren kasuan, aldiz: logalea, goragalea eta goitikak, beherakoak, zefaleak eta aho lehorra agertzen dira.
- **Antikonbultsiboak.** A gradua. Mina baretzeko, nekerako, deskantsurako eta funtzionaltasuna hobetzeko erabiliak. Pregabalina (300-450mg/egun) erabili ohi da. Halere, kontuan izan behar da gero eta dosi altuagoak orduan eta albo ondorio gehiago agertzen direla (logalea, bertigoa, pisua irabaztea eta zorabioak).
- **Analgesikoak.** B gradua. Mina eta funtzionalitatea hobetzeko. Tramadol (37,5mg/egun) erabili da baina goragalea, bertigoa, logalea eta idorreria eragiten ditu. Paracetamol farmako erabili da Tramadolarekin batera, gaixotasunean on egiten baitie erabiltzaileei baina ez dago entsegu klinikorik onura frogatzen duena, beraz, D gradua.

Farmako horietaz gain, hanturaren aurkako farmakoen inguruan zalantza dago. Batzuk gomendatzen dute hauen erabilera (20). Beste batzuk, aldiz, ez dute erabilera

gomendatzen FM ez delako hantura sortzen duen gaixotasuna (26). Hori dela eta, gomendio gradua D da (31, 35).

Farmako hauen guztien efikaziaren ebidentzia gehiago aztertu behar da, izan ere, egindako ikerketak haien efikazia plazeboarekin alderatzean soilik oinarritzen dira (35). Halere, aipatzekoa da ez Medikamentuen eta Produktu Sanitarioen Espainiako agentziak ezta Europakoak ere ez dutela farmako espezifikorik aurkitu FMan erabiltzeko (31, 35).

4.9.2. Tratamendu psikosoziala

Tratamendu ez-farmakologikoa gero eta protagonismo gehiago hartzen ari da, izan ere, farmakoak ez dute eraginkortasun nabarmenik ziurtatu. Tratamendu ez eraginkorra jasotzean pertsona lur jota senti daiteke. Gainera, gaitasunak pixkanaka-pixkanaka galtzen doazela ikusten dute. Aitzitik, gaixotasunarekin bizitzen ikasteko eta aurre egiteko estrategiak aurkitzeko terapia osagarriek lagundu dezakete (20). Dena den, tratamendu psikologikoak erabiltzeko kontuan hartu beharko dira pertsona bakoitzaren ezaugarriak emaitza hobek lortzeko (35). Ondorengo aktibitateak onuragarriak izan daitezke:

- **Ariketa fisikoa.** Arlo psikosozialeko terapia eraginkorrenetarikoa kontsideratzen da. Ariketa intentsitate moderatukoa izan behar du eta astean 2-3 aldiz praktikatua. Gainera, taldean praktikatzen bada interakzio soziala lantzen da eta motibazioa pizten du (28, 29). Horretaz gain, pertsonari kalte egiten ez dion edozein ariketa onuragarritzat hartzen da (26). Zaila izaten omen da FM duen pertsona ariketa fisikora bideratzera, izan ere, nekea eta mina handitzen direla adierazten dute. Horregatik, programen intentsitatea gradualki garatu behar da (33). Garrantzitsuena oreka lortzea da; ez sedentarioa izatea ezta lanpetuta bizitzea ere (24).
 - **Ariketa aerobikoa.** A Gradua (31, 35). Mina gutxitzen du, funtzio fisikoa hobetu eta ongizate sentazioa hobetu (18). Ez du efekturik nekean eta min sentazioan. Depresiorako erabileran, aldiz, zalantza dago. Igeriketa, ibiltzea, dantzatzea eta bizikletan ibiltzea dira ariketa gomendagarri batzuk. Bestalde, lasterketak eta saltoak ez dira gomendatzen (28).
 - **Ariketa anaerobikoak edota muskulu indartzaileak.** B Gradua (31, 35). Erresistentzia eta indar muskularra hobetzen dute (34). Dena den, ez dago ebidentzia nahikoa baino mina arintzeko, depresiorako eta ongizatea hobetzeko aukerak direla ematen dute. Ariketa aerobioarekin

- konbina daiteke. Ariketa mota honetan pisuen erabilera eta banda elastikoak sartzen dira (28).
- Estiramenduak eta malgutasuna. Nahiz eta gorputz elastikotasuna hobetu eta gorputz jarrera zuzendu, ez dago ebidentzia nahikorik gaixotasunean onuragarria den jakiteko eta gomendatzeko (35). Pilates, yoga eta dantza dira talde honetako ariketak (28).
 - **Musika.** Florence Nightingalek ere musika erizain jarduera gisa erabili zuen sendaketa faboratzeko (34). Ikerketa batean saltsa eta musika klasikoa erabili ziren sintometan sortzen zuen eragina baloratzeko (37). Egunean gutxienez 30 minutu musika entzutea lagungarria da: mina eta depresio sintomak arintzen ditu (19, 37). Bestalde, Hanser eta Thompsonnek (1994) egin zuten ikerketan ondoko hau jakinarazi zuten: egunero gustuko musika entzunez depresio maila jaisten da. Gainera merkea eta erabiltzeko erraza da (37).
 - **Bainuetxetako terapiak.** B gradua (22). Ur beroan ariketak egitea mina baretu eta gaitasun funtzionala berreskuratzen laguntzen du (35). Gainera, hidroterapia ariketarekin edo ariketa gabe eraginkorra dela azaltzen du beste iturri batek (28).
 - **Masajeak.** C gradua (31, 35). Zalantza dago aktibitate honen onuragarritasunean. Iturri batzuk (29, 30) bere erabilera gomendatzen dute. Antsietatea eta mina baretu, lo patrioiak eta bizi kalitatea hobetzen dutela diote. Halere, beste iturri batek dio (28) eragina ez denez frogatu ez dela gomendagarria.
 - **Terapia naturalak.**
 - Akupuntura. C Gradua (22, 31, 35). Ez dago nahiko ebidentzia aktibitate hau bermatzen duena (18, 22). Halere, erabiltzea ez aplikatzea baino onuragarriagoa dela ematen du. Zurruntasunean, lo kalitatean, nekean eta ongizate orokorrean positiboko eragiten baitu (28).
 - Homeopatia. C gradua (22, 31). *Rhus toxicodendron* belarraren eragina ikertzen ari da. Oraingoan ematen duenez lo kalitatea eta mina hobetzen ditu (28). Halere, belarrak kontu handiarekin erabili behar dira. Beste medikamentuekin batera hartzen badira albo ondorioak ekar baititzakete. Puntu hau garrantzitsua da, izan ere, FM duten 10 pertsonetatik 4ek homeopatiara jotzen dute (29).
 - Dieta. Iturri batek dioenez (29) paziente hauek elikagai falta dute. Elikagai horiek burdina, magnesioa, zinka, B12 bitamina eta antioxidatzaileak dira. Hori dela eta, elikadura zaindu behar dute. Gainera, arriskurik gabeko aktibitate honekin beste gaixotasunak ere

saihestu daitezke. Bestalde, *Chlorella pyrenoidosa* alga berdeak (10g piluletan eta 100ml estraktu egunean) sintomak hobetzen omen ditu baina ez dago ebidentzia nahikorik oraindik (22, 28).

- **Terapia kognitibo-konduktuala.** A gradua (22, 31, 35). Emaitza hoberenak lortzen dituen terapia da, pazientea gaixotasunaren jabe egiten laguntzen baitu (28, 36). Hiru fase nabarmentzen dira. Lehena, pazienteak bio-psiko-sozial modelo ulertzen du. Bigarrena, minaren maneiurako estrategiak ikasten ditu. Azkena, trebetasun horiek egunerokotasunean aplikatzen ditu (22). Terapia honetan *biofeedback* eta erlaxazioa erabiltzen dira (21, 30). Guztiek, pertsonaren sufrimendu psikologikoa arintzen dute (34). Horrela, gogo-aldartea hobetu, estres maila jaitsi eta funtzio fisikoa onartzen laguntzen da (29). Terapia hau bakarrik edo taldean burutu daiteke eta giro lasaia, isila eta eroso bilatu behar da (28). Bestalde, talde honen barruan ergonomia eta lo higieina ere sar daitezke. Azken finean, terapia honen barnean pazienteari estrategia hoberenak erakutsiko zaizkio bizi-kalitatea hobetzeko helburuarekin (31).
- Biofeedback. Erizain zainketen puntuan (4.10.) jorratuko da.
 - Erlaxazio teknikak. Ikerketa bat egin zen eraginkortasuna baloratzeko eta emaitzak gogobetegarriak izan ziren (38).
 - *Jacobson erlaxazioa.* Jarrera erosoan, muskuluak tentsatu eta erlaxatuz sentazio atsegina lortzea.
 - *Erlaxazio pasiboa.* Mentalki arnasketa lasaiaren laguntzaz muskulu talde bakoitza lasaitzea.
 - *Schultz barne erlaxazioa.* Nork bere buruari erlaxazio esaldiak esatea.
 - *Irudikatzea.* Egoera atsegingarriak eta lasaigarriak imajinatzea.
 - *Arnasketa abdominala.* Birikak hustu ostean arnasketa sakon batez birikak bete eta abdomena puztea. Arnasari eutsi eta pixkanaka husten joatea.
 - Lo higieina. Kafeina gabeko edariak hartzea eta ohera sartze ordutegia erregulatzea gomendatzen da kalitatea hobetzeko (21, 26, 30). Gainera, gutxi afaltzea, ohea lotarako soilik erabiltzea, logelaren giroa proposa izatea eta erlaxatzea ere gomendatzen dira (24).
 - Ergonomia. Ikus 11. Eranskina. Aktibitate garaian eserita lan egiten bada, bizkarra zuzen eta oinak lurrean izan behar dira. Postura jakin batean lan egiten bada 2-3 minutuko atsedenaldea egin behar da eserita ergonomia zainduz. Deskantsuan posturaren menpe dago ergonomia. *Decubito supino* jarreran, belauak arin tolestuta izan behar dira, kuxin

batez lagundu daiteke. *Decubito prono* jarrera ez da gomendagarria lunbar karga dela eta. *Decubito lateral* moduan, etzanda gauden aldeko belauna eta aldaka tolestuta egotea komeni da. Deskantsuan zerbikalak eta dorsalak lerrokatuta egon behar dute. Koltxoia sendoa izan behar du baina ez gogorra eta indargetzea 10 urteetara galtzen dela gogoratu behar da (28).

- **Erlazio sozialak mantendu.** Sintomen inguruan hitz egin behar da, baina ez da gaia bakarra izango elkarrizketan. Jatorria ezezaguna denean zalantzak denengan sortzen dira, beraz, inguruko jendeak informazioa jasotzea ere gomendagarria da. FM duen pertsonak eta ingurukoek asertiboki komunikatzen ikasi beharko dute. Hots, norberaren eta ingurukoaren eskubideak ezagutzea eta errespetatzea. Horretarako enpatia beharrezkoa da, hau da, bestearen ikuspuntua ulertzea. Horrela, erlazioa galdu gabe denongan egokitutako aktibitate sozialak mantendu ahalko dira (24).

Texaseko unibertsitate batek FM inguruan gida bat publikatu zuen. Gaixotasuna hobeto eramateko aktibitate hauetatik ariketa aerobikoa, terapia kognitibo-konduktuala, akupuntura, hidroterapia eta *biofeedback* azpimarratzen ditu. Bestalde, masajeak eta malgutasun ariketak ez ditu gomendatzen eraginkortasun ezezagunagatik (39).

Tratamenduen ebidentziaren laburpena begiratzeko ikus 12. Eranskina.

4.10. ERIZAIN ZAINKETAK

Erizainak pazienteari lagundu eta gidatzeko helburua du. Pazientea terapia egokia jaso gabe gera daiteke erizainak hauen ezagutza falta badu. Erizaina denez zainketak ematen dituen pertsona nagusia, erizainaren ekarpena nabarmena izan daiteke (19). Zainketak pazientean oinarritu behar dira; erabakietan parte hartuko du, arazoa bere ikuspuntutik behatuko da eta pertsonaren autonomia errespetatuko da (22). Erizainaren baliabideak *biofeedback* eta osasun-hezkuntza izango dira.

Pazienteek interesa, gaixotasunarekiko ezagutza, ulermena, sostengua, enpatia eta komunikazio gaitasuna eskatzen diete osasun profesionalei (20). Hau da, *biofeedback* da eskatzen dutena. Erizainak erabiltzailea ezagutzeko bere bizipenetan, sentimenduetan, beldurretan, beharretan, sinesmenetan eta lehentasunetan arakatu beharko du. Horrela gaixotasunak bere bizitzan nola eragiten duen jakingo du (22, 25). Horretarako erizainak gaixoaren konforta eta konfiantza behar ditu. Hori dela eta erizaina gai izan behar du pazienteei modu lagungarrian entzun eta erantzuteko. Komunikazio erraztatzaileen erabilerak komunikazioa garatzea eta pazienteen emozio

negatiboei egoki erantzutea ahalbidetzen du. Garrantzitsua da pazienteentzako profesionalak haien gaixotasunarengan eta haiengan sinestea. Horretarako empatia beharrezkoa da, hots, beste pertsona baten pentsamenduak eta emozioak identifikatzea. Beste honetarako garrantzitsua da erizainak pazientearen pertsona biopsikosoziala gisa behatzea eta erabiltzaile bakoitzean oinarritutako zainketak emateko motibazioa eta interesa izatea. Ondorioz, erabiltzaileak konforta sentitu ahalko du (40).

Bestalde, osasun-hezkuntza erizainaren zeregina da. Erabiltzailearen ikuspuntutik informazioa jasotzeko eskubidea du eta profesionalaren aldetik tratamendu aukerak helarazteko derrigorra du (33, 35). Osasun-hezkuntzak pazientearen jarreraren positiboki eragiten du eta erabiltzailearen ezagutza handitzen du gaixotasunaren inguruan (22). Beraz, osasun-hezkuntza hainbat puntuetan oinarrituko da: informazioa helaraztean, sintomak eta haien eboluzioa azaltzean, arrisku-faktoreetan, medikazio erabileran eta bestelako gomendioetan (13. Eranskina) (27). Modu honetara gainera, bizi-kalitatea hobetzea eta osasun zerbitzuekiko dependentzia jaistearen lortuko da (28). Familiaren parte-hartzea ezinbestekoa da, izan ere, gaixoa eta familia ondo informatuta badaude zainketak eraginkorrak izan daitezke (30). Horrela, gaixoaren jarrera ez da mugatuko eta familiak lagundu ahalko du bizi-kalitatea hobetzen (21).

Hona hemen pazienteak eta familiak jakin beharreko 10 datu (23):

1. Gaixotasun fisikoa da eta estresak eta emozioek zerikusi handia dute.
2. Gaixotasun kronikoa da eta harekin bizitzen ikasi behar da.
3. Ez da gaixotasun mortala.
4. Pertsona baten arlo guztiak hartzen ditu: biologikoa, psikologikoa, soziala eta lanekoa.
5. Gaixo aktiboa izan behar da sintomak eta gaixotasuna egokien maneiatzeko.
6. Esleitutako medikuak laguntzen ez badu, aldatu medikuaz.
7. Ariketa fisikoa egunerokotasunean txertatu behar da.
8. Terapia kognitibo konduktuala eta memoria ariketak laguntza handikoak dira.
9. Ahalik eta bizitza normalena eraman.
10. Jarrera positiboak gaixotasun kronikoan laguntzen du.

Bestalde, Espainiako erreumatologiako elkarteak (SER) FM maneiarako dekalogo batean 10 gomendio plazaratu zituen (22, 33):

1. Minarekin bizitzen ikasi.
2. Emozioak kontrolatu.
3. Estresa kontrolatu.

4. Nekea saihestu.
5. Ariketa egin.
6. Gainontzekoekin erlazionatu.
7. Osasuna zaindu.
8. Medikamentuekin arduratsua izan.
9. Aukerazko medikamentuekin arduratsua izan.
10. Konstantea izan.

Azken finean, erabiltzaileak saiatu behar du gaixotasuna maneiatzen eta ez alderantziz. Horretarako, garrantzitsua da pertsonaren bizitza min eta ondoezera ez mugatzea (23).

Arlo biologikoa kontuan hartuta, erizainak farmakoen maneiua erakutsi eta hauek sortutako arazoak prebenitu edota hobetzen lagundu dezake. Gainera, farmako opioideen (Tramadol adibidez) erabilera murrizten lagundu dezake (21). Erizainaren helburuetako bat automedikazioa kontrolatzea izango da (28).

Bestalde, mina sintoma nagusienetariko bat denez, eguneroko bat egitea gomendatuko da. Eguneroko horrek, minaren agerpen momentua, aurre estimuluak, ordutegia ... erregistratuko ditu. Horrela, pazienteak mina hobeto maneiatzen ikasi dezake (28). Halere, mina zaila denez definitzea erizainak minaren hautematea kontuan izan behar du (19).

Gainera, erizainak tratamendu ez-farmakologikoak gomendatu ditzake eta hauen inguruan zalantzak argitu. Adibidez, ariketa fisikoarekin mina handituko zaion pentsamendua badu erizainak ariketa lasaiak eta aktibitatea gradualki igotzea gomendatuko du. Gainera, ariketaren ondorio diren sintomak azaldu ditzake gaixotasunaren sintomekin ez nahasteko (32).

Bestalde, sintomak okerrera egiten dituzten arrisku-faktoreen inguruan informatu dezake eta hauek saihesteko gomendioa eman. Zainketak jarrera aldaketan oinarritzen dira gehienbat, hots, pazienteak bere gaixotasunean esku-hartzean. Horregatik, erizainak egokitzapenean eta aurre egiten lagundu behar du (30).

Erizainak gertuko elkarten inguruan informatu dezake ere. Elkarteek pertsonen esperientziak helarazten ditu denuntzia modura. Gainera, pazienteen eskubidetan, errekonozimendu sozialean eta ikerketen beharra aldarrikatzen lan egiten dute ere (25). Elkarteak eragin positiboak ditu pazienteengan, izan ere, haien sostengu eta informazio-iturri dira (20).

Erizain esku-hartzeak eraginkorrak direla ziurtatu da. Ikerketa batek dioenez, erizainak informazioa helarazi dezake, gaixotasuna konfirmatu eta terapia kognitibo-konduktuala landu. Gainera, gaixotasuna ulertzen lagundu dezake, min kronikoaren inguruan aritu, terapia ez-farmakologikoen inguruan aritu eta osasun jarreraren inguruan ere. Erizainak deiak egin ditzake zainketen jarraipena ziurtatzeko: 2 astetara, hilabetera eta 3 hilabetera esaterako. Gainera, baliabideak eta materialak ere eman ditzakete (21). Halere, bisitak aldizka egin daitezke, sintomen larritasunaren arabera. Garrantzitsua da bisita edo dei guztietako datuak erregistratzea (18).

4.10.1. Ikerketa interesgarriak zainketen inguruan

Ikerketa kualitatibo baten bidez, FM duten pertsonen esperientziak behatu ziren mugikor bidez. Mugikor honek eguneroko funtzioa egiten zuen eta erizainaren *feedback* jasotzen zuen. Horrela, erizainak emozioak kudeatzen laguntzen zuen eta ariketak egitera animatzen zuen ere. Azkenean, pertsona horiek haienganako estimua eta konfiantza handitzea lortu zen. Gainera kontzienteagok ziren haien egoera eta gaixotasun kronikoaz (16).

Katalunian zainketa plan bat burutu zuten langile sozial, erizain eta medikuaren artean. Lehen bisitan pertsona baloratzen zuten. Pertsona horrek sintoma psikiatrikoak bazituen osasun mentalera deribatzen zen. Aldiz, sintomak baloratzeko zailak baziren espezialistarengana bidaltzen zen eta gainontzeko guztiak osasun zentroan tratatzen ziren. Langile sozialak komunitateko errekurtsuez informatzen zuen. Erizainak, ordea, gaixoa informatu eta osasun-heziketaz arduratzen zen. Azkenik, medikuak tratamendua egiten zuen. Guztien artean minaren sentsazioa murriztea lortu zuten (41).

Beste ikerketa batek, ekipo multidisziplinari bidez terapia psikosozialak eta osasun-heziketa baloratu zituzten paziente errealetan. Emaitzak positiboak izan ziren (38).

Hezkuntza, ariketa eta terapia kognitibo-konduktuala tratamendu eraginkorrenak dira (20, 26). Hiru aktibitate hauek erizain zainketen barnean daude. Erizain zainketek bizikalitatea hobetzen lagundu dezake, mina arindu eta deskantsua hobetu (42).

5. EZTABAIDA

FM gaixotasun kronikoa izanik, behatu da ez dela aipamenik egiten 2009. urtetik Osakidetzaren aldetik sindrome honen errekonozimendurako. Orduan, nola liteke posible horrenbesteko prebalentzia izanda ez azaltzea oraindik “Lerro estrategikoak eta ekintza-planak 2013-2016” txostenean?

Ildo estrategiko batek kronikotasunean sakontzen du: “Erantzun integratua kronikotasun, zahartzaro eta mendekotasunera” hain zuzen ere. Bertan (43), badira hainbat ekintza gaixotasun honetarako baliagarriak:

“2.1.7. Zerbitzu sozialekin zeharkako planak diseinatzea, alor soziosanitarioan, osasun mentalean, desgaitasun intelektualean, psikogeriatrian eta abarrearantz arreta emateko, bai eta beste alor batzuetan ere (esate baterako, arreta goiztiarrearantz).”

2.4.2. Oraingo erizaintza jarduera aurreratuera bideratzea (diabetesari buruzko trebakuntza, psikohezkuntzako interbentzioak, zainketa aringarriak, buru-nahasmendu komuna, banakako eta/edo taldekako teknikak, triajeak...).

2.5.1. Paziente kronikoen eta haien familiako kideen ahalduntzean aurrera egiteko estrategiak sustatzea eta baliabideak antolatzea (Osasun Eskola-Pazienteen Eskola sortzea eta garatzea, eta, eskola horren bidez, pazienteek beren gaixotasuna autokudea dezaten sustatzeko programa eraginkorrak zabaltzea...).”

Lehen ekintza, hau da, zerbitzu sozialen laguntza interesagarria izango litzateke pazientearen arlo soziala garatzen laguntzeko. Adibidez, pertsonari komunitateko baliabideen inguruko informazioa helarazteko. Bigarrena, aldiz, erizainaren aldetik banakako edota taldekako aktibitateak aurrera eramateri egiten dio erreferentzia. Puntu hau, erizainaren eskutik garapen bidean dago, horregatik, interesgarria izango litzateke jakinaren gainean dauden erizainek jardueri ekitea. Azkeneko ekintza, paziente kronikoak hezterari dagokio. Jakina da osasun-heziketak protagonismo handia duela gaixotasun honetan.

Halere, nahiz eta ekintzak erabilgarriak izan gaixotasunean, 2009. urtetik, ez da aipamen berririk egin FM inguruan Osakidetzaren aldetik.

Euskal Autonomia Erkidego (EAE) mailan bada euskal herritarren eskubideen babeslea; Ararteko (44). Ordezkaritza defendatzaile honek gaixo kronikoen eskubideen inguruan argitaratutako dokumentu batean FM aipatzen du. Hemen, hainbat puntu aldarrikatzen dira: arlo sanitario eta sozialak arreta integrala eskaintzea, profesionalen

formakuntza, garbitasuna azalpenetan eta etiologia eta tratamenduaren ikerkuntza. Gainera, neurri batzuk ezartzea proposatzen du arreta egokia eskaintzeko eta horrela gaixoen bizi-kalitatea hobetzen laguntzeko. Haien artean:

- Profesional sanitarioen formakuntza hainbat alderdietan:
 - Gaixotasunaren ezagutza.
 - Pazienteari sinestea.
 - Tratu egokia.
 - Tratamendu egokiak.
 - Erizainaren parte-hartzea.
- Psikoterapien beharra, bai individualak edota familia arteakoak.
- Lehen eta bigarren arreta mailen arteko koordinazioa, baita espezialista desberdinen arteko komunikazioa ere.
- Ikerketarako hornidura ekonomiko handiagoa.
- Sentsibilizazio eta kontzientziazio soziala.
- Integrazio sozialerako eta autonomia pertsonala promozionatzeko neurriak. Ezgaitasunen eta laneko ezintasunen errekonozimendua.
- Elkarreentzako eta aisialdi ekintzetarako diru-laguntzak. Baita elkarteen errekonozimendua ere.

Horretaz gain, "Kronikoen Sarea" sortu da EAE mailan. Sare sozial hau gaixotasun kronikoa dutenei eta baita laguntzaile/zaintzaileei ere eskaintzen zaie bizi-kalitatean laguntzeko. Bertan informazio elkartrukea egin dezakete eta horrela bata bestearengandik ikasi, emozioen gestioa ere landuz. Baloratu daiteke ea tresna hau baliagarria izan daitekeen FM.

Dokumentu honek dionez, aurrerakuntzak egin dira kronikotasun estrategian. Halere, pertsona hauen eskubideen alde lan egiten duten elkarteei sostengu handiagoa eskaintzea beharrezkoa da. Horrela, eskaintzen dituzten programa eta zerbitzuen iraupena ziurtatzeko (44).

Bestalde, erabiltzaileek aldarrikatzen duten bezala beharrezkoa da errekonozimendua, hots, gaixotasuna ulertu, gaixoa ulertu eta biak onartzea errespetuz. Ekintza hau bai sozietate mailan eta baita edozein osasun mailan ere komenigarria da. Izan ere, sozietatearen eta profesionalen ulermen eza dago. Herrialdearen zati handiak gaixotasun hau borondate eta animo ezarekin erlazionatzen du. Ondorioz, garrantzi gutxiko arazo psikologiko gisa hartzen dute eta honek azkenean pertsonan frustrazioa sortzen du (28). Gainera, diagnostikoa sintomen bidez eta ez zeinuen bidez egiten

denez diagnostikora iristea zaila da. Hau ez da onuragarria gaixoarentzako. Halaber, biomedikuntzaren ikuspegitik froga diagnostikoetan ez bada kalterik ikusten gaixotasuna ez da existitzen edo arlo mentalari dagokio (25). Horrela, ezinezkoa da FM ulertzea.

Oraingoz, erabat eraginkorra den tratamendurik ez da aurkitu. Halere, ikerketak aurrera egiten duten heinean tratamendu psikosozialak eragin positiboak erakutsi ditu. Orokorrean ez dira albo ondorioak ezagutzen eta merkeak dira. Gainera, asko etxean bertan burutu daitezke. Horregatik, garrantzitsua da terapia horien inguruko informazioa helaraztea. Talde hezkuntzak eraginkorragoa ematen du. (28). Dena den, epe-luzerako eraginak gehiago ikertu behar dira (34).

Erizainak pertsona gizaki biopsikosoziala bezala ikusten du, beraz, arlo hauetan esku hartu dezake. Tratamendua gainera, hiru arlo horietan oinarritzen da. Horretaz gain, gaixotasun kronikoa da eta maiz, gaixotasun kronikoaren jarraipena egiten duen pertsona erizaina da. Beraz, oraindik ikertzen ari diren gaixotasun honetan erizain irudia beharrezkoa dela ikusi da.

Zoritxarrez, duela 10-15 urteko ikerketa anitzek diote erizainek ez dutela pazienteen kezkek egoki identifikatzen (Heaven Maguire 1996, Farraell et al. 2005) eta askok ez dutela enpatia handia erakusten (Reynolds & Scott 2000) (40). Gaur egun egoerak horrela jarraitzen badu, erizainon aldetik hobetzeko alde bat da. Halere, ikerketa berri bat egin beharko litzateke gaur egungo egoera berdin jarraitzen duen behatzeko.

Erizainaren helburu nagusia tratamendu biopsikosozialarekin paziente gaixo aktiboa, hots, paziente bizia bihurtzea izango da. Horrela, erizain-zainketak egoki burutuz gaixoarentzako onura lortzeaz gain medikutarako bisitak murriztea ere lortuko litzateke seguruenik bide batez.

Erizainen kode deontologikoan profesionalen jarrera zehazten du pazienteen ongizatea eskuratzeko ikuspegi biopsikosozialetik. Erizainaren zereginak prebentzioa, osasuna mantentzea, errehabilitazioa, osasun-hezkuntza eta ikerketa/formazioa/administrazioa dira. Hots, erizain zainketak tekniketarik haratago doaz. Dokumentu honetan, hainbat artikulua erabilgarri aurkitu dira gaia honekin erlazionatu ahal direnak (45):

- *II. Kapitulua, 10. Artikulua: Erizainaren erresponzabilitatea da ere gaixoa informatuta mantentzea hizkuntza argi eta egokia erabiliz.*
- *X. Kapitulua, 52. Artikulua: Erizainak desberdintasunik egin gabe, pertsonaren beharren arabera eta errespetuz eskainiko ditu zainketak.*

- *X. Kapitulua, 60. Artikulua: Erizainaren erresponsabilitatea da norbere ezagutzak etengabe berritzea.*
- *XI. Kapitulua, 70. Artikulua: Erizainak jakin behar du beharrezkoa dela etengabeko formakuntza.*
- *XI. Kapitulua, 71. Artikulua: Erizainak errekurtsio egokiak bilatu beharko ditu bere formakuntza bideratzeko.*

Gauzak horrela, erizainak pazienteak behar duen informazioa eskaini diezaioke. Baina lehenago erizainak hezi beharko dira erabiltzaileei lagundu ahal izateko. Horretarako, erizainen kolegio ofizialak kurtsoak eskaini ditzake. Beraz, lehen pausua erizainei orain arte lortutako ebidentziadun informazioa helaraztea izango da.

6. ONDORIOAK

FM gaixotasunean aurrerakuntzak egitea erronka bat da. Izan ere, gero eta pertsona diagnostikatu gehiago dago. Gainera, orokorrean pertsona hauek arreta gehiago behar dute eta paziente konplexuak dira sintomen espezifikotasun ezarengatik. Hori dela eta, garestia ere izan daiteke. Gaixoaren egoeran laguntzeko eta bide batez aurrezteko erizain irudia ezinbestekoa dirudi.

Erizainak tratamendu jarraipena ziurtatu, medikazioaren maneian hezi, bizi estilo aldaketan lagundu, gaixo aktibo jarrerara zuzendu eta terapia kognitibo-konduktuala egin dezake. Horretarako, erizainak *feedback* behar du gaixoaren aldetik. Behin pertsona giro atsegin batean egonda, profesionala heziketarekin hasi daiteke. Osasun-hezkuntza gehienbat lehen arreta mailan egiten da erizainaren eskutik, halere, beste arreta mailetan ere bi tresna horiek erabili daitezke. Oraingoz, erizainak gaixotasun prozesuan lagunduko dio bizi-kalitate hobereana lortzen saiatuz. Bitartean ikerketak egiten jarraitzea beharrezkoa da.

7. GOGOETA

Osakidetzako erreumatologiako mediku batekin hitz egiteko aukera izan ostean ondorengo datuak jaso dira:

FM 3 medikuen artean tratatzen den sindromea da; erreumatologoa, psikiatra eta familiako medikua. Halere, neurofisiologoak ere esku hartu nahi dute, azken ikerketak haien arloan baitira. Beste espezialista asko ere bisitatzen dituzte baina hori sintomatologiaren menpe dago eta familiako medikuak erabakitzen du nora bidali. Erreumatologian diagnostikatu egiten da eta familiako medikuaren eskutara pasatzen da pazientea. Azken mediku honek tratamendu aldaketak eta kontrola egiten ditu. Diagnostikorako ez dira puntu zehatzetan oinarritzen baizik eta pazienteak kontatzen duen historia entzutean. Izan ere, gaixotasun gutxi omen dira min orokorra eta froga objektiboetan anormaltasunik erakusten ez dituztenak. Tratamenduari dagokionez opioideak eta analgesikoak erabiltzen dira. Bestalde, ez omen dute gidarik erabiltzen. Azkenik, elkarteen garrantzia goraipatzen du eta pazienteei joatea gomendatzen diete.

Elkarte bateko gizarte langilearekin hitz egiteko aukera izan ondoren jarraieko informazioa lortu da:

Elkarteak 3 jarduera printzipal burutzen ditu: gaixoarekin, elkarteko kidearekin eta gizartearekin. Lehen pausua gaixoa elkartearekin kontaktuan jartzea da. Horrela, lehen elkarrizketa bat burutzen da eta pazienteari elkartearen eta gaixotasunaren inguruko informazioa eskaintzen zaio. Diptiko eta protokolo bat ematen zaie ere. Ezgaitasun eta ezintasun tramitazioan laguntzen zaie: lehena udaletxe bidez egiten da eta bigarrena abokatu baten laguntzarekin. Behin informazioa eskainita, sozioa egin daiteke gaixoa hileko 6€ kuota ordainduz. Horrela, hainbat aktibitate burutzeko aukera dute: psikologoarena edo fisioterapeutarena joan, tailerretan parte hartu (ur beroko terapia, ezagutza pertsonala ...), eskulanak burutu, sormena landu ... Psikologo eta fisioterapeuta saioko 15€ ordaindu behar dira, gainontzekoak dohainik egin daitezke. Gaixoeak adimen emozionala lantzen dute eta bertan "ez" esaten ikasten dute eta pertsona mota desberdinak antzematen (eneagramak) harremanak garatzeko. Behin diagnostikoa jasotzean dolua pasatzen dute horrenbeste denbora eta gero. Erabiltzaileek gehien eskatzen dutena profesionalen aldeko errespetua eta bakarrak ez direla jakitea dira. Elbarritasuna askok omen daukate baina portzentajea desberdina da pertsonatik pertsonara. Horregatik, aktibitateak taldearen arabera egokitzen dira elkartean. Azkenik, aipatu elkarteak azken ikerketekin erlazioan dagoela eta bertako

pazienteak Bartzelonako ASSSEM elkarteak zuzendutako biomarkadore immunologikoen ikerketa batean parte hartzen ari direla.

Erizainen aldetik ez da tratamendu definitiborik eskainiko baina bai laguntza prozesuetan. Prozesu horiek ondokoak dira:

- Norberaren ikuspegi edota bizi-estilo aldaketan.
- Gizartearen ulermena ez da egun batetik bestera lortzen, beraz, gaixotasunaren ezjakintasunetik ulermenerako bidean.
- Berdin, familia edota gertuko pertsonekin egiten den ibilbidean.
- Ikerketa ofizialek aurrera egiten duten bitartean.

Azkenik, aipatu gaixotasun kronikoa izanda aproposa izango zela beste gaixotasun kroniko bat gisa tratatzea. Horretarako, beharrezkoa izango litzateke ikerketa bidean dagoenez gidak berritzen joatea eta haietan erizainek eskaini dezaketen laguntzari garrantzia ematea.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Lopez M, Mingote J. Fibromialgia. Clin sal. 2008; 19(3): 343-358.
2. Fibromialgia [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2016 [Sartze data: 24/4/2016]. Erabilgarria: <http://www.ser.es/pacientes/enfermedades-reumaticas/fibromialgia/>.
3. Ramirez C, Ayxa R, Arroyo A, Rodriguez J. Opiniones y discursos de profesionales de enfermería sobre la atención a pacientes con fibromialgia. Index Enferm. 2014; 8(20):107-111.
4. Síndrome [Internet]. Madrid; Real Academia Española. 2016 [Sartze data 24/4/2016]. Erabilgarria: <http://dle.rae.es/?id=Xxq1Q5A>.
5. Hidalgo F. Fibromialgia. Un trastorno de estrés oxidativo. Rev Soc Esp Dolor. 2012; 19 (2): 95-100.
6. Alegre J. La Fibromialgia es una entidad primaria del dolor. ¿Hay deterioro cognitivo en la Fibromialgia? Rev Soc Esp Dolor. 2008; 15(6): 355-357.
7. Diario Médico. La fibromialgia provoca un gasto de 10.00 euros por paciente al año. Rev Soc Esp Dolor. 2009; 16(7): 417-418.
8. Soucase B, Monsalve V, Soriano J, Andrés J. Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. Rev Soc Esp Dolor. 2004; 2(6): 353-359.
9. Mejia M. Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad. Index Enferm. 2008; 17(4): 78-81.
10. Santiago G, Leon I, del Rocio M. Efectividad de las intervenciones de la enfermera de salud mental en mujeres con fibromialgia para un mejor afrontamiento a las actividades de la vida diaria. Biblioteca Lascasas [Internet]. 2011 Sartze data [24/4/2016]; 7(3). Erabilgarria: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0618.pdf>
11. Vinaccia S, Orozco L. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Divers Perspect Psicol. 2005; 1(2): 125-137.
12. Pernia A. La fibromialgia no debe ser ese cajón de sastre. Rev Soc Esp Dolor. 2010; 17(5): 225-226.
13. Montesó MP, Ferré i Grau C, Martínez MV. Más allá de la depresión la fibromialgia. Rev ROL Enferm. 2010; 33(9): 580-586.
14. Bosch E, Sáenz N, Valls M, Viñolas S. Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. Aten Primaria. 2002; 30(1): 16-21.
15. Triviño A, Solano M, Siles J. Aplicación del modelo de incertidumbre a la fibromialgia. Aten Primaria. 2016; 48(4): 219-25.
16. Jelin E, Granum V, Eide H. Experiences of a web-based nursing intervention - interviews with women with chronic musculoskeletal pain. Pain Manag Nurs. 2012; 13(1): 2-10.
17. Suma S, Veerendra B. Temporomandibular disorders and functional somatic syndromes: deliberations for the dentist. Indian J Dent Res. 2012; 23(4): 529-536.

18. Wierwille L. Fibromialgia: diagnosing and managing a complex syndrome. *J Am Acad Nurse Pract.* 2012; 24(4): 184-192.
19. Onieva M, Castro A, Matarán G, Moreno C. Effect of music as nursing intervention for people diagnosed with fibromyalgia. *Pain Manag Nurs.* 2013; 14(2): 39-46.
20. Triviño A, Solano M, Siles J. La cronicidad de la fibromialgia. *Enferm Global.* 2014; 13(3): 273-292.
21. Vincent A, Whipple M, Oh T, Guderian J, Barton D, Luedtke C. Early experience with a brief, multimodal, multidisciplinary treatment program for fibromyalgia. *Pain Manag Nurs.* 2013; 14(4): 228-235.
22. Osakidetza. Documento para el manejo de la Fibromialgia en Atención Primaria. Eusko Jaurlaritza. Osasun saila: 2006.
23. Asociación aragonesa de fibromialgia y fatiga crónica [Internet]. Guía para comprender la Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica; 2011. [Sartze data 2016/3/10]. Erabilgarria: http://www.asafa.es/wp-content/uploads/2011/04/GUIA_ASafa.pdf.
24. Asociación de divulgación de fibromialgia [Internet]. Guía de debut en Fibromialgia; 2015. [Sartze data 2016/3/10]. Erabilgarria: <http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/debut.pdf>.
25. Carrasco M, Jiménez C, Márquez M. Fibromialgia: cuando el dolor es una historia de vida. *Index Enferm.* 2010; 19(2): 196-200.
26. Paxton S. Perioperative care of the patient with fibromyalgia. *AORN J.* 2011; 93(3): 387-389.
27. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de la región de Murcia [Internet] Protocolo de atención a pacientes con Fibromialgia; 2010. [Sartze data 2016/3/10]. Erabilgarria: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/205544-Protocolo_Fibromialgia.pdf.
28. Fernández S, Argüelles L. Abordaje del paciente con Fibromialgia en Atención Primaria. *RqR Enfermería Comunitaria.* 2015; 3(1): 25-42.
29. Fiestone K, Holton K, Mist S, Wright C, Jones K. Optimizing fibromyalgia management. *Nurse Pract.* 2012; 37(4): 12-21.
30. Restrepo J, Rojas J. Fibromialgia ¿Qué deben saber y evaluar los profesionales de Enfermería? *Invest Educ Enferm.* 2011; 29(2): 305-314.
31. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad [Internet]. Fibromialgia; 2011 [Sartze data 2016/3/10]. Erabilgarria: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>.
32. Ryan S, Packham J, Dawes P, Jordan K. The impact of a nurse-led chronic musculoskeletal pain clinic on healthcare utilization. *Musculoskeletal Care.* 2012; 10(4): 196-201.
33. Intranet Osakidetza. Recomendaciones para el manejo de la Fibromialgia. Infac [Internet]. 2009 [Sartze data 2016/3/10] 17(7): 1-6. Erabilgarria: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v17_n7.pdf
34. Noble K. Fibromyalgia and surgery. *J Perianesth Nurs.* 2012; 27(4): 278-282.

35. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut [Internet]. Fibromialgia y síndrome de fatiga crónica: recomendaciones sobre el diagnóstico y tratamiento; 2010 [Sartze data 2016/3/10]. Erabilgarria: http://aunets.isciii.es/ficherosproductos/sinproyecto/1285_AIAQS_2010_02_FIBROMIALGIA.pdf
36. Pérez M, Peñacoba C. Autoeficacia y automanejo de los hábitos saludables en fibromialgia. *Enferm Clínica*. 2015; 25(3): 133-137.
37. Leao E. ¿La música como intervención de enfermería reduce el dolor y la depresión en pacientes con fibromialgia? *Evidentia* [Internet]. 2014 [Sartze data 2016/1/15]; 11(46): 1-4. Erabilgarria: <http://www.index-f.com/evidentia/n46/ev9426e.php>
38. Olmos M, et al. Intervención grupal con pacientes diagnosticados de Fibromialgia en un centro de salud. *Agathos*. 2010; 10(1): 32-41.
39. Family Nurse Practitioner Program. Management of fibromyalgia syndrome in adults [tesis]. Austin (TX): University of Texas, School of Nursing; 2009.
40. Eide H, Sibbern T, Johannessen T. Emphatic accuracy of nurses' immediate responses to fibromyalgia patients' expressions of negative emotions: an evaluation using interaction analysis. *J Adv Nurs*. 2011; 67(6): 1242-1253.
41. Olmos M, et al. Abordaje de la fibromialgia desde la atención primaria sanitaria. *Agathos*. 2010; 10(2): 4-11.
42. Rodríguez R, Orta M, Amashta L. Cuidados de enfermería a los pacientes con fibromialgia. *Enferm Global*. 2010(19): 1-16.
43. Osakidetza. Lerro estrategikoak eta ekintza-planak. [Internet]. Araba: Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazioa; 2013 [Sartze data 2016/2/23]. Erabilgarria: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/eu_argital/adjuntos/estrategia/lerroEstrategikoakOsakidetza.pdf.
44. Ararteko [Internet]. Personas con enfermedades crónicas; 2011 [Sartze data 2016/3/24]. Erabilgarria: http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_3187_3.pdf
45. Código deontológico de la enfermería española, 32/89, Consejo General de Colegios de Enfermería; 1989.

1. Eranskina: Artikuluaren laburpena motaren arabera.

	Izenburua	Urtea	Artikulu mota	Emaizak / Ondorioak
1	Fibromialgia	2011	Errebisio sistematikoa	<ul style="list-style-type: none"> - Badira diagnostikorako irizpide berriak. - Anamnesia egokia izateak garrantzia du. - Lanerako ez dituzte erraztasunak izaten. - Gomendioak.
2	Fibromialgia y síndrome de fatiga crónica: recomendaciones sobre el diagnóstico y tratamiento	2010	Errebisio sistematikoa	<ul style="list-style-type: none"> - Gaixoaren bizitzaren arlo guztietan eragiten du. - Hezkuntza beharrezkoa da bai pazienteentzako baita profesionalentzako ere. - Gomendioak.
3	Documento para el manejo de la Fibromialgia en Atención Primaria	2006	Errebisio sistematikoa	<ul style="list-style-type: none"> - Minaren egoera egunetik egunera aldatzen da. - Zainketak pazientean oinarritu behar dira. - Pazienteari hezkuntza ematea positiboki eragiten du. - Osasun profesionalak enpatia erabili behar du. - Tratamendu gomendioak eta gainontzeko gomendioak.
4	Recomendaciones para el manejo de la fibromialgia	2009	Errebisio sistematikoa laburtuta	<ul style="list-style-type: none"> - Sintomek gorabeherak izaten dituzte, ez dira batera agertzen denak. - Gaixoa informatu behar da.

				- Gomendioak.
5	Guía de debut en Fibromialgia	2015	Gida klinikoa	<ul style="list-style-type: none"> - Hobetze eta okertze aldiak txandakatu egiten dira. Baina ez da endekapenezko gaixotasuna. - Pertsona ikuspegi holistikotik behatu behar da. - Erlazio sozialak mantentzea garrantzia du.
6	Guía para comprender la Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica	2010	Gida klinikoa	<ul style="list-style-type: none"> - Pronostikoa eta gaixotasunaren ondorioak aldakorra da. - Pazienteak jakin beharreko 10 datu. - Pazienteak kontrolatu behar du gaixotasuna eta ez alderantziz. - Erlazio sexuak garrantzia dute ere.
7	Management of fibromyalgia syndrome in adults	2011	Gida klinikoa laburtuta	<ul style="list-style-type: none"> - Pazientea informatzea aldarrikatzen du. - Ariketa aerobikoa, terapia kognitibo-konduktuala, akupuntura, <i>biofeedback</i> eta bainuetxeak gomendatzen ditu. - Tratamendu farmakologikoa ere konbinatzea aholkatzen du.
8	Protocolo de Atención a pacientes con Fibromialgia	2010	Protokoloa	<ul style="list-style-type: none"> - Eskalak. - Gomendioak. - Gaixoa izaki biopsikosozial gisa behatu behar da. - Pazientea ulertua sentiarazi behar da, horrela, gaixo aktiboa bihurtzeko.

9	Effect of music as nursing intervention for people diagnosed with fibromyalgia.	2013	Kuantitatiboa-Saio klinikoa	<ul style="list-style-type: none"> - Musikak mina eta sintoma depresiboak arintzen ditu gaixotasun honetan. - Erizainak ezagutzak izan behar ditu pazienteak terapia okerrak ez jasotzeko.
10	¿La música como intervención de enfermería reduce el dolor y la depresión en pacientes con fibromialgia?	2014	Aurrekoaren errebisio kritikoa	<ul style="list-style-type: none"> - Musika klasikoa eta saltsa musika motak egunero 30 minutuz entzunda sintomak hobetzen ditu.
11	Autoeficacia y automanejo de los hábitos saludables en fibromialgia.	2015	Kuantitatiboa-Saio klinikoa	<ul style="list-style-type: none"> - Erizainak bizi-estiloen aldaketan, gaixotasunaren maneian eta autonomian lagundu dezake.
12	Abordaje de la fibromialgia desde la atención primaria sanitaria.	2010	Kuantitatiboa-Kasu talde	<ul style="list-style-type: none"> - Erizain jarraipena ostean gaixotasunaren hautematean eta min sentikortasunean hobekuntzak ikusi dira. - Ekipo multidisziplinaria beharrezkoa da. Erizaina koordinazio pertsona izan dezake ekipoan.
13	Emphatic accuracy of nurses' immediate responses to fibromyalgia patients' expressions of negative emotions: an evaluation using interaction analysis.	2011	Kuantitatiboa-Kasu talde	<ul style="list-style-type: none"> - Erizainak empatia erabiliz pazientearen barne eta kanpo emozioei egoki erantzutean erabiltzailearen konforta eskuraten da. - Komunikazio tresnak erabiltzean komunikazioa garatzen da.
14	The impact of a nurse-led chronic musculoskeletal pain clinic on healthcare utilization.	2012	Kuantitatiboa-Kasu talde	<ul style="list-style-type: none"> - Zainketa plan indibidualak osasun zerbitzuen erabilera jaitsi dezake gastuak murriztuz. - Ikerketa gehiago beharrezkoak dira.

15	Abordaje del paciente con Fibromialgia en Atención Primaria.	2015	Errebisio narratiboa	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamendu ez farmakologikoa eraginkorragoa da. - Erizainak paper garrantzitsua du heziketan.
16	La cronicidad de la fibromialgia. Una revisión de la literatura.	2014	Errebisio narratiboa	<ul style="list-style-type: none"> - Ulermen eta onarpen falta dago gizartean. - Tratamenduaren helburua ez da arlo biologikora soilik mugatzen. - Pazienteek enpatia, interesa eta informazioa eskatzen dute osasun profesionalengandik. - Heziketak eta autozainketak bizi kalitatea hobetzen dute. - Medikuen denbora falta erizainek osatu dezakete. - Elkarteak lagungarriak dira.
17	Optimizing fibromyalgia management.	2012	Errebisio narratiboa	<ul style="list-style-type: none"> - Erizainak beharrezkoak dira ekipo multidisziplinarrean. Tratamendu seguruen inguruan informatu eta eragina erakutsi ez dutenetatik urruntzea aholkatu dezakete.
18	Temporomandibular disorders and functional somatic syndromes: deliberations for the dentist.	2012	Errebisio narratiboa	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamendua multidisziplinarra eta multimodala izan behar du. - Fatiga kronikoa eta fibromialgia ez dira multzo berean sartu behar.
19	Fibromyalgia: diagnosing and managing a complex syndrome.	2012	Errebisio narratiboa	<ul style="list-style-type: none"> - Gaur egun tratamendu hoberena terapia ez farmakologikoa farmakoekin konbinatzea da. - Pazienteek nahiago dute tratamendu

				<p>farmakologikoa, halere terapia ez-farmakologikoak sintomak arintzen eraginkorragoak dira.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ikerketa gehiago beharrezkoak dira.
20	Fibromyalgia and surgery.	2012	Errebisio narratiboa	<ul style="list-style-type: none"> - Ariketa fisikoak sintomak hobetzen ditu luzarora. - <i>Biofeedback</i>, terapia kognitibo-konduktuala eta erlaxazioak sufrimendu psikologikoa arintzen dute.
21	Fibromialgia ¿Qué deben saber y evaluar los profesionales de Enfermería?	2011	Errebisio narratiboa	<ul style="list-style-type: none"> - Hezkuntzan oinarrituta egin behar du lana ekipo multidisziplinarrak. - Familiaren parte hartzea ezinbestekoa da jarrera aldaketan. - Gaixoa eta familia ondo informatuta badaude terapia eraginkorra da. - Erizainak gaixoa entzun eta egoerara egokitzen eta arazoei aurre egiten laguntzen dio.
22	Perioperative care of the patient with fibromyalgia.	2011	Errebisio narratiboa	<ul style="list-style-type: none"> - Osasun profesional guztiek gaixotasunaren inguruan jakin behar dute. - Gaixoa sinesten duen ekipo multidisziplinarra beharrezkoa da eragin negatiboak saihesteko. - Tratamendu eraginkorrenak hezkuntza, ariketa tera terapia kognitibo-konduktuala dira.
23	Early experience with a brief, multimodal, multidisciplinary treatment program for	2013	Kualitatiboa	<ul style="list-style-type: none"> - 6 hilabeteetan ekipo multidisziplinari eta multimodalak eraginkortasuna erakusten du.

	fibromyalgia.			<ul style="list-style-type: none"> - Ekipoan erizaina egotea ezinbestekoa da. Erizainak gaixoa informatu eta helburuak finkatzen ditu. - Familiaren parte hartzea lagungarria da.
24	Experiences of a web-based nursing intervention – interviews with women with chronic musculoskeletal pain.	2012	Kualitatiboa	<ul style="list-style-type: none"> - Erabiltzaileek erizainaren laguntzarekin kontzientzia handiago hartzen dute haien gaixotasunaz eta bizi-egoeraz. - Ikerketa gehiago beharrezkoak dira.
25	Intervención grupal con pacientes diagnosticados de Fibromialgia en un centro de salud.	2010	Kualitatiboa	<ul style="list-style-type: none"> - Erizainak erakutsitako erlaxazio teknikak sintomen hobekuntza eragiten du. - Tratamendu ez farmakologikoan gehiago oinarritzea ondo egongo litzateke.
26	Fibromialgia: cuando el dolor es una historia de vida.	2010	Kualitatiboa	<ul style="list-style-type: none"> - Erizainak gaixotasunak gaixoaren bizitzan nola eragiten duen arakatu behar du. - Elkarteak gaixotasun prozesuan eta errekonozimendu sozialean laguntzen diete. - Ikerketa gehiago beharrezkoak dira.
27	Cuidados de enfermería a los pacientes con fibromialgia.	2010	Osasun heziketa plana	<ul style="list-style-type: none"> - Erizain zainketek gaixotasuna onartzen eta maneiatzen laguntzen dute, bizi kalitatea hobetuz. - Zainketa plan estandar baten beharra dago.

2. Eranskina: FM gaixotasunean agertu ohi diren sintomen portzentajea.

Sintoma	Portzentajea
Indar galera	%96
Mina eta nekea	%81,4
Deskantsurik gabeko loa	%70-80
Hotzarekin okertzea	%79,3
Goizeko zurruntasuna	%77
Lo arazoak	%74,6
Inurridurak gorputz adarretan	%62,8
Zefaleak	%52,8
Antsietatea	%47,8
Depresioa	%31,5
Kolon narritakorra	%29,6

Iturria: Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de la región de Murcia [Internet] Protocolo de atención a pacientes con Fibromialgia; 2010. [Sartze data 2016/3/10]. Erabilgarria: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/205544-Protocolo_Fibromialgia.pdf.

3. Eranskina: Diagnostikorako irizpideak (ACR 1990).

Presencia de los dos criterios siguientes:

1. Historia de dolor crónico generalizado de más de 3 meses de duración: dolor en el lado izquierdo del cuerpo, dolor en el lado derecho del cuerpo, dolor por encima de la cintura y dolor por debajo de la cintura. Además debe estar presente el dolor en el esqueleto axial (columna cervical o caja torácica anterior o columna dorsal o columna lumbar).
2. Dolor a la palpación en 11 de los 18 puntos sensibles :
 - Occipucio: bilateral, en las inserciones del músculo suboccipital
 - Cervical bajo: bilateral, en la cara anterior de los espacios intertransversos a la altura C5-C7
 - Trapecio: bilateral, en el punto medio del borde superior
 - Supraespinoso: bilateral, en sus orígenes por encima de la escápula, cerca de su borde medial.
 - Segunda costilla: bilateral, en la segunda unión condroesternal
 - Epicóndilo: bilateral, a 2 cm. distalmente al epicóndilo
 - Glúteo: bilateral, cuadrante superior externo de la nalga
 - Trocánter mayor: bilateral, posterior a la prominencia trocantérea
 - Rodilla: bilateral, almohadilla adiposa de la cara interna de la rodilla

⇒ Para la palpación digital debe aplicarse una fuerza de aproximadamente 4 Kg.

⇒ Para que la exploración de un punto sensible sea considerada positiva, es necesario que el paciente indique que le resulta dolorosa la maniobra. La sensibilidad no se considera dolor.

Iturria: Osakidetza. Documento para el manejo de la Fibromialgia en Atención Primaria. Eusko Jaurlaritza. Osasun saila: 2006.

4. Eranskina: Diagnostikorako irizpide berriak.

Criterios diagnósticos de FM

Un paciente cumple criterios diagnósticos de FM si reúne las 3 condiciones siguientes:

1. Índice de dolor generalizado (WPI) ≥ 7 y gravedad de los síntomas (SS) puntuación de la escala ≤ 5 o WPI 3-6 y una puntuación de la escala de gravedad de los síntomas ≥ 9 .
2. Los síntomas se han presentado con la misma intensidad durante al menos 3 meses.
3. El paciente no padece otra patología que pueda explicar el dolor.

Valoración

1. WPI: Indicar el número de áreas en las cuales el paciente ha tenido dolor durante la última semana. ¿En cuantas áreas ha tenido dolor el paciente? La puntuación estará entre 0 y 19.

Hombro izquierdo	Cadera (nalga, trocánter) izquierda	Mandíbula izquierda	Espalda (parte superior)
Hombro derecho	Cadera (nalga, trocánter) derecha	Mandíbula derecha	Espalda (parte inferior)
Brazo izquierdo	Muslo izquierdo	Región torácica	Cuello
Brazo derecho	Muslo derecho	Abdomen	
Antebrazo izquierdo	Pierna izquierda		
Antebrazo derecho	Pierna derecha		

2. Puntuación escala SS:

Fatiga
Despertarse cansado
Síntomas cognitivos

Por cada uno de los 3 síntomas anteriores, indicar el nivel de gravedad durante la semana pasada usando la siguiente escala:

0 = sin problemas.
1 = ligeros o leves problemas, generalmente leves o intermitentes.
2 = moderados, problemas considerables, presentes con frecuencia y/o a nivel moderado.
3 = graves: generalizados, continuos, que afectan la vida.

Considerando los síntomas somáticos en general, indica si el paciente tiene:*

0 = sin síntomas.
1 = pocos síntomas.
2 = un número moderado de síntomas.
3 = una gran cantidad de síntomas.

La puntuación de la escala SS es la suma de la gravedad de los 3 síntomas (fatiga, despertar cansado, síntomas cognitivos) más la extensión (gravedad) de los síntomas somáticos en general. La puntuación final es entre 0 y 12.

*Los síntomas somáticos que pueden considerarse son: dolor muscular, síndrome de intestino irritable, fatiga/cansancio, problemas cognitivos o de memoria, debilidad muscular, dolor de cabeza, dolor/espasmos en el abdomen, entumecimiento/sensación de hormigueo, vértigos, insomnio, depresión, estreñimiento, dolor en parte superior abdominal, náuseas, nerviosismo, dolor en el pecho, visión borrosa, fiebre, diarrea, sequedad de boca, picores, sibilancias, Síndrome de Raynaud, urticaria/ronchas, acúfenos, vómitos, acidez estomacal, aftas, pérdida o cambio del gusto, convulsiones, sequedad ocular, dificultad respiratoria, pérdida de apetito, erupción cutánea, sensibilidad al sol, problemas de audición, facilidad de aparición de hematomas, pérdida de cabello, micciones frecuentes, dolor en la micción y espasmos vesicales.

Iturria: Ministerio de Sanidad, política social e igualdad [Internet]. Fibromialgia; 2011 [Sartze data 2016/3/10]. Erabilgarria: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>.

5. Eranskina: Elkarrizketa eredua profesionalarentzako.

Actitudes del profesional

- Cordialidad: calidez y respeto en la acogida, el paciente debe percibir que es bien recibido.
- Empatía: ponerse en el lugar de otro, y que el otro perciba que nos hemos puesto en su lugar, al contrario de la simpatía la empatía entraña profesionalidad.
- Baja reactividad: dejar un espacio de tiempo de 2-3 segundos desde que el paciente deja de hablar y empezamos nosotros, no interrumpir.
- Asertividad: capacidad del profesional para hacer en cada momento lo que debe de hacer, de una manera activa sin avasallar.

Modelo “centrado en el paciente”

1. Explorar la enfermedad y las vivencias que ocasiona en el paciente

- La idea que el paciente tiene sobre la naturaleza de su enfermedad: ¿a qué lo atribuye?, ¿hay algo a lo que le esté dando vueltas en la cabeza sobre lo que puede estar ocasionando todos estos síntomas?”
- Los sentimientos que le produce (especialmente los miedos): “Le veo preocupada/o”: ¿Hay algo que le preocupe de todo este problema?
- El impacto que toda su sintomatología tiene en su función: ¿Cómo afecta todo esto a su vida diaria? O ¿le impide realizar las tareas de su trabajo o de la casa?
- Las expectativas que tiene con respecto al profesional: ¿Hay alguna otra cosa que piense usted que podemos hacer para ayudarle? Esta pregunta debe hacerse al final de la entrevista ya que si se hace a destiempo el paciente puede pensar que el médico no sabe qué hacer, que no controla la situación.

2. Comprender a la persona completa

El abordaje del paciente con FM debe de incorporar al paciente y su contexto familiar, social, laboral, cultural, etc.

3. Búsqueda de acuerdos

El paciente debe participar en la toma de decisiones en todos los aspectos, implicándose en todo el proceso de salud enfermedad relacionado con él.

El profesional debe buscar activamente la aceptación del propio paciente en los siguientes aspectos:

- Diagnóstico o pauta diagnóstica propuesta. Difícilmente un paciente se someterá a algunas pruebas si no es consciente de su necesidad.
- En el tratamiento o pauta terapéutica. La participación del paciente en la decisión sobre cuál es la mejor manera de actuar con el asesoramiento cualificado del médico es la mejor manera de asegurar una actuación correcta.
- En los papeles que representa cada uno en la relación.

4. Incorporando prevención y promoción de la salud

Reducción de actividades nocivas para la salud, reducción de riesgos, detección temprana de la enfermedad y disminución de su efecto.

Entrevista motivacional.

5. Cuidar la relación medico-paciente

Esta debe ser una tarea del profesional en cada entrevista. El médico debe intentar como objetivo importante que la relación con el paciente sea mejor en cada encuentro clínico.

Para ello, incorporará los siguientes elementos: avance en la relación, creación del ámbito de intimidad adecuado, autoconocimiento, pacto frente a contrato y uso del efecto placebo, que la relación tiene en sí.

6. Siendo realista

Todo esto debe hacerse en el marco de los recursos reales que se tienen, con el tiempo de entrevista real del profesional y los medios que se encuentran a su alcance.

Para ello incorporará los siguientes elementos: aproximación del problema a largo plazo, planificación y organización adecuada de los recursos,

aproximación en equipo, establecimiento de prioridades, objetivos razonables y uso de tiempo y de energía razonable.

Iturria: Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de la región de Murcia [Internet] Protocolo de atención a pacientes con Fibromialgia; 2010. [Sartze data 2016/3/10].
Erabilgarria: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/205544-Protocolo_Fibromialgia.pdf.

6. Eranskina: Mina baloratzeko EVA eskala.

RECURSOS PARA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL DOLOR

Los recursos para evaluar el dolor ayudan a los pacientes a describir el dolor que sienten. La escala del dolor es un recurso que se usa comúnmente para describir la *intensidad* del dolor, o qué tanto dolor está sintiendo el paciente.

Las escalas del dolor incluyen la escala de clasificación numérica, la escala analógica visual, la escala de categorías y la escala de rostros de dolor.

En la escala de clasificación numérica, a la persona se le pide que seleccione un número entre 0 (nada de dolor) y 10 (el peor dolor imaginable) para identificar qué tanto dolor está sintiendo.

Escala numérica

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada de dolor										El peor dolor imaginable	

La escala análoga visual es una línea recta cuyo extremo izquierdo representa nada de dolor y el extremo derecho representa el peor dolor. Se pide a los pacientes que marquen la línea en el punto correspondiente al dolor que sienten.

Escala analógica visual

Nada de dolor		El peor dolor
	<p>Instrucciones: Pida al paciente que indique en la línea en dónde está el dolor en relación con los dos extremos.</p> <p>Esta calificación es sólo una aproximación; por ejemplo, una marca en el medio indicaría que el dolor es aproximadamente la mitad del peor dolor posible.</p>	

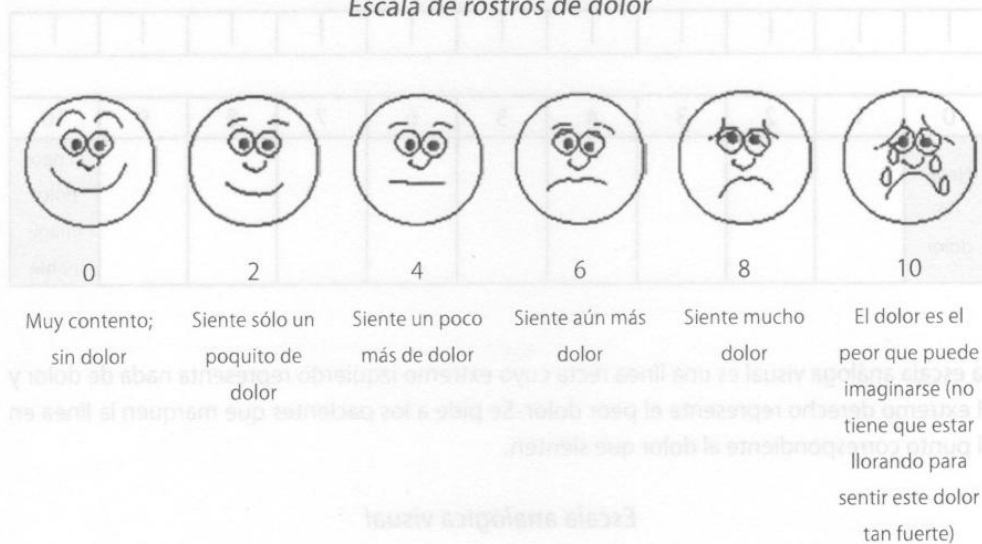
En la escala de categorías de dolor hay cuatro categorías: ninguno, leve, moderado y fuerte. Se le pide al paciente que seleccione la categoría que describe mejor el dolor que siente.

Escala de categorías

Ninguno (0) Leve (1-3) Moderado (4-6) Fuerte (7-10)

La escala de rostros de dolor usa seis rostros con expresiones diferentes en cada uno. Cada rostro representa ya sea a una persona que está feliz porque no siente dolor o que está triste porque siente algo o mucho dolor. Se le pide a la persona que seleccione el rostro que describe mejor cómo se siente. Esta escala de clasificación puede usarse con pacientes de 3 años de edad y mayores.

Escala de rostros de dolor



Iturria: Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de la región de Murcia [Internet] Protocolo de atención a pacientes con Fibromialgia; 2010. [Sartze data 2016/3/10]. Erabilgarria: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/205544-Protocolo_Fibromialgia.pdf.

7. Eranskina: Antsietatea eta depresioa neurtzeko ospitaleko eskala.

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HAD)

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de las enfermedades. Si el médico sabe cual es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa como se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio **estado emocional en la última semana**.

No es necesario que piense mucho cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

0. Ciertamente igual que antes
1. No tanto como antes
2. Solamente un poco
3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

3. Sí, y muy intenso
2. Sí, pero no muy intenso
1. Sí, pero no me preocupa
0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

0. Igual que siempre
1. Actualmente, algo menos
2. Actualmente, mucho menos
3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

3. Nunca
2. Muy pocas veces
1. En algunas ocasiones
0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

0. Siempre
1. A menudo
2. Raras veces
3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

3. Gran parte del día
2. A menudo
1. A veces
0. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:

0. Nunca
1. Solo en algunas ocasiones
2. A menudo
3. Muy a menudo

D.5. He perdido interés por mi aspecto personal:

3. Completamente
2. No me cuido como debería hacerlo
1. Es posible que no me cuido como debiera
0. Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

3. Realmente mucho
2. Bastante
1. No mucho
0. En absoluto

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0. Como siempre
1. Algo menos que antes
2. Mucho menos que antes
3. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia
1. Raramente
0. Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0. A menudo
1. Algunas veces
2. Pocas veces
3. Casi nunca

• Autores: A.S. Zigmong, R.P. Snaith.

• Referencia: The hospital anxiety and depresión scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67: 361-370.

• Evalúa: Detección de trastornos depresivos y ansiosos en el contexto hospitalario no psiquiátrico.

• Nº de ítems: 14. Los ítems impares evalúan ansiedad y los pares depresión.

• Administración: Autoaplicada.

• Corrección e interpretación: Para cada subescala la puntuación se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los ítems que la conforman.

Criterios: 0-7 rango de normalidad

8-10: caso probable.

11-21: caso de ansiedad o depresión.

Iturria: Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de la región de Murcia [Internet] Protocolo de atención a pacientes con Fibromialgia; 2010. [Sartze data 2016/3/10]. Erabilgarria: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/205544-Protocolo_Fibromialgia.pdf.

8. Eranskina: FM inpaktu galdetegia.

CUESTIONARIO DE IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA

ADAPTACIÓN VALIDADA EN CASTELLANO DEL FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE (FIQ)

1. Haga un círculo alrededor del número que mejor describa su capacidad para realizar las siguientes tareas durante la **última semana**.

Si usted no ha realizado alguna actividad de las preguntas, déjela en blanco.

		siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones	nunca
A	Hacer la compra	0	1	2	3
B	Hacer la colada con lavadora	0	1	2	3
C	Preparar la comida	0	1	2	3
D	Lavar a mano los platos y los cacharros de cocina	0	1	2	3
E	Pasar la fregona, la mopa o la aspiradora	0	1	2	3
F	Hacer las camas	0	1	2	3
G	Caminar varias manzanas	0	1	2	3
H	Visitar a amigos o parientes	0	1	2	3
I	Subir escaleras	0	1	2	3
J	Utilizar transporte público	0	1	2	3

Instrucciones para obtener la puntuación total

El FIQ es actualmente el estándar para valorar los componentes del estado de salud en las personas con fibromialgia, especialmente en los trabajos de investigación.

Se estima que su tiempo de realización está en torno a los 5 minutos.

Este cuestionario, que se entrega a la paciente para que lo rellene, tiene un rango de puntuación del 0 al 100, siendo el 100 el peor estado.

Las preguntas se refieren a la semana anterior.

Son 10 preguntas, cada una de ellas con un valor máximo de 10 puntos.

Para los tres primeros ítems, cuya respuesta no se recoge en una escala del 0 al 10, se necesitan ajustes:

- La primera pregunta: "¿Usted pudo?...?" tiene 10 apartados ("Ir a comprar", etc.) que puntúan en un rango de 0-3. Para calcular su peso relativo:

- Se suma la puntuación total de las contestadas (máximo 30).
- Se divide por el número de contestadas (máximo 10).
- El resultado se multiplica por 3,33.

- La segunda pregunta: "De los 7 días de la semana pasada, ¿cuántos se sintió bien?"

Para calcular su peso relativo se adecua el valor del resultado, para considerar los días que se sintió mal. (1 día bien, suponen 6 mal) Se multiplica el resultado corregido, por 1,43.

- Para la tercera pregunta, considerando el valor máximo 7, se aplica el factor multiplicador 1,43.

Si sólo se considerasen 5 días laborables, el resultado se obtendría multiplicando por 2.

- Para el resto de las preguntas se suma el resultado tal cual.

Para la puntuación final, por si alguna pregunta se ha dejado en blanco, se suman las puntuaciones obtenidas y se divide por el número de preguntas contestadas.

Iturria: Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de la región de Murcia [Internet] Protocolo de atención a pacientes con Fibromialgia; 2010. [Sartze data 2016/3/10].
Erabilgarria: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/205544-Protocolo_Fibromialgia.pdf.

9. Eranskina: FM galdetegi berria.

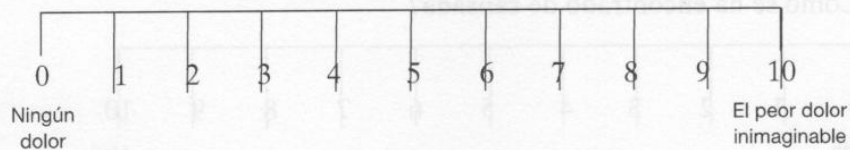
Índice combinado de afectación de enfermos con FM (ICAF)²⁵³

Instrucciones

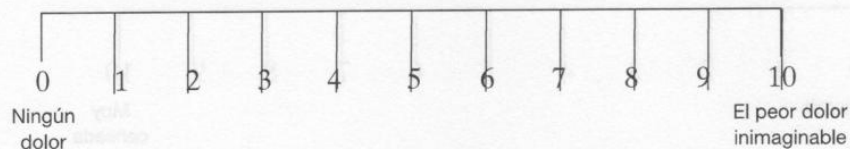
Nos interesa conocer cómo han sido los síntomas de su enfermedad durante la **ÚLTIMA SEMANA**. Por favor, marque una sola respuesta por cada pregunta.

Intensidad del dolor

1. Rodee con un círculo el número que mejor describa la **intensidad mínima** de su dolor en la **ÚLTIMA SEMANA**.



2. Rodee con un círculo el número que mejor describa la **intensidad media** de su dolor en la **ÚLTIMA SEMANA**.



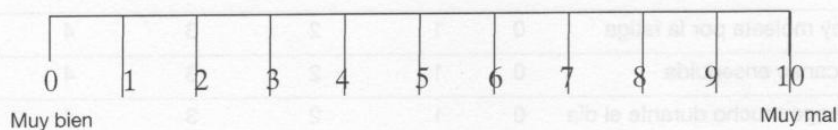
PUNTUACIÓN 1

(ítems 1+2)

Rango 0-20

Calidad del sueño

3. Rodee con un círculo para indicar **cómo ha dormido por las noches** durante la **ÚLTIMA SEMANA**.



PUNTUACIÓN 2

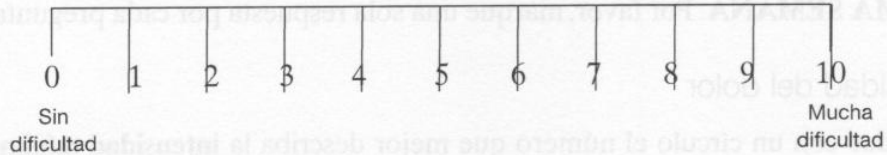
(ítem 3)

Rango 0-10

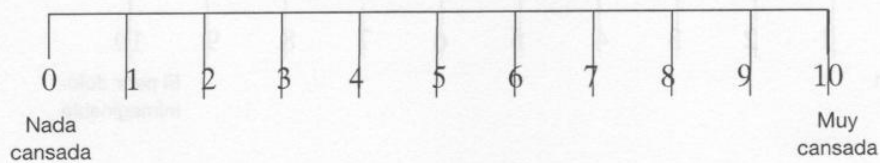
Impacto

Rodee con un círculo el número que mejor indique **cómo se sintió en general** durante la **ÚLTIMA SEMANA**.

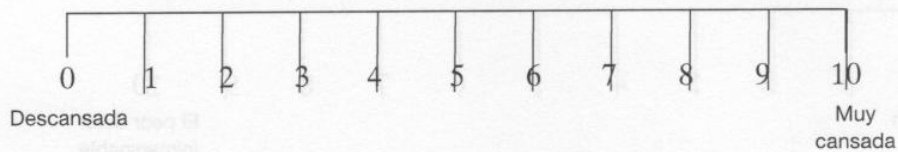
4. En su trabajo habitual, incluido el doméstico, ¿hasta qué punto **el dolor y otros síntomas** de la Fibromialgia **dificultaron su capacidad para trabajar**?



5. ¿Cómo se ha encontrado de **cansada**?



6. ¿Cómo se ha sentido al **levantarse por las mañanas**?



PUNTUACIÓN 3

(ítems 4+5+6)

Rango 0-30

Fatiga

Rodee con un círculo para indicar **cómo se ha sentido** durante la **ÚLTIMA SEMANA**.

	Nunca	Pocas veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre
7. Estoy molesta por la fatiga	0	1	2	3	4
8. Me canso enseguida	0	1	2	3	4
9. No hago mucho durante el día	0	1	2	3	4
10. Físicamente me encuentro agotada	0	1	2	3	4
11. Me cuesta ponermé a hacer cosas	0	1	2	3	4

PUNTUACIÓN 4

(ítems 7-11)

Rango 0-20

Capacidad funcional

Rodee con un círculo la respuesta que mejor indique su **capacidad para realizar** las siguientes actividades durante la **ÚLTIMA SEMANA**.

Durante la semana, ¿ha sido usted capaz de ...

	Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de hacerlo
12. Vestirse solo/a, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos	0	1	2	3
13. Lavarse y secarse todo el cuerpo	0	1	2	3
14. Coger un paquete de azúcar de 1 kg de una estantería colocada por encima de su cabeza	0	1	2	3
15. Entrar y salir de un coche	0	1	2	3
16. Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos	0	1	2	3

PUNTUACIÓN 5

(ítems 12-16)

Rango 0-15

Ansiedad y depresión

Marque con una cruz la respuesta que mejor describa **cómo se ha sentido durante la ÚLTIMA SEMANA**.

17. Me siento tensa y ansiosa

- (3) Casi todo el día
(2) Gran parte del día
(1) De vez en cuando
(0) Nunca

18. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre

- (0) Ciertamente, igual que antes
(1) No tanto como antes
(2) Solamente un poco
(3) Ya no disfruto con nada

19. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas

- (0) Igual que siempre
- (1) Actualmente, algo menos
- (2) Actualmente, mucho menos
- (3) Actualmente, en absoluto

20. Tengo la cabeza llena de preocupaciones

- (3) Casi todo el día
- (2) Gran parte del día
- (1) De vez en cuando
- (0) Nunca

21. Espero las cosas con ilusión

- (0) Como siempre
- (1) Algo menos que antes
- (2) Mucho menos que antes
- (3) En absoluto

22. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor

- (3) Muy a menudo
- (2) Con cierta frecuencia
- (1) Raramente
- (0) Nunca

PUNTUACIÓN 6

(ítems 17-22)

Rango 0-18

--

Salud general

¿Cómo ha estado de salud durante la **ÚLTIMA SEMANA**? Sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado. Ponga una cruz en la casilla correspondiente.

23. **¿Se ha notado constantemente agobiada y en tensión?**

- (0) No, en absoluto
- (1) No más que lo habitual
- (2) Bastante más que lo habitual
- (3) Mucho más que lo habitual

24. **¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorada?**

- (0) No, en absoluto
- (1) No más que lo habitual
- (2) Bastante más que lo habitual
- (3) Mucho más que lo habitual

25. **¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?**

- (0) No, en absoluto
- (1) No más que lo habitual
- (2) Bastante más que lo habitual
- (3) Mucho más que lo habitual

26. **¿Se ha notado nerviosa y “a punto de explotar” constantemente?**

- (0) No, en absoluto
- (1) No más que lo habitual
- (2) Bastante más que lo habitual
- (3) Mucho más que lo habitual

27. **¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?**

- (0) Mejor que lo habitual
- (1) Igual que lo habitual
- (2) Peor que lo habitual
- (3) Mucho peor que lo habitual

28. **¿Se ha sentido satisfecha con su manera de hacer las cosas?**

- (0) Más satisfecha que lo habitual
- (1) Igual que lo habitual
- (2) Menos satisfecha que lo habitual
- (3) Mucho menos satisfecha que lo habitual

29. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

- (0) Más que lo habitual
- (1) Igual que lo habitual
- (2) Menos que lo habitual
- (3) Mucho menos que lo habitual

30. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

- (0) No, en absoluto
- (1) No más que lo habitual
- (2) Bastante más que lo habitual
- (3) Mucho más que lo habitual

31. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?

- (0) Claramente, no
- (1) Me parece que no
- (2) Se me ha cruzado por la mente
- (3) Claramente, lo he pensado

32. ¿Ha notado que desea estar muerta y lejos de todo?

- (0) No, en absoluto
- (1) No más que lo habitual
- (2) Bastante más que lo habitual
- (3) Mucho más que lo habitual

33. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?

- (0) No, en absoluto
- (1) No más que lo habitual
- (2) Se me ha cruzado por la mente
- (3) Claramente lo he pensado

PUNTUACIÓN 7

(ítems 23-33)

Rango 0-33

--

Estrategias de afrontamiento

Durante la **ÚLTIMA SEMANA**, ¿cuántos días ha utilizado cada uno de los siguientes medios para **intentar reducir el dolor?** (Anótelos con independencia de que en ese momento se encontrara con dolor, con menos dolor, o sin dolor).

		Número de días							
		0	1	2	3	4	5	6	7
34	Pensar en algo agradable o que me distraiga y me ayude a relajarme								
35	Ignorar el dolor								
36	Pedirle a alguien que haga algo por mí								
37	Centrarme en relajar mis músculos								
38	Apoyarme en algo cuando me siento o me levanto								
39	Decirme cosas a mí misma que me hagan sentirme mejor								
40	Conseguir el apoyo de algún familiar								
41	Pensar en las cosas buenas que tengo								
42	Pedir ayuda si tengo que levantar, llevar o empujar algo								
43	Decirme a mí misma que el dolor mejorará								
44	Evitar ponerme peso en los pies o en las piernas								
45	No dejar que el dolor interfiera mis actividades								
46	Caminar menos a causa del dolor								
47	No prestar atención al dolor								
48	Hablar con un familiar o amigo para pedirles ayuda o apoyo								
49	Sigo haciendo lo que estoy haciendo en ese momento								
50	Tumbarme en la cama								
51	Recordarme las cosas buenas que tengo, como buenos amigos, inteligencia, etc.								
52	Estar junto a un familiar								
53	Respirar profunda y lentamente para relajarme								
54	Irme a descansar a una habitación								
55	No dejar que el dolor interfiera en lo que estoy haciendo								

PUNTUACIÓN 8

(ítems fondo blanco

34 + 35 + 37 + 39 + 41 + 43 + 45 + 47 + 49 + 51 + 53 + 55)

Rango 0-84

PUNTUACIÓN 9

(ítems fondo de color)

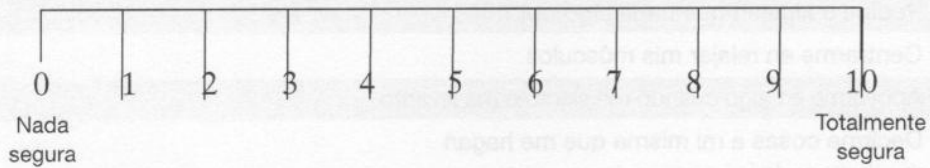
36 + 38 + 40 + 42 + 44 + 46 + 48 + 50 + 52 + 54)

Rango 0-70

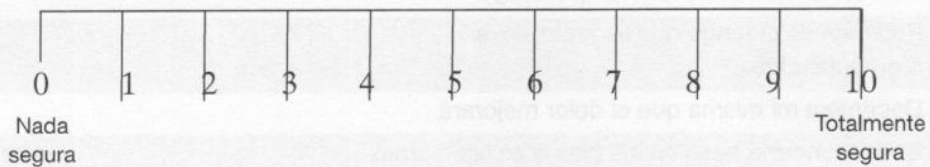
Autoeficacia

Con las siguientes preguntas nos gustaría saber cómo le afecta o influye la fibromialgia y su opinión sobre **su habilidad para controlarla**.

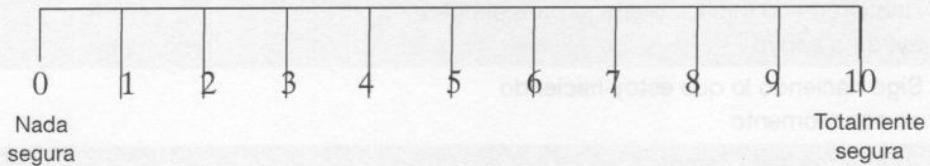
56. **¿Está usted segura de que puede hacer disminuir su dolor bastante?**



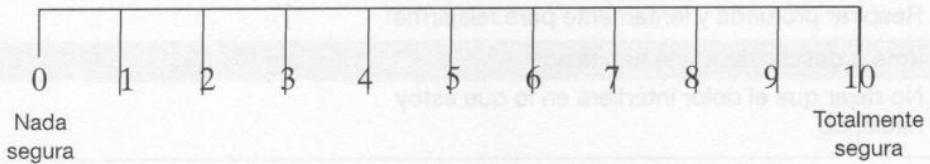
57. **¿Está usted segura de que puede evitar que el dolor le dificulte el sueño?**



58. **¿Está usted segura de que puede hacer algo para ayudarle a sentirse mejor si se siente triste o deprimida?**



59. **En comparación con otras personas con Fibromialgia, ¿está usted segura de que puede manejar el dolor mientras realiza sus actividades diarias?**



PUNTUACIÓN 10

(ítems 56-59)

Rango 0-40

10. Eranskina: SIGN sistema, ebidentzia gradua sailkatzeko.

Tabla 7.1. Niveles de evidencia científica y grados de recomendación de SIGN³⁵

Niveles de evidencia científica	
1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos

Grados de recomendación

A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico calificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+, directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

Iturria: Ministerio de Sanidad, política social e igualdad [Internet]. Fibromialgia; 2011 [Sartze data 2016/3/10]. Erabilgarria: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>.

11. Eranskina: Ergonomia zaintzeko gomendioak.

Acostado/a en la cama

El colchón y el somier de la cama deben de ser de una dureza intermedia para permitir una buena adaptación a las curvas naturales de la columna.

La almohada es mejor que sea baja, para no forzar en exceso la curvatura del cuello.

Evita dormir siempre en la misma posición. Una buena postura es la "posición fetal", es decir, echado/a de lado con el costado apoyado en la cama, las caderas y las rodillas semiflexionadas, y el cuello y la cabeza alineados con el resto de la columna.

Dormir boca abajo no es recomendable, ya que suele modificar la curvatura de la columna lumbar y obliga a mantener el cuello girado para poder respirar.



Levantarse de la cama

Al levantarte de la cama, lo ideal es flexionar primero las rodillas, girar para apoyarse en un costado, incorporarse de lado hasta sentarse al borde la cama, esperar unos instantes y levantarse despacio.

Vestirse

Procura estar sentado/a para ponerte las medias, los calcetines o los zapatos; eleva una pierna y crúzala por encima de la otra cuando vayas a hacer esto. Si es necesario, utiliza un taburete para atarte los cordones de los zapatos.

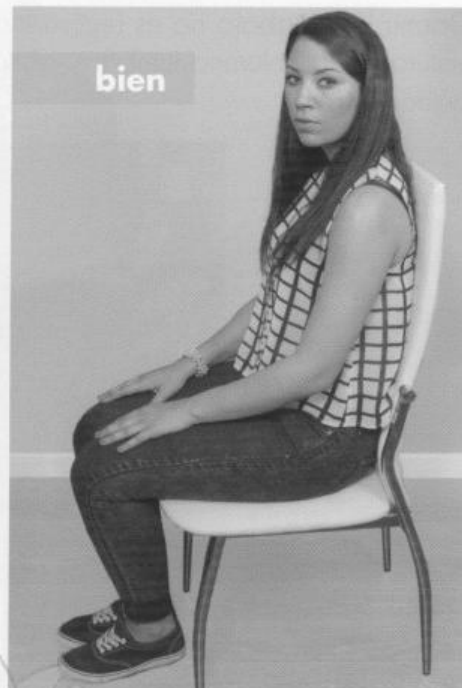
Postura sentada

Mantén la espalda erguida apoyada contra el respaldo del asiento y con los pies tocando el suelo.

Si es necesario, utiliza un cojín para la parte inferior de la espalda.

Evita los asientos blandos y los que no tengan respaldo.

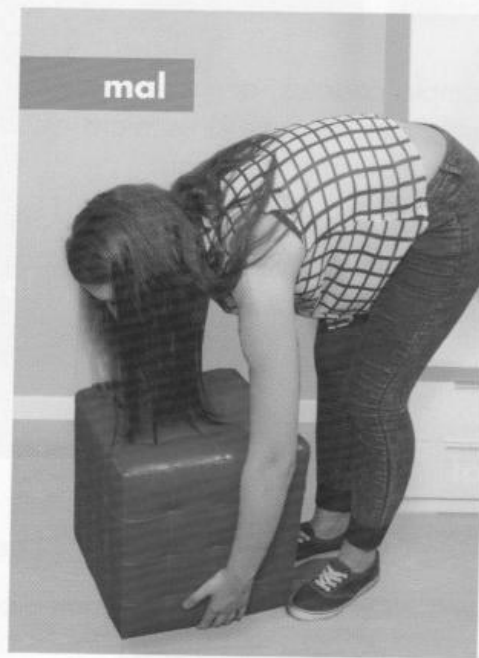
Mejor, siéntate en una silla con reposabrazos; de este modo te resultará más cómodo levantarte.



Coger algo del suelo

Para recoger algo del suelo, es recomendable no doblar la columna hacia adelante; es preferible ponerse en cuclillas flexionando las rodillas y mantener la espalda recta.

Si recogemos un objeto pesado del suelo, es mejor sostenerlo junto al cuerpo en lugar de levantarlo con los brazos extendidos.



A continuación vamos a hacerte algunas recomendaciones para que tus tareas domésticas resulten más fáciles.

En la cocina

Los utensilios más pesados y los que utilices con más frecuencia deberán estar colocados donde cueste menos trabajo sacarlos, y a una altura intermedia entre la cintura y el pecho. Para alcanzar la parte superior de los armarios, utiliza un taburete o una escalera pequeña que sean estables.

En la limpieza

A la hora de limpiar por ejemplo cristales, azulejos y puertas, si están por encima de tu cabeza, utiliza un taburete o escalera estables para evitar una postura forzada de la columna vertebral.

Si por el contrario, has de limpiar a una altura baja, conviene que te pongas en cuclillas o de rodillas para evitar doblar la espalda hacia adelante. Mantén la espalda siempre recta.



Al hacer la colada

Colócate enfrente de la lavadora en cuclillas y procede a meter o sacar la ropa del interior sin doblar la espalda hacia adelante, manteniéndola siempre recta.



Al hacer la compra

Reparte la compra en varios días evitando así una compra excesivamente pesada.

Utiliza carros grandes que tengan ruedas que se muevan sin ninguna dificultad. La barra para empujarlos debe estar a la altura de tu pecho.

Si empleas bolsas, debes repartir el peso de la compra entre ambos brazos evitando llevar más de cuatro kilos o bien llevando el peso pegado al cuerpo.



12. Eranskina: Tratamenduen ebidentziaren laburpena.

Eraginkortasuna	Tratamendu farmakologikoa	Tratamendu ez farmakologikoa
Altua (A)	Amilriptilina 25-50mg/egun Duloxetina 60mg/egun Pregabalina 300-450mg/egun	Ariketa aerobikoa Terapia kognitibokonduktuala
Ertaina (B)	Tramadol 37,5mg/egun	Ariketa anaerobikoak Muskulu indartzaile ariketak Bainuetxetako terapiak
Baxua (C)		Masajeak Akupuntura Homeopatia
Ebidentziarik ez (D) edo ez da aurkitu	Paracetamol 1gr Hanturaren aurkako farmakoak	Estiramenduak Malgutasuna lantzea <i>Chlorella pyrenoidosa</i>

13. Eranskina: Pazientearentzako gomendioak.

LAS “D” TERAPÉUTICAS DE LA FIBROMIALGIA

NO ACAPARES, **DELEGA**. No pasa nada porque pidas ayuda; sigues siendo igual de valioso/a aunque no puedas responder a todas las demandas que tienes.

NO TE EXIJAS, **DESCANSA**. Prioriza responsabilidades y tomate tiempo para hacer pausas. Tu mente y tu cuerpo te lo agradecerán.

NO REPRIMAS, **DIALOGA**. Comenta abiertamente a los demás tus opiniones, deseos y necesidades, sin dramatizar que ellos no las compartan.

NO APACIGÜES, **DESMARCADE**. No hagas tuyos los problemas ajenos. No tienes necesidad ni obligación de intermediar en los problemas de los otros.

NO AGUANTES, **DESAHÓGATE**. Permítete expresar libremente tus emociones negativas (enfados, frustraciones, miedos,...) aunque puedan molestar a los demás.

NO TE CRITIQUE, **DESCUBRE Y DISFRUTA** el “regalo de ser tú mismo/a”; una persona valiosa y competente.

PAUTAS PARA ACEPTAR LA FIBROMIALGIA

1. RECONOCE QUE a pesar de tu Fibromialgia, en ocasiones puedes encontrarte relativamente bien y QUE HAY EPOCAS EN LAS QUE ESTÁS ALGO MEJOR.
2. No te centres solo en las limitaciones que te genera este problema. Es decir, procura ENFOCARTE SIEMPRE EN LAS ACTIVIDADES QUE PUEDES REALIZAR (aún con esfuerzo) y no tanto en las “cosas que ya no puedes hacer” tras el problema.
3. En la misma línea, NO TE COMPARES RESPECTO A COMO ESTÁN Y FUNCIONAN LOS DEMÁS. Tú tienes Fibromialgia y ellos no, por lo que no es justo esa comparación.
4. NO ANTICIPES sobre tu proceso, dramatizando posibles complicaciones y/o incapacidades en un futuro. Por el contrario, INTENTA VIVIR EL MOMENTO PRESENTE; en cada minuto, date permiso para darte permiso en lo que necesites o creas que te hace bien.
5. Busca algún aspecto en el que puedas aferrarte en los periodos de crisis. Para superar estos momentos de recaída “busca razones para seguir adelante”. LO

MEJOR ES QUE HAGAS PIE EN TU AUTOESTIMA, conectando con tu sentimiento de valía personal (y procurando no culparte ni criticarte por encontrarte mal).

6. APRENDE A DETECTAR TUS EMOCIONES NEGATIVAS (especialmente la rabia y la frustración) y permítete expresarlas. Entiende que ciertos dolores/tensiones musculares tienen relación con sentimientos bloqueados que no te dejas expresar.
7. Date cuenta de que PUEDES HACER MUCHAS COSAS PARA ALIVIAR TU PROCESO. O sea, que tienes mal control sobre tu Fibromialgia de lo que crees (sino para resolver o curar tu dolencia, si al menos para manejarla y mejorarla).
8. BUSCA APOYOS EN TU FAMILIA Y AMIGOS, precisamente en esas temporadas de mayor malestar y permítete expresarles abiertamente cómo te sientes. Esto de aliviará.

A este nivel FAMILIAR, intenta seguir estas otras pautas importantes:

EXPLICA A LOS TUYOS QUE NECESITAS DE ELLOS para sentirte mejor; orientales sobre cómo pueden ayudarte. Te lo agradecerán.

9. NO OLVIDES COMUNICARLES TAMBIÉN CUANDO TE ENCUENTRES MEJOR. Te lo agradecerán doblemente. Recuerda que ellos necesitan percibir igualmente que tu dolencia no es insalvable ni invalidante.
10. No niegues las limitaciones que la Fibromialgia te está generando a este nivel. PRIORIZA TUS DIFICULTADES EN LA CONVIVENCIA EN CASA Y COMENTALAS CON ELLOS ABIERTAMENTE. Permite que los tuyos también expresen sus opiniones, dudas y/o frustraciones al respecto. Acéptalo como algo natural.

FINALMENTE, recuerda que NECESITARÁS UN TIEMPO PARA ASUMIR TU PROCESO y el cambio necesario de vida que supone en todas las áreas. Y asume igualmente que los demás de tu familia también requerirán un periodo para comprender y adaptarse a tu situación.

Iturria: Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de la región de Murcia [Internet] Protocolo de atención a pacientes con Fibromialgia; 2010. [Sartze data 2016/3/10].
Erabilgarria: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/205544-Protocolo_Fibromialgia.pdf.