

Protocolo para el Abordaje
de la **Fibromialgia** en el
ámbito de la atención primaria del
Sistema de Salud de Aragón y
criterios para su derivación a la
atención especializada

COORDINACIÓN DEL DOCUMENTO

Javier Marzo Arana

Médico de Atención Primaria
Dirección General de Planificación y Aseguramiento

Olga Martínez Arantegui

Médico Administración Sanitaria
Dirección General de Planificación y Aseguramiento

EQUIPO DE TRABAJO

Dirección General de Planificación y Aseguramiento:

José Ignacio Gaspar Escayola

Jefe de Servicio de Planificación
y Ordenación Sanitaria
Profesionales sanitarios del Servicio Aragonés de Salud:

Fernando Orozco González

Médico Atención Primaria
Centro de Salud Valdefierro

Javier García Campayo

Médico Especialista en Psiquiatría
Equipo de Salud Mental del Centro de Salud Torrero Oeste

Jesús Martín Martínez

Médico Especialista en Neurología
Hospital Universitario Miguel Servet

Jesús Marzo Gracia

Médico Especialista en Reumatología
CME Grande Covián

DOCUMENTO CONSENSUADO CON LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Sociedad Aragonesa de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFYC
Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista SEMERGEN - Aragón
Sociedad Aragonesa de Medicina General SAMG
Sociedad Aragonesa de Medicina Física y Rehabilitación
Sociedad Aragonesa de Reumatología
Sociedad Aragonesa y Riojana de Psiquiatría SARP
Asociación de Enfermería Comunitaria de Aragón AECA

DOCUMENTO INFORMADO A

Asociación de Enfermos de Fibromialgia de Aragón

Edita

GOBIERNO DE ARAGÓN

Departamento de Salud y Consumo
www.aragon.es

Depósito legal

Z-2513/06

Imprime

Artes gráficas Con otro color

Protocolo para el Abordaje de la **Fibromialgia**



La **Fibromialgia (FM)** es un síndrome de **evolución crónica** caracterizado por **dolor generalizado** que, en algunos casos, **puede llegar a ser invalidante**. Es de etiología desconocida, evolución variable y con frecuencia va asociado a otras patologías. Pertenecer a los cuadros definidos como de **dolor difuso** y se han implicado múltiples mecanismos en su origen.

La prevalencia estimada en diferentes estudios sobre la presencia de la **FM** en la población general se sitúa entre el 2 y el 3%. La prevalencia calculada en la población general española utilizando los criterios de la American College of Rheumatology (ACR) es del 2,73% para ambos sexos, siendo de un 4,2% para el sexo femenino y de un 0,2% para el masculino.

El tratamiento de la FM implica, en muchos casos, a múltiples profesionales, dado que afecta al enfermo en el área física y psicológica, provocando un gran número de dificultades para la vida diaria.

En la actualidad constituye un importante problema de salud por su elevada prevalencia, morbilidad y por el alto índice de frecuentación y consumo de recursos sanitarios que origina.

La **FM** fue reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1992 y tipificada en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con el código M79.0 (en la CIE-9-MC es el 729.0). En 1994 también fue reconocida por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) y clasificada con el código X33.X8a.

DIAGNÓSTICO

Anamnesis y exploración física

La historia clínica es fundamental para el diagnóstico de la **FM**. Hay que poner énfasis en el síntoma clave, el dolor, y preguntar sobre su inicio y evolución sintomática, los desencadenantes, si los hubiere, ya sean traumáticos, físicos o psicológicos, las situaciones que lo empeoran o mejoran y los cuadros acompañantes. Es importante la exploración física detallada y exhaustiva, destacando la exploración del aparato locomotor y la exploración neurológica.

- 1 De acuerdo con los criterios de la ACR de 1990 (que presentan una sensibilidad del 84,4% y una especificidad del 81,1%), para realizar el diagnóstico de **FM** no se requieren pruebas complementarias, bastando la constatación de que el paciente presenta los siguientes **síntomas principales**:

Historia de dolor generalizado durante, al menos, tres meses. El dolor se considera generalizado cuando está presente en el lado derecho e izquierdo del cuerpo, y por encima y por debajo de la cintura, es decir en los cuatro cuadrantes. Además, debe existir dolor en el esqueleto axial (columna cervical, pared torácica anterior, columna dorsal o columna lumbar). En esta definición, el dolor de hombro o nalga se considera como dolor para cada lado implicado.

Dolor a la presión de, al menos, 11 de los 18 puntos (nueve pares) determinados por la ACR, que corresponden a áreas muy sensibles para estímulos mecánicos, es decir, con bajo umbral para el dolor mecánico. Los puntos (*bilaterales*) que deben valorarse son los que se relacionan a continuación y que se muestran en la **Figura 1**.

- **OCCIPUCIO**
En las inserciones de los músculos suboccipitales (entre apófisis mastoide y protuberancia occipital externa).
- **CERVICAL BAJO**
En la cara anterior de los espacios intertransversos a la altura de C5-C7.
- **TRAPECIO**
En el punto medio del borde posterior.
- **SUPRAESPINOSO**
En sus orígenes, por encima de la espina de la escápula, cerca del borde medial.
- **SEGUNDA COSTILLA**
En la unión osteocondral.
- **EPICÓNDILO**
A 2 cm lateralmente al epicóndilo.
- **GLÚTEO**
En el cuadrante superoexterno de la nalga.
- **TROCÁNTER MAYOR**
En la parte posterior de la prominencia trocantérea.
- **RODILLAS**
En la almohadilla grasa medial próxima a la línea articular.

FIGURA 1

OCCIPUCIO

Inserción
músculo
suboccipital

TRAPECIO

Punto medio
borde superior

SUPRAESPINOSO

Encima del borde
medio escápula

GLÚTEOS

Cuadrante
supero-externo
nalga

TROCÁNTER MAYOR

Posterior a la prominencia
trocantérea

CERVICAL BAJO

Cara anterior
espacios intertransversos
C5-C7

SEGUNDA COSTILLA

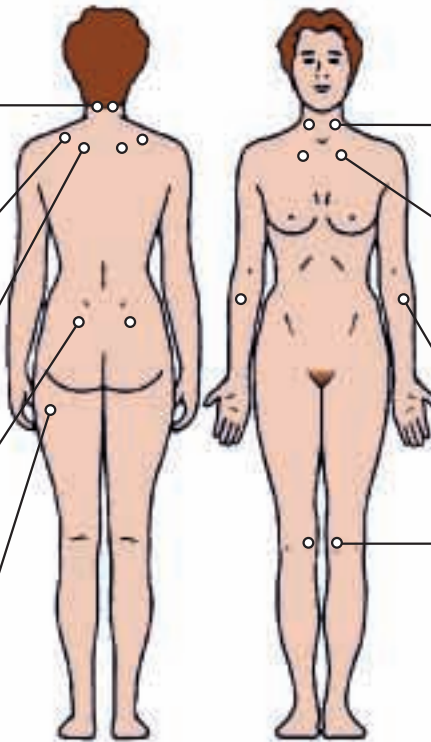
Unión osteocondral

EPICÓNDILO

2 cm distal al
epicóndilo

RODILLA

Almohadilla
grasa medial
proxima línea
articular



Los puntos dolorosos no deben presentar signos inflamatorios. La presión puede ser digital o realizarse mediante un algómetro y debe practicarse con una fuerza aproximada de 4 kg, que suele corresponder al momento en el que cambia la coloración subungueal del dedo del explorador. Para que un punto se considere “positivo” el sujeto explorado tiene que afirmar que la palpación es dolorosa, no bastando considerarla sensible o molesta. La presión sobre los “puntos dolorosos” debe efectuarse con los dedos pulgar o índice, presionando de forma gradual durante varios segundos, ya que si la presión es excesivamente breve se puede obtener un falso resultado negativo.

Así pues, se considera que un paciente padece FM cuando presenta dolor generalizado y dolor a la presión de, al menos, 11 de los 18 puntos anteriormente definidos

El diagnóstico de la **FM** no es de exclusión, de forma que el padecimiento de cualquier otra patología, no excluye que el paciente sufra esta enfermedad.

2 Aunque para realizar el diagnóstico de **FM** el dolor es suficiente y es, además, el motivo principal de consulta, pueden presentarse **otros síntomas**:

- Ausencia de datos objetivos, como inflamación o disminución de la movilidad pasiva articular.
- Alteraciones del sueño: la **FM** raramente se presenta sin alteraciones del sueño, sea por dificultad para conciliarlo o por fragmentación del mismo.
- Astenia, cansancio o dificultad para la asimilación del estrés.
- Ansiedad o presencia de equivalentes ansiosos.
- Ánimo depresivo.
- Asociación con otras enfermedades: es frecuente la asociación con cuadros de naturaleza similar, como el *Síndrome de Fatiga Crónica*, las *Cefaleas Tensionales*, el *Colon Irritable*, las *Parestesias Nocturnas en manos o en pies* u otras que se muestran en la **Tabla 1**.

Tabla 1

Enfermedades que pueden coexistir con el síndrome fibromiálgico o compartir manifestaciones clínicas

Lupus eritematoso sistémico	Miopatía (metabólica o inflamatoria)
Artritis reumatoide	Polimialgia reumática
Espondiloartropatías	Trastornos somatomorfos
Esclerosis Múltiple	Trastorno depresivo mayor
Hipotiroidismo	Trastornos ficticios
Neuropatías periféricas	Simulación
Alteraciones estructurales mecánicas o degenerativas del raquis	

3 Evaluación de la AFECTACIÓN del paciente

Para la evaluación del grado de afectación del paciente se recomienda la realización del **Cuestionario Español de Impacto de la Fibromialgia: Spanish FIQ (S-FIQ)**, para lo que se debe de instruir al paciente para poder efectuar su autoaplicación, bien en consulta médica o de enfermería. De esta forma se obtiene un punto de control evolutivo más o menos objetivo y que no requiere un consumo de tiempo exagerado para el profesional.

En el caso de que no sea posible de practicar, se recomienda la evaluación de tres **escalas analógicas visuales**: una **de depresión**, otra **de dolor** y, por último, otra **de dificultad laboral o para la realización de las tareas cotidianas**. Estas escalas están numeradas del 0 al 10, obteniéndose una puntuación y pudiendo calcular la media. Las distintos instrumentos para evaluar la afectación del paciente se muestran en el **Anexo 1**.

Pruebas complementarias

Para la confirmación diagnóstica basta con que se cumplan los criterios expuestos (dolor generalizado y a la presión de, al menos, 11 de los 18 puntos descritos) sin que, en un primer momento, sean precisas pruebas complementarias.

Las pruebas complementarias solo tienen interés para descartar patologías asociadas, puesto que, como se ha dicho anteriormente, la **FM** no es un diagnóstico de exclusión. Las pruebas complementarias recomendables se muestran en la **Tabla 2**.

Tabla 2

Pruebas complementarias recomendadas para descartar patologías asociadas

Laboratorio:

Hemograma

VSG

Glucemia

Urea y Creatinina

Enzimas hepáticas: AST, ALT, GGT, Fosfatasa Alcalina

Creatinquinasa (CK)

Proteína C reactiva (PCR)

TSH

Calcio

Fósforo

Sistemático de orina

Radiología:

Radiografía convencional de raquis que incluya estudio lumbar en dos proyecciones

El proceso para el diagnóstico de **FM** se describe en el Algoritmo 1 que se muestra al final de este protocolo.

TRATAMIENTO

Entrevista clínica del paciente con fibromialgia

La comunicación del diagnóstico de **FM** es el primer paso de su tratamiento. Esta comunicación debe basarse en la explicación clara del cuadro que el paciente padece. Esta explicación debe de ser veraz y objetiva, basada en los datos y en el nivel actual de conocimientos, sin aumentar el grado de ansiedad del paciente. Es preciso asegurarse de que el paciente comprende su enfermedad y sus implicaciones futuras. Debe de saber que la enfermedad no le va conducir nunca a “una silla de ruedas”, pero que tiene una evolución crónica con crisis de agudización en muchos casos. Los datos de que se dispone implican que la situación funcional de los pacientes permanece estable a lo largo del tiempo.

Esta primera fase de afrontamiento de la enfermedad es la adecuada para evitar la “crisis existencial” que muchos pacientes sufren.

Poner en duda la existencia de la enfermedad sólo conduce a provocar dudas en el paciente, obligándolo a un peregrinaje buscando la explicación de su sintomatología, que deriva en un aumento del gasto sanitario público.

Se ha discutido si la comunicación del diagnóstico convierte en enfermos a personas que no lo son. Los datos de que se dispone en la actualidad, según la conferencia de consenso de la Sociedad Española de Reumatología, son claros en el sentido de la necesidad de hacerlo y en el de que dicha comunicación no empeora el pronóstico. La cordialidad y la empatía son el primer e imprescindible paso en el tratamiento del paciente.

Como cualquier otro, el paciente diagnosticado de **fibromialgia** necesita, sobre todo, sentirse entendido y comprendido en su proceso de enfermedad, de ahí que deban tenerse muy en cuenta los modales del profesional y el modelo de entrevista aplicado.

Cordialidad, calidez y respeto en la acogida. El paciente debe percibir que es bien recibido, seguido de una actitud empática, poniéndonos en su lugar.

Es aconsejable proporcionar una reactividad baja (permitir expresarse al paciente sin dar sensación de prisa) que, lejos de alargar la entrevista, la acorta, ayudando a que el paciente se sienta cómodo y acomodado para “**escucharse**” y poder integrar su enfermedad.

El modelo “centrado en el paciente” nos ayuda a explorar la enfermedad y las vivencias que ocasiona en el paciente, permitiéndonos conocer la idea que él tiene sobre la naturaleza de su enfermedad, así como las atribuciones, preocupaciones, miedos y las repercusiones en su vida familiar, laboral y social. También nos permitirá conocer las expectativas que el paciente tiene puestas en nosotros como profesionales.

Los enfermos deben conocer que las limitaciones físicas y psicológicas que soportan dependen, en parte, de su capacidad de control sobre el estado emocional y la sintomatología dolorosa. También deben tener conocimiento de las líneas de trabajo de los terapeutas, de la importancia del cumplimiento de los tratamientos y de su propia disciplina con los programas.

El paciente fibromiálgico debe ser comprendido como persona completa, teniendo en cuenta su contexto familiar, laboral, cultural, etc., lo que nos llevará a buscar acuerdos con él en la toma de decisiones en lo que al proceso de su enfermedad se refiere (diagnóstico, tratamiento, estilo de vida...).

El médico debe intentar como objetivo importante que la relación con el paciente fibromiálgico sea mejor en cada encuentro clínico, incorporando elementos como la creación de un ámbito de intimidad adecuado, el autoconocimiento, la búsqueda de pacto frente a contrato y el uso del efecto placebo que la relación tiene en sí.

El modelo de entrevista clínica aconsejable ante un paciente con **fibromialgia** se muestra en el Anexo 2.

Tratamiento de la fibromialgia

No existe un tratamiento definitivo para la **FM**. Como ya se ha expuesto anteriormente, la comunicación del diagnóstico de la **FM** y la correcta comprensión de su enfermedad por parte del paciente son el primer paso de su tratamiento. Las medidas posteriores que se aconsejan van dirigidas a mejorar la calidad de vida, la capacidad de afrontar los síntomas y el bienestar psicológico, que constituyen en realidad un tratamiento sintomático. Son medidas farmacológicas y no farmacológicas.

La revisión de la evidencia en el tratamiento de la **FM** fue realizada por Goldemberg en el año 2004 y más recientemente se han presentado los datos de la revisión efectuada por la Sociedad Española de Reumatología en el año 2005.

■ *Tratamiento farmacológico*

Respecto a los tratamientos farmacológicos, la evidencia más fuerte es a favor de la **Amitriptilina** y de la **Ciclobenzaprina**, siendo mucho menor respecto a los inhibidores de la recaptación de serotonina y los nuevos inhibidores mixtos de serotonina y norepinefrina, estando en proceso de valoración la Duloxetina que ha demostrado eficacia en algunos estudios controlados.

Con respecto a los analgésicos, la mayor evidencia se encuentra a favor del **Tramadol**. Se puede comenzar el tratamiento con dosis de 25-50 mg/día utilizando comprimidos o gotas de absorción inmediata, para ir incrementando posteriormente a razón de 50-100 mg cada 3-7 días, hasta conseguir el efecto deseado, momento en que puede valorarse el cambio a pautas retard, mucho más cómodas para el paciente. También parece eficaz el tratamiento con **Tramadol combinado con Paracetamol**. No hay evidencia de la utilidad de los AINEs que, sin embargo, pueden desempeñar un papel como coadyuvantes del tratamiento si existe una indicación de los mismos (procesos artrósicos, etc.).

La utilización de fármacos anticonvulsivantes tampoco presenta una evidencia suficiente en el caso de la Gabapentina y tan solo hay un trabajo controlado que sustente la utilización de la Pregabalina, que podría utilizarse a dosis iniciales de 75 mg/día por la noche, para ir posteriormente incrementándola en función de la respuesta, hasta un máximo de 600 mg/día.

Se trata, en definitiva de fármacos que pueden tener su utilidad en casos concretos.

■ *Tratamientos no farmacológicos*

Respecto a los tratamientos no farmacológicos, la evidencia más fuerte es a favor de la **terapia cognitiva conductual** y el **ejercicio físico controlado**.

Existe una evidencia débil a favor de la acupuntura y no hay trabajos controlados respecto a los suplementos dietéticos. Las manipulaciones vertebrales y los masajes podrían mejorar algunos aspectos del paciente.

El **tratamiento multidisciplinario** presenta una evidencia fuerte de mejoría, tanto del rendimiento físico medido por la marcha en 6 minutos, como en la medida de la afectación vital por medio del FIQ.

Así pues, la mayor evidencia es a favor de los Tricíclicos, el Tramadol, la terapia cognitiva y el ejercicio controlado, siendo más elevada cuando se aplica con una perspectiva multidisciplinaria.

En resumen, el tratamiento se sustenta en un conjunto de medidas que se potencian entre sí y que son eficaces si se aplican de forma conjunta y coordinada, constituyendo, en general, la única oportunidad válida. Estas medidas debiendo aplicarse en cuatro áreas:

- 1 Medidas educacionales y sociales.
- 2 Terapia farmacológica.
- 3 Terapia rehabilitadora y física (**Anexo 3**)
- 4 Terapia psicológica.

Las estrategias terapéuticas se muestran en la **Tabla 3**.

Por ser la puerta de entrada al sistema y por su capacidad para la integración, el papel predominante en el diagnóstico, control y orientación terapéutica del paciente con **FM** reposan en el médico de atención primaria, que valorará la necesidad de remitir al paciente al especialista para posteriormente integrar los datos que éste aporte para el tratamiento integral del mismo.

Orientación terapéutica en atención primaria

Como ya se ha expuesto de forma reiterada, el primer paso es explicar la enfermedad y asegurarse de que paciente tiene unas expectativas correctas respecto a su enfermedad y a su tratamiento.

Actitud terapéutica en la primera consulta

■ *Tratamiento farmacológico del dolor, el cansancio y las alteraciones del sueño*

Aunque no existe evidencia científica de que ningún fármaco resuelva esta enfermedad, sí existen fármacos que mejoran el cansancio y las alteraciones del sueño. Tratar las alteraciones del sueño con una correcta higiene del mismo e iniciar una pauta baja de Amitriptilina (10-50 mgr) en toma única dos horas antes de acostarse o Ciclobenzaprina (10 mgr) antes de acostarse puede mejorar la calidad del sueño, el cansancio y el dolor.

■ *Ejercicio físico*

A los 15 días de iniciar la terapia farmacológica se instaurará el tratamiento físico, comenzando con un programa básico de ejercicio aeróbico (gimnasia en agua, caminar, etc), con un inicio muy paulatino y con lenta progresión. En caso de ser posible, es recomendable que el ejercicio físico sea supervisado.

■ *Afrontamiento conductual*

Debe de plantearse una primera aproximación conductual dirigida a promocionar la autoayuda, a evitar la victimización y a afrontar un cambio de actitudes respecto a las tareas diarias y el dolor.

Se aconsejará realizar descansos frecuentes y, aunque en ocasiones sea útil el compartir la experiencia sobre el dolor con otros pacientes, debe ser el profesional sanitario el referente para solventar todas las dudas que surgen entre los pacientes con respecto a este síntoma.

Tabla 3

Estrategias terapéuticas según el grado de afectación

Secuencia terapéutica	Grado de afectación	Estrategia terapéutica ¹
I	Afectación vital leve (mínima interferencia con las actividades de la vida diaria) ²	<ul style="list-style-type: none"> ● Educación. ● Ejercicio físico no supervisado. ● Higiene del sueño. ● Tratamiento farmacológico: <ul style="list-style-type: none"> – Amitriptilina 10-50 mg/día o Ciclobenzaprina 10-30 mg/día. – En caso de dolor de origen osteoarticular: Paracetamol 1 g/8 horas o Ibuprofeno 400 mg/8 horas (por tiempo limitado).
II	Afectación vital moderada (moderada interferencia con las actividades de la vida diaria) ³	<ul style="list-style-type: none"> ● Programa educacional. ● Intervención familiar. ● Ejercicio físico supervisado. ● Tratamiento farmacológico: <p><i>Para control del dolor:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Amitriptilina 10-75 mg/día. Si no responde, se asocia con Fluoxetina. – En caso de no haber control del dolor: Tramadol 50-400 mg/día. – En caso de agudización del dolor de origen osteoarticular: Paracetamol 1 g/8 horas y/o Ibuprofeno 400 mg/8 horas (por tiempo limitado). <p><i>Para trastornos del sueño:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Ciclobenzaprina 10-30mg/día, Zolpidem 10 mg/día o Zopiclona 7,5 mg/día. <p><i>Para trastornos depresivos o de ansiedad:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Fluoxetina o Paroxetina 20 mg/día. Si la ansiedad no se controla: Alprazolam 0,75-1,5 mg/día.
III	Afectación vital severa (marcada interferencia con las actividades de la vida diaria) ⁴	<ul style="list-style-type: none"> ● Programa de tratamiento multidisciplinar: Farmacológico + Rehabilitador + Psicológico + Educacional y social.

¹ El uso de dosis farmacológicas superiores a las reseñadas no mejora el control de la sintomatología.

² Puntuaciones en las escalas de valoración inferiores al 50%, sin interferencia o con mínima interferencia con las actividades de la vida diaria.

³ Puntuaciones en las escalas de valoración entre el 50% y 75% e interferencia moderada con las actividades de la vida diaria.

⁴ Puntuaciones en las escalas de valoración superiores al 75% e interferencia marcada con las actividades de la vida diaria.

Debe afrontarse un cambio de actitudes de la familia, en el sentido de asegurarse su comprensión de la enfermedad.

Actitud terapéutica en las consultas de revisión

Se realizará una reevaluación a las cuatro semanas. Puede ser preciso añadir dosis bajas de Tramadol (50 mgr de 1 a tres veces al día) o Tramadol con Paracetamol tres veces al día.

Se hará una nueva revisión a las seis u ocho semanas de instaurar el plan terapéutico con la finalidad de reevaluar los datos recogidos en la primera visita con el FIQ o con los cuestionarios de afectación vital.

Derivación a atención especializada

En caso de falta de respuesta, de afectación grave, de intolerancia al tratamiento o por valorar que sea precisa una confirmación diagnóstica, está indicado remitir al paciente a consultas de atención especializada.

La de **Reumatología** por la afectación dolorosa politópica y por el peso de enfermedades reumáticas en el diagnóstico diferencial, la de **Psiquiatría** por las alteraciones del estado de ánimo y las alteraciones cognitivas y la de **Neurología** por la alodinia, las alteraciones del sueño y las frecuentes parestesias, serían las especialidades más indicadas. De cara a orientar el tratamiento físico también estaría indicada la evaluación en una consulta de **Medicina Física y Rehabilitación**.

El medico de atención primaria, coordinando el control de los tratamientos propuestos por los diversos especialistas, junto con la orientación psicológica y el control y contacto estrecho con los fisioterapeutas, puede suponer un paso importante para el control de la enfermedad.

Criterios de derivación

La derivación del paciente a consultas especializadas se realiza, fundamentalmente, con dos finalidades: para la confirmación diagnóstica o para la orientación terapéutica.

Criterios de derivación a atención especializada

- 1 Duda diagnóstica razonable, para confirmación diagnóstica.
- 2 Discapacidad grave (inicial o durante la evolución).
- 3 Falta de respuesta al nivel terapéutico II.
- 4 Intolerancia o hipersensibilidad a los fármacos empleados en los niveles terapéuticos I y II.

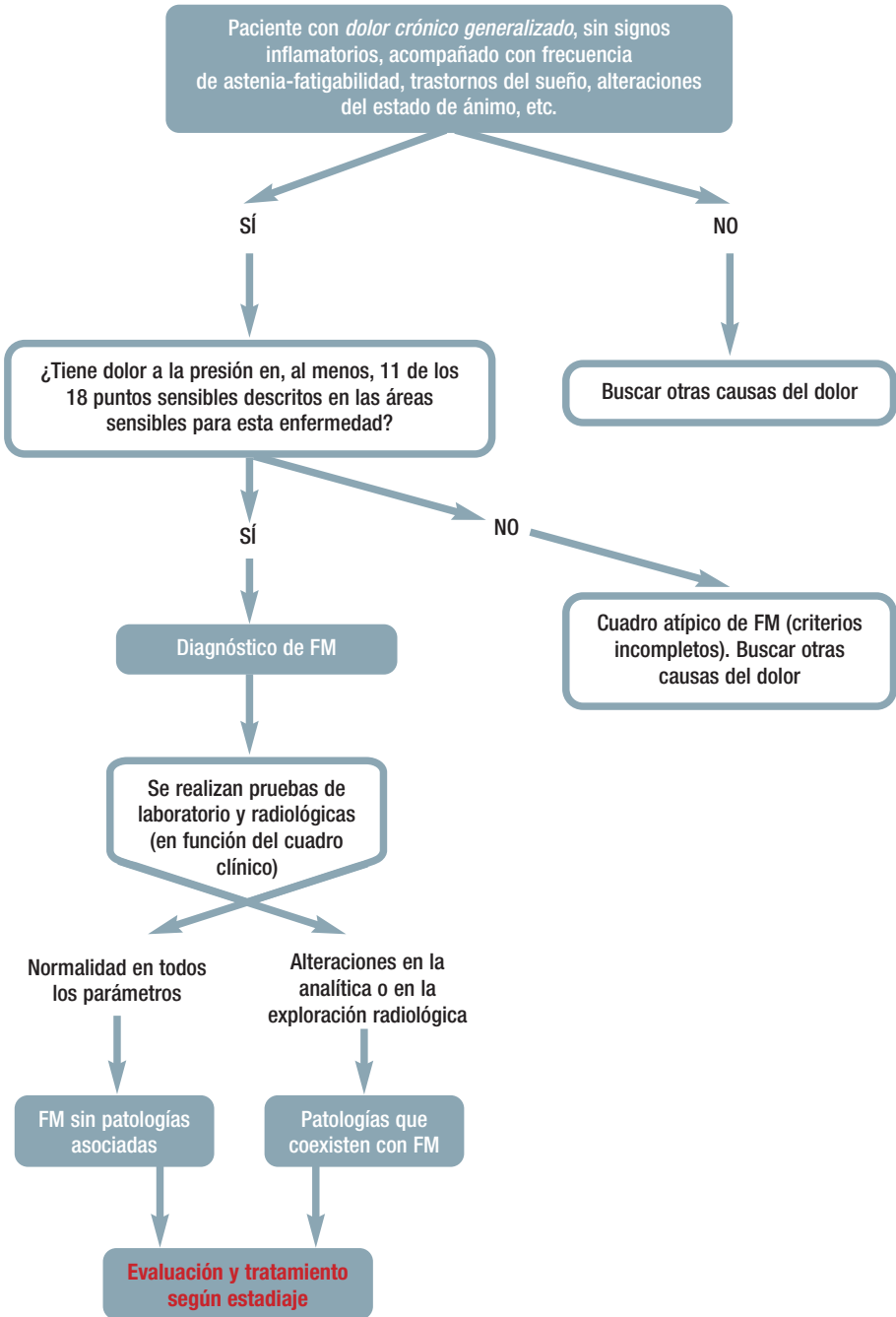
Cuando se derive a un paciente, *se remitirá* con las pruebas complementarias expuestas en la Tabla 2.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Wolf F, Smythe HA, Yunus MB et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicentre Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-72.
- 2 Bennet RM. Multidisciplinary group programs to treat fibromyalgia patients. *Rheum Dis Clin North Am* 1996;22:351-66.
- 3 Rossy LA, Buckelew SP, Dorr N et al. A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Ann Rehab Med* 1999; 21:180-91.
- 4 Valverde M. Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Estudio EPISER. *Rev Esp Reumatol* 2000; 27:157.
- 5 Collado A, Torres A, Arias A et al. Descripción de la eficacia del tratamiento multidisciplinar del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Med Clin* 2001; 117:401-5.
- 6 Collado A, Alijotas J, Benito P et al. Documento de Consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña. *Med Clin* 2002; 118: 745-9.
- 7 Goldenberg DL. Pathogenic mechanisms of fibromyalgia. *Ageing Research Reviews* 2002;243-55.
- 8 Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección General de Ordenación de Prestaciones. Fibromialgia. Centro de Publicaciones del MSC. Madrid 2003.
- 9 Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Clinical review: management of fibromyalgia syndrome. *JAMA* 2004.
- 10 Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre fibromialgia. Simposio SER, Guadalajara 2005 (en prensa).
- 11 Borrell i Carrió F. Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas. Semfyc 2004.
- 12 Balint E. The possibilities of patient-centred medicine. *J Roy Coll Gen Pract* 1969; 17:269.
- 13 Rogers C. Client-centred therapy, its current practice, implications and theory. Cambridge, Massachusetts; Riverside Press, 1951.
- 14 Brown JB, Weston W, Stewart MA. Patient-centred interviewing. Part II: Finding common ground. *Can Fam Physician* 1989, 35 : 153-157.
- 15 Stewart M, Brown JB, Weston W. Patient-centred interviewing. Part III: Five provocative questions. *Can Fam Physician* 1989; 35: 159-161.
- 16 Gur A. Physical Therapy modalities in management of fibromyalgia. *Curr Pharm Des* 2006; 12 (1): 29-35.
- 17 M D. Hoffman, L M Sheldahl and W J Kraemer. Therapeutic Exercise. En J A DeLisa. *Physical Medicine and Rehabilitation.Principles and Practice*.Lippincott Williams & Wilkins; 2005: 389-434.
- 18 Adams N, Sim J. Rehabilitation approaches in fibromyalgia. *Disabil Rehabil.* 2005 Jun 17; 27 (12): 711-23.
- 19 Clark S, Burkhardt CS, Campbell, O'Reilly C, Bennett RM. Effectiveness of exercise in management of fibromyalgia. *Curr Opin Rheumatol* 2004; 16 (2):138-142.

- 20 B.Alonso Álvarez. Rehabilitación musculoponeurótica. Síndrome miofascial. Fibromialgia. En J.L. Miranda Mayordomo. Rehabilitación Médica. Grupo Aula Médica 2004: 199-210.
- 21 J A Conejero Casares y E Bautista Alpañes. Prevención de la discapacidad y la cronificación de pacientes con dolor musculoesquelético. Atención Primaria y Rehabilitación en los desórdenes musculoesqueléticos benignos. Medicina Integral 1999; 10: 423-432.
- 22 Burckhardt CS, Clark SR, Bennet RM. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development and validation. J Rheumatol 1991; 18: 728-33.
- 23 Burckhardt CS. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development, current version, operating characteristics and uses. Clin Exp Rheumatol 2005; 23(Suppl 39): s154-s162.
- 24 Monterde S, et al. Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. Rev Esp Reumatol 2004; 31(9):507-13.
- 25 Arnold LM, Rosen A, Pritchett YL, et al. A randomized, double-blind placebo-controlled trial of duloxetine in the treatment of women with fibromyalgia with or without major depressive disorder. Pain 2005; 119: 5-15.
- 26 Arnold LM, Lu Y, Crofford LJ, et al. A double-blind, multicenter trial comparing duloxetine with placebo in the treatment of fibromyalgia patients with or without major depressive disorder. Arthritis Rheum 2004; 50: 2974-8

Algoritmo 1. Diagnóstico de la fibromialgia



Anexos **1-2-3**

ANEXO 1

Instrumentos para la valoración de la afectación del paciente con fibromialgia

CUESTIONARIO ESPAÑOL DE IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA: SPANISH FIQ (S-FIQ)

Monterde S, et al. Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. Rev Esp Reumatol 2004;31(9):507-13

Para las preguntas 1 3, señale la categoría que mejor describa sus habilidades o sentimientos durante la última semana. Si usted nunca ha realizado alguna actividad de las preguntadas, déjela en blanco.

1 ¿Usted pudo?

	Siempre	La mayoría de las veces	Ocasionalmente	Nunca
Ir a comprar	0	1	2	3
Lavar la ropa usando la lavadora y la secadora	0	1	2	3
Preparar la comida	0	1	2	3
Lavar los platos a mano	0	1	2	3
Pasar la aspiradora por la alfombra	0	1	2	3
Hacer las camas	0	1	2	3
Caminar varios centenares de metros	0	1	2	3
Visitar a los amigos o a los parientes	0	1	2	3
Cuidar el jardín	0	1	2	3
Conducir un coche	0	1	2	3

2 De los 7 días de la semana pasada, ¿cuántos se sintió bien?

0 1 2 3 4 5 6 7

3 ¿Cuántos días de trabajo perdió la semana pasada por su fibromialgia?

(si no trabaja fuera de casa, no conteste esta pregunta)

0 1 2 3 4 5 6 7

Para las preguntas 4 a la 10, marque en la línea el punto que mejor indique cómo se sintió usted la última semana

4 Cuando trabajó, ¿cuánto afectó el dolor u otros síntomas de la fibromialgia a su capacidad para trabajar?

No tuve problemas

Tuve grandes dificultades

5 ¿Hasta qué punto ha sentido dolor?

No he sentido dolor

He sentido un dolor muy intenso

6 ¿Hasta qué punto se ha sentido cansado?

No me he sentido cansado

Me he sentido muy cansado

7 ¿Cómo se ha sentido al levantarse por la mañana?

Me he despertado descansado

Me he despertado muy cansado

8 ¿Hasta qué punto se ha sentido agarrotado?

No me he sentido agarrotado

Me he sentido muy agarrotado

9 ¿Hasta qué punto se ha sentido tenso, nervioso o ansioso?

No me he sentido nervioso

Me he sentido muy nervioso

10 ¿Hasta qué punto se ha sentido deprimido o triste?

No me he sentido deprimido

Me he sentido muy deprimido

La puntuación total se obtiene con 30 puntos máximo en la primera pregunta, 7 en las dos siguientes y de 0-10 en las preguntas 4-10.

Los pacientes con fibromialgia suelen presentar puntuaciones del FIQ en torno a 50 puntos de media aunque en los casos graves las puntuaciones son superiores a 70. Es un cuestionario muy sensible a los cambios y es especialmente útil en la valoración de la respuesta terapéutica. Cambios inferiores al 30% sobre la valoración inicial (poca o ninguna mejoría) no suelen presentar cambios en la puntuación del FIQ. Sin embargo, aquellos pacientes que mejoran más de un 30% presentan cambios en el FIQ de entre el 21%-41% (12-18 puntos).

ESCALAS ANALÓGICO-VISUALES PROPUESTAS PARA LA AUTOVALORACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

Propuesta de escalas para la valoración en atención primaria del paciente con fibromialgia.

Escala visual del dolor

¿Cuál es la intensidad del dolor?

Marcar en la escala del 0 al 10 la intensidad del dolor, siendo: 0: Ausencia de dolor. 10: Dolor insoportable.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Escala visual del estado de ánimo

¿Cómo se siente?

Marcar en la escala del 0 al 10, siendo: 0: No me siento triste. 10: Me siento tan triste que no puedo soportarlo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Escala visual de dificultad para las actividades de la vida diaria

¿Qué dificultades tiene para la realización de su actividad habitual?

Marcar en la escala del 0 al 10, siendo: 0: Ninguna dificultad. 10: Gran dificultad.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

El grado de afectación vital se puede clasificar en:

- **Afectación vital leve:** puntuaciones en las escalas de valoración inferiores al 50% y sin interferencia o mínima interferencia con las actividades de la vida diaria.
- **Afectación vital moderada:** puntuaciones entre 50 y 75% e interferencia moderada con las actividades de la vida diaria.
- **Afectación vital severa:** puntuaciones superiores al 75% y marcada interferencia con las actividades de la vida diaria (imposibilidad para realizar un trabajo o función).

ANEXO 2

Modelo de entrevista clínica del paciente con FM

Como cualquier otro, el paciente diagnosticado de fibromialgia necesita, sobre todo, sentirse entendido y comprendido en su proceso de enfermedad, de ahí que deban tenerse muy en cuenta los modales del profesional frente al paciente y el modelo de entrevista aplicado.

Actitudes del profesional

- Cordialidad: calidez y respeto en la acogida, el paciente debe percibir que es bien recibido.
- Empatía: ponerse en el lugar del 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 entre 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 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 que 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”. ¿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 que hacer, que no controla la situación.

2 Comprendiendo a la persona completa

El abordaje del paciente con fibromialgia debe incorporar al mismo y su contexto familiar, social, laboral, cultural, etc. En este sentido el médico de atención primaria está en una posición de lujo por la perspectiva longitudinal de su acción.

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 cual 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

Mejora de la actividad nociva para la salud, reducción de riesgos, detección temprana de la enfermedad y disminución de su efecto. Entrevista motivacional.

5 Cuidando la relación médico - 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 emocional razonable.

ANEXO 3

Medicina física y rehabilitación en el síndrome fibromiálgico

En el Síndrome de Fibromialgia encontraremos:

- **Deficiencias:** dolor, debilidad, rigidez, cansancio, sueño no reparador, etc.
- Si los anteriores déficits no son controlados pueden causar **discapacidad** en diferentes áreas: alteración en el rol familia, en las tareas del hogar, en el movimiento corporal y destreza.
- Y, en última instancia, desembocar en **minusvalía:** marginación ocupacional, social, pérdida de autosuficiencia económica.

El objetivo del tratamiento será prevenir la cronicidad, la discapacidad y, en última instancia, la minusvalía. Para conseguir este objetivo se proponen una serie de actuaciones que pueden llevarse a cabo tanto en consulta médica como de enfermería.

1 Educación sanitaria

La mayor preocupación de estos enfermos es el temor a la invalidez, la persistencia del dolor, la imposibilidad de llevar una vida normal y el agravamiento de sus afecciones.

Los programas de educación deben incluir:

- Información acerca de la enfermedad.
- Relajación y control del estrés.
- Medidas para afrontar los síntomas.

2 Recomendaciones generales

- Evitar sobrecargas en actividades de la vida diaria (AVD) y/o el trabajo: medidas de ergonomía para paliar el sobreuso muscular, corregir malos hábitos posturales, evitar actividades que sistemáticamente produzcan dolor o tensión muscular.
- Higiene postural: instruir sobre posturas correctas en bipedestación y sedestación. Evitar almohadas demasiado altas para el reposo nocturno así como dormir en decúbito prono.
- Evitar sedentarismo e inactividad.
- Evitar obesidad.
- Identificar factores de riesgo implicados en perpetuación de los síntomas.
- Realizar regularmente un programa de ejercicio aeróbico y de estiramientos musculotendinosos.
- Las asociaciones de pacientes con **FM** pueden ser de gran ayuda para los enfermos.

3 Ejercicio

El ejercicio es quizás la primera estrategia no farmacológica recomendada en la **FM**, dados los resultados positivos encontrados en numerosos estudios.

Los pacientes con **FM** suelen tener un bajo rendimiento físico al compararlos con sujetos sanos, perciben una excesiva sensación subjetiva de esfuerzo con el ejercicio, pero su capacidad aeróbica es similar a otros sujetos y la fuerza muscular y resistencia son normales, según la mayoría de los estudios, lo que indica un “**desentrenamiento**” más que una alteración del sistema neuromuscular o cardiorrespiratorio.

Los pacientes con **FM** suelen experimentar algún grado de dolor después del ejercicio inicial, con lo cual son reacios a seguir, lo que conduce a una pérdida de forma física posterior. Los músculos no ejercitados están sujetos al “**mal muscular postejercicio**”: dolor, rigidez, sensibilidad local y pérdida de fuerza de 24 a 48 horas de duración. Este fenómeno influye en la idea que tiene el paciente de que la enfermedad no se puede controlar.

Los efectos beneficiosos del ejercicio y sus razones para prescribirlos:

- 1** Acción analgésica
- 2** Efecto euforizante
- 3** Mejora de la capacidad física y salud cardiorrespiratoria con disminución de la fatiga
- 4** Tratamiento de la debilidad y de la rigidez
- 5** Recuperación del patrón de sueño normal

En cuanto a la pauta de tratamiento a seguir, no hay descrito ningún protocolo de ejercicio físico concreto para esta patología.

Existen diversos estudios publicados en los que se demuestra el beneficio de programas de ejercicio o entrenamiento aeróbico, entrenamiento de la fuerza y resistencia y/o de la flexibilidad.

Los ejercicios en piscina, la hidrocinesiterapia, mejor en agua caliente, son recomendados con mucha frecuencia en la **FM**.

Las recomendaciones generales a tener en cuenta al establecer una pauta de ejercicio en un paciente con **FM** deben estar basados en las ***Recomendaciones de 1990 del Colegio Americano de Medicina Deportiva:***

- 1** Entrenamiento aeróbico/cardiovascular:
 - Frecuencia: al menos 2 días/semana.
 - Intensidad: 55-90% de la FC máxima.
 - Duración: 20-60 minutos.
- 2** Entrenamiento de fuerza:
 - Frecuencia: 2-3 días/semana.
 - Repeticiones: 8-12.
- 3** Flexibilidad:
 - Frecuencia: igual o mayor a dos días/semana.
 - Intensidad: posición de ligero malestar.
 - Repeticiones: 3-4 de cada estiramiento.
 - Duración de cada repetición: 10-30 segundos.

Normas generales al prescribir ejercicio en pacientes con FM:

- Seguir recomendaciones del Colegio Americano de Medicina Deportiva (1990).
- Elegir un ejercicio fácil de realizar y cómodo.
- Individualizar la intensidad, duración y frecuencia del ejercicio según la capacidad de cada paciente. En general ejercicio aeróbico submáximo al 60-75% de la frecuencia cardiaca máxima.
- Revisiones periódicas de las pautas elegidas.
- Incrementos progresivos.
- Pausas frecuentes pero cortas entre los diferentes ejercicios para evitar fatiga.
- Recomendar ejercicio aeróbico de baja intensidad de carga como andar, o usar una bicicleta estática, o ejercicios en piscina de agua caliente. Otras formas pueden ser: Tai Chi o Yoga.
- Evitar el trabajo excéntrico e isométricos.
- Estiramientos al principio y final de los ejercicios.
- Buscar estrategias que ayuden a mantener la adherencia a los programas terapéuticos, recomendar ejercicios en grupo.
- Considerar efectos secundarios de fármacos sobre el ejercicio.

3 Otras terapias de la medicina física y rehabilitadora

El número de trabajos describiendo las siguientes terapias es todavía escaso a pesar de los resultados positivos encontrados. Es necesario resaltar la necesidad de estudios sistematizados que demuestren la eficacia de estos tratamientos en la FM. Los programas de tratamiento multidisciplinar incluyen algunas de estas formas de tratamiento:

- Termoterapia superficial y profunda
- Crioterapia
- Láser, Biofeedback y Campos magnéticos
- Electroterapia analgésica de baja y media frecuencia: TENS, interferenciales...
- Ultrasonidos pulsantes o iontoforesis puede ser una alternativa a la infiltración sobre puntos gatillo.

En la mayor parte de los casos el diagnóstico, tratamiento y el seguimiento de estos pacientes lo realiza el médico de Atención Primaria.

La remisión al médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación se justifica ante debilidad y rigidez notables, mal nivel de forma física o discapacidad significativa.

Es importante resaltar que el tratamiento de esta enfermedad precisa de un esfuerzo activo por parte del paciente y que no se puede mejorar solo con técnicas pasivas.