# Fibromialgia

XUNTA DE GALICIA

# Fibromialgia

XUNTA DE GALICIA

Reproducción del original publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en el año 2003, al cual agradecemos su permiso para la presente edición.

**Edita:**

Xunta de Galicia
Consellería de Sanidade. SERGAS.
División de Asistencia Sanitaria.

**Diseño portada y maquetación:**

Ofelmaga, s.l.

Cuatro Caminos, s/n
Cacheiras - 15886 TEO

**Impresión:**

*Ofelmaga, s.l.*

**Depósito legal:**

C-1302/04

**Grupo de Trabajo de Fibromialgia:**

- *Gregorio Atxutegi Basagoiti.* Responsable de Planificación y Gestión Estratégica.Departamento de Sanidad-Gobierno Vasco.
- *Antonio Collado Cruz.* Servicio de Reumatología.Unidad del Dolor Crónico no Oncológico.Hospital Clínico y Provincial.Barcelona.
- *Elvira Fernández de la Mota.* Jefa de Servicio de Organización de Procesos. Dirección General de Organización de Procesos y Formación.Consejería de Salud de Andalucía.
- *José Ramón González-Escalada Castellón.* Jefe de la Unidad del Dolor. Hospital Ramón y Cajal.Madrid.
- *José López Aldeguer.* Jefe de la Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario La Fe. Valencia.
- *Vicente Marijuán Fernández.* Técnico Superior Sanitario (Médico). Dirección General de Salud.La Rioja.
- *Paloma Puime Montero.* Jefa de Servicio de Programas Asistenciales. División de Asistencia Sanitaria. Servicio Gallego de Salud.
- *Antonio M.ª Puerto Barrio*. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Jefe de Sección de la Unidad de Atención Primaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria.Servicio Extremeño de Salud.

**Revisores:**

- *Cayetano Alegre de Miquel.* Sociedad Española de Reumatología.
- *Jaime Calvo Alen.* Especialista en Reumatología. Hospital Sierrallana. Torrelavega (Cantabria).
- *Antonio Collado Cruz.* Sociedad Española de Reumatología.
- *Juan Carlos Eirea Eiras.* Jefe de Servicio. Centro de Salud de Bueu. Pontevedra.
- *José Gálvez Muñoz.* Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia.
- *Isabel García Gil.* Servicio de Rehabilitación. Hospital Puerta de Hierro. Madrid.
- *Emili Gómez Casanovas.* Especialista en Reumatología. Unidad del Dolor Crónico no oncológico. Hospital Clínico y Provincial. Barcelona.
- *Juan Ángel Jover Jover.* Servicio de Reumatología del Hospital Clínico San Carlos.Madrid.
- *Maximino Lozano Suárez.* Jefe de Sección del Servicio de Psiquiatría del Hospital Ramón y Cajal.Madrid.

- *Juan Mulero Mendoza.* Sociedad Española de Reumatología.
- *Antonio Sacristán Rodea.* Médico oncólogo del Equipo de Cuidados Paliativos.Área 4.Madrid.
- *Antoni Sisó Almirall.* Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
- *Xavier Torres Mata.* Psicólogo de la Unidad del Dolor Crónico no Oncológico.Hospital Clínico y Provincial. Barcelona.
- *Juan Pablo Valdazo de Diego.* Servicio de Reumatología.Hospital Virgen de la Concha. Zamora.
- *Lydia Vela Desojo.* Servicio de Neurología. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.

**Asociaciones de pacientes que han remitido observaciones:**

- Asociación Cántabra de Enfermos de Fibromialgia (ACEF).
- Asociación de Fibromialgia de Ceuta.
- Asociación de Fibromialgia de la Comunidad de Madrid (AFIBROM).
- Asociaciones de Fibromialgia de Galicia.

**Coordinación:**

*Unidad de Prestaciones de la Subdirección General de Programas y Servicios Sanitarios.*

# ÍNDICE

PRESENTACIÓN ..... 7

ABREVIATURAS ..... 9

GLOSARIO ..... 11

1. INTRODUCCIÓN ..... 13

2. CARACTERÍSTICAS DE LA FIBROMIALGIA (FM) ..... 15

3. DIAGNÓSTICO ..... 17

   3.1. Anamnesis ..... 17
   3.2. Exploración física ..... 17
   3.3. Diagnóstico diferencial ..... 19

4. IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA ..... 23

   4.1. Impacto vital ..... 23
   4.2. Impacto familiar ..... 27
   4.3. Impacto laboral ..... 28
   4.4. Impacto sobre el sistema sanitario ..... 29

5. ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS ..... 31

   5.1. Medidas educacionales y sociales ..... 31
   5.2. Tratamiento farmacológico ..... 33
   5.3. Tratamiento rehabilitador y físico ..... 37
   5.4. Tratamiento psicológico ..... 38

6. ESTRATEGIA DE ABORDAJE DEL PACIENTE CON FM ..... 41

7. CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOCIAL ANTE LA FM ..... 45

8. NECESIDADES DETECTADAS ..... 47

ANEXOS ..... 49

ANEXO I. Síntomas que pueden aparecer en los pacientes con FM..... 51
ANEXO II.Estudios sobre la situación laboral de las personas con FM en diferentes países. ..... 52

BIBLIOGRAFÍA ..... 53

## PRESENTACIÓN

*La fibromialgia es un síndrome crónico caracterizado por dolor generalizado que, en algunos casos, puede llegar a ser invalidante. Es un problema importante de salud por su elevada prevalencia, morbilidad y por el alto índice de frecuentación y consumo de recursos sanitarios que origina.*

*Se trata de un síndrome complejo, de etiología desconocida, evolución variable y que con frecuencia va asociado a otras patologías, para el que no existen criterios comunes sobre el diagnóstico y tratamiento para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, lo que podría estar originando diferencias en el abordaje de estos pacientes. La cobertura sanitaria del Sistema Nacional de Salud español es una de las más amplias de los sistemas públicos del mundo, garantizando a todos los usuarios, incluidos los afectados por fibromialgia, todas las prestaciones que precisan, aunque en la normativa vigente no se detallan prestaciones específicas para éstos ni para otros colectivos de pacientes.*

*La Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados, en su sesión de 19 de septiembre de 2000, aprobó una Proposición no de Ley relativa a la asistencia médica y social de las personas que sufren fibromialgia en los siguientes términos:*

"El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Analizar, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud,la incidencia y la problemática de la fibromialgia y la necesidad o conveniencia de difundir entre los profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada la evidencia científica disponible sobre esta patología, su protocolo diagnóstico y las alternativas terapéuticas disponibles.

2. Seguir manteniendo la máxima coordinación y colaboración con las Asociaciones de Autoayuda en la labor que realizan de apoyo, información y orientación a los enfermos afectados por el síndrome fibromiálgico y a sus familiares»

*La Subcomisión de Prestaciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en la que se hallan representadas todas las Comunidades Autónomas, debatió el contenido de esta Proposición, en la reunión celebrada el 28 de mayo de 2001, acordando realizar un análisis de la situación en los diferentes ámbitos de gestión.A la vista de este aná - lisis, la mencionada Subcomisión, en su reunión de 9 de abril 2002, deci - dió crear un Grupo de Trabajo que, tomando como base el documento ela - borado en Cataluña, realizara un documento de consenso de todo el Sistema Nacional de Salud que aborde la problemática y manejo de la fibromialgia.*

*Este Grupo, coordinado por la Unidad de Prestaciones de la Subdirección General de Programas y Servicios Sanitarios (Dirección General de Planificación Sanitaria, Sistemas de Información y Prestaciones), ha elaborado el documento que ahora se presenta, en el que se recogen directrices acerca del diagnóstico y tratamiento de la fibromial - gia y se señala su impacto vital, familiar, sanitario y la laboral, con la fina - lidad de difundirlo entre los profesionales sanitarios, para avanzar en unas pautas comunes de actuación ante los afectados por esta patología.*

## ABREVIATURAS

| | |
|---|---|
| ACR: | American College of Rheumatology. |
| AIMS: | Arthritis Impact Measurement. |
| AINE: | Antiinflamatorio no esteroideo. |
| AR: | Artritis reumatoide. |
| EEG: | Electroencefalograma. |
| FIQ: | Fibromyalgia Impact Questionnaire. |
| FM: | Fibromialgia. |
| HAQ: | Health Assessment Questionnaire. |
| ISRS: | Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. |
| NHP: | Notingham Health Profile. |
| NMDA: | N-metil-D-aspartato. |
| OMS: | Organización Mundial de la Salud. |
| TENS: | Estimulador nervioso eléctrico transcutáneo. |
| TSH: | Hormona estimulante del tiroides. |
| VSG: | Velocidad de sedimentación globular. |

## GLOSARIO

**Baja laboral*:** Documento oficial en el que el médico certifica que una persona no puede realizar su trabajo como consecuencia de una pérdida de salud. La naturaleza de la baja es, por tanto, un certificado médico de incapacidad.

**Discapacidad*:** Sería equivalente a menoscabo. Puede o no dar lugar a incapacidad.

**Dolor generalizado:** Dolor que se presenta en el lado derecho e izquierdo del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura y en el esqueleto axial (columna cervical, pared torácica anterior, columna dorsal o columna lumbar).

**Incapacidad:** Falta de capacidad para realizar una actividad, como consecuencia de un menoscabo, entendido como toda enfermedad que provoca una alteración, disminución o pérdida de una función o de una estructura anatómica.

**Incapacidad laboral*:** Falta de capacidad para realizar los requerimientos específicos de un puesto de trabajo determinado como consecuencia de un menoscabo, entendido como toda enfermedad que provoca una alteración, disminución o pérdida de una función o de una estructura anatómica.

**Incapacidad permanente*:** Aquella que presenta una alteración de la capacidad laboral, previsiblemente definitiva. Puede ser parcial, total o absoluta.

**Incapacidad temporal*:** Aquella en la que cabe esperar la recuperación en un periodo de tiempo determinado. Es aquella situación en la que un trabajador, por causa de una enfermedad o accidente, se encuentra imposibilitado para el desempeño de su trabajo y recibe asistencia sanitaria por parte de la Seguridad Social.

**Invalidez:** Conjunto de situaciones en que existe una incapacidad permanente, en sus diversos grados, de acuerdo con la normativa de Seguridad Social.

---

* **Fuente**: Colaboración institucional en la incapacidad temporal. *Guía para el médico*. INMST, INSALUD, INSS, AMAT. Publicado por el Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo, 2001

# 1. INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM) es un síndrome crónico,de etiología desconocida,de evolución compleja y variable, que provoca dolor generalizado que, en algunos casos, puede llegar a ser invalidante.Afecta a las esferas biológica, psicológica y social del paciente y es un problema importante de salud por su prevalencia, morbilidad, alto índice de frecuentación y elevado consumo de recursos sanitarios[1,2,3,4].

La FM es uno de los síndromes más representativos del dolor crónico no oncológico en la población, que afecta más a las mujeres y en la edad media de la vida.

Diferentes estudios epidemiológicos recogen que alrededor del 11% de la población está afectado de algún tipo de dolor persistente, variando la prevalencia estimada de FM en los países desarrollados entre el 1 y el 4%[1]. La prevalencia calculada en la población española, utilizando los criterios de clasificación del American College of Rheumatology (ACR), es del 2,7%, siendo de un 4,2% para el sexo femenino y de un 0,2% para el masculino[5].

## 2. CARACTERÍSTICAS DE LA FIBROMIALGIA

Tras un amplio estudio multicéntrico auspiciado por el ACR[6] para unificar criterios de clasificación,la FM se caracterizó por la presencia conjunta de dos hechos:

1) *Historia de dolor generalizado durante, al menos, tres meses.* El dolor se considera generalizado cuando está presente en todas las áreas siguientes: lado derecho e izquierdo del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura y 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.

Por tanto,se cumplen las condiciones de dolor generalizado si existe dolor en alguna región del esqueleto axial y en, al menos, tres de los cuatro cuadrantes corporales (dividiendo el cuerpo con una línea vertical longitudinal que separe dos hemicuerpos derecho e izquierdo y una línea transversal que pase por la cintura que separe dos mitades superior e inferior) o, excepcionalmente, sólo dos si se trata de cuadrantes opuestos respecto a los dos ejes de división corporal.

2) *Dolor a la presión de, al menos, 11 de los 18 puntos* (nueve pares) que corresponden a áreas muy sensibles para estímulos mecánicos, es decir, con bajo umbral para el dolor mecánico *(Figura 1)*.

La presencia de dolor generalizado junto con el dolor moderado o intenso a la presión en,al menos, 11 de los 18 puntos valorados presenta una sensibilidad diagnóstica del 88,4% y una especificidad del 81,1%[6].

Tras su caracterización por el ACR[6], la FM ha sido 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-9MC es el 729.0).También ha sido reconocida en 1994 por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) y clasificada con el código X33.X8a.

# 3. DIAGNÓSTICO

## 3.1. Anamnesis

La anamnesis es fundamental para el diagnóstico de la FM.El síntoma clave es el dolor generalizado, que se agrava con el estrés, el frío o la actividad física mantenida.Hay que preguntar al paciente sobre su aparición y los antecedentes traumáticos, físicos o psicológicos relacionados con su inicio, localización,irradiación, ritmo,intensidad,situaciones que lo empeoran o mejoran,así como la respuesta a los analgésicos, a fin de conocer tiempo de evolución y causas desencadenantes.

El dolor se acompaña frecuentemente de rigidez articular matutina, parestesias en manos y pies,fatigabilidad-astenia y alteraciones del sueño.Otros síntomas que con frecuencia acompañan a la FM son cefaleas, acúfenos, inestabilidad, alteraciones de la concentración o memoria, disfunción temporo-mandibular, dolor miofascial y clínica compatible con colon irritable. En el Anexo I se incluye una relación de síntomas que pueden aparecer en los pacientes con FM.

Además, es conveniente realizar una anamnesis de los factores psicológicos y psiquiátricos:antecedentes personales y familiares de trastorno mental; sintomatología psicopatológica actual; nivel de apoyo social, incluyendo las relaciones familiares;perfil de personalidad y patrón de conducta.

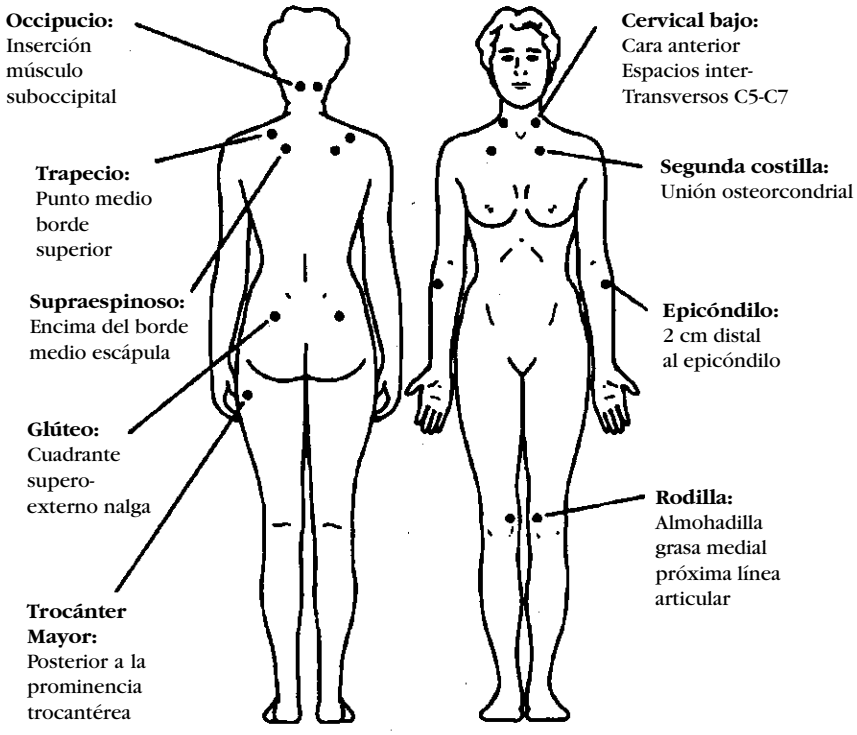
## 3.2. Exploración física

La exploración física detallada y exhaustiva es esencial, tanto para confirmar la FM como para descartar otras enfermedades, en especial del sistema osteoarticular. En la FM la movilidad y el aspecto articular deben ser normales, a menos que coexista con otra enfermedad osteoarticular de cualquier tipo.

Para diagnosticar la FM es necesario comprobar el dolor a la presión en,al menos, 11 de los siguientes 9 pares de puntos *(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 de su borde medial.
- Segunda costilla: en la unión osteocondral.
- Epicóndilo:distal a 2 cm y lateralmente al epicóndilo.
- Glúteo: en el cuadrante supero-externo de la nalga.
- Trocánter mayor:en la parte posterior de la prominencia trocantérea.
- Rodilla: en la almohadilla grasa medial próxima a la línea articular.

**Figura 1. Localización de los puntos dolorosos en la fibromialgia.**



Los puntos dolorosos no deben presentar signos inflamatorios. Es aconsejable comparar la sensibilidad de estas áreas con otras de control,como son la uña del pulgar, la frente o el antebrazo,que deberían ser indoloras,aunque los pacientes con FM pueden presentar dolor en otras zonas distintas a las exigidas para el diagnóstico.

La presión digital debe realizarse con una fuerza aproximada de 4 kg que, de forma práctica, suele corresponder al momento en 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 se considera positiva la palpación sensible. 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.

No se requieren pruebas complementarias para el diagnóstico de la FM.

## 3.3. Diagnóstico diferencial

Aunque el diagnóstico de fibromialgia es clínico y actualmente no existe ninguna prueba de laboratorio ni hallazgo radiológico específico de FM (existen pruebas que presentan variabilidad respecto a individuos sanos,que están en fase de investigación),es conveniente realizar determinadas exploraciones complementarias con objeto de descartar la coexistencia de otros procesos asociados[7]. La petición de pruebas complementarias en estos pacientes debe ser individualizada,en función del cuadro clínico,la exploración física y la sospecha de una enfermedad asociada.

En la *Tabla 1* se incluyen las pruebas complementarias más habituales necesarias para confirmar o descartar, en caso de duda, patologías concomitantes.

## Tabla 1. Pruebas complementarias para descartar o confirmar patologías asociadas

| |
|---|
| Laboratorio |
| Hemograma |
| Velocidad de sedimentación globular (VSG) |
| Glucemia |
| Creatinina |
| Enzimas hepáticas: Transaminasas (AST/ALT), gamma-glutamiltranspeptidasa (CGT), fosfatasa alcalina (FA) |
| Creatincinasa (CK) |
| Proteína C reactiva (PCR) |
| Hormona estimuladora del tiroides (TSH) |
| Radiología |
| Radiografía convencional de raquis y zonas dolorosas |

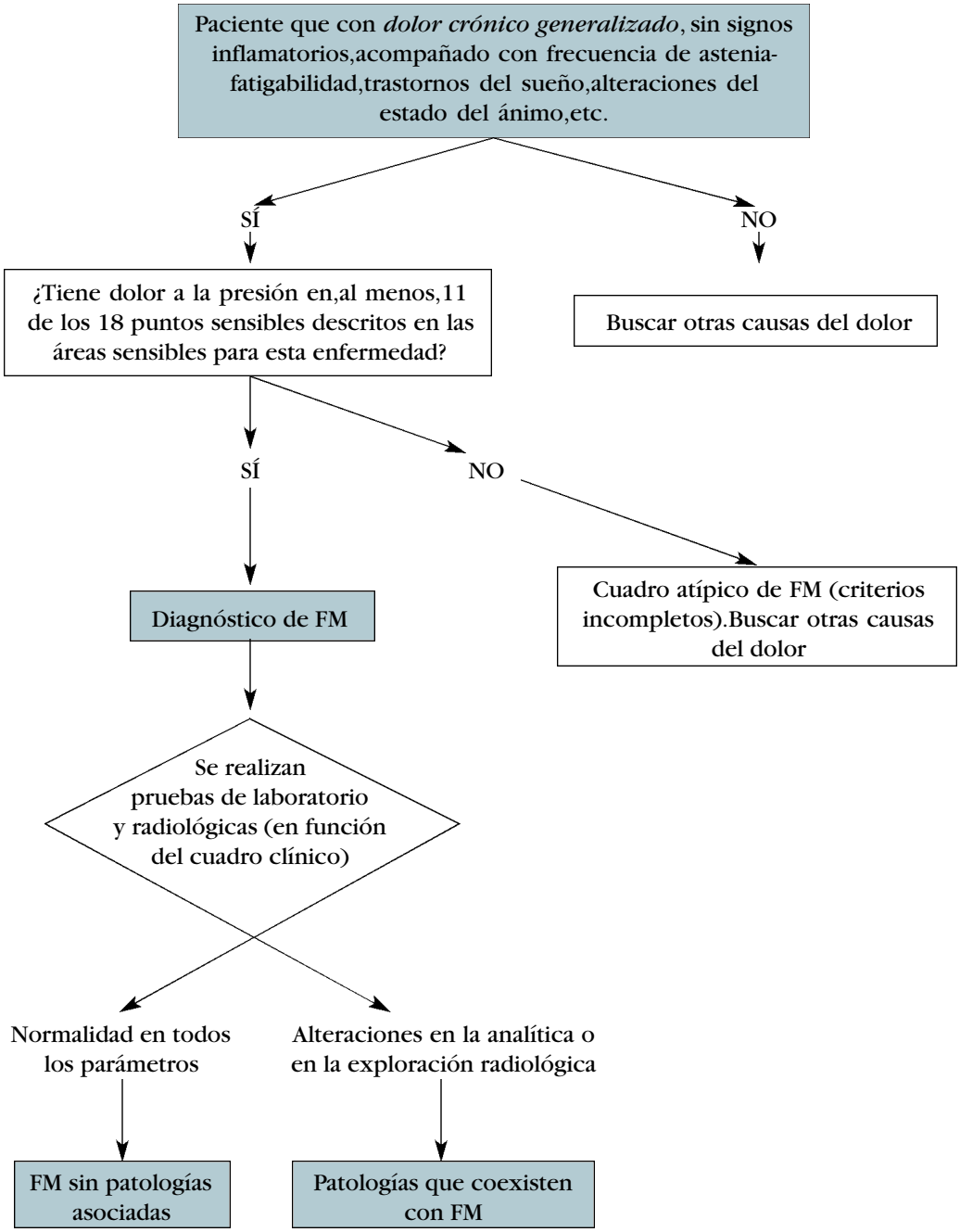
En la *Tabla 2* se recogen las enfermedades que pueden coexistir con el síndrome fibromiálgico o compartir manifestaciones clínicas del mismo.

## Tabla 2. Enfermedades que pueden coexistir con el síndrome fibromiálgico o compartir manifestaciones clínicas

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

En el *Algoritmo 1* se recogen los aspectos más importantes a valorar en el diagnóstico de la FM.

## Algoritmo 1. Diagnóstico de la fibromialgia



# 4. IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA

## 4.1 Impacto vital

Diferentes estudios longitudinales sobre pacientes con fibromialgia han puesto de manifiesto su tendencia a la cronicidad,originando grados variables de discapacidad y un claro impacto sobre la calidad de vida[5,8].

La calidad de vida es un término descriptivo que se refiere al bienestar físico,emocional y social y a la capacidad funcional para la ejecución de las tareas comunes de la vida diaria[9]. Existen múltiples instrumentos que pretenden evaluar el impacto de una amplia variedad de tratamientos y enfermedades sobre la calidad de vida del paciente, pero que resultan poco precisos para medir resultados relevantes en el caso de FM.Actualmente se está utilizando con fines de investigación aplicada un conjunto de instrumentos específicos cuando se quieren conocer los efectos físicos,sociales y emocionales que ocasiona la fibromialgia y la respuesta obtenida a distintos tratamientos.La finalidad de su uso es ayudar al profesional a decidir entre tratamientos alternativos, incorporando la perspectiva del paciente y permitiendo, de este modo, planificar las intervenciones terapéuticas más adecuadas para un paciente concreto.

Entre las posibles escalas de valoración disponibles, la AIMS (Arthritis Impact Measurement Scales) y el FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire) han sido evaluadas en pacientes con fibromialgia, demostrando su validez y sensibilidad.De igual modo,QOLS (Quality-Of-Life-Scale) y ASES (Arthritis Self-Efficacy Scale) han demostrado su sensibilidad para detectar mejorías significativas en estudios controlados longitudinales sobre intervenciones educativas en pacientes con fibromialgia,y su validez ha sido establecida por el grado de correlación con el FAI (Fibromyalgia Attitude Indexes) y el AIMS[10].

El FIQ,compuesto de cuatro escalas y un cuestionario,es la escala más utilizada para el seguimiento de la fibromialgia, aunque sólo se dispone de una versión traducida del cuestionario validado en inglés[11], pero no de una validación con muestra de población española[12].A partir de esta validación, habría que avanzar en escalas de valoración rápida que permitan evaluar la magnitud

del problema y la respuesta al tratamiento.Sin duda,su uso requiere tiempo y adquisición de habilidades para su aplicación e interpretación, por lo que la opción más adecuada puede ser la utilización de escalas de autovaloración que permitan, de manera rápida, estimar el impacto vital, grado de severidad, respuesta al tratamiento y evolución temporal del paciente con FM. Formadas por un conjunto mínimo de escalas analógicas o analógico-visuales que catalogan y representan gráficamente una serie de variables de difícil expresión verbal (dolor, estado de ánimo y otras sensaciones),pueden incorporarse a la historia clínica y facilitar la información necesaria para un adecuado manejo del paciente. Aunque su diseño es muy variado, tienen en general una buena sensibilidad y reproductibilidad[13], y permiten completar la valoración clínica en relación con el dolor, el estado de ánimo y las dificultades para la realización de actividades laborales o tareas domésticas.

En cuanto a la evaluación de la sintomatología psicopatológica,existen dos tipos básicos de instrumentos, los heteroadministrados (requieren la evaluación de un profesional entrenado en la utilización de la entrevista,están sujetos a sesgos de interpretación y, por tanto, requieren evaluación a ciegas con fines de investigación) y los autoadministrados. Entre los cuestionarios heteroadministrados destacan por su reconocimiento internacional el Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) y el Hamilton Depresion Rating Scale (HDRS). Entre los instrumentos autoadministrados,probablemente el más utilizado en la literatura científica sobre el dolor crónico sea el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI y MMPI-II). No obstante, es probable que el elevado tiempo requerido para su administración dificulte su utilización en la práctica clínica cotidiana.Existe una versión abreviada (Mini-Mult) que requiere un tiempo de aplicación significativamente menor y que ha demostrado una correspondencia aceptable con las escalas básicas obtenidas en el instrumento completo. Por otra parte,para la evaluación de la sintomatología depresiva se ha utilizado con frecuencia el Inventario de Depresión de Beck.No obstante, la aplicación de este instrumento en el dolor crónico ha recibido algunas críticas ya que la puntuación global puede verse significativamente incrementada por las puntuaciones en los ítems que evalúan sintomatología somática,sin que esto signifique necesariamente una mayor gravedad de la sintomatología depresiva. Por tanto es un instrumento válido aunque, en el caso de la fibromialgia,su interpretación debe tener en cuenta estas reservas.

Siguiendo el esquema utilizado en el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ),en la *Figura 2* se proponen unas escalas analógico-visuales

rápidas que se podrían utilizar en FM, aunque por sí solas no sean un instrumento validado, y que pueden servir para analizar la afectación global del paciente de forma sencilla.

### Figura 2. Escalas analógico-visuales propuestas para la autovaloración clínica del paciente

- **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 la intensidad del dolor, 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).

La FM no acorta la esperanza de vida de los pacientes, pero puede afectar de manera importante su capacidad funcional, limitando las actividades de la vida diaria, aunque la pérdida de la capacidad funcional no tiene por qué ser progresiva e irrecuperable en todos los pacientes.Algunos estudios longitudinales de pacientes con FM nos muestran mejorías del cuadro clínico con el tiempo,identificándose un periodo de remisión de los síntomas con una duración variable según los autores[14,15]. Los pacientes más jóvenes y con síntomas menos severos en el inicio del cuadro tienen más probabilidad de recuperarse a los dos años de evolución, aunque sólo el 5% de los pacientes presenta una remisión completa de los síntomas a los tres años y el 20% llega a presentar una mejoría importante[16].

La evolución de la incapacidad funcional en la FM es controvertida.En los estudios llevados a cabo hasta el momento, no se ha encontrado una herramienta que permita evaluar objetivamente la intensidad de la afectación que ocasiona[17]. Por otra parte,la ausencia de pruebas complementarias,biológicas o radiológicas que nos indiquen de manera objetiva la severidad de la FM determina que la medición del grado de afectación de la calidad de vida en las personas con FM resulte imprescindible[2].

Los datos sobre la incapacidad que presentan los pacientes se basan en mediciones realizadas con cuestionarios descritos anteriormente de calidad de vida genéricos, o específicos de otras enfermedades musculoesqueléticas que han sido adaptados a este fin, con excepción del FIQ.

En España,el estudio EPISER[5] midió la capacidad funcional de la población adulta con enfermedades musculoesqueléticas mediante el cuestionario Health Assessment Questionnaire-Disability Score (HAQ-DS),llegando a la conclusión de que la FM afecta de forma muy significativa a la capacidad funcional, independientemente del sexo, la edad, el nivel de estudios y la presencia de comorbilidad,por detrás de la AR,pero más que la artrosis de rodilla,la lumbalgia y la artrosis de mano.

Estudios realizados en otros países informan de que los pacientes afectados de FM poseen una peor función de sus capacidades físicas,pasan más días en cama y pierden más días de trabajo que los controles sanos[18]. Son factores de riesgo añadido estar en la edad media de la vida, realizar trabajos pesados,

recibir una pensión por incapacidad y presencia de acontecimientos estresantes previos a la aparición de la FM, siendo un factor de protección una buena actividad física[19].

En el estudio realizado por Wolfe en 1997[20] sobre la población con FM se valoraba la capacidad funcional y laboral de los pacientes.La mayoría de ellos (64,3%), incluidos los que trabajaban en el hogar, referían ser capaces de trabajar todos o la mayoría de los días, aunque el 19,4% indicaba no poder trabajar nunca o solamente algunos días.Al medir la capacidad funcional mediante el cuestionario HAQ-DS,casi la mitad de los pacientes (48%) presentaba una puntuación mayor o igual a uno (incapacidad moderada/severa) y un 9,3% de ellos una puntuación mayor de 2 (incapacidad severa).Los pacientes que estaban trabajando tenían puntuaciones más bajas, mientras que los que recibían algún tipo de remuneración de la Seguridad Social tenían una media de puntuación mayor que los que no la recibían.

## 4.2. Impacto familiar

En relación con el impacto que ocasiona la FM en el ámbito familiar, es destacable la ausencia de estudios diseñados a este fin,por lo que desconocemos, al menos en nuestro ámbito,cuatro aspectos fundamentales:

a) Grado de disrupción familiar desde el punto de vista psicoafectivo,asociado a la FM (previo o posterior a su aparición).

b) Cargas familiares secundarias a la aparición de la FM (redistribución de roles en los componentes de la familia, redistribución de tareas, pérdida de rol social,etc.).

c) Pérdidas económicas familiares.

d) Patrón de conducta familiar en relación con la FM y su repercusión.

Las características de la FM hacen difícil extrapolar directamente a los cuidadores de estos pacientes los resultados de las investigaciones disponibles sobre cuidadores de pacientes crónicos y/o terminales.El grado de severidad propiciará la inclusión de la figura del cuidador en los planes de atención que se establezcan para el paciente, abarcando aspectos relacionados con la atención al propio cuidador, valorando sus necesidades (índice de esfuerzo del cuidador)[21] y previniendo la aparición de problemas ya sean relacionados con el

esfuerzo y/o de índole psíquica.Se requiere un mayor desarrollo en investigación que oriente sobre qué grupos de pacientes y cuidadores se debe intervenir y cuáles deben ser estas intervenciones.

## 4.3. Impacto laboral

La FM tiene una elevada prevalencia y es más frecuente en las décadas de edad productiva, por lo que sus repercusiones a nivel laboral pueden ser importantes.Sin embargo,la situación laboral de las personas con FM varía de unos países a otros, dependiendo en gran parte de si la fibromialgia es considerada o no una enfermedad incapacitante. Aunque la prevalencia de la FM pueda ser similar en todos los países,aquellos que la reconocen como motivo de incapacidad tienen unos altos porcentajes de pensionistas por esta causa (EE.UU., Canadá, Noruega, Suecia, Brasil, etc.), pero en otros países (Israel o Australia) donde la incapacidad laboral por FM no está contemplada la situación es muy distinta y el porcentaje de pacientes con incapacidad laboral reconocida administrativamente por esta causa es prácticamente inexistente *(Anexo II)*.

En España la información se refiere a zonas determinadas del país, no disponiéndose de datos generales, ni tampoco de información específica para la fibromialgia:

- Más de la mitad de las personas en incapacidad laboral lo están por un problema musculoesquelético[5] que, además, motiva alrededor del 20% de las propuestas de incapacidad permanente y el 17,4% de todos los procesos de incapacidad laboral temporal. En este último caso las bajas son prolongadas,superando en un 24% a la duración media de las bajas causadas por el conjunto de enfermedades no musculoesqueléticas[22].

- La lumbalgia y la FM son las dos patologías musculoesqueléticas más frecuentes en sujetos en incapacidad laboral por enfermedad reumática[5]. Los reumatismos de partes blandas,entre los que se incluye la FM,son la segunda causa de incapacidad temporal dentro de este grupo de enfermedades, por delante de la artrosis periférica[22,23].

- Entre los pacientes con FM seguidos en las consultas de reumatología, un 6,7% son pensionistas por esta causa y el 78,5% de los pacientes con trabajo remunerado había estado en algún momento de baja por este mismo motivo[24].

Hay otros factores acompañantes de la FM que pueden influir en la situación laboral de los pacientes. Puede haber *factores predisponentes*, como un trauma emocional o físico,que por sí mismos pueden provocar incapacidades laborales[25]. Además, un alto porcentaje de las personas mayores de 20 años afectadas de FM presentaban *comorbilidad* con un diagnóstico de trastorno crónico, frente al 58% de la población sin FM[5], y una mayor frecuencia de intervenciones quirúrgicas[4]. Otro punto a considerar son los *efectos adversos* de la medicación, especialmente teniendo en cuenta que frecuentemente se utilizan varios fármacos en el tratamiento de la FM.

Podemos concluir que en España las enfermedades musculoesqueléticas son una causa importancia de incapacidad laboral. Un alto porcentaje de pacientes con FM está en esta situación, aunque no necesariamente causada solamente por la propia fibromialgia, con unas cifras que se acercan o coinciden con las de algunos países de nuestro entorno. Se desconoce el porcentaje exacto de pacientes con FM que llegan a una situación de incapacidad laboral permanente. Este porcentaje podría ser más importante si tenemos en cuenta que en la población que cumple criterios de FM hay una mayor proporción de desempleados y amas de casa que en la población sin FM[5].

## 4.4. Impacto sobre el sistema sanitario

La dificultad que en ocasiones existe para llegar al diagnóstico de la FM puede ser causa de que sólo tras un largo peregrinar del paciente por los servicios sanitarios se llegue al diagnóstico definitivo.En cualquier caso,no cabe duda de que un mejor conocimiento de la FM puede facilitar un diagnóstico y tratamiento precoces,disminuyendo la carga asistencial que estos pacientes suponen y sus costes económicos. No hemos localizado estudios sobre la repercusión de la FM en nuestro sistema sanitario, por lo que se expondrán únicamente resultados procedentes de otros países, con las reservas que ello supone si pretendiéramos extrapolar datos a nuestra población y sistema sanitario.

En el estudio multicéntrico de Wolfe[4], se atribuyen a los pacientes con fibromialgia una media de 10 visitas/año a su médico,con un consumo medio de 2,7 fármacos relacionados con la enfermedad en cada período de seis meses.Aunque criticado en su metodología,Wolfe contabilizó en estos pacientes una hospitalización cada tres años, la mitad de ellas relacionadas con síntomas de la FM. Este estudio también identificó una mayor probabilidad de estos pacientes de sufrir intervenciones quirúrgicas.

En cuanto al coste económico del síndrome, Wolfe lo cifró en 2.274 dólares por paciente y año en 1996[4], y el estudio EPISER 2000[5] sitúa a la fibromialgia como uno de los procesos crónicos asociados a mayor consumo de tratamientos farmacológicos. El London Fibromyalgia Epidemiology Study[19], realizado en población canadiense, estima en el doble el consumo de fármacos y servicios de salud en pacientes con FM respecto a los controles sanos.

## 5. ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

No existe un tratamiento definitivo para la FM. Las medidas 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.

Las terapias que se proponen más adelante son eficaces si se aplican de forma conjunta y coordinada y constituyen, en general, la única oportunidad válida[26]. Sin embargo,no todos los enfermos tienen la misma evolución ni presentan la misma complejidad.Estos matices se deberán tener en consideración para el correcto enfoque del problema[27].

La terapia se sustenta en un conjunto de medidas que se potencian entre sí y se deberá aplicar en cuatro áreas:

1) Educacional/social.
2) Farmacológica.
3) Rehabilitadora y física.
4) Psicológica.

### 5.1. Medidas educacionales y sociales

El paciente debe ser informado desde el principio sobre las características del síndrome,desdramatizando la evolución,aportando expectativas positivas y potenciando su colaboración con las terapias[28] mediante la confianza en una probable mejoría[29].

Se debe proporcionar información adecuada para que el paciente y su familia puedan ponderar bien la situación, conocer la realidad de la terapia y los progresos científicos para neutralizar promesas fraudulentas. En este sentido, el médico debe dar respuesta a los pacientes sobre estas cinco cuestiones:

1) ¿Qué es la fibromialgia?
2) ¿Cómo se diagnostica?
3) ¿Qué se conoce sobre la fibromialgia?

4) ¿Cuál es su tratamiento?
5) ¿Cuál es su pronóstico?

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.

Deberá potenciarse la confianza en los profesionales fortaleciendo la relación médico-enfermo,para lo cual es imprescindible conceder la máxima credibilidad a la queja del paciente, no aportar falsas y desconcertantes explicaciones y poner de manifiesto los tintes rentistas,si los hubiera.

Se deberá asimismo aconsejar al entorno familiar del paciente la rectificación o modificación de hábitos cotidianos que pudieran afectar a la FM,incluyendo las sobrecargas físicas o psicológicas o los factores que promueven la desesperanza y la conducta de enfermo.

Diversos estudios han avalado la importancia que tiene la educación en cómo se afrontan los síntomas,en la mejoría del autocontrol y en las conductas de salud[29]. Se puede estructurar en forma de programas educacionales,aplicados conjuntamente con ejercicios físicos supervisados[30,31,32]. Estos programas han demostrado beneficios sobre la función física, severidad del dolor, función social, *distress* psicológico y calidad de vida, según la experiencia registrada en diversos países,con dedicación que oscila entre una y dos horas semanales durante seis a doce semanas, realizándose interactivamente en pequeños grupos de pacientes e incluyendo aspectos como:dolor (definición y mecanismos fisiopatológicos), información sobre FM, tratamiento farmacológico del dolor, estrés, depresión, estrategias de afrontamiento, entrenamiento en asertividad,estrategias de relajación,importancia del entrenamiento físico,principios ergonómicos en las actividades diarias,legislación,etc.

Dichos programas se pueden aplicar tanto en centros de atención primaria como en servicios especializados y, además de la educación individual que realiza el médico, el personal de enfermería u otros profesionales sanitarios, pueden llevarse a la práctica en grupo por una persona entrenada.

## 5.2. Tratamiento farmacológico

Al no haber fármacos específicos para la FM, el tratamiento de estos pacientes debe ir dirigido hacia dos objetivos:el control del dolor y el control de otros síntomas.

### *Control del dolor*

El tratamiento analgésico intenta disminuir el sufrimiento derivado del dolor generalizado[33], especialmente los dolores axiales y de las contracturas musculares dolorosas, localizadas y frecuentes.

Durante años se han empleado numerosos fármacos para tratar el dolor de la FM,pero sólo unos pocos han demostrado eficacia *(Tabla 3)*. Ninguno de ellos se comporta como un analgésico absolutamente eficaz para estos pacientes.

### Tabla 3. Fármacos con estudios sobre su eficacia

| Fármaco | Dosis (mg/día) | Nivel de evidencia[a]/ Grado de recomendación[b] |
|---|---|---|
| Amitriptilina | 10-75 | I/A |
| Tramadol | 50-400 | I/A |
| ISRS[c] | 10-40 | II/B |
| Ciclobenzaprina | 10-30 | II/B |
| Ibuprofeno | 400-2.400 | III-IV/C |

a Aymerich M, Jovell AJ, Estrada MD. Revisión sistemática de la evidencia científica.En: Jovell AJ y Aymerich M (eds.). Evidencia científica y toma de decisiones en sanidad, vol 10.Barcelona:Acadèmia de Ciènces Mèdiques de Catalunya i de Balears,199,93-123.

b Canadian Task Force Methodology, 1989 *(http://www.ctfphc.org/ctfphc&methods.htm)*.

c Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: fluoxetina,paroxetina,sertralina.

Los *antidepresivos tricíclicos* son los fármacos más eficaces[34]. La *amitriptilina* es el medicamento de elección por ser el de mayor eficacia. La dosis diaria oscila entre los 10 y 75 mg, debiendo tenerse en cuenta la disminución de

tolerabilidad en los enfermos de avanzada edad, para los que se deben reservar las dosis menores. Cuando se inicia tratamiento con *amitriptilina*, una pauta que evita intolerancias en algunos pacientes consiste en comenzar con dosis bajas, de 5 a 10 mg en dosis única antes de acostarse, e incrementar lentamente hasta 25-50 mg.También se han empleado la ciclobenzaprina y la doxepina.

Cuando con la amitriptilina no se consigue controlar el dolor, algunos *anti - depresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina* (ISRS), como la *fluoxetina*, parecen aumentar el efecto analgésico de los antidepresivos tricíclicos utilizados conjuntamente. Una asociación que se ha mostrado eficaz es *fluoxetina* 20 mg en dosis matinal junto con *amitriptilina* 25 mg al acostarse[35]. Sin embargo, los ISRS (fluoxetina,paroxetina,sertralina y citalopram) no han demostrado efectividad cuando se utilizan como único fármaco[36].

Si no existe buena respuesta al tratamiento anterior, el *tramadol*, fármaco con débil acción sobre receptores opiáceos, ha demostrado efectividad[37]. Es posible que su acción monoaminérgica, similar a la que desarrollan los antidepresivos tricíclicos,sea la base de su eficacia.La dosis a emplear oscila entre 50 y 400 mg diarios,aconsejando que se empleen pequeñas dosis al inicio del tratamiento e ir aumentado progresivamente hasta conseguir beneficio. Sin embargo, los *opioides* no son efectivos y, por tanto, no están indicados en el tratamiento de la FM[38].

Los *antiflamatorios no esteroideos* (AINEs) son poco efectivos no habiendo demostrado beneficio y, por tanto,debe evitarse su utilización crónica por su toxicidad potencial[39].

A pesar de su poca efectividad, el paracetamol se emplea en dos de cada tres enfermos con FM.Las dosis de paracetamol oscilan entre 1 y 4 g diarios y no se aconseja subir esta dosis para evitar la toxicidad. Debe utilizarse exclusivamente cuando el dolor es de origen osteoarticular y durante periodos cortos de tiempo.

Aunque se están empleando otros medicamentos, como los que se mencionan a continuación,no hay evidencia aún sobre su utilidad en FM:

- Algunos *antiepilépticos* utilizados en el tratamiento del dolor neuropático podrían ser beneficiosos en el alivio del dolor[40].
- Los *antagonistas NMDA*, los *antagonistas de la serotonina* (5-HT3) y los *antagonistas NK1* son medicamentos prometedores que podrían actuar en diferentes niveles de la transmisión y desarrollo del dolor.

### *Control de otros síntomas (trastornos del sueño, astemia-fatigabili - dad, alteración del estado de ánimo y disautonomía)*

• **Trastornos del sueño:** El 90% de los pacientes con FM refieren sueño de mala calidad,ligero y con la sensación de falta de descanso nocturno.Antes de iniciar una ayuda farmacológica para mejorar la calidad del sueño,se deben intentar medidas higiénicas como la abstención de cafeína en las horas previas, realizar ejercicios aeróbicos durante el día,baños calientes antes de acostarse, temperatura confortable y silencio en el dormitorio, y técnicas de relajación muscular progresiva.

Los agentes farmacológicos más utilizados son los antidepresivos tricíclicos,los antihistamínicos,los hipnóticos no benzodiacepínicos y las benzodiacepinas.

Entre los *antidepresivos tricíclicos*, la *amitriptilina* es la que posee mayor efecto sedante.La *ciclobenzaprina*, un fármaco de estructura similar sin efectos antidepresivos,utilizada a dosis bajas,obtiene resultados similares,aunque pueden utilizarse hasta 30 mg al día. En los ensayos practicados con ambos medicamentos los pacientes mejoraban el descanso nocturno, aunque no se registran cambios significativos en el electroencefalograma (EEG). Dado que estos medicamentos se utilizan también en el tratamiento del dolor y de otros síntomas,son los fármacos de primera elección.

En el caso de no haber mejoría del descanso nocturno se podría añadir al tratamiento un *antihistamínico sedante*, como la *difenhidramina* o *hidroxi - cina*, que han sido utilizadas con buenos resultados,aunque su efectividad no ha sido valorada de forma reglada.

En aquellos pacientes que no se consiga regularizar el sueño se utilizarán los *hipnóticos no benzodiacepínicos*, como el *zolpidem* o *zoplicona*, en función del tiempo de acción necesario.

Conviene resaltar la necesidad de identificar situaciones específicas que afectan al sueño y que se asocian con la fibromialgia, como el síndrome de piernas inquietas,presentes en un pequeño porcentaje de pacientes que pueden beneficiarse de un tratamiento coadyuvante con carbidopa o clonazepan.

• **Fatigabilidad-Astemia:** El profundo cansancio y la astenia interfieren gravemente con la calidad de vida,las actividades laborales y el nivel de recu-

peración física. Una vez más, los ***antidepresivos tricíclicos*** parecen ser los medicamentos más efectivos.

• **Alteraciones del estado de ánimo:** En algunos casos con sintomatología depresiva asociada puede ser efectivo añadir al tratamiento un ***inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina***, tipo *fluoxetina* o *paroxetina* u otros, a dosis de 20-40 mg/día. La introducción de un ISRS asociado a la amitriptilina,además de mejorar el estado de ánimo, ayuda a disminuir el dolor.

En pacientes con ansiedad manifiesta o con sintomatología de angustia (pánico) puede ser útil asociar *alprazolam* en dosis 0,25-0,50 mg cada ocho horas.Estos pacientes con trastorno de ansiedad pueden también ser tratados con la misma pauta de ISRS, teniendo en cuenta que el tratamiento debe iniciarse con dosis menores (10 mg/día) con aumentos cada tres días hasta la dosis efectiva,para evitar la aparición de crisis de angustia que no favorecerían el cumplimiento correcto del tratamiento.

• **Disautonomía** o síntomas producidos por la disfunción del sistema nervioso autónomo o vegetativo: Es muy frecuente y se manifiesta en forma de hipotensión ortostática, taquicardia postural ortostática, sensación de mareo o inestabilidad con los cambios posicionales, o hiperactividad del sistema simpático (temblor, hipersudoración). El reconocimiento de la disautonomía en FM es reciente; por tanto, no existen estudios controlados que evalúen la eficacia de los fármacos a este respecto.Los tratamientos que mejoran la FM, como son el mantenimiento de la actividad física y los antidepresivos, pueden ayudar a mejorar el «equilibrio» del sistema nervioso autónomo.En la práctica clínica, además de las medidas higiénicas dirigidas al síntoma particular (dormir con la cabecera de la cama elevada, evitar factores desencadenantes, tomar líquidos isotónicos…), se están utilizando algunos fármacos como ***betabloqueantes*** (*propanolol* 10-60 mg/día) en pacientes jóvenes con manifestaciones autonómicas prominentes[41], dejando el tratamiento con otros fármacos para ser prescritos por expertos en disautonomía.

En resumen, en la FM se han empleado numerosos medicamentos con fines diversos y respuestas variadas. Muchos de ellos se han mostrado inefectivos, otros moderadamente o poco efectivos y sólo algunos de ellos aportan evidencia científica de disponer, al menos, de discreto beneficio *(Tablas 3 y 4)*. Es imprescindible individualizar el tratamiento en cada caso,buscar el fármaco o la combinación más adecuada,introducir los tratamientos progresivamente y explicar con claridad al paciente lo que se espera de ellos, ya que muchos de estos medicamentos tienen un perfil de efectos secundarios ele-

vado y, además,los pacientes con FM manifiestan con mucha frecuencia intolerancias farmacológicas múltiples.

### Tabla 4. Fármacos estudiados y que no han demostrado eficacia

| |
|---|
| Ademetionina (S-adenosil-metionina) |
| Anabolizantes |
| Calcitonina |
| Carisoprodol |
| Clormezanona |
| Corticoides |
| Gamma-hidroxibutirato |
| Interferón alfa |
| Litio |
| Melatonina |
| Oxitriptan (5-hidroxitriptófano) |
| Selenio y complementos vitamínicos |
| Toxina botulínica |

## 5.3. Tratamiento rehabilitador y físico

El tratamiento debe ser individualizado y adaptado al paciente[42], ya que varía en función del grado y manifestación clínica de cada caso. Los aspectos a valorar son:el dolor, la disfunción muscular y la impotencia funcional secundaria al dolor.

El tratamiento requiere una participación activa del paciente,es sintomático y se basa fundamentalmente en disminuir la hipertonía muscular y conseguir relajación para paliar el dolor miotendinoso.Interesa actuar de forma concomitante sobre factores de sobrecarga, eliminando la sobreexposición a factores exógenos como el frío,la humedad y la sobrecarga posicional.

De los diversos métodos que se utilizan habitualmente *(Tabla 5)*, la práctica de ejercicio es el de mayor evidencia de efectividad[43], dejando las técnicas pasivas aplicadas localmente para los problemas locales concomitantes en muchos pacientes,como el dolor miofascial regional o las tendinopatías.

**Tabla 5. Métodos fisioterapéuticos utilizados en la fibromialgia**

| |
|---|
| Ejercicio físico aeróbico supervisado |
| Crioterapia local |
| Termoterapia:termóforos, fototerapia,diatermia,ultrasonidos |
| Masoterapia |
| TENS de baja frecuencia |

Aunque se ha probado diversos métodos de cinesiterapia, se ha visto que los ejercicios de fortalecimiento y tonificación realizados en condiciones aeróbicas proporcionan mejora del dolor y de la fatiga superior a los que realizan ejercicios de estiramiento. El ejercicio debe ser supervisado en los casos con afectación moderada o severa, pudiendo precisar una instauración gradual.

El ejercicio físico se ha combinado con los programas educativos, realizándose en sesiones de treinta minutos a una hora con la misma cadencia que el programa educativo y se desarrolla de forma aeróbica,dentro o fuera del agua, y se aplica en grupo,ajustando la progresión de forma individual.

## 5.4. Tratamiento psicológico

Existe un amplio consenso en considerar que los factores psicológicos desempeñan un importante papel tanto en el inicio como en el mantenimiento de la FM[44].Así, por ejemplo, las creencias sobre el dolor (si es curable o no, de que depende su control, etc.) influyen en su percepción y determinan las estrategias de afrontamiento a utilizar[45] y la capacidad de adaptación al mismo.

Por tanto, el tratamiento psicológico del dolor crónico, y en particular de la FM, debe incluir en sus objetivos básicos la modificación de las conductas desadaptativas, la reducción de las conductas de dolor, el incremento progresivo de la capacidad funcional del paciente,la modificación de atribuciones y creencias desadaptativas, la promoción de las estrategias de afrontamiento adaptivas y el tratamiento de los trastornos psicopatológicos. Existen numerosos estudios que demuestran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento del dolor crónico[46]. Este tipo de abordaje se ha incluido en el listado de tratamientos psicológicos basados en la evidencia de la American Psychological Association para el dolor asociado a la enfermedad reumatológica[47]. No obstante,la mayoría de las investigaciones se han realizado en muestras con dolor crónico en general y existen pocos estudios controlados en la FM, si bien éstos demuestran resultados similares.

Los tres grandes grupos de intervenciones en el ámbito psicológico derivan de la teoría cognitiva de la emoción. Una intervención psicológica completa debe incluir tres aspectos:

a) *Programas de modificación del comportamiento,* dirigidos a aumentar el nivel funcional para la tareas cotidianas,mediante técnicas basadas en el condicionamiento operante,utilizando el control de los estímulos ambientales y la supresión de los reforzadores del dolor[48].Aunque estos programas requieren personal experto en este tipo de abordaje, es imprescindible educar a las familias para que puedan actuar de forma eficaz como coterapeutas.Existe un número creciente de estudios que indican que este tipo de pacientes se beneficiarían de la modificación del patrón de comportamiento de hiperactividad y urgencia que les caracteriza[49].

b) *Relajación y entrenamiento en técnicas de biofeedback*[50]. Se recomienda la reducción de la actividad emocional y de la tensión muscular excesiva mediante entrenamiento en relajación muscular progresiva. En algunos casos se puede completar con técnicas de entrenamiento con biofeedback (electromiográfico y electrodermal).

c) *Terapia cognitiva.* En el grupo de estrategias terapéuticas cognitivas deben incluirse técnicas de distracción y de transformación imaginativa del dolor y del contexto[51], así como técnicas de reestructuración cognitivas enfocadas a modificar las creencias y las atribuciones negativas sobre el dolor (por ejemplo, la catastrofización) y a promover la sustitución de las estrategias de afrontamiento no adaptativas (por ejemplo, la evitación de la actividad).

La terapia cognitivo-conductual también ha demostrado ser eficaz como complemento del resto de las intervenciones propuestas para el tratamiento de la FM. Por ejemplo, la inclusión de un protocolo específico breve cognitivo-conductual ha demostrado incrementar el cumplimiento y el mantenimiento de las pautas de ejercicio físico[52].

Por tanto,cabe decir que la terapia cognitivo-conductual no está indicada únicamente como estrategia terapéutica específica del dolor crónico,sino que su utilidad multidisciplinar se extiende a la resolución de uno de los principales problemas conductuales de todo trastorno crónico, el cumplimiento de las prescripciones.

## 6. ESTRATEGIA DE ABORDAJE DEL PACIENTE CON FM

Como ya se ha indicado, el *diagnóstico* de la FM es clínico y no requiere pruebas diagnósticas complejas, por lo que puede ser realizado en atención primaria.

El *tratamiento* de la FM debería ser realizado por los profesionales de atención primaria,aunque hay casos en que la evolución del cuadro,la ausencia de respuesta a la terapia o la complejidad del proceso pueden hacer necesaria la intervención de la atención especializada[2], que,en función de la organización que establezca cada Servicio de Salud, podría ser llevada a cabo por los especialistas o un equipo multidisciplinar que cuente con psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y médicos especializados en el tratamiento del dolor, ya sean reumatólogos, anestesiólogos u otros especialistas clínicos[27]. La coordinación entre atención primaria y especializada permitiría la adecuada accesibilidad a los recursos hospitalarios para aquellas fases de la enfermedad en que sea preciso, con lo que se contribuiría a aliviar la presión asistencial de la atención especializada y mantener así una adecuada capacidad de respuesta ante las situaciones de agravamiento del cuadro.

Aunque existe una amplia experiencia en el tratamiento del dolor crónico incapacitante con programas multidisciplinares y sobre sus beneficios terapéuticos, reflejados en algunos metaanálisis publicados[53,54], todavía no se han realizado suficientes estudios en pacientes con FM. Una revisión Cochrane[56] sólo encontró siete estudios controlados relevantes,concluyendo que aún no hay suficiente evidencia científica sobre el papel del tratamiento multidisciplinar en la rehabilitación del enfermo con este tipo de trastorno.

La eficacia de este tipo de programas es mayor cuando se dirige a los pacientes más afectados,sobretodo a aquellos con síndrome de dolor crónico incapacitante,a los que, junto con la reducción del sufrimiento y el alivio del dolor, se les puede plantear como objetivo la vuelta a una vida laboral activa. Estos programas se muestran menos efectivos en los caso de discapacidad irreversible (situación de rechazo a la reincorporación laboral, solicitud de compensación por invalidez, litigios activos,etc.)[56].

En nuestro país las experiencias publicadas[57] con tratamiento multidisciplinar se ha dirigido a un grupo de pacientes con dolor crónico incapacitan-

te,que en su mayor parte tenían FM,y que incluyeron tratamiento médico,físico, psicológico y ocupacional, con resultados muy positivos similares a los referidos por otros autores[58].

Para el tratamiento se propone una secuencia escalonada o estrategia terapéutica basada en el grado de afectación vital, como ya se ha sugerido en la literatura[59] *(Tabla 6)*.

## Tabla 6. Estrategias terapéuticas según el grado de afectación

| Nivel terapéutico | Grado de afectación | Estrategia terapéutica |
|---|---|---|
| I | Afectación vital leve (mínima interferencia con las actividades de la vida diaria) | • Educación.<br>• Ejercicio físico no supervisado.<br>• Higiene del sueño.<br>• Tratamiento farmacológico:<br>– Amitriptilina 10-50 mg/día o Ciclobenzaprina 10-30 mg/día.<br>– En caso de dolor de origen ostoarticular: Paracetamol 1g/8 horas o Ibuprofeno 400 mg/8 horas (por tiempo limitado). |
| II | Afectación vital moderada (moderada interferencia con las actividades de la vida diaria) | • Programa educacional.<br>• Intervención familiar.<br>• Ejercicio físico supervisado.<br>• Tratamiento farmacológico:<br>Para *control del dolor:*<br>– Amitriptilina 10-75 mg/día.Si no responde,se asocia con Fluoxetina.<br>– En caso de no haber control del dolor: Tramadol 50-400 mg/día.<br>– En caso de agudización del dolor de origen ostoarticular: Paracetamol 1 g/8 horas y/o Ibuprofeno 400 mg/8 horas (por tiempo limitado).<br>Para *trastornos del sueño*: Ciclobenzaprina 10-30 mg/día, Hidroxicina 25 mg o Zolpidem 10 mg/día o Zoplicona 7,5 mg/día.<br>Para *trastornos depresivos o de ansiedad*: 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) | • Programa de tratamiento multidisciplinar: Farmacológico + Rehabilitador + Psicológico + Educacional y social. |

Adaptado de McCain GA[59].

En resumen, el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con afectación vital leve o moderada, con buena respuesta al tratamiento, así como el seguimiento de todos los pacientes, pueden ser asumidos por el médico de familia. Los criterios de derivación a atención especializada pueden verse en la *Tabla 7*.

## Tabla 7. Criterios de derivación a atención especializada

1. Duda diagnóstica razonable (confirmación diagnóstica).
2. Afectación vital severa (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.

## 7. CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOCIAL ANTE LA FM

Una importante dificultad que deben superar los pacientes de FM es el desconocimiento profundo del síndrome por parte de la sociedad. En términos generales,podemos afirmar que la FM sólo es una realidad para el pequeño círculo de familiares y amigos íntimos de los enfermos,aparte de los profesionales que tienen o pueden tener contacto con los pacientes.

Una dificultad añadida,no despreciable en cuanto a sus consecuencias, es la valoración por la población en general tras un conocimiento inicial y superficial de la FM. Dicha valoración oscila entre la consideración del síndrome como una expresión de falta de voluntad o de ánimo para afrontar las dificultades de la vida diaria por parte del paciente y la consideración del mismo como un problema de índole psicológica de menor entidad. En ambos casos, esta valoración conduce a una infraestimación del potencial invalidante de la FM,lo que supone un obstáculo añadido para el paciente en sus esfuerzos por superar las dificultades que la misma introduce en aspectos básicos de su vida relacional diaria.

En los casos en los que la FM origina la incapacitación del paciente,la valoración del entorno directo del mismo se aproxima a una comprensión de la verdadera dimensión social de los problemas de integración que plantea su evolución. No obstante, esta valoración, no se extiende normalmente a círculos sociales más amplios debido al paulatino aislamiento social que acompaña a la incapacitación citada.

Una mención especial requiere el enfoque sociolaboral, ya que el mantenimiento de una actividad laboral compatible con la evolución de la FM es de gran ayuda para el paciente en el curso del proceso. La conservación de la máxima integración en las empresas de estos pacientes requiere de una estrecha coordinación de los servicios asistenciales con los servicios de salud laboral y los servicios de recursos humanos de las empresas para evitar que una falta de comunicación origine un prematuro e inadecuado cese en la actividad laboral, que, lejos de facilitar la evolución de la FM, empeore su pronóstico, cuando un ajuste y adecuación a su debido tiempo de la actividad puede contribuir decisivamente a una mejoría en el pronóstico.

Cuando,a pesar de las intervenciones terapéuticas,el paciente evoluciona hacia la incapacidad severa, se detecta un déficit en la protocolización de la evolución de la incapacidad en relación con su profesión habitual o con cualquier profesión remunerada,durante el proceso terapéutico y en las unidades de valoración de incapacidad de la Seguridad Social, que permita que pueda ser calificado, en función de su situación y pronóstico personal, dentro de cualquiera de los grados de incapacidad reconocidos en la normativa de Seguridad Social o de minusvalías.

## 8. NECESIDADES DETECTADAS

1) La FM debería ser diagnosticada y tratada por los profesionales de atención primaria,aunque hay casos en que la evolución del cuadro, la ausencia de respuesta a la terapia o la complejidad del proceso pueden hacen necesaria la intervención de la atención especializada, bien por un especialista o un equipo multidisciplinar. Una vez diagnosticado y estabilizado el paciente, puede ser derivado de nuevo a atención primaria. Para ello es imprescindible una buena coordinación entre primaria y especializada,con la elaboración de protocolos específicos en las áreas de salud y sus hospitales de referencia optimizando la red de recursos disponibles.

2) Sería necesario mejorar la formación del conjunto de profesionales que pueden verse implicados en el abordaje de la FM, con el fin de garantizar a los pacientes una adecuada respuesta a sus necesidades.

3) Se requerirían más estudios sobre el grado de conocimiento de la FM por parte de los profesionales, con el fin de orientar las intervenciones que mejoren el nivel del mismo, contribuyendo a dar una respuesta y apoyo adecuados en cada momento a sus necesidades especificas y sobre el conocimiento y actitud de la población general hacia la FM.

4) El enfermo de FM debería ser informado desde el principio sobre su sintomatología y su pronóstico, desdramatizando la evolución, aportando expectativas positivas y potenciando su colaboración con las terapias mediante la confianza en una probable mejoría.

5) Sería imprescindible individualizar el tratamiento en cada caso, buscar el fármaco o la combinación más adecuada, introducir los tratamientos progresivamente y explicar al paciente con claridad lo que se espera de ellos, ya que los pacientes con FM suelen tener patologías asociadas y, además, manifiestan con mucha frecuencia intolerancias farmacológicas múltiples.

6) Debería elaborarse un cuestionario de afección vital que recogiera información sobre calidad de vida, situación laboral y valoración clí-

nica, adecuado a la población española y consensuado con las sociedades científicas y colectivos implicados. Sería necesario validar el cuestionario del impacto de la fibromialgia FIQ con muestra de población española y, a partir de esta validación, avanzar en escalas de valoración más rápida.

7) Sería aconsejable utilizar un método estandarizado[60,61] y/o un algómetro en la determinación del umbral de dolor en los procesos de investigación en la fibromialgia.

8) Resultaría necesario iniciar estudios que evalúen el impacto familiar y las necesidades de los cuidadores en la FM.

9) Debería realizarse una labor conjunta de las administraciones competentes implicadas, las asociaciones de autoayuda y las sociedades científicas,para crear una masa crítica de opinión pública suficientemente informada, que contribuyera a superar la escasa valoración social de la FM.

10) Sería preciso fomentar una estrecha coordinación de los servicios asistenciales con los servicios de salud laboral y los de recursos humanos de las empresas, con el fin de facilitar la máxima integración laboral de los afectados por FM.

11) Se debería avanzar en la elaboración de protocolos de evaluación de la incapacidad en relación con la profesión habitual o con cualquier profesión remunerada de los afectados de FM,con la finalidad de que puedan ser calificados, en función de su situación y pronóstico personal,dentro de cualquiera de los grados de incapacidad reconocidos en la normativa de Seguridad Social o de minusvalías.

12) Dada la prevalencia de esta enfermedad y su importante repercusión individual, familiar y social, sería recomendable la apertura de líneas de investigación básica, clínica y aplicada en esta enfermedad dentro del Plan Nacional de Investigación y Desarrollo.

# ANEXOS

## ANEXO I. Síntomas que pueden aparecer en los pacientes con FM

| FIBROMIALGIA | |
|---|---|
| **Síntomas** | **Porcentaje*** |
| **Cansancio** | 81,4 |
| **Empeoramiento con el frío** | 79,3 |
| **Rigidez matutina > 15 minutos** | 77,0 |
| **Trastornos del sueño** | 74,6 |
| **Parestesias** | 62,8 |
| **Cefaleas fronto-occipitales** | 52,8 |
| **Ansiedad** | 47,8 |
| **Dismenorrea (antecedentes)** | 40,6 |
| **Síndrome seco (síntomas)** | 35,8 |
| **Antecedentes de depresión** | 31,5 |
| **Colon irritable** | 29,6 |
| **Urgencia miccional** | 26,3 |
| **Fenómeno de Raynaud** | 16,7 |

* Proporción de pacientes con fibromialgia que presentan el síntoma.

Modificado de Wolfe F et al[6].

## ANEXO II. Estudios sobre la situación laboral de las personas con FM en diferentes países

| País | Situación laboral |
|---|---|
| Canadá | Entre un 15 y un 50% de los pacientes afectos de FM reciben remuneraciones por incapacidad laboral o bien no pueden realizar la jornada laboral habitual, hasta el punto que el 9% de los diagnósticos de incapacidades laborales están relacionados con la FM[18]. |
| EE.UU. | Entre los pacientes con FM atendidos en seis servicios de reumatología, el 11,7% de los pacientes eran pensionistas. El 16,2% de los pacientes con FM estaban recibiendo una remuneración de la Seguridad Social,frente al 2,5% de la población general de este país y al 28,9% de los pacientes con artritis reumatoide.Considerando todas las posibles fuentes de financiación,un 26,5% de los pacientes habían recibido o recibían algún tipo de compensación por discapacidad[20]. En otro estudio,en una serie de 81 pacientes con fibromialgia,alrededor del 5% recibía compensación económica por este motivo y no había diferencia entre las pérdidas de días laborales respecto a aquellos con otras enfermedades reumáticas[62]. |
| Noruega | La FM ha llegado a ser el diagnóstico individual más frecuente en la población femenina como causa de incapacidad permanente[63]. |
| Suecia | El 24% de los pacientes con FM reciben una pensión, frente al 50% de los pacientes con artritis reumatoide[64]. |
| Brasil | En un estudio realizado entre 44 mujeres diagnosticadas de FM se observó que el 50% de las pacientes habían tenido que abandonar su trabajo y los ingresos familiares disminuyeron un 65%. El 55% recibía algún tipo de ayuda de la Seguridad Social,que en tres casos (15%) era permanente[65]. |
| Israel, Australia | La incapacidad laboral por FM no está contemplada[66]. |

## BIBLIOGRAFÍA


1. Clawn DJ. Fibromyalgia.En Ruddy S, Harris ED, Sledge CB (Eds): Kelley's test book of rheumatology, 6th ed.2001 WB Saundres Company;418-27.
2. Collado A, Alijotas JB, Benito P, Alegre C, Romera M, Sañudo I, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña.Med Clin (Barc) 2002;118:745-9.
3. Consensus Document on Fibromyalgia: The Copenhagen Declaration Journal of Musculoskeletal Pain. Vol. 1. New York: The Haworth Press, Inc.,1993.
4. Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett R, Caro X, Goldenberg D, et al. A prospective longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia.Arthritis Rheum 1997;40:1560-70.
5. Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Monografía. Disponible en URL [fecha de acceso 5 de octubre de 2002]:http//www.ser.es/proyectos/episerresultados.htlm.
6. Wolfe F. The American College of Rheumathology. Criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria Committee. Arthritis Rheum 1990;33:160-72.
7. Alfonso Valdivielo JL, Álvarez Lario B, Alegre López J. Fibromialgia. Medifam 2000;1:199-211.
8. Wolfe F, Anderson J, et al.Health status and disease severity in fibromyalgia: results of a six-centers longitudinal study. Arthritis Rheum 1997; 34: 65-9.
9. Leplege A, Hunt S.The problem of quality of life in medicine. JAMA 1997; 278:47-50.
10. Mannerkorpi K, Ekdahl C.Assessment of functional limitation and disability in patients with fibromyalgia.Scand J Rheumatol 1997; 26:4-13.
11. Burckhadt CS, Clark SR, et al.The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development and validation.J Rheumatol 1991; 18:728-33.
12. Calabozo Raluy M.Protocolo de actuación en fibromialgia.En Protocolos de actuación en reumatología. Burgos: Sociedad Española de Reumatología. 1998;93-103.

13. Sriwatanakul K, Kelvie W, Lasagna L.Studies with different types of visual analogue scales for measurement of pain.Clin Pharmacol Ther 1983;34: 234-9.

14. Fitzcharles MA,Da Costa D, Poyhia R.A study of standard care in fibromyalgia syndrome:a favorable study. J Rheumatol 2003;30: 154-9.

15. Wolfe F.The clinical syndrome of fibrositis.Am J Med 1986;81:7-14.

16. Felson DT, Goldenberg DL.The natural history of fibromyalgia.Arthritis Rheum 1986; 29:1522-6.

17. Mulero M. Fibromialgia.Medicine 1997; 7:2682-7.

18. White KP, Speechley M,Harth M,Ostbye T. Comparing self-reported function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario: the London Fibromyalgia Epidemiology Study. Arthritis Rheum 1999; 42:76-83.

19. White K, Speechely M, Harth M, Ostbye T. The London fibromyalgia epidemiology study: Direct health care costs of fibromyalgia syndrome in London, Canada.J Rheumatol 1999;26: 885-9.

20. Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett RM, Caro X, Goldenberg DL, et al. Work and disability status of persons with fibromyalgia. J Rheumatol 1997;24: 1171-8.

21. García Calvente MM,et al.Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Investigaciones cuantitativas. EASP, Serie Monografías n.º 27. Granada,1999.

22. Blanco M,Candelas G, Molina M,Bañares A, Jover JA.Características de la incapacidad temporal de origen musculoesquelético en la Comunidad Autónoma de Madrid durante un año.Rev Esp Reumatol 2000;27:48-53.

23. Tornero J, Atance JC,Grupeli BE, Vidal J. Impacto socio-económico de la incapacidad temporal de origen reumático en la provincia de Guadalajara.Rev Esp Reumatol 1998;25: 340-4.

24. Albornoz J, Povedano J, Quijada J, De la Iglesia JL, Fernández A, Pérez-Vilchez D, et al. Características clínicas y sociolaborales de la fibromialgia en España:descripción de 193 pacientes. Rev Esp Reumatol 1997; 24:38-44.

25. Buskila D, Neumann L, Vaisberg G, Alkalay D, Wolfe F. Increased rates of fibromyalgia following cervical spinal trauma:A controlled study of 161 cases of cervical spine injury. Arthritis Rheum 1997;40: 446-52.

26. Yunes MB.A comprehensive medical evaluation of patients with fibromyalgia syndrome.Rheum Dis Clin North Am 2002; 28:201-17.

27. Goldenberg DL. Office management of Fibromyalgia. Rheum Dis Clin North Am 2002; 28:437-46.

28. Muñoz Álamo M, Pérula de Torres LA, Ruiz Moral R. Eficacia del Método Centrado en el Paciente en sujetos con dolor crónico musculoesquelético generalizado no articular en atención primaria. En «Premio de Investigación en Salud en Andalucía 2001».Accésit. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.Sevilla,2002.

29. 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.Atención Primaria 2002; 30 (1):16-21.

30. Gowans SE, de Hueck A, Voss S, Richardson M.A randomized, controlled trial of exercise and education for individuals with fibromyalgia.Arthritis Care Res 1999;12:120-8.

31. Mannerkorpi K,Nyberg B,Ahlmen M, Ekdahl Ch. Pol exercise combined with an education program for patients with Fibromyalgia syndrome. A prospective, randomized study. J Rheumatol 2000;27:2473-81.

32. Burckhardt CS,Mannerkorpi K,Hedenberg L,Bjelle A.A randomized,controlled clinical trial of education and physical training for women with Fibromyalgia.J Rheumatol 1994; 21:714-20.

33. Rao SG, Bennett RM. Pharmacological therapies in Fibromyalgia. Best Practice & Research Clinical Rheumatology 2003;17 (4): 611-627.

34. Godfrey RG. A guide to the understanding and use of tricyclic antidepressants in the overall management of fibromyalgia and other chronic pain syndromes.Arch Intern Med 1996;156:1047-52.

35. Ansari A.The efficacy of newer antidepressants in the treatment of chronic pain:a review of current literature.Harv Rev Psychiatry 2000;7:257-77.

36. Goldenberg D, Mayskiy M, Mossey C, Ruthazer R, Smichd C.A randomized, double blind crossover trial of fluoxetine and amitriptiline in the treatment of fibromyalgia.Arthritis Rheum 1996;39: 1852-9.

37. Rusell IJ, Kamin M, Bennett R,et al. Efficacy of tramadol in treatment of pain in fibromyalgia.J Clin Rheumatol 2000;6:250-7.

38. Sorensen J, Bengtsson A, Backman E, Henriksson KG, Bengtsson M. Pain analysis in patients with fibromyalgia. Effects of intravenous morphine, lidocaine, and ketamine.Scand J Rheumatol 1995; 24:360-5.

39. Moulin DE. Systemic drug treatment for chronic musculoskeletal pain. Clin J Pain 2001;17:S86-93.

40. Crofford L, Rusell IJ, Mease P, Corbing A, Young J, Lamoreaux L et al. Pregabalin improves pain associated with fibromyalgia syndrome in a multicenter, randomized placebo controlled monotherapy trial.Arthritis Rheum 2002; 46 Suppl:S613.

41. Martínez Lavín M.Management of Disautonomia in Fibromyalgia.Rheum Dis Clin North Am (2002);28: 379-88.

42. Rosen NB.Physical medicine and rehabilitation approaches to the management of myofascial pain and fibromyalgia syndrome.Balliere's Clinical Rheumatology 1994;8: 881-916.

43. Sim J, Adams N. Physical and other non-pharmacological interventions for fibromyalgia.Balliere's Clinical Rheumatology 1999;13:507-23.

44. Winfield JB. Pain in Fibromyalgia. Rheum Dis Clin North Am 1999; 25: 55-79.

45. Jensen MP, Turner JA, Romano JM,et al. Coping with chronic pain: a critical review of the literature. Pain 1991;47:249-83.

46. Ashbum MA, Staats PS. Management of chronic pain. Lancet 1999; 353: 1865-69.

47. Chambless DL, Baker MJ, Baucom DH et al. Update on Empirically Validated Therapies II.Clinical Psychologist 1998; 51:3-16.

48. Fodyce WE, Shelton JL, Dundore DE.The modification of avoidance learning in pain behaviours.J Behav Med 1982;5: 405-14.

49. Van Houdenhove B et al.Premorbid «overactive» lifestyle in chronic fatigue and fibromyalgia.An etiological factor or proof of good citizenship? Psychosom Res 2001;51:571-6.

50. Schwartz MS. Fibromyalgia syndrome. In: Biofeedback. A Practitioner's Guide. Schwartz MS and Associates. Guildford Press,1995.

51. Valdés M. El dolor. En: Interconsulta Psiquiátrica. Rojo JE, Cirera E, Eds. Masson S.A.,1997.

52. Williams DA, Cary MA, Groner KH et al. Improving functional status in patients with fibromyalgia: A brief cognitive behavioral intervention. J Rheumatol 2002;29: 1280-6.

53. Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers.A meta-analytic review. Pain 1992; 49:221-30.

54. Cutler RB, Fishbain DA, Rosomoff HL, et al. Does Non Surgical Pain Center Treatment of Chronic Pain Return Patients to Work? A review and meta-analisys of the literature. Spine 1994;19: 643-52.

55. Karjalainen K,Malmivaara A, van Tulder M,et al.Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults. In:The Cochrane Library, Issue 3,2000.Oxford.

56. Becker N, Hojsted J, Sjogren P, Eriksen J. Sociodemographic predictors of treatment outcome in chronic non malignant pain patients. Do patients receiving or applying for Disability pension benefit from multidisciplinary pain treatment? Pain 1998;77:279-87.

57. Collado A,Torres X,Arias A and cols.Evaluación y tratamiento multidisciplinar en el síndrome de dolor crónico incapacitante. Med Clin (Barc) 2001,117:401-5.

58. Bennett RM. Multidisciplinary group programs to treat fibromyalgia patients.Rheum Dis Clin North Am 1996;22:351-66.

59. McCain GA.A cost-effective approach to the diagnosis and treatment of fibromyalgia.Rheum Dis Clin North Am 1996;22:323-49.

60. Finckh A,Morabia A,et al.Validation of questionnaire response criteria of treatment efficacy in the fibromyalgia syndrome.Arthritis Care Res 1998; 11:116-23.

61. Okifuji A,Turk DC,Sinclair D, Starz TW, Marcus DA.A standardized manual tender points survey. Development and determination of a threshold point for identification of positive tender points in Fibromyalgia syndrome.J Rheumatol 1997; 24:377-83.

62. Cathey MA, Wolfe F, Kleinheksel SL,Miller S,Pitteti KH.Functional ability and work status in patients with fibromyalgia.Arthritis Care Res 1988;1: 85-98.

63. Bruusgaard D, Rytter A,Bjerkedal T. Fibromyalgia a new cause for disability pension.Scand J Soc Med 1993;2: 116-9.

64. Bengtsson A, Henriksson KG, Jorfeldt L, Kagedal B, Lennmarken C, Lindstrom F. Primary fibromyalgia.A clinical and laboratory study of 55 patients.Scand J Rheumatol 1986; 15:340-7.

65. Martínez JE, Ferraz M, Sato EI, Atra E. Fibromyalgia versus rheumatoid arthritis: a longitudinal comparison of the quality of life. J. Rheumatol 1995; 22:270-4.

66. Wolfe F.The fibromyalgia problem. J Rheumatol 1997;24:1247-9.


XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
SERGAS
División de Asistencia Sanitaria
XACOBEO 2004
Galicia