

## Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña



Antonio Collado<sup>a</sup>, Jaume Alijotas<sup>b</sup>, Pere Benito<sup>c</sup>, Cayetano Alegre<sup>d</sup>, Montserrat Romera<sup>e</sup>, Isabel Sañudo<sup>f</sup>, Rocío Martín<sup>g</sup>, Josep Maria Peri<sup>h</sup> y Josep Maria Cots<sup>i</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínic-IDIBAPS. Universidad de Barcelona. <sup>b</sup>Unitat d'Atenció Hospitalaria. Àrea Sanitària. Servei Català de la Salut. Professor Associado. Departamento de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona. <sup>c</sup>Servicio de Reumatología. Hospital del Mar-IMAS. Universidad Autónoma de Barcelona. <sup>d</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona. <sup>e</sup>Unidad de Reumatología. ABS Just Oliveras. Institut Català de la Salut. Barcelona. <sup>f</sup>Servicio de rehabilitación. Hospital Clínic-IDIBAPS. Universidad de Barcelona. <sup>g</sup>Servicio de Psiquiatría. Hospital del Mar. IMAS. Universidad Autónoma de Barcelona. <sup>h</sup>Especialista en Psicología. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínic-IDIBAPS. Universidad de Barcelona. <sup>i</sup>Coordinador Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona. Institut Català de la Salut. Professor Associado. Departamento de Medicina. Universidad de Barcelona.

La fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica y compleja que provoca dolores extensos que pueden llegar a ser invalidantes, y afecta a la esfera biológica, psicológica y social del paciente. La FM es un problema de salud dada su elevada prevalencia y morbilidad, su alto índice de frecuentación y el elevado consumo de recursos sanitarios que provoca<sup>1</sup>. El Pla de Salut de Catalunya 1996-1998 ya recoge este problema, fruto del cual se elaboraron unos Criterios Comunes Mínimos para la Atención de Enfermos con Fibromialgia. Debido a la evolución de los conocimientos que ha acontecido en los últimos años y a la confirmación de su alta prevalencia y morbilidad, se ha constituido un grupo de trabajo multidisciplinario con la voluntad de redactar un documento orientativo, a modo de guía de práctica clínica, que estructure y homogeneice los conceptos y actitudes que se pueden aplicar a estos pacientes.

### Definición

La fibromialgia es un estado doloroso generalizado no articular, que afecta predominantemente a las zonas musculares y raquis, y que presenta una exagerada sensibilidad en múltiples puntos predefinidos<sup>2</sup>. Esta enfermedad ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1992 y tipificada en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) con el código M79.0<sup>3</sup>. También ha sido reconocida en 1994 por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) y clasificada con el código X33.X8a<sup>4</sup>. Es una de las enfermedades más representativas del dolor crónico en la población. Así, si diferentes estudios epidemiológicos recogen que alrededor del 11% de la población está afectada de dolor persistente<sup>5</sup>, la prevalencia estimada en diferentes estudios sobre la presencia de la FM en la población general se sitúa entre el 2 y el 3%<sup>6,7</sup>. La prevalencia calculada en la población general española utilizando los criterios de clasificación del American College of Rheumatology (ACR)<sup>8</sup>, que se exponen más adelante, es del 2,73% para ambos sexos: de un 4,2% para el sexo femenino y de un 0,2% para el masculino<sup>9</sup>. De forma clásica, la fibromialgia se había subdividido en tres grupos: primaria, concomitante y secundaria. El hecho de que estos subtipos sean indistinguibles en sus características clínicas ha hecho que se abandone esta subclasificación diagnóstica. El diagnóstico de la FM debe ser válido con independencia de otros diagnósticos asociados<sup>8</sup>.

logy (ACR)<sup>8</sup>, que se exponen más adelante, es del 2,73% para ambos sexos: de un 4,2% para el sexo femenino y de un 0,2% para el masculino<sup>9</sup>. De forma clásica, la fibromialgia se había subdividido en tres grupos: primaria, concomitante y secundaria. El hecho de que estos subtipos sean indistinguibles en sus características clínicas ha hecho que se abandone esta subclasificación diagnóstica. El diagnóstico de la FM debe ser válido con independencia de otros diagnósticos asociados<sup>8</sup>.

### Criterios de clasificación

En 1990 el ACR auspició un estudio multicéntrico para lograr unificar y homogeneizar unos criterios de clasificación, que en la práctica clínica se aceptan como criterios diagnósticos. Tras este trabajo se definió por consenso la FM por la presencia de dos hechos<sup>8</sup>:

1. Historia de dolor generalizado. Se considera el dolor generalizado cuando se presenta en el lado derecho e izquierdo del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura (cuatro cuadrantes corporales). Además, debe existir dolor en el esqueleto axial –columna vertebral, pared torácica anterior, columna dorsal y columna lumbar–. En esta definición, el dolor de hombro o nalga se considera dolor para cada lado implicado. Este síntoma debe estar presente durante al menos 3 meses.
2. Dolor a la presión de al menos 11 de los 18 puntos elegidos (nueve pares), que corresponden a las áreas más sensibles del organismo para estímulos mecánicos o de umbral más bajo. 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 dolorosa la palpación sensible. Los pares de puntos que deben valorarse son los siguientes:

- 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 trocánterea.

*Palabras clave:* Fibromialgia. Diagnóstico. Tratamiento. Guía clínica.

*Key words:* Fibromyalgia. Diagnostic. Treatment. Clinical guide.

Este documento de consenso ha sido realizado por el grupo de Trabajo de Fibromialgia de Cataluña, constituido por iniciativa del Área Sanitària del Servei Català de Salut (Conselleria de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya).

Cuenta con el aval y el consenso de la Societat Catalana de Reumatologia, la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, la Societat Catalana de Medicina Interna y la Societat Catalana del Dolor, todas miembros de la Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears.

Correspondencia: Dr. J. Alijotas Reig. Josep M. de Segarra, 2-F. 08190 Sant Cugat del Vallès. Barcelona. Correo electrónico: 16297jar@comb.es

Recibido el 8-11-2001; aceptado para su publicación el 13-11-2001.

– Rodillas: en la almohadilla grasa medial próxima a la línea articular.

En el estudio de validación<sup>8</sup> se observa que la combinación de dolor generalizado, moderado o intenso, a la presión en al menos 11 de los 18 puntos valorados presenta una sensibilidad del 88,4% y una especificidad del 81,1%. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las variables mayores del estudio entre los pacientes con FM primaria o FM concomitante, y los criterios son válidos igualmente para los pacientes con enfermedad reumatológica concomitante o sin ella. No se excluyó del estudio a los pacientes que presentaron alteraciones radiológicas o analíticas. Estos criterios se han aceptado internacionalmente y desde su aparición han sustituido a todos los anteriormente propuestos.

### Anamnesis

La historia clínica, y por tanto la anamnesis, es fundamental para el diagnóstico de la FM. Hay que poner énfasis en el síntoma clave, el dolor y preguntar al paciente sobre su aparición y los antecedentes traumáticos, físicos o psicológicos relacionados temporalmente con su inicio, localización, irradiación, ritmo, intensidad, situaciones que lo empeoran o mejoran, así como la respuesta a los analgésicos.

También será importante, si el paciente no lo refiere de forma espontánea, preguntar por un conjunto de síntomas que con frecuencia acompañan a la FM, como cefalea, parestesias, acúfenos, inestabilidad y clínica compatible con intestino irritable<sup>10</sup>. Tampoco podemos olvidar la anamnesis dirigida a la esfera psíquica: astenia y cómo ésta afecta a su vida cotidiana, alteraciones del sueño, ansiedad o presencia de equivalentes ansiosos, así como sobre la presencia de elementos o ánimo depresivo.

### 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. La exploración de la movilidad articular debe ser normal, a menos que la FM coexista con otra enfermedad osteoarticular de cualquier tipo. Los puntos típicos y necesarios para confirmar el diagnóstico no deben tener signos inflamatorios<sup>11</sup>. 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. Recordemos que la presión debe hacerse con una fuerza aproximada de 4 kg. La habilidad en la palpación de los puntos dolorosos depende del examinador y se adquiere con la experiencia.

TABLA 1

#### Pruebas complementarias aconsejadas en el diagnóstico de la fibromialgia

Laboratorio
Hemograma
Velocidad de sedimentación globular (VSG)
Creatinina
Glucemia
Transaminasas (GOT/GPT)
Gammaglutamiltranspeptidasa (G-GT)
Fosfatasa alcalina (FA)
Creatinincinasa (CK)
Proteína C reactiva (PCR)
Hormona estimuladora del tiroides (TSH)
Radiología
Ninguna

Otros hallazgos menos frecuentes e inespecíficos en estos pacientes son: espasmos musculares o contractura muscular, aumento de la sensibilidad de la piel en forma de dermatografismo y cutis *marmorata*.

### Pruebas complementarias

No existe ninguna prueba de laboratorio ni hallazgo radiológico específico de FM. Es más, la normalidad es un elemento que se debe considerar a favor del diagnóstico de FM. Las pruebas complementarias sirven fundamentalmente para descartar otras enfermedades que puedan simular una FM o que puedan estar asociadas a ella. Las pruebas complementarias recomendadas por este grupo de trabajo, y que podríamos denominar de primer nivel, están expuestas en la tabla 1. Hay un segundo nivel, que incluye todas aquellas pruebas complementarias necesarias para confirmar o descartar, en caso de duda, la existencia de enfermedades reumáticas inflamatorias, en especial, las espondiloartropatías, las enfermedades sistémicas autoinmunes y las alteraciones estructurales mecánicas o degenerativas del raquis; este grupo de trabajo recomienda que éstas se realicen en un ámbito de atención especializado.

### Valoración de la afección vital

La calidad de vida está ampliamente afectada en personas con FM especialmente en las áreas de función física, actividad intelectual, estado emocional y calidad del sueño, lo que influye de forma determinante sobre la capacidad para el trabajo, así como la vida familiar y social<sup>12</sup>.

Así, un número significativo de personas presenta un síndrome de dolor crónico incapacitante con intensa afección de la calidad de vida, que lleva a la pérdida parcial o completa de la actividad laboral en un porcentaje aproximado entre el 25 y el 50% de los pacientes, según diversos estudios realizados en diferentes países de nuestro entorno<sup>13</sup>.

La ausencia de pruebas complementarias, biológicas o radiológicas que nos indiquen de manera objetiva el grado de gravedad de la FM determina, con mayor motivo, que la medición del grado de afección de la calidad de vida en las personas con FM sea una medida imprescindible en la monitorización clínica, en la toma de decisión de estrategias de atención sanitaria, en la obtención de medidas de desenlace clínico y en la realización de análisis de coste-efectividad. Para este fin, se han utilizado diversos cuestionarios genéricos o específicos de medición de la calidad de vida relacionada con la salud, como el Sickness Impact Profile (SIP), el Health Assessment Questionary (HAQ), el Quality of Well Being (QWB), el Health Related Quality of Life, el Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36) y el Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). Todos ellos han demostrado su utilidad para la valoración del grado de afección clínica y su utilidad discriminativa en este grupo de pacientes<sup>14-16</sup>. De todos ellos, es recomendable elegir un instrumento sencillo, comprensible, rápido y validado en nuestra lengua, que se centre en la valoración de la intensidad de los síntomas, dolor y fatiga, grado de sufrimiento, ansiedad y depresión, y discapacidad para el trabajo, y que además sea una herramienta imprescindible en la valoración de la gravedad clínica de esta enfermedad. Uno de los más validados es el FIQ<sup>16</sup>. Este test está compuesto por siete escalas más un cuestionario, lo que implica tener experiencia y tiempo en su aplicación (15 min). Este grupo de trabajo ha consensuado introducir algunas escalas de valoración más rápida en atención primaria como las recogidas en el anexo 1. También se recomienda definir el grado de afección vital en:

1. Afección vital leve: escalas de valoración clínica con puntuación inferiores al 50% y sin interferencia con la función o el trabajo.
2. Afección vital moderada: escalas de valoración clínica entre un 50 y un 75% e interferencia con la función o el trabajo (pérdidas parciales de actividad).
3. Afección vital grave: escalas de valoración clínica superiores al 75% y marcada interferencia con la función o el trabajo (imposibilidad para realizar el trabajo o situación de baja laboral por la enfermedad).

## Tratamiento

### Información

Un aspecto muy importante en el planteamiento terapéutico de los enfermos con FM es informar desde un principio de forma correcta al paciente sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas de la enfermedad que padece. La información debe ser directa, objetiva y acorde con el grado de conocimiento científico que se posee de la enfermedad. El desconocimiento de la etiología y, por ende, del tratamiento específico no debe ser excusa en modo alguno para minimizar el trastorno. De este modo, el paciente puede adaptarse y tener una expectativa adecuada a la enfermedad crónica que padece. No hay que olvidar que la mayoría de estos enfermos ha recorrido previamente las consultas de numerosos médicos y recibido con demasiada frecuencia respuestas desconcertantes (p. ej.: «esto no es nada», «son nervios», etc.).

### Tratamiento farmacológico

El desconocimiento sobre la etiología de la FM imposibilita, por el momento, disponer de un tratamiento farmacológico totalmente efectivo. Se han probado múltiples fármacos, aunque sólo una minoría ha demostrado tener cierta efectividad<sup>17</sup> (tabla 2).

Los antidepresivos tricíclicos clásicos, especialmente la amitriptilina a dosis de 10 hasta 50 mg/día, tomados en dosis única una hora antes de acostarse puede ser eficaz en la mejoría del dolor y del descenso nocturno. En algunos casos resistentes o con sintomatología depresiva asociada, puede ser efectiva la asociación con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina del tipo fluoxetina, paroxetina o citalopram, a dosis de 20-40 mg/día.

En pacientes con ansiedad manifiesta o con un trastorno de angustia (pánico) asociado puede ser útil asociar alprazolam a dosis de 0,25-0,50 mg cada 8 h. Estos pacientes con un trastorno de ansiedad también pueden ser tratados con la misma pauta de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, teniendo en cuenta que en este subgrupo de pacientes el inicio del tratamiento debe realizarse con dosis menores: 10 mg/día con aumentos cada 3 días hasta la dosis efectiva, para evitar un aumento del cuadro de ansiedad o la aparición de crisis de angustia que no favorecería el cumplimiento correcto del tratamiento. Si el insomnio es un síntoma relevante, la administración de 10 mg de zolpidem al acostarse puede resolver el problema.

El uso aislado de analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) no suele ser demasiado efectivo en el tratamiento del dolor. Puede iniciarse con una pauta fija de 1 g de paracetamol de tres a cuatro veces al día, o con un AINE tipo ibuprofeno 400-500 mg/8 h. El analgésico que parece ser más efectivo es el tramadol a dosis variables entre 100-400 mg/día. La ciclobenzaprina en dosis única nocturna o, mejor, en dosis fraccionadas cada 8 h, puede ser un buen complemento para paliar la contractura muscular.

Los analgésicos opioides mayores no suelen ser efectivos en el control del dolor en pacientes con FM. El resto de fármacos probados en pacientes con FM no han podido demostrar eficacia (tabla 3).

### Tratamiento rehabilitador y físico

Esta modalidad de tratamiento varía en función del tipo y la intensidad de la clínica de cada paciente. Clínicamente los aspectos de priorización terapéutica son el dolor, la disfunción muscular y la impotencia funcional secundaria al dolor. El tratamiento debe ser individualizado y adaptado al paciente<sup>18</sup>. Es necesaria la participación activa del paciente. El tratamiento sintomático de estos enfermos se basa fundamentalmente en procedimientos cuyo objetivo es disminuir la hipertonía muscular y conseguir una situación de relajación para paliar el dolor miotendinoso. Interesa actuar de forma concomitante sobre factores conductuales de sobrecarga, eliminando la aparición de factores exógenos, como el frío, la humedad, la sobrecarga posicional y el estrés. Aunque diversos métodos, como los citados en la tabla 4, se utilizan habitualmente, la técnica física con mayor evidencia de efectividad es la práctica de ejercicio<sup>19</sup>. Se han probado diversos métodos de cinesiterapia y se ha concluido que los pacientes sometidos a ejercicios de fortalecimiento y tonificación, realizados en condiciones aeróbicas, tienen una mejoría del dolor y la fatiga superior a los pacientes controles o a aquellos que realizan ejercicios de estiramiento. El ejercicio debe ser supervisado en los casos con afección moderada o grave. Por su dificultad de realización al principio puede precisar una instauración gradual y un control de las condiciones en las que se realiza.

### Tratamiento psicológico

Diversos autores apuntan la posibilidad de que los factores psicológicos puedan desempeñar algún papel tanto en el inicio como en el mantenimiento de la FM<sup>20</sup>. El tratamiento

TABLA 2

#### Tratamiento farmacológico de la fibromialgia. Fármacos con eficacia comprobada

Fármaco	Dosis (mg/d)	Grado de evidencia/Grado de recomendación <sup>a</sup>
Amitriptilina	10-50	I/A
Tramadol	100-400	I/A
ISRS <sup>b</sup>	10-40	II/B
Ciclobenzaprina	10-30	II/B
AINE <sup>c</sup>	500-1.500	III-IV/C

<sup>a</sup>Canadian Task Force Methodology, 1989 (<http://www.ctfphc/ctfphc&methods.htm>).

<sup>b</sup>Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: fluoxetina, paroxetina, citalopram.

<sup>c</sup>Antiinflamatorios no esteroideos: ibuprofeno, naproxeno.

TABLA 3

#### Tratamiento farmacológico de la fibromialgia. Fármacos sin eficacia comprobada

Toxina botulínica
Gammahidroxiobutirato
Litio
Anabolizantes
Calcitonina
Adenosilmetionina
Prednisona
Selenio y complementos vitamínicos
Clormezanona
5-OH-triptófano
Melatonina
Tropisetron
Interferón alfa
Carisoprodol

TABLA 4

**Métodos fisioterapéuticos recomendados en el tratamiento de pacientes con fibromialgia**

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

TENS: estimulación eléctrica transcutánea.

TABLA 5

**Estrategias o grados terapéuticos según el grado de afección**

- I. Afección vital leve (mínima interferencia con la función)
  - Educación
  - Estrategias de autoayuda
  - Ejercicio físico no supervisado
  - Higiene del sueño
  - Amitriptilina, 10-50 mg/día o
  - Paracetamol, 1 g/8 h, o ibuprofeno, 400 mg/8 h
- II. Afección vital moderada (moderada interferencia con la función)
  - Educación
  - Estrategias de autoayuda
  - Intervención familiar
  - Ejercicio físico supervisado
  - Tratamiento de los trastornos del sueño: zolpidem, 10 mg/día
  - Amitriptilina, 10-50 mg/día
  - Tratamiento de los trastornos depresivos o de ansiedad: fluoxetina, paroxetina, citalopram; 20-40 mg/día
  - Alprazolam, 0,75-1,5 mg/día, en pacientes con trastornos de ansiedad
  - Ciclobenzaprina, 10-40 mg/día
  - Paracetamol: 1 g/8 h y/o ibuprofeno: 400 mg/8 h o
  - Tramadol, 50-400 mg/día
- III. Afección vital grave (marcada interferencia con la función)
  - Programa de tratamiento multidisciplinario: médico + rehabilitador + psicológico + ocupacional

Adaptada de McCainGA<sup>30</sup>.

psicológico del dolor persigue la modificación del estado emocional y de la conducta con la finalidad de aumentar la funcionalidad del paciente y mantener sus interacciones sociales. Los tres grandes grupos de intervenciones en el ámbito psicológico se derivan de la teoría cognitiva de la emoción, que postula la interacción del trinomio cognición-emoción-conducta. Una intervención psicológica completa debe incluir los tres aspectos:

1. Programas de modificación del comportamiento, dirigidos a aumentar el grado funcional de las tareas cotidianas, basados en los principios del condicionamiento operante, y su finalidad es el control de los estímulos ambientales y la supresión de los reforzadores del dolor<sup>21</sup>.
2. Entrenamiento en técnicas de *biofeedback*<sup>22</sup>. Se recomienda el entrenamiento en relajación muscular y la utilización de la señal electromiográfica en el entrenamiento con *biofeedback* como parte integrante de un abordaje terapéutico más amplio.
3. Terapia conductual-cognitiva. Añade a las técnicas operantes estrategias cognitivas basadas en la distracción y en la transformación imaginativa del dolor y del contexto<sup>23</sup>.

*Programas educacionales*

Los programas educacionales tienen como objetivo la mejora en el afrontamiento de la enfermedad crónica, mejorar la autoeficacia con objeto de mejorar las conductas de salud y el estado de salud.

Al igual que en otras enfermedades crónicas, en la FM se han aplicado conjuntamente con ejercicio físico supervisado<sup>24-26</sup>, con beneficios sobre la función física, la gravedad del dolor, la función social, el estrés psicológico y la calidad de

vida. Estos programas utilizados en diversos países han sido variables, oscilando entre 1 y 2 h semanales, durante 6 a 12 semanas, y se han realizado interactivamente en pequeños grupos de pacientes e incluían aspectos como: dolor (definición y mecanismos fisiopatológicos), información sobre la FM, tratamiento farmacológico del dolor, estrés, dolor y depresión, estrategias de afrontamiento, entrenamiento, asertividad, estrategias de relajación, importancia del entrenamiento físico, principios ergonómicos en las actividades diarias, legislación, entre otros. El ejercicio físico combinado es realizado en sesiones de 30 min a una hora con la misma cadencia del programa educacional y desarrollados de forma aeróbica, dentro del agua o fuera, con aplicación en grupo y ajustando la progresión de forma individual.

*Programas terapéuticos multidisciplinarios*

El tratamiento de la FM es más efectivo cuando se asocian varias de las modalidades terapéuticas anteriormente comentadas, especialmente más indicado cuando el paciente está afectado de un síndrome de dolor crónico incapacitante, situación en la que el sufrimiento y la dificultad para realizar el trabajo diario son significativos. Las primeras experiencias abiertas en España<sup>27,28</sup>, dirigidas al tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante relacionado con FM, que incluye tratamiento médico, físico, psicológico y ocupacional, parecen aportar resultados muy positivos en pacientes seleccionados, como han referido otros autores<sup>29</sup>.

Por ello este grupo de trabajo propone una secuencia escalonada o estrategia terapéutica (tabla 5) basada en el grado de afección vital, como ya se ha sugerido en la bibliografía<sup>30</sup>, y que hemos definido previamente.

**Abordaje del paciente con fibromialgia**

Como ya se ha comentado, el diagnóstico de la FM es eminentemente clínico y no requiere de ninguna prueba diagnóstica compleja para verificar esta sospecha. Por tanto, el diagnóstico de FM puede realizarse, y de hecho recomendamos que se haga, en la atención primaria de salud. Cuando el paciente no evolucione correctamente, o bien el médico sospeche que pueda tratarse de otra enfermedad, en general reumática, o asociarse a ésta, deberá remitir al paciente a un ámbito asistencial superior, ya sea reumatólogo en su misma área sanitaria o a un servicio de reumatología hospitalario. Por otro lado, este grupo de trabajo cree que los pacientes que se han catalogado en el nivel funcional I o con afección vital leve, así como el seguimiento cotidiano de los demás pacientes, también debe ser asumido por el médico de familia. Éste, en cualquier caso, podrá consultar al ámbito de atención más especializado tantas veces como su criterio clínico se lo indique. Los criterios de derivación pueden observarse en la tabla 6.

**Conclusiones**

La FM es una enfermedad de etiología desconocida, con una prevalencia aproximada del 3%, y que hasta en un tercio de los casos puede conllevar una mala calidad de vida para el paciente y comprometer seriamente su vida personal, laboral y social.

El diagnóstico de la FM es eminentemente clínico, y no existe actualmente ninguna prueba complementaria específica. En determinados supuestos, las pruebas complementarias apoyarán el diagnóstico de otras afecciones asociadas, especialmente espondiloartropatías, enfermedades autoinmunes sistémicas y alteraciones estructurales mecánicas o degenerativas extensas del raquis.

TABLA 6

**Criterios de derivación a un centro especializado**

1. Duda diagnóstica razonable (confirmación diagnóstica)
2. Afección vital grave inicial o durante la evolución:
  - Alto grado de dolor
  - Sufrimiento global significativo
  - Interferencia con las actividades cotidianas
3. Falta de respuesta al nivel terapéutico II
4. Intolerancia o hipersensibilidad a los fármacos empleados en los grados terapéuticos I y II

Los pacientes deben tener en el médico de atención primaria un elemento básico tanto en el diagnóstico inicial y posterior seguimiento como en el control del día a día en los casos discapacitantes seguidos por especialistas.

Se aconseja que los pacientes con FM con afección vital grave y en situación de baja laboral practiquen una valoración multidisciplinaria, médica, psicológica y ocupacional, con objeto de determinar el grado de afección y sus posibilidades de tratamiento, lo que puede ser muy útil en las valoraciones que se tenga que realizar sobre posibles derechos asociados a la compensación por discapacidad.

El tratamiento debe ser multidisciplinario, y queda abierto a cualquier nueva intervención terapéutica que pueda aparecer en el horizonte. Con este tipo de enfoque terapéutico, una gran parte de los pacientes mejora sustancialmente.

**Addendum**

En Cataluña existen grupos de profesionales, personas con FM y familiares constituidos en asociaciones que, de forma desinteresada facilitan información, apoyo y soporte tanto a enfermos como a familiares. Estas dos asociaciones son:  
 Associació Catalana d'Afectats de Fibromialgia (ACAF)  
 Sant Joan, 34/A Palauet. 43201 Reus.  
 Tel.: 696946158/639007013  
 http: www.fibromialgia-cat.org  
 Correo electrónico: acaf@fibromialgia-cat.org

Lliga Reumatològica Catalana  
 Llibertat, 48 baixos. 08037 Barcelona.  
 Tel.: 932077778/932071650  
 Correo electrónico: llrc@arrakis.es

**Agradecimiento**

Este grupo de trabajo agradece sinceramente a Emilia Sanchez, Salvi Juncá, Susana Araya, Isabel Cintero, Ferrán Escalada, Jordi Forcada, Francesc López, Angel Sanchez, Montserrat Romera y Pere Benito el esfuerzo que realizaron en la elaboración del documento «Criteris Comuns Mínims per a l'Atenció a Malalts amb Fibromialgia» en 1998, y que ha servido de base para la confección del documento actual. También queremos mencionar el apoyo recibido por parte de la Unitat d'Atenció Hospitalària del Àrea Sanitària del Servei Català de la Salut, así como de la Societat Catalana de Reumatologia y de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, de la Societat Catalana de Medicina Interna y de la Societat Catalana de Dolor, todas ellas integrantes de la Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennet RM, Caso XJ, Goldenberg DL, et al. A prospective, longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1997;40(9):1560-70.
2. Consensus Document on Fibromyalgia: The Copenhagen Declaration. *Journal of Musculoskeletal Pain*. Vol. 1. New York: The Haworth Press, Inc., 1993.
3. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Problems. ICD-10. Geneva: WHO, 1992.
4. Merskey H, Bogduck N. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms. 2th ed. Seattle: International Association for Study of Pain (IASP Press), 1994.
5. Ruiz López R. The epidemiology of chronic pain. *Pain Digest* 1995;5:67-8.
6. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell J, Hebert L. The prevalence and characteristics of Fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995;38:19-28.

7. White KP, Speechley M, Marti M, Ostbye T. The London Fibromyalgia Epidemiology Study: the prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *J Rheumatol* 1999;26:1570-6.
8. Wolfe F. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72.
9. Valverde M. Prevalencia de la fibromialgia en la población española. *Estudio EPISER* [resumen]. *Rev Esp Reumatol* 2000;27:157.
10. 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.
11. 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.
12. Buckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. Fibromyalgia and quality of life: a comparative analysis. *J Rheumatol* 1993;21:714-20.
13. White KP, Speechley M, Hart M, Ostbye T. Comparing self reporting 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.
14. Martínez JE, Ferraz MB, Sato EI, Atrá E. Fibromyalgia versus rheumatoid arthritis: a longitudinal comparison of the quality of life. *J Rheumatol* 1995;22:270-4.
15. Kaplan RM, Schmidt S, Cronan T. Quality of Well Being in patients with Fibromyalgia. *J Rheumatol* 2000;27:785-9.
16. Buckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development and validation. *J Rheumatol* 1991;18:728-33.
17. Lenenthal LJ. Management of fibromyalgia. *Ann Intern Med* 1999;131:850-8.
18. Rosen NB. Physical medicine and rehabilitation approaches to the management of myofascial pain and fibromyalgia syndrome (Review 100 refs.) *Balliere's Clin Rheumatol* 1994;8:881-916.
19. Sim J, Adams N. Physical and other non-pharmacological interventions for fibromyalgia. *Balliere's Clin Rheumatol* 1999;13:507-23.
20. Winfield JB. Pain in Fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am* 1999;25:55-79.
21. Fordyce WE, Shelton JL, Dundore DE. The modification of avoidance learning in pain behaviours. *J Behav Med* 1982;5:405-14.
22. Schwartz MS. Fibromyalgia syndrome. In: Schwartz MS, et al, editors. *Biofeedback. A practitioner's guide*. New York: Guildford Press, 1995.
23. Valdés M. El dolor. En: Rojo JE, Cirera E, editores. *Interconsulta psiquiátrica*. Barcelona: Masson, S.A., 1997.
24. 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.
25. Mannerkorpi K, Nyberg B, Ahlmen M, Ekdahl CH. Pool exercise combined with an education program for patients with fibromyalgia syndrome. A prospective, randomized study *J Rheumatol* 2000;27:2473-81.
26. 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.
27. Ruiz R, Collado A, Pagerols M, Álvarez C, Pichot C. Resultados del tratamiento multidisciplinar en 110 pacientes con dolor crónico no maligno incapacitante. *Dolor* 1993;8(supl 1):S11.
28. Collado A, Torres A, Arias A, Cerdà D, Vilarrasa R, Valdés M, et al. Descripción de la eficacia del tratamiento multidisciplinar del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Med Clin (Barc)* 2001;117:401-5.
29. Bennett RM. Multidisciplinary group programs to treat fibromyalgia patients. *Rheum Dis Clin North Am* 1996;22:351-66.
30. McCain GA. A cost effective approach to the diagnosis and treatment of fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am* 1996;22:323-49.

**ANEXO 1**

**Cuestionario de medición del grado de afección vital relacionado con la enfermedad**

Nombre y apellidos		
Edad		
Situación laboral		
Activo	Paro	Baja laboral
Ama de casa	Jubilado	Tiempo de baja
Valoración clínica		
Escala visual de dolor		
¿Cuánto dolor siente?		
Ausencia de dolor	Dolor insoportable	
Escala visual de depresión		
¿Cómo de deprimido se encuentra usted?		
No deprimido	Muy deprimido	
Escala visual de dificultad laboral		
Cuando usted está trabajando: ¿cuál es la dificultad que tiene para realizar su trabajo a causa de su enfermedad?		
Ningún problema	Gran dificultad	