



12/06/2008 Guías Clínicas 2008; 8 (14).

Información:

Esta página es un documento de trabajo para la elaboración y publicación de una guía en Fisterae. No está indexada en los motores de búsqueda ni enlazada a otras páginas de Fistera.

Autores:

- **Grupo Fistera** [\[Acerca de...\]](#) Especialistas en Medicina de Familia y Medicina Interna

Tabla de contenidos:

| Índice | Más en la Red |
|---|--|
| → ¿Qué es? | <ul style="list-style-type: none"> ■ Puede existir un documento más completo o actualizado sobre este tema en Fisterae [Comparación Fistera/ Fistera-e] [Acceso a Fistera-e] ■ Fistera en soporte papel [Libro: Guías para la consulta de Atención Primaria] ■ Material para pacientes [FisteraSalud] |
| → ¿Cómo se diagnostica? | |
| → ¿Qué diagnóstico diferencial? | |
| → ¿Cómo se trata? | |
| → ¿Qué pronóstico? | |
| → Bibliografía | |

¿Qué es?

La fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica de etiología desconocida. Los pacientes afectados presentan dolor musculoesquelético crónico y generalizado, una reducción del umbral del dolor y múltiples puntos sensibles de localización característica. El dolor no puede ser explicado por la presencia de trastornos degenerativos o inflamatorios. Hay una serie de características asociadas como mala calidad del sueño, rigidez matutina, cansancio, depresión, ansiedad, cefalea, hábito intestinal irregular, dolor abdominal difuso, parestesias y sensación subjetiva de hinchazón.

Es un problema muy frecuente, tiene una prevalencia del 2% en la población general. Ocupa el 15% de las consultas de reumatología y del 5 al 10% de las consultas de atención primaria. Es más frecuente en mujeres con una relación hombre mujer de 1 a 6-10. La prevalencia mayor es a la edad de 30-50 años, puede afectar a niños y a personas mayores. Aproximadamente en la mitad de las ocasiones la FM se presenta después de un acontecimiento específico, un trauma físico o emocional o después de una enfermedad similar a la gripe (Goldenberg, 2007). Se puede asociar a artritis reumatoide, lupus eritematoso, osteoartritis y síndrome de Sjögren (Goldenberg, 2007; Provenza, 2004). No

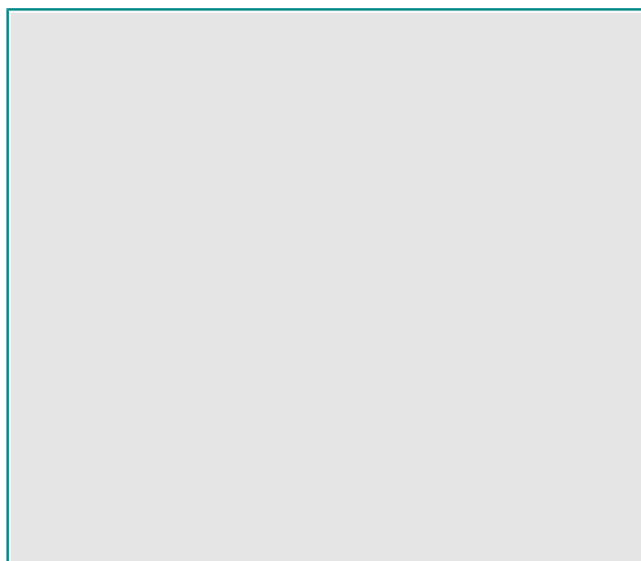
es raro que afecte a varios miembros de una misma familia.

La patogenia de la enfermedad es desconocida. Se ha investigado sobre las hipótesis de la existencia de una hiperexcitabilidad central y periférica, la percepción alterada para el dolor, la temperatura y la somatización (Carville, 2007). Los datos existentes sugieren que los síntomas de la FM probablemente procedan de una alteración central de la sensibilidad al dolor más que una disfunción en los tejidos periféricos (Abeles, 2007). Se ha encontrado que las personas afectadas por FM tienen una concentración de sustancia P en el LCR que es superior a los controles (Goldenberg, 2004). A pesar de que los factores psicológicos tienen una gran influencia en la expresión clínica de la FM y de los problemas asociados, no se considera adecuada su inclusión en el grupo de alteraciones mentales comunes (Henningesen, 2003).

▲ ¿Cómo se diagnostica?

La FM se presenta con dolor difuso y crónico, la descripción del dolor es variable (quemante, punzante, como un peso o como un golpe), es frecuente una referencia a mayor percepción del dolor con el frío y a modificaciones con los cambios en la temperatura o humedad ambiental, tensión emocional o esfuerzos físicos. Para el diagnóstico de la FM se requiere la presencia de dolor crónico (>6 semanas), generalizado (3 de los 4 cuadrantes del cuerpo) inexplicable por otros motivos. Para clasificar a estos pacientes y seleccionarlos para estudios clínicos se utilizan los criterios establecidos en el año 1990 por la Academia Americana de Reumatología (Wolfe, 1989-1990):

El dolor se considera generalizado cuando está presente en cada una de las localizaciones siguientes: en el lado izquierdo del cuerpo, en el lado derecho del cuerpo, sobre la cintura y bajo la cintura. Además hay dolor axial cervical o en la parte anterior del tórax o en la columna torácica o lumbar. El dolor en los hombros y en nalgas se considera por cada uno de los segmentos afectados. El dolor lumbar se considera afectación del segmento inferior. El dolor es de evolución crónica con una duración mínima de tres meses y se acompaña de otras alteraciones como cansancio, alteraciones del sueño, ansiedad y depresión.



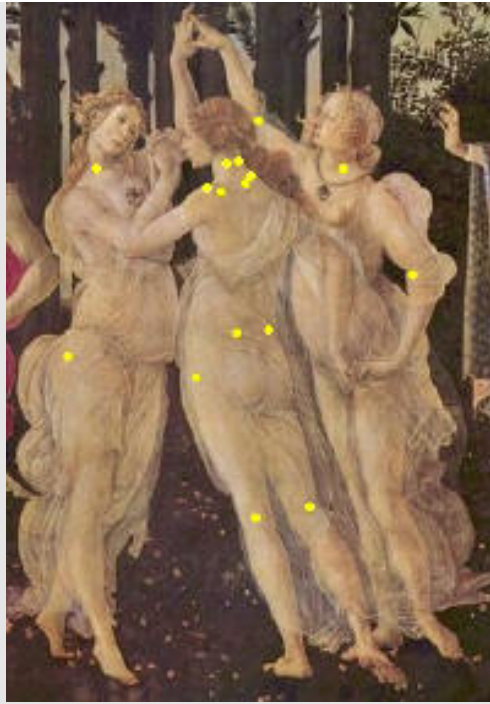


Fig 1. Puntos dolorosos

Dolor a la presión en 11 de los 18 puntos gatillos a ambos lados del cuerpo.

Hay dolor a la presión en 11 de los 18 puntos gatillos situados en los siguientes lugares a ambos lados del cuerpo (Wolfe, 1989-1990):

- Occipucio: en la inserción de ambos músculos suboccipitales
- Cervical bajo: en la parte anterior de los espacios intertransversos C5-C7
- Trapecio: en los puntos medios del borde superior
- Supraespinoso: sobre la espina de la escápula próximo al borde medial
- Segunda costilla: en la segunda unión condroesternal
- Epicóndilo lateral: 2 cm. distal del epicóndilo
- Glúteo: cuadrantes superiores externos de las nalgas
- Trocánter mayor: posteriores a las prominencias trocantéreas
- Rodilla: en las almohadillas grasas próximas a la línea articular interna

Los criterios de clasificación descritos tienen una sensibilidad y especificidad próxima al 80% para distinguir la FM de otras causas de dolor músculo esquelético crónico y son los que se usan de manera habitual en la clínica y en la investigación (Carville, 2007). En la práctica se puede hacer el diagnóstico de FM sin tener el número de puntos sensibles recomendados. Desafortunadamente no existe ninguna prueba de tipo analítico o histológico patognomónica para el diagnóstico, ni se han propuesto criterios de exclusión (Goldenberg, 2007).

La exploración de los puntos sensibles se realiza usando el primer dedo de la mano del examinador ejerciendo una presión con la fuerza necesaria para apretar una goma de borrar o para que el dedo pulgar se ponga de color blanco. El criterio de respuesta en 11

de los 18 puntos se recomienda como propuesta de clasificación, pero no se considera esencial para el diagnóstico (Wolfe, 1990). Se puede utilizar la presión sobre la región media del brazo o la frente como puntos de control.

Descripción de síntomas asociados (Hannonen, 2007):

- Cansancio, sueño no reparador, sensibilidad general debida a una bajo umbral para los estímulo nociceptivos.
- Síntomas psicósomáticos que afectan a varios órganos (síndrome del colon irritable, síntomas cardíacos, vejiga irritable, lipotimia, inestabilidad, tos irritativa, problemas ginecológicos e intolerancia farmacológica múltiple.
- Síntomas neurológicos (adormecimiento de los dedos, pinchazos, tensión muscular y cefalea tensional).
- Alteraciones mentales (ansiedad y depresión, es rara la depresión severa).
- Problemas cognitivos (incapacidad para concentrarse, dificultad para aprender).
- Sensación subjetiva de edema.
- Hiperlaxitud (presente el 30-50% de los pacientes).
- Tendencia a ruborizarse (eritema fugax) limitado a la parte superior del cuerpo.
- Síntomas que varían con cambios de tiempo, con el nivel de ansiedad y la tensión psíquica.
- La FM no es una enfermedad separada sino una combinación de síntomas y hallazgos que se pueden atribuir a diferentes mecanismos.

No existen pruebas complementarias, tanto de laboratorio como de imagen que tengan utilidad diagnóstica para la FM, excepto cuando existen enfermedades concomitantes.

Se consideran datos elementales para el diagnóstico:

- Historia clínica completa y diagnóstico diferencial.
- Evaluación del dolor, su intensidad, grado de afectación y localización, presencia de astenia, de trastornos del sueño y de alteración del ánimo.
- Examen físico general que incluya evaluación de puntos sensibles. Es recomendable realizar una exploración articular y neurológica. Valorar la necesidad de evaluación psicológica y funcional.
- Pruebas de laboratorio que incluya hematología, VSG, enzimas musculares, pruebas hepáticas y función tiroidea.
- Valorar la presencia de enfermedades que mimetizan una FM como hipotiroidismo, espondilitis anquilopoyética, o que se pueden asociar a la FM como tendinitis, lupus eritematoso diseminado, artritis reumatoide u osteoartritis.
- No se considera necesario realizar pruebas de laboratorio que pueden producir confusión. Por ejemplo la prevalencia del los anticuerpos antinucleares (ANA) en personas sanas es importante, de tal manera que el valor predictivo positivo de la prueba en un paciente sin los síntomas y los signos de lupus eritematoso sistémico es baja (Goldenberg, 2007).
- Derivar para evaluación psicológica si se considera necesario (Buckhardt, 2005).

▲ ¿Qué diagnóstico diferencial?

Entidades con las que se debe realizar diagnóstico diferencial

- Síndrome del dolor miofascial.
- Reumatismo articular que afecte a varias áreas.
- Polimialgia reumática o arteritis de células gigantes.
- Polimiositis o dermatopolimiositis.
- Miopatías endocrinas, hipotiroidismo, hipertiroidismo.
- Hiperparatiroidismo insuficiencia adrenal.
- Miopatía metabólica por alcohol.
- Enfermedades somatomorfes y trastornos de somatización.
- Neoplasias.
- Enfermedad de Parkinson.
- Efectos secundarios de fármacos: estatinas, esteroides, cimetidina, fibratos, drogas de consumo.

Dentro de las enfermedades a incluir en el diagnóstico diferencial es preciso destacar el síndrome de dolor miofascial por su similitud con la fibromialgia, en la zona afectada existen puntos sensibles (trigger points), nódulos dolorosos y/o bandas musculares palpables. Existe también una zona de dolor profundo de referencia que se agrava por la presión en los puntos sensibles, que se localiza a distancia de dichos puntos (Chakrabarty, 2005; Goldenberg, 2007; Provenza, 2004).

▲ ¿Cómo se trata?

Hay unos aspectos básicos que se consideran de gran importancia: realizar el diagnóstico lo antes posible, evitar la solicitud de pruebas complementarias innecesarias y hacer una aproximación biopsicosocial (Hannonen, 2007).

Los objetivos del tratamiento son aliviar el dolor, mantener o restablecer el equilibrio emocional, mejorar la calidad del sueño, la capacidad física, la astenia y los problemas asociados (Provenza, 2004).

Información al paciente

Muchos pacientes tienen el problema muchos años antes de que se realice el diagnóstico, han consultado con varios profesionales y se les han realizado pruebas diagnósticas, pueden llegar a sentirse rechazados por la profesión médica y con la idea de estar sufriendo una enfermedad grave que amenace su vida (Goldenberg, 2007). Por ello es importante proporcionar la máxima información al paciente y a su familia, asegurarle que los síntomas son reales y no producto de su imaginación. Se intentará que asuma una actitud positiva frente a los síntomas y las propuestas terapéuticas. Debe realizarse una aproximación centrada en el paciente (Muñoz Alamo, 2002; Raymond, 2000) que nos permita conocer y reconvertir las concepciones falsas sobre las causas del dolor y el cansancio y los temores sobre los efectos en la capacidad funcional (Hannonen, 2007), se

insistirá en el carácter benigno del problema y la improbable aparición de deformación o deterioro físico, sobre la posibilidad de evolucionar con altibajos y que no se verá incapaz de llevar una vida normal y activa (Goldenberg, 2007).

Tratamiento farmacológico

• **Antidepresivos tricíclicos**

- **Amitriptilina:** Se consideran la primera línea en el tratamiento de la FM. La administración de una dosis baja (de 10 a 25 mg) de amitriptilina por la noche, mejora la calidad del sueño, el bienestar global y los síntomas musculares. Entre sus inconvenientes están los efectos secundarios de los tricíclicos y que los efectos beneficiosos puede que no se mantengan en el tiempo, como se ha visto en ensayos que evaluaban períodos más largos de tiempo. Se propone comenzar con dosis bajas e incrementar en función de los resultados (Goldenberg 2007-2005; Hannonen, 2007; Buckhardt, 2005; Maizels, 2005; Yousefi, 2005).
- **Ciclobenzaprina:** Fármaco utilizado como relajante muscular, de estructura similar a la amitriptilina, sin efectos antidepresivos. A dosis de 10-30 mg administrado 2-4 horas antes de acostarse mejora la astenia, el cuadro doloroso y el sueño (Buckhardt, 2005; Maizels, 2005; Hannonen, 2007). Hay autores que recomiendan su utilización en tomas repartidas 1, 2 ó 3 veces por día con una dosis máxima de 40mg día (Goldenberg, 2007).
La amitriptilina y la ciclobenzaprina son los fármacos sobre los que se dispone de evidencias más fuertes sobre eficacia en la FM.
Hay estudios que demuestran las ventajas de la asociación de lo ISRS tanto con la amitriptilina como con la ciclobenzaprina (Goldenberg, 2007).

• **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)**

Los ISRS se pueden utilizar en la FM en toma matutina y dosis personalizada para el tratamiento de la depresión (Buckhardt, 2005). Hay estudios en los que se comparó la **Fluoxetina** frente a placebo y la **Fluvoxamina** también frente a placebo con resultados favorables para ambas en los resultados de los cuestionarios de calidad de vida. Asociados a los tricíclicos mejoran el dolor, el sueño y producen bienestar global (Provenza, 2004).

Los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina y los ISRS de efecto dual como la **Venlafaxina** han demostrado ser eficaces (Hannonen, 2007) en dosis altas, no en dosis bajas; la **Duloxetina** ha demostrado ser eficaz en un número elevado de variables, como el dolor y la sensación subjetiva de bienestar, en ensayos clínicos de buena calidad (Goldenberg, 2007), aunque con efectos secundarios, serían menos intensos que con la amitriptilina pero con el inconveniente de su coste (Birmighan University, 2005) y la menor experiencia clínica.

• **Antiinflamatorios no esteroideos**

En los pocos estudios disponibles no se ha demostrado efectividad en el tratamiento de los síntomas de la FM motivo por el que no se recomienda su utilización rutinaria,

sin embargo, pueden ser útiles asociados a otros fármacos que actúan sobre el SNC como la ciclobenzaprina (Buckhardt, 2005; Hannonen, 2007; Carville, 2007, Goldenberg, 2007).

• **Analgésicos**

El [Tramadol](#) a dosis de 50-100 mg cada 6 u 8 horas mejora los síntomas dolorosos y funcionales en la FM (Furlan, 2006; Yousefi, 2005). Tanto el inicio como la retirada deben ser graduales. El [Tramadol](#) asociado a [Paracetamol](#) en dosis de 37,5/325 demostró ser más eficaz que el placebo (Buckhardt, 2005; Goldenberg, 2007). Se desconoce la eficacia y la tolerabilidad del tramadol a largo plazo.

• **Anticonvulsivantes**

- [Gabapentina](#): en un ensayo clínico reciente, los pacientes tratados con gabapentina tuvieron mejores resultados que los del grupo control. Los efectos secundarios más frecuentes son el mareo y la ganancia ponderal (Arnold, 2007; Goldenberg, 2007).
- [Pregabalina](#): anticonvulsivante de segunda generación, en un ensayo clínico comparado con placebo se ha visto su utilidad para el tratamiento de la FM, para reducir el dolor, mejorar el sueño, el cansancio y la calidad de vida relacionada con la salud, sobre todo en el grupo que recibió dosis más altas, 450 mg/ día (Goldenberg, 2007; Maizels, 2005; Crofford, 2005).
- [Clonazepan](#): puede ser útil en pacientes que tienen mioclonias nocturnas o realizan movimientos repetitivos con las piernas durante la noche y que responden a dosis bajas de benzodiazepinas. Los pacientes con mioclonia nocturna o síndrome de apnea del sueño deben ser remitido al segundo nivel (Goldenberg, 2007).

• **Otros**

- Fármacos y sustancias que ha sido utilizados o investigados para su uso en la FM que no se consideran válidos en la actualidad por no haber pruebas sobre su efectividad o por sus efectos secundarios:
 - Carisoprodol, oxibato de sodio, hormona del crecimiento, dihidroepiandrosterona, corticosteroides, hormona tiroidea, opiáceos, 5-hydroxytryptamine, melatonina, calcitonina, guaifenesina, magnesio (Alegre de Miguel, 2005; Goldenberg, 2004; Bennett, 98).
- Fármacos en proceso de investigación:
 - Antagonistas de los receptores de la serotonina 5-HT₃: tropisetron y ritanserina, agonista de la dopamina: pramipexol.

El mal cumplimiento terapéutico fue una causa importante de falta de respuesta en un estudio observacional realizado en 117 mujeres en las que el 47% no seguían el tratamiento. En estos casos era determinante la presencia de una mala comunicación entre el profesional y el paciente durante la consulta (Sewitch, 2004).

Tratamiento no farmacológico

El tratamiento no farmacológico pretende mejorar la habilidad funcional y la calidad de vida del paciente.

Se insiste una vez mas en la necesidad de proporcionar una información básica sobre la enfermedad y las opciones de tratamiento, enseñar el manejo de dichas opciones y animar a la realización de programas de autoayuda en los casos necesarios. Los tratamiento no farmacológicos evaluados en estudios controlados incluyen: fortalecimiento muscular, terapia física, biofeedback con electromiografía, hipnoterapia y terapia cognitivo conductual (TCC) (Goldenberg, 2007; Buckhardt, 2005).

- **Actividad física**

Los programas de ejercicio supervisado tienen efectos beneficiosos sobre la capacidad física y los síntomas de la FM a corto plazo (Busch, 2007). Debe ser personalizado, con actividad física 2 ó 3 veces por semana, de inicio gradual y evitando los ejercicios que produzcan dolor por forzar una zona determinada, sobre todo en los individuos con hiperlaxitud. La actividad física más adecuada es la aeróbica como la gimnasia, la danza, la natación y la hidrogimnasia. Una caminata diaria de 30 minutos proporciona efectos terapéuticos. Se deben eliminar todos los factores que alteran la calidad del sueño. (Hannonen, 2007; Goldenberg, 2007-2004; Rooks, 2007; Yousefi, 2005; Rossy, 1999).

- **Terapia cognitivo conductual**

La terapia cognitivo conductual se basa en la idea de que la percepción de la persona sobre si misma y sobre lo que le rodea afecta a las emociones y al comportamiento. El objetivo de la terapia es cambiar la idea sobre el dolor lo que permite tener una actitud positiva frente a la enfermedad. Hay evidencias muy coherentes en los resultados de los tratamientos con terapia cognitivo conductual en la FM. Disminuye la intensidad del dolor y el cansancio y mejora el ánimo y la capacidad funcional (Goldenberg, 2004; Rossy 1999)

- **Retroalimentación**

Los ensayos clínicos realizados sobre los efectos del biofeedback demostraron respuestas positivas en relación con el dolor, el entumecimiento matutino, los puntos sensibles y la depresión. El biofeedback es un proceso educativo en el que se combina la tecnología y los métodos de retroalimentación con el objetivo de que cada persona conozca sus respuestas fisiológicas a diversos estímulos, con la posibilidad de modificarlas a su favor y con la práctica aprender a controlarlas mejor (Goldenberg, 2007; Yousefi, 2005).

- **Otros**

La hipnoterapia y la meditación basada en la relajación son procedimientos que tienen resultados positivos en estudios con personas afectadas por FM, cuando se evalúa la calidad de vida sin que se haya podido demostrar que mejoran el dolor y la capacidad funcional (Goldenberg, 2007).

Se han estudiado otros procedimientos como la inyección en puntos sensibles, la estimulación nerviosa transcutánea, el tratamiento con láser y la acupuntura en personas afectadas por FM sobre los que no se ha podido demostrar eficacia

(Goldenberg, 2007).

▲ ¿Qué pronóstico?

La mayoría de los pacientes continuarán con dolor y cansancio, según las conclusiones de los estudios de seguimiento a 14 años. Las dos terceras partes aseguran que pueden mantener su capacidad de trabajo y reconoce que la FM interfiere poco en su vida, otro treinta por ciento no se siente capacitado para trabajar. Si se compara a los pacientes con FM con otros grupos de personas con dolor crónico, el grupo de FM presenta un porcentaje mayor de sensación de incapacidad y de invalidez. Hay una serie de factores psicológicos que se asocian a un pronóstico mejor: sentimiento de control del dolor, no sentirse incapacitado, no interpretar el dolor como un signo de daño, la realización de ejercicio físico y de tareas rutinarias o rítmicas (Goldenberg, 2007).

Aviso a pacientes o familiares:

La información de este sitio está dirigido a profesionales de atención primaria. Su contenido no debe usarse para diagnosticar o tratar problema alguno. Si tiene o sospecha la existencia de un problema de salud, imprima este documento y consulte a su médico de cabecera.

▲ Bibliografía

- Abeles AM, Pillinger MH, Solitar BM, Abeles M. Narrative review: the pathophysiology of fibromyalgia. *Ann Intern Med.* 2007 May 15; 146(10):726-34. [[PubMed](#)] [[Texto completo](#)]
- Alegre de Miquel C, Alejandra-Pereda C, Betina-Nishishinya M, Rivera J. Revisión sistemática de las intervenciones farmacológicas en la fibromialgia. *Med Clin (Barc).* 2005 ; 125(20): 784-7 [[PubMed](#)]
- Arnold LM, Goldenberg DL, Stanford SB, Lalonde JK, Sandhu HS, Keck PE Jr et al. Gabapentin in the treatment of fibromyalgia: a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial. *Arthritis Rheum* 2007; 56:1336 [[PubMed](#)] [[Texto completo](#)]
- Bennett RM, Clark SC, Walczyk J. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of growth hormone in the treatment of fibromyalgia. *Am J Med.* 1998 Mar; 104(3):227-31 [[PubMed](#)]
- Bennett RM, Schein J, Kosinski MR, Hewitt DJ, Jordan DM, Rosenthal NR. Impact of fibromyalgia pain on health-related quality of life before and after treatment with tramadol/acetaminophen. *Arthritis Rheum.* 2005 Aug 15; 53(4):519-27. [[PubMed](#)]
- Buckhardt CS, Goldenberg D, Crofford L, Gerwin R, Gowens S, Jackson K, Kugel P, McCarberg W, Rudin N, Schanberg L, Taylor AG, Taylor J, Turk D. Guideline for the management of fibromyalgia syndrome pain in adults and children [Internet]. Glenview (IL): American Pain Society (APS); 2005. 109 p. (Clinical practice guideline; no. 4) [acceso 2/5/2008]. Disponible en <http://www.guideline.gov>
- Busch AJ, Barber KAR, Overend TJ, Peloso PMJ, Schachter CL. Ejercicio para el tratamiento del síndrome de fibromialgia; 2007 (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 1. Oxford: Update Software Ltd.

- Disponibile en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). [[Texto completo](#)]
- Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Flotman F, Branco JC, Buskila D, Da Silva J AO, Danneskiold-Samsoe B, Dincer F, Henriksson C, Heniksson K, Kosek E, Longley K, McCarthy GM, Perrot S, Puszczewicz M J, Sarzi-Puttini P, Silman A, Späth and Choy EH. Eular Evidence based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis* 2008 Apr; 67(4): 536-41 [[PubMed](#)]
 - Crofford LJ, Rowbotham MC, Mease PJ, Russell IJ, Dworkin RH, Corbin AE, Young JP Jr, LaMoreaux LK, Martin SA, Sharma U; Pregabalin 1008-105 Study Group. Pregabalin for the treatment of fibromyalgia syndrome: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum.* 2005 Apr; 52(4): 1264-73. [[PubMed](#)] [[Texto completo](#)]
 - Chakrabarty S, Zoorob R. Fibromyalgia. *Am Fam Physician.* 2007 Jul 15; 76(2): 247-54. [[PubMed](#)]
 - Furlan AD, Sandoval JA, Mailis-Gagnon A, Tunks E. Opioids for chronic non cancer pain: a meta-analysis of effectiveness and side effects. *CMAJ.* 2006; 174(11): 1589-94. PMID: 16717269 [[PubMed](#)] [[Texto completo](#)]
 - Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA.* 2004 Nov 17; 292(19): 2388-95. [[PubMed](#)]
 - Goldenberg DL. Clinical manifestations and diagnosis of fibromyalgia in adults. [Internet]. Massachusetts: Uptodate Waltham; 2008 [acceso 2/5/2008]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
 - Goldenberg DL. Differential diagnosis of fibromyalgia. [Internet]. Massachusetts: Uptodate Waltham; 2008 [acceso 2/5/2008]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
 - Goldenberg DL. Treatment of fibromyalgia in adults. [Internet]. Massachusetts: Uptodate Waltham; 2008 [acceso 2/5/2008]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
 - Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom Med.* 2003; 65(4): 528-33. [[PubMed](#)] [[Texto completo](#)]
 - Hannonen P. Fimbroymyalgia 2007. ebm00395 (020.082). [Internet]. Duodecim Medical Publications Ltd. [acceso 2/5/2008].. Disponible en <http://ebmg.wiley.com/ebmg/ltk.koti>
 - Maizels M, Mccarberg B. Antidepressants and Antiepileptic Drugs for Chronic Non-Cancer Pain. *Am Fam Physician* 2005; 71: 483-90. [[PubMed](#)] [[Texto completo](#)]
 - Muñoz Álamo M, Ruiz Moral RR, Perula de Torres LA. Evaluation of a patient-centered approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient Educ Couns.* 2002; 48: 23-31. [[PubMed](#)]
 - Provenza JR, Pollak DF, Martinez JE, Paiva ES, Helfenstein M, Heymann R, Matos JMC, Souza EJ. Fibromialgia, Projeto diretrizes, Sociedade Brasileira de Reumatologia. [Internet]. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina; 2004 [acceso 2/5/2008]. Disponible en <http://www.projetodiretrizes.org.br/>
 - Raymond MC, Brown JB. Experience of fibromyalgia. Qualitativ study. *Can Fam Physician* 2000; 46: 1100-1106 [[PubMed](#)]

- Rooks DS, Gautam S, Romeling M, Cross ML, Stratigakis D, Evans B, Goldenberg DL, Iversen MD, Katz JN. Group exercise, education, and combination self-management in women with fibromyalgia: a randomized trial. Arch Intern Med. 2007 Nov 12; 167(20):2192-200. [[PubMed](#)]
- Rossy LA, Buckelew SP, Dorr N, Hagglund KJ, Thayer JF, McIntosh MJ, Hewett JE, Johnson JC. A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. Ann Behav Med. 1999 Spring; 21(2): 180-91. [[PubMed](#)]
- Sewitch MJ, Dobkin PL, Bernatsky S, et al. Medication non-adherence in women with fibromyalgia. Rheumatology (Oxford) 2004; 43:648. [[PubMed](#)] [[Texto completo](#)]
- Tofferi JK, Jackson JL, O'Malley PG. Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine: A meta-analysis. Arthritis Rheum. 2004; 51(1):9-13. [[PubMed](#)] [[Texto completo](#)]
- University of Birmingham. Horizon Scanning Review. National Horizon Scanning Centre. Duloxetine for Fibromyalgia. 2005. [Internet] [acceso 3/5/2008]. Disponible en: <http://www.pcpoh.bham.ac.uk/publichealth/horizon/>
- Wolfe F. Fibromyalgia: The Clinical Syndrome. Rheum Dis Clin North Am 1989; 15:1-18 [[PubMed](#)]
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL et al. The american college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum 1990; 33: 160-172 [[PubMed](#)]
- Yousefi P, Coffey J. Clinical inquiries. For fibromyalgia, which treatments are the most effective?. J Fam Pract. 2005 Dec; 54(12): 1094-5. [[PubMed](#)]

[Arriba ▲](#)[Mis Datos](#) | [Contacto-Sugerencias](#) | [FAQ's](#) | [Condiciones de uso](#)
| [Política de privacidad](#) | [Aviso legal](#)