
Protocolo de diagnóstico, tratamiento y derivación de los pacientes con fibromialgia

Pontevedra, marzo de 2004

Complejo Hospitalario de Pontevedra- Atención Primaria Área Norte

La fibromialgia es la causa mas frecuente de dolor músculo-esquelético generalizado crónico, estimándose que su prevalencia es cercana al 2% de las personas adultas, con una mayor afectación del sexo femenino. Es por ello un problema frecuente en la práctica clínica, que genera unos altos índices de utilización de los servicios sanitarios.

A pesar de su reconocimiento por parte de la Organización Mundial de la Salud, la fibromialgia sigue siendo una entidad nosológica controvertida, lo que genera diferentes puntos de vista acerca de cómo, cuando y donde diagnosticar y tratar esta patología.

El médico de Atención Primaria, como pilar fundamental sobre el que se fundamenta nuestra asistencia sanitaria, constituye el principal eslabón de la consulta médica por fibromialgia. Es este médico el que, tras un examen físico, elabora las primeras hipótesis diagnósticas, realiza las pertinentes pruebas complementarias y orienta, en los casos necesarios, las futuras consultas especializadas. Constituye, por lo tanto, una pieza clave en el enfoque diagnóstico y terapéutico de la fibromialgia, contando en todo momento con el apoyo y colaboración de los diferentes Servicios especializados.

Para una adecuada atención del paciente con fibromialgia en nuestra área sanitaria de influencia, se ha considerado imprescindible elaborar unos estándares de diagnóstico, tratamiento y seguimiento que unifique las actuaciones de los diferentes facultativos implicados. Surge por ello este protocolo, fruto de la colaboración de los Servicios de Psiquiatría, Rehabilitación y Reumatología del Complejo Hospitalario de Pontevedra y de la Gerencia de Atención Primaria del Área Norte de la provincia y con el deseo de proporcionar a los pacientes una adecuada e integral atención sanitaria.

El presente protocolo de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con fibromialgia es una revisión del elaborado en octubre de 2002 y será efectivo desde la fecha de su firma, instándose a las partes a la realización de una revisión anual.

1. DEFINICIÓN

La fibromialgia es una enfermedad crónica en la que los pacientes presentan dolor músculo-esquelético generalizado con múltiples puntos sensibles o “gatillo” de localización característica. El dolor no puede ser explicado por trastornos degenerativos o inflamatorios, siendo muy frecuente la asociación de alteraciones del sueño, sensación subjetiva de hinchazón, ansiedad y depresión, síndrome del intestino irritable, dismenorrea y otros síntomas.

La etiología de la enfermedad no es conocida en la actualidad, aunque se considera probable que exista un trastorno en los mecanismos de regulación del estrés.

El perfil típico de la fibromialgia suele adoptar uno de las dos siguientes formas:

- dolor y fatiga generalizados desde el comienzo (fibromialgia primaria).
- dolor localizado que progresivamente se hace generalizado, que aparece habitualmente después de un evento precipitante, como una intervención quirúrgica, un accidente de automóvil, un parto, un proceso viral o una lesión músculo-esquelética (fibromialgia secundaria).

2. DIAGNÓSTICO

El principal elemento diagnóstico es indudablemente, la historia clínica. La realización cuidadosa de una completa anamnesis que incluya la naturaleza del dolor, su localización, la severidad, frecuencia y áreas hacia las que irradia, así como la presencia de factores precipitantes, permite establecer una

primera aproximación diagnóstica. A continuación será necesario llevar a cabo una exploración física completa que incluya el sistema músculo-esquelético, el neurológico y el vascular periférico.

El diagnóstico diferencial debe incluir enfermedades reumáticas y otros trastornos que cursen con dolor y rigidez músculo-esquelética y extraarticular, como el síndrome de fatiga crónica, algias locales, osteoporosis/osteomalacia, reumatismo psicógeno y trastornos ansioso-depresivos. Debe tenerse en cuenta que la presencia de una enfermedad concomitante no excluye el diagnóstico de fibromialgia.

2.1. Criterios diagnósticos del Colegio Americano de Reumatología

En 1.990, el Colegio Americano de Reumatología estableció los criterios diagnósticos de la fibromialgia, que son recogidos a continuación:

1. Dolor difuso y generalizado, de tres o más meses de duración. Afecta habitualmente al esqueleto axial y al menos a dos cuadrantes contralaterales del cuerpo.
2. Dolor a la presión digital¹ en 11 de 18 puntos sensibles o zonas “gatillo”.
 - Occipucio: en la inserción del músculo suboccipital (bilateral)
 - Cervical bajo: en la parte anterior de los espacios intertransverso C5-C7 (bilateral)
 - Trapecio: en el punto medio del borde superior (bilateral)
 - Supraespinoso: el origen sobre la espina de la escápula próximo al borde medial (bilateral)
 - Segunda costilla: en la segunda unión condroesternal (bilateral)
 - Epicóndilo lateral: a 2 cm distal del epicóndilo (bilateral)
 - Glúteo: en cuadrante superior externo de la nalga en la parte abultada del músculo (bilateral)
 - Trocánter mayor: posterior a la prominencia trocantérea (bilateral)
 - Rodilla: en la almohadilla grasa media próxima a la línea articular (bilateral)

De manera esencial, el examen físico de un paciente con fibromialgia no va a revelar ninguna anomalía objetivable más que el dolor a la presión en las zonas sensibles arriba mencionadas. Sin embargo, este examen es importante llevarlo a cabo ya que en ocasiones, constituye el primer acto terapéutico.

2.2. Otros síntomas asociados

Asociados a estos criterios diagnósticos, los pacientes con fibromialgia suelen presentar otra serie de síntomas clínicos, que habitualmente se desarrollan de forma gradual, por lo que en cada visita médica el cuadro clínico es más florido. Los síntomas más frecuentes en la esfera física son los siguientes:

Aparato cardiovascular

• Palpitaciones

• Fenómeno de Raynaud

¹ La presión digital debe de ser realizada con una fuerza aproximada de 4 kg. Para que un punto gatillo sea considerado positivo, el paciente debe sentir dolor, no siendo suficiente con sentir presión o sensibilidad.

Aparato respiratorio

- Alergias
- Disnea
- Tos

Aparato digestivo

- Sequedad de bocas
- Disfagia
- Dispepsia
- Intestino irritable (diarrea o estreñimiento)

Aparato genitourinario

- Ciclos menstruales irregulares
- Dismenorrea
- Vejiga irritable

Sistema endocrino

- Fatiga generalizada
- Hipoglucemia
- Piel seca y caída de pelo

Sistema músculo-esquelético

- Costocondritis
- Disfunción temporo-mandibular
- Espasmos musculares

Sistema nervioso

- Cefalea crónica, migraña
- Disestesias generalizadas
- Insomnio
- Tinnitus
- Visión doble

La presencia de alteraciones psíquicas es muy frecuente, afectando a las dos terceras partes de los pacientes diagnosticados de fibromialgia. Las más importantes son la ansiedad, la irritabilidad, el pánico, los trastornos de conducta, la dificultad de concentración y las alteraciones de memoria.

Se recomienda la realización de las siguientes pruebas complementarias:

- Análisis clínicos: hemograma, bioquímica general, velocidad de sedimentación globular (VSG), enzimas musculares (CPK), función tiroidea (TSH), factor reumatoide (FR) y Anticuerpos antinucleares (ANA).

Cuando en el examen físico se objetivasen signos de artritis, conectivopatía o espondiloartropatía o existiesen signos analíticos de proceso inflamatorio, se realizará una interconsulta al Servicio de Reumatología del Complejo Hospitalario de Pontevedra (ver Anexo 1).

3. ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

En el momento actual no existe un tratamiento que produzca la curación definitiva de esta enfermedad, aunque es posible conseguir una gran mejoría en la calidad de vida de la persona con fibromialgia.

Los pasos a seguir para un correcto tratamiento de la fibromialgia son: diagnóstico correcto, adecuada información acerca de la naturaleza de la enfermedad, educación para evitar los factores agravantes, tratamiento farmacológico, ejercicio físico y tratamiento de las alteraciones psicológicas asociadas si las hay.

3.1. Información

El primer paso del tratamiento del paciente con fibromialgia consiste en proporcionarle, con lenguaje claro y sencillo, una adecuada información sobre el carácter benigno, aunque crónico, de la enfermedad:

- explicar los elementos en los que se ha basado el diagnóstico de fibromialgia y los pasos dados para descartar otras causas orgánicas.
- definir la fibromialgia como un problema de dolor crónico asociado habitualmente a otros síntomas orgánicos (apartado 2.2), sin que ello signifique el estar ante una grave enfermedad, ni que ésta sea de carácter degenerativo o terminal.
- informar al paciente de que la severidad del dolor no significa un deterioro de su condición física, siendo recomendable continuar con un activo estilo de vida a pesar de la presencia del dolor.

- explicar el círculo vicioso de las manifestaciones de la fibromialgia: el dolor y la ausencia de sueño reparador producen fatiga que lleva a dejar de realizar actividades físicas, repercutiendo sobre la musculatura y sobre el estado anímico (sensación de aislamiento y distrés emocional).

3.2. Tratamiento farmacológico

Psicofármacos

- Amitriptilina: la dosis habitual es de 12,5-25 mg a la hora de acostarse, pudiendo incrementarse hasta un máximo de 50 mg. Produce mejoría clínica en un 30-40 % de los pacientes, debiendo ser utilizado al menos, durante dos meses y siendo importante explicar al paciente que este fármaco se prescribe por su efecto analgésico y no como antidepresivo.
- Fluoxetina: suele ser utilizada por la mañana, a la dosis de 20 mg. Su asociación con la amitriptilina ha demostrado ser más beneficiosa que el uso de los fármacos por separado.
- Alprazolam: es el único ansiolítico que produce un efecto positivo en pacientes con fibromialgia, pudiendo usarse en dosis variables entre 0.5 y 3mg.

Relajantes musculares

- Ciclobenzaprina: es el único relajante muscular que ha demostrado beneficio en la fibromialgia. La dosis habitual oscila entre 5 y 10 mg al acostarse, si bien esta dosis puede incrementarse cada dos semanas hasta un máximo de 30 mg al día (10 mg por la mañana y 20 mg por la noche).

Analgésicos

No hay una demostración clara de su utilidad en los pacientes con fibromialgia, debiendo evitarse la prescripción de analgésicos narcóticos, excepto en aquellos con dolor severo e ineficacia o intolerancia de otras medidas farmacológicas.

Antiinflamatorios

La utilidad de los antiinflamatorios no esteroideos en el tratamiento de la fibromialgia es limitado, siendo el Ibuprofeno el que ha demostrado ser más beneficioso, sólo o en combinación con alprazolam. Su principal indicación es en aquellos pacientes con un proceso algico regional añadido a su dolor músculo-esquelético generalizado, debiendo ser utilizado por un tiempo limitado y valorando sus efectos secundarios.

Otros compuestos

- Zolpidem: se ha visto que mejora la calidad del sueño, en comparación con placebo, sin alterar los niveles de dolor ni de actividad.
- S-adenosil-1-metionina: ha demostrado mejoría de los síntomas, si bien más por sus propiedades antidepresivas que antiinflamatorias.

- Los resultados del efecto de la serotonina, 5-hidroxitriptófano, calcitonina, ondasetron, hormona de crecimiento, ácido málico y magnesio, han sido poco concluyentes.

Agentes farmacológicos no sistémicos

- Esteroides/anestésicos en “puntos gatillo”: cuando no se obtiene una respuesta adecuada a las medidas terapéuticas convencionales puede optarse por el bloqueo de los puntos sensibles o “gatillo”, con la intención de cortar el ciclo dolor-espasmo-disfunción autónoma. Suele comenzarse con la inyección de anestésicos locales solos o con esteroides, hasta un máximo de 3 veces durante seis semanas.

Derivación del paciente a la Unidad de Dolor

- En aquellos casos en los que el paciente presente una falta de respuesta al tratamiento farmacológico o presente Intolerancia o hipersensibilidad a los fármacos convencionales, el médico de familia podrá remitirlo a la Unidad de Dolor del Complejo Hospitalario de Pontevedra.

3.3. Tratamiento no farmacológico

Programas de ejercicio

Es habitual que los pacientes afectados de fibromialgia suspendan paulatinamente sus actividades físicas como respuesta al dolor, lo que les expondrá a todas las complicaciones inherentes a la inactividad. La razón por la que se prescribe el ejercicio físico es para cortar este círculo creado y conseguir un adecuado nivel de actividad, estando siempre adaptado a las condiciones fisiológicas de cada individuo y los objetivos que se quieren alcanzar.

El ejercicio más recomendado es el de tipo aeróbico, como caminar a paso ligero, natación, bicicleta, gimnasia de mantenimiento y bailes de salón. El objetivo del mismo es mejorar la forma física, aumentar la fuerza y la capacidad cardiorrespiratoria y disminuir la fatiga.

- Intensidad: las personas con una baja condición física deben llegar como máximo al 65-70 % de su frecuencia cardiaca teórica máxima (frecuencia cardiaca teórica máxima = 220 – edad). En personas que han conseguido una mejor forma física, se puede llegar al 70-85 % de su frecuencia cardiaca máxima. La intensidad de la actividad física debe ajustarse a cada persona ya que muchos pacientes no están acostumbrados a realizar ejercicio y deben comenzar por la realización de actividades muy ligeras, incrementándolas progresivamente hasta alcanzar las intensidades recomendadas. Con la progresión lo que se intenta es que el individuo pueda seguir mejorando su condición física, disfrutando al mismo tiempo del ejercicio, y sin que aparezca fatiga innecesaria e incluso lesiones.
- Duración: depende del estado físico y del tipo de ejercicio. La duración mínima es de 15 minutos, siendo recomendable que se llegue, en la mayoría de las actividades aeróbicas, a un mínimo de 20 minutos y a un máximo una hora.

- Frecuencia: lo recomendado es que se practique de 2 a 3 días por semana, dependiendo del estado físico, tipo de ejercicio y objetivos a cumplir.

Ejemplos de ejercicios que se pueden prescribir:

1 – Caminar a paso ligero

- Intensidad: Moderada
- Duración : de 30 a 60 minutos
- Frecuencia: 3 días por semana
- Ventajas:
 - Se puede realizar sin necesidad de instalaciones específicas
 - Se puede realizar sólo o en compañía de otros
 - No se necesita una vestimenta costosa
 - No sobrecarga mucho las articulaciones
- Desventajas:
 - Dificultad para conseguir el ritmo adecuado
 - Requiere una duración mayor que otros ejercicios para conseguir el mismo gasto energético.

2 – Natación

- Intensidad: Moderada
- Duración: 30 minutos
- Frecuencia: 2-3 días por semana
- Ventajas:
 - No hay sobrecarga articular
 - Es fácil mantener un ritmo adecuado
 - No se necesita una vestimenta costosa
- Desventajas:
 - Falta de destreza para nadar
 - Se necesita acudir a un Centro deportivo que tenga piscina
 - Irritaciones en los ojos y alteraciones en los oídos por el agua

3 – Gimnasia de mantenimiento/ aerobio de bajo impacto (suave)

- Intensidad: Moderada
- Duración: 30-45 minutos
- Frecuencia: 2-3 días por semana
- Ventajas:
 - Realización de gran variedad de ejercicios
 - No se necesita vestimenta costosa
 - Gran interacción social, al ser una actividad que se desarrolla en grupo
- Desventajas:
 - Se necesita acudir a un Centro deportivo
 - Produce sobrecarga articular. En algunos casos antes de iniciar esta actividad conviene desarrollar ciertas destrezas con otras actividades físicas y/ o iniciar esta actividad a un nivel muy bajo

4 - Bicicleta estática

- Intensidad: Baja
- Duración: 30 minutos
- Frecuencia: 2-3 días por semana

- Ventajas:
 - No se necesita una vestimenta costosa
 - Es fácil mantener un ritmo adecuado
- Desventajas:
 - Se necesita comprar la bicicleta o acudir a un Centro deportivo que la tenga
 - Puede producir molestias en la rodilla y produce aburrimiento al realizarlo en un espacio cerrado

5 - Baile

- Intensidad: Baja-moderada
- Duración: 30-40 minutos
- Frecuencia: 2 días por semana
- Ventajas:
 - Es divertido
 - Se realiza en compañía, lo que favorece la interacción social
- Desventajas:
 - No es fácil mantener un ritmo adecuado
 - Normalmente se acude a un Centro específico, lo que supone el pago de una cuota o entrada

6.- Según la tolerancia y forma física del paciente estos ejercicios se pueden combinar, por ejemplo: dos días de natación y tres días de caminar, o dos días de baile de salón y tres días de bicicleta estática.

Aquellos pacientes en los que, a pesar de haber recibido tratamiento farmacológico adecuado y haber realizado el ejercicio aeróbico señalado, no se consiguiesen resultados satisfactorios, serán remitidos al Servicio de Rehabilitación del C.H. de Pontevedra (ver Anexo 2).

Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual ayuda a reducir el dolor y mejora la percepción que el paciente tiene de falta de salud. Contribuye a reestructurar patrones negativos y a desarrollar estrategias preventivas en las situaciones en las cuales se produce la percepción de dolor aumentado. Hasta el momento, los estudios realizados demuestran una reducción del dolor generalizado, disminución del dolor en los puntos gatillo, mejora funcional y de otros síndromes clínicos.

La derivación del paciente fibromiálgico para terapia cognitivo-conductual se realizará a través de la Unidad de Salud Mental correspondiente y acorde a los criterios establecidos en el anexo 3.

Acupuntura

No existen estudios de calidad que apoyen la eficacia de la acupuntura en el tratamiento de la fibromialgia. No obstante podría tener un efecto beneficioso en relación con el dolor y con la debilidad matutina, si bien, otros pacientes no han mostrado mejoría e incluso, exacerbación de los síntomas.

Consideraciones laborales

La situación de incapacidad temporal en la que se encuentran muchos pacientes afectados de fibromialgia puede tener importantes consecuencias sobre la persona, entre las que se incluyen:

- incremento de la conciencia del dolor producido por la inactividad
- sensación de aislamiento

- pérdida de la propia autoestima
- problemas económicos por disminución del salario, inseguridad en el empleo, etc.
- temor con respecto a la vuelta al trabajo, que se incrementa conforme aumenta el tiempo de incapacidad temporal
- problemas familiares

Por todo ello no se considera recomendable esta situación laboral, y en los casos en que ésta se produzca será de corta duración y claramente establecida de antemano.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Arnold LM, Keck PE Jr, Welge JA. Antidepressant treatment of fibromyalgia. A meta-analysis and review. *Psychosomatics* 2000 Mar-Apr;41(2):104-13.
- Clauw DJ. Treating Fibromyalgia: Science vs. Art. *Am Fam Physician* 2000; 62:1492-3.
- De Andrés J. Puesta al día en Anestesia Regional y Tratamiento del Dolor. MRA S.L. Madrid, 2000.
- Koenig C, Stevermer J. Acupuncture in the treatment of fibromyalgia. *J Fam Practice* 1999; 48(7): 497.
- Leventhal LJ. Management of fibromyalgia. *Ann Intern Med* December 7, 1999;131:850-8.
- Mera Varela A. Fibromialgia. Otros reumatismos asociados a trastornos psíquicos. En: Manual S.E.R. de las enfermedades reumáticas. Editorial Panamericana, 3ª edición, 2000.
- Millea PJ, Holloway RL. Treating Fibromialgia. *Am Fam Physician* 2000;62:1575-82,1587. URL disponible en: <http://www.aafp.org/afp/20001001/1575.html>
- O'Malley PG, Balden E, Tomkins G, Santoro J, Kroenke K, Jackson JL. Treatment of fibromyalgia with antidepressants: a meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2000 Sep;15(9):659-66.
- Rossy LA, Buckelew SP, Dorr N, Hagglund KJ, Thayer JF, McIntosh MJ et al. A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Ann Behav Med* 1999 Spring;21(2):180-91
- Singh BB, Berman BM, Hadhazy VA, Creamer P. A pilot study of cognitive behavioral therapy in fibromyalgia. *Altern Ther Health Med* 1998;4:67-70.
- Wolfe F. Fibromyalgia: The Clinical Syndrome. *Rheum Dis Clin North Am* 1989; 15:1-18.
- 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(2), 160-172.

ANEXO 1. Criterios de interconsulta al Servicio de Reumatología

1 Clínicos:

- a. Presencia de Artritis demostrada (mono, oligo o poliartritis), de más de dos días de duración.
- b. Presencia de síntomas sugestivos de Conectivopatía (lesiones mucocutáneas, disfagia, síndrome de Raynaud trifásico, fotosensibilidad, alopecia constatada, esclerodactilia, etc.).
- c. Presencia de síntomas sugestivos de Espondiloartropatía (sacroileítis, uretritis, uveítis, diarrea sanguinolenta, moco o pus).
- d. En casos de mala evolución del cuadro clínico con existencia de duda diagnóstica razonable.

2 Analíticos:

- a. V.S.G. \geq 30 mm/h o PCR \geq 1 mg/dl, en pacientes con artralgias periféricas.
- b. Factor Reumatoide \geq 20 UI/ml.
- c. Anticuerpos antinucleares \geq 1:160

ANEXO 2. Criterios de interconsulta al Servicio de Rehabilitación

1 – Pacientes que hayan recibido tratamiento en Atención Primaria, sin resultado, para el dolor (según escala de la OMS hasta opiáceos menores) y en los que persista incapacidad funcional.

2 - Pacientes que hayan realizado ejercicio físico aeróbico según pauta establecida, sin resultados.

ANEXO 3. Criterios de interconsulta a la Unidad de Salud Mental

En los casos de que el paciente, a pesar de un adecuado tratamiento, persista con un importante componente ansioso-depresivo, con o sin trastornos del sueño, se realizará interconsulta a la Unidad de Salud Mental correspondiente, la cual y previa valoración, remitirá al paciente, si procede, al grupo de terapia cognitivo-conductual.

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA

