

# La fibromialgia con una visión desde la atención primaria

## Fibromyalgia, a vision from the primary care

Dr. Alfredo Enrique Arredondo Bruce<sup>1\*</sup>  
Lic. Irisbel Pérez Ojeda<sup>2</sup>  
Dra. Odalis Santana Gutiérrez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Provincial Docente Amalia Simoni. Camaguey, Cuba.

<sup>2</sup> Universidad de Ciencias Médicas de Camaguey Carlos J Finlay. Camaguey, Cuba.

\* Autor para la correspondencia: [alfredoab@finlay.cmw.sld.cu](mailto:alfredoab@finlay.cmw.sld.cu)

### RESUMEN

La fibromialgia es una enfermedad crónica, definida por dolor generalizado, a menudo acompañado de fatiga y alteraciones del sueño, la cual afecta a uno de cada 20 pacientes en la atención primaria. Aunque la mayoría de los pacientes con fibromialgia se manejan en la atención primaria, el diagnóstico y tratamiento continúan presentando un desafío, y los pacientes se envían a menudo las consultas de otros especialistas. Las investigaciones exhaustivas, la prescripción de múltiples drogas para tratar los diferentes síntomas, los retrasos en el diagnóstico, y el aumento de la invalidez, necesita de un conocimiento más profundo y un tratamiento basado en el médico de la atención primaria. Se hizo una revisión de diferentes publicaciones actualizadas sobre la epidemiología, patofisiología y tratamiento de la fibromialgia aparecidas en PubMed, Scielo, Hinari y Medline, además de artículos pertinentes, hasta comienzos del año 2017, de donde se seleccionaron diferentes artículos en base a la calidad, relevancia e importancia en cuanto a las nuevas directrices de esta enfermedad. La aplicación de novedosos sistemas de diagnóstico y enfrentamiento al dolor crónico aplicable en la atención primaria disminuiría el tiempo de diagnóstico, costosas pruebas, demora en el diagnóstico y mejores resultados terapéuticos en estos pacientes. El tratamiento centrado en el paciente desde la atención necesita de un grupo multidisciplinario con una alta preparación en esta enfermedad. Aunque se mantienen algunas barreras para la aplicación de un sistema de atención médica de la fibromialgia, esto permitiría un cambio muy favorable en el tratamiento de esos pacientes.

**Palabras clave:** fibromialgia; epidemiología; fisiopatología; diagnóstico; cuidado en casa.

## ABSTRACT

Fibromyalgia is a chronic disorder defined by widespread pain, frequently accompanied by fatigue and sleep disturbance, affecting up to one in 20 patients in the primary care. Although most of the patients with fibromyalgia are managed in the primary care, its diagnosis and treatment are still a challenge and the patients are often referred to the consultation of other specialists. The exhaustive research, the prescription of several drugs to treat the different symptoms, the diagnosis retardation, and the increase of disability, require deeper knowledge and a treatment led by the health professional of the primary care. We reviewed the epidemiology, pathophysiology and management of fibromyalgia by searching PubMed, Scielo, Hinari and Medline, and references from relevant articles published until the beginning of 2017, choosing them on the basis of quality, relevance to the illness and importance in illustrating current management pathways and the potential for future improvements. The implementation of a framework for diagnosis and chronic pain management in the primary care would reduce diagnostic time consumption, costly tests, and diagnostic delays, and will achieve better therapeutic outcomes in these patients. The patient-centred treatment from the primary care needs a multi disciplinary team highly trained in this disease. Although there are still several barriers for the application of a medical care system in fibromyalgia, It would allow a favourable change in the treatment of these patients.

**Key words:** fibromyalgia; epidemiology; physiopathology; diagnosis; home care.

Recibido: 02/03/2017

Aceptado: 14/09/2018

## INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica que se caracteriza por dolormusculo-esquelético generalizado, con una exagerada hipersensibilidad (alodinia e hiperalgesia) en múltiples puntos predefinidos (tender points), sin alteraciones orgánicas demostrables. Habitualmente se relaciona con una gran variedad de síntomas, entre los que destacan la fatiga persistente, el sueño no reparador, la rigidez generalizada y los síntomas ansioso-depresivos.<sup>(1)</sup>

Algunos autores han considerado la FM como un trastorno de somatización, es decir, pacientes que se quejan persistentemente de varios síntomas que no tienen un origen físico identificable.<sup>(2,3)</sup> Sin embargo, en los últimos años esta creencia se está desestimando; la FM está considerada como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud desde 1992 y si bien la definición nosológica y su consideración en el ámbito médico no ha estado exenta de controversia, los resultados de las investigaciones indican con bastante consenso que su origen es neurológico, y que el dolor resultaría de desequilibrios neuroquímicos a nivel del sistema nervioso central que generan alodinia e hiperalgesia generalizadas.<sup>(2)</sup>

En la población general su prevalencia se estima en un 2.7 % (4.2 % mujeres, 1.4 % varones).<sup>(2)</sup> En la atención primaria se observa una frecuencia de uno en cada 20 pacientes y este número está aumentando gracias al diagnóstico y tratamiento más preciso.<sup>(3,4)</sup> La causa de FM no es conocida, pero las investigaciones actuales sugieren de una predisposición genética que desencadenaría diversas alteraciones del funcionamiento neuronal.<sup>(5,6)</sup>

A pesar de todos estos adelantos en el conocimiento de la misma la FM continúa siendo un desafío para los profesionales de la atención primaria.<sup>(5)</sup> La abrumadora aparición de síntomas, y su gradual evolución, dificultan el diagnóstico.<sup>(6)</sup> Hadker, et al<sup>(7)</sup> encontraron una demora de más de dos años para llegar al diagnóstico, en pacientes atendidos en la atención primaria, y un promedio de atención de 3,7 diferentes médicos, durante todo ese tiempo. Aunque el Colegio Americano de Reumatología ha publicado criterios diagnósticos para FM,<sup>(8,9)</sup> éstos no se usan en la práctica clínica diaria, lo que lleva a errores en el diagnóstico en la atención primaria de salud.<sup>(10,11)</sup> Además de la complejidad de diagnóstico, el tratamiento también podría convertirse en un problema para el médico de la familia.<sup>(12,13)</sup> De esta forma hay pacientes no son diagnosticados y no reciben el tratamiento adecuado, y para otros la terapia se ha convertido en una polifarmacia con frecuentes interrupciones.<sup>(14)</sup> Algunos pacientes pierden las expectativas del tratamiento por la no mejoría de los síntomas y una inadecuada evolución de la enfermedad.<sup>(15)</sup>

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se hizo una revisión de diferentes publicaciones actualizadas sobre la epidemiología, patofisiología y tratamiento de la FM aparecidas en PubMed, Scielo, Hinari y Medline, además de artículos pertinentes, hasta comienzos del año 2017, de donde se seleccionaron diferentes artículos en base a la calidad, relevancia e importancia en cuanto a las nuevas directrices de esta enfermedad, con el objetivo de actualizar los cambios acaecidos recientemente en el diagnóstico y tratamiento de esta entidad, con mayor hincapié en la atención primaria de salud.

## DISCUSIÓN

El término fibromialgia (del latín fibra, fibra, que se refiere al tejido conjuntivo, del griego mio, músculo y algia, dolor),<sup>(6)</sup> es relativamente reciente en la historia de la descripción de esta enfermedad.<sup>(16)</sup>

En 1750, el médico británico sir Richard Manningham en su publicación "Síntomas, naturaleza, causas y cura de la febrícula o fiebre pequeña: comúnmente llamada fiebre nerviosa o histérica; la fiebre de los espíritus; vapores, hipo o bazo", cita descripciones similares a las hechas por Hipócrates que podrían corresponder a FM.<sup>(16)</sup>

En 1843, el anatomista alemán Robert R. Floriep describe "puntos sensibles", en su tratado de patología y terapia de los reumatismos donde propone una asociación entre reumatismo y puntos dolorosos de músculos rígidos.<sup>(16)</sup> En los años de 1881, el médico estadounidense George M. Beard escribió un libro llamado «American

Nervousness» donde describe a pacientes con neurastenia que presentaban pérdida de fortaleza, fatiga o cansancio de manera crónica, y en quienes se constata la presencia de múltiples puntos dolorosos e hiperalgia.<sup>(16)</sup>

En 1904, sir William R. Gowers se refiere como "fibrositis" a una condición en que asociaba el lumbago con dolores en los brazos y que él atribuía a "inflamación del tejido fibroso del músculo". En ese mismo año, Stockman, en Escocia, estudia un grupo de pacientes con rigidez y "un movimiento muscular doloroso" en los cuales describe biopsias musculares con "nódulos fibrosíticos", así también en 1915, Llewellyn y Jones, definen fibrositis como "un cambio inflamatorio del tejido fibroso intersticial del músculo estriado".<sup>(17)</sup>

En 1936, Hench niega el origen inflamatorio de la fibrositis, y da comienzo al desarrollo de las teorías acerca del origen psicológico de la enfermedad. Hallyday, en 1937, también propone un origen psicológico de la fibrositis.<sup>(16,17)</sup>

En 1946, el médico australiano Michael Kelly publicó una serie de estudios de la fibrositis basado en su propia experiencia de sufrir la enfermedad. En dichos trabajos, refuerza el concepto de puntos sensibles como eje central del diagnóstico, y propone una teoría ecléctica entre el origen psicológico y orgánico.<sup>(16,17)</sup>

En 1947, Boland y Corr, oficiales médicos del ejército estadounidense propusieron que la fibrositis no era más que un "reumatismo psicógeno". Phillip Ellman, en 1950, junto con David Shaw, respaldan esta teoría, y a partir del año 1963, se establece una escuela psico-reumática donde se hace referencia al dolor por auto alimentación, en donde una personalidad especial provoca una tensión mantenida que genera espasmo muscular y éste, a su vez, genera dolor, completándose de esta manera el círculo estrés-espasmo-dolor.<sup>(16,17)</sup>

En 1968, Kraft, Johnson y Kabam, establecen criterios diagnósticos basados en los puntos sensibles, la dermatografía y el alivio con el enfriamiento a base de cloruro de etilo. En 1972, Hugh Smythe describe la enfermedad en los términos modernos, "dolor generalizado y puntos de sensibilidad". En 1975, Harvey Moldofsky y el mismo Smythe, realizaron el primer estudio con electroencefalogramas, donde descubrieron que los pacientes con fibrositis mostraban un patrón de inclusión de ondas alfa, propias del sueño superficial, en lugar de las ondas delta del sueño profundo, dando la impresión de un sueño no reparador. En 1976, Hench propone el término de "fibromialgia", y lo define como una forma de reumatismo no articular. En 1992, la FM es reconocida como una enfermedad por la OMS y es clasificada con el código M79.7 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, en cuya revisión CIE-10 la clasifica dentro de los reumatismos.<sup>(16,17)</sup>

Durante la historia de la investigación de la FM se han propuesto varios sistemas de clasificación.<sup>(17)</sup>

En el año 1959, Rossenberg esbozó una clasificación para la entonces denominada "fibrositis". Posteriormente, en 1989, Vitoli expone la necesidad de contar con una clasificación del "síndrome de fibromialgia primaria" o fibrositis. En el año 1990, el Colegio Estadounidense de Reumatología, (ACR por sus siglas en inglés), estableció como criterio diagnóstico de fibromialgia, la presencia de dolor generalizado y en un conjunto de puntos con hiperalgia en al menos 11 de 18 puntos de sensibilidad (tender points) definidos. Se descartó la separación de FMz primaria y secundaria, y se abstrajo de la presencia concomitante de otra enfermedad reumatológica.<sup>(8,18,19)</sup>

En el año 1996, Turket,<sup>(20)</sup> pertenecientes al Servicio de Psiquiatría de la Universidad de Pittsburgh, definieron tres subgrupos entre los pacientes que

cumplían con los criterios diagnósticos de FM del CAR, de acuerdo con su perfil psicosocial, establecido mediante la aplicación de la prueba de personalidad West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (MPI). Estos grupos son: disfuncional, con gran dolor y discapacidad (DYS: Dysfunctional); con menos dolor que el grupo anterior, pero con poca aceptación de su enfermedad por sus cercanos (ID: Interpersonally Distressed); con menos dolor y estrés emocional, y sin interferencia con actividades de la vida diaria (AC: Adaptive Copers).

En el año 2001, se estableció una diferencia entre los pacientes con FM de acuerdo con la respuesta al dolor inducido por cambios de temperatura en el dorso de la mano, definiendo de esta forma dos grupos de acuerdo con el umbral del dolor: un grupo sensible termal (tanto al frío como al calor) y otro grupo levemente sensible al calor, teniendo una orientación fundamentalmente terapéutica.<sup>(21)</sup> Posteriormente en el 2003, Giesecke,<sup>(21)</sup> propuso unir la clasificación por perfil psicopatológico (promovido por el grupo de Turk) con el análisis personalizado de la respuesta al dolor (hiperalgesia y percepción dolorosa). Los resultados identificaron tres subgrupos de pacientes diferentes con un perfil psicopatológico muy bien definido, perfil que pudo relacionarse de una forma muy práctica con la forma en que cada uno de los subgrupos de pacientes afrontaba la respuesta al dolor. Esta clasificación considera el estado de ánimo, midiendo el grado de depresión y ansiedad que el paciente pueda tener; considera aspectos cognitivos, evaluando el catastrofismo y control del dolor; y considera variables biológicas tales como umbral del dolor y evaluación de los puntos dolorosos.<sup>(21)</sup>

En el año 2006, tras un amplio estudio sobre el perfil psicopatológico de los pacientes con fibromialgia, mediante la aplicación de los cuestionarios State-Trait Anxiety Inventory Estado/Rasgo (STAI-E/R), Beck Depression Inventory (BDI) y MMPI, se propuso una fórmula denominada «índice de perfil psicopatológico en fibromialgia» (Ippc), derivada del MMPI-2, que permite discriminar entre un "perfil A" y un "perfil B", los cuales indican la gravedad psicopatológica y, consecuentemente, el tipo de intervención psicoterapéutica más adecuada.<sup>(16,18,20)</sup>

### **En el año 2007, Müller estableció una clasificación de fibromialgia basada en cuatro grupos:<sup>(16)</sup>**

- Fibromialgia con extrema sensibilidad al dolor, sin enfermedad psiquiátrica asociada.
- Fibromialgia acompañada de síndrome depresivo.
- Depresión acompañada de síndrome de fibromialgia.
- Fibromialgia debida a somatización.

Sin embargo, esta clasificación se basó en la experiencia personal de Müller sin análisis estadístico y la terminología utilizada es cuestionada por la comunidad psiquiátrica. Además, los grupos 2 y 3 son difíciles de diferenciar.

### **Su epidemiología**

Wolfe, et al,<sup>(9)</sup> estimaron que la prevalencia de fibromialgia en la población norteamericana era 2% (3.5% en las mujeres y 0.5% en los hombres). Sin embargo, esta investigación utilizó los criterios del Colegio Americano de Reumatología de 1990, pero estos criterios supusieron un error de casi la mitad de los pacientes diagnosticados clínicamente de FM. Así esta estimación es probablemente demasiado bajas, además es posible que hayan sub valorado el predominio en hombres que tienen menos puntos dolorosos a la presión. Un estudio por Vincent,<sup>(22)</sup> que uso los criterios diagnósticos del CAR I 2010

estimaron el predominio de FM era de 6.4% (7.7% en las mujeres y 4.9% en los hombres), es probable que esta proporción de casos según sexo sea más exacta.

### **Los datos de seis países europeos arrojan los siguientes datos.<sup>(23)</sup>**

Alemania: 3,2%

España: 2,4% (Entre 0,7 a un 20% en diferentes estudios)

Francia: 1,4%

Italia: 3,7%

Portugal: 3,6%

Suecia: 2,5%

Afecta a las mujeres 10 veces más que los hombres.<sup>(21,22)</sup>

Con un predominio general de 5.8% en las mujeres y 3.5% en los hombres. Sin embargo, esta estimación usó la Encuesta de Fibromialgia de Londres para Estudio Epidemiológico (LFESSQ),<sup>(14)</sup> un método no estandarizado para identificar a los pacientes con FM. Otro estudio que usa el LFESSQ estimó el predominio de FM por lo menos en Túnez fue de 8.3%.<sup>(23-25)</sup>

White et al,<sup>(26)</sup> estimaron que la prevalencia de FM fue de 3.3 % en Ontario, Canadá (4.9 % mujeres contra 1.6 % hombres). Sin embargo, esta estimación que usó los criterios del CAR del 1990, es probable que esta la estimación sea baja, particularmente en la población masculina.

El predominio de FM en la población general de Brasil se ha estimado en 4.5 %. Un estudio brasileño con una mayor población estimó el predominio en 5.5%; todos los pacientes identificados con FM en ambos estudios brasileños eran mujeres, a pesar de un porcentaje elevado de participantes masculinos. Aunque en ambos estudios usaron los criterios del 1990, es probable el número de varones se infravaloró.<sup>(23)</sup>

En los Estados Unidos, las mujeres afroamericanas tienen un mayor predominio de FM que las mujeres blancas,<sup>(26,27)</sup> sin embargo, el dolor corporal y la sensibilidad están asociadas con el estado socio-económico disminuido, para que ésta puede ser una influencia importante en las diferencias raciales. Otro estudio que compara poblaciones de Sephardic y Ashkenazicen las mujeres israelitas encontró que la educación, en lugar de la identidad étnica, era un factor determinante en los rasgos clínicos de la FM.<sup>(27)</sup> Los estudios en China parecen demostrar un predominio de FM más bajo que en los Estados Unidos y Europa.<sup>(28,29)</sup>

Se necesitan más investigaciones para poder entender bien las diferencias raciales, pero ha estado limitado por la necesidad de realizar los exámenes de los propios reportes para identificar a los pacientes. La reciente demostración que una encuesta del auto reporte que usa los criterios modificados del CAR 2010 sobre FM puede identificar con mayor confiabilidad a las pacientes portadores de FM y puede permitir más estudios sobre la raza.<sup>(11)</sup>

Aunque el predominio global de la FM se estima en 2.7%, estudios epidemiológicos han aportado diferentes resultados acorde al país donde se realizó el estudio.<sup>(2)</sup> Hasta fecha reciente la gran mayoría de los estudios se basaron en los criterios del Colegio Médico de Reumatología del año 1990,<sup>(1,8)</sup> el cual presentaba notables diferencias de género, lo que produjo un desbalance de género; usando éstos criterios, el predominio de FM en el sexo femenino fue de 3.4%, y 0.5% en los varones (una proporción de ~7: 1).<sup>(6,9)</sup> Esto podría explicarse porque en el 1990 se

exigió que el dolor tenía que aparecer a la palpación en lo menos 11 de 18 puntos, para la confirmación del diagnóstico de FM, 1,8 junto a esto los varones tienen un umbral de dolor a la presión mucho más elevado que las féminas.<sup>(5,17)</sup> En un reciente estudio que usó los criterios actualizados del 2010,<sup>(8)</sup> los que no requerían del dolor a la palpación en los puntos gatillo, se observó un predominio de 7.7% en las mujeres y 4.9% en hombres,<sup>(15)</sup> estrechando la distancia entre ambos sexos de 1.6: 1 muy similar a lo encontrado en otras enfermedades crónicas dolorosas.<sup>(5)</sup>

Aunque han sido evaluados diferentes mecanismos en la patogenia de la FM, la evidencia más reciente sugiere una disfunción del sistema nervioso central en el procesamiento del dolor, que incluye trastornos sensitivos y/o una reacción exagerada de tipo central al dolor, en los pacientes con FM.<sup>(5,6)</sup> Esto se explica por el llamado control del volumen para la sensación de dolor,<sup>(6)</sup> por lo que los pacientes experimentan la alodinia (sensibilidad dolorosa elevada a estímulos que no son dolorosos), e hiperalgesia (una respuesta exagerada a los estímulos dolorosos).<sup>(6,20,21)</sup> En los pacientes portadores de FM por consiguiente el dolor se experimenta al tacto, lo que no sucede en personas normales, ya que exhibe una sensibilidad aumentada y/o un umbral disminuido a una gran variedad de estímulos, incluso el calor, frío, audio y estímulos eléctricos.<sup>(20,21)</sup> Esta teoría de hipersensibilización central o exageración de la respuesta dolorosa ayuda a explicarlos heterogéneos aspectos clínicos y algunos de los síntomas asociados, porque muchos se deben al mismo neurotransmisor que controla dolor, el sensorio, sueño, memoria y estado de alerta.<sup>(4,19,28)</sup>

La FM se puede desarrollar a cualquier edad, incluso en la niñez, aunque la edad promedio es a la mitad de la vida,<sup>(1,2,4)</sup> mientras las causas exactas de la FM son inciertas, se piensa que están involucrados mecanismos epigenéticos (trauma mental o físico, o enfermedad médica anterior) y factores genéticos (los familiares de primer grado de pacientes con FM tienen una probabilidad de ocho veces más de desarrollar FM).<sup>(8,9,24)</sup> La FM es una condición invalidante,<sup>(13)</sup> asociada a varias comorbilidades que incluyen trastornos cardíacos, psiquiátricos, del sueño, intestino irritable, síndrome de fatiga crónico, cistitis intersticial, cefaleas/migraña, hipertensión, obesidad y trastornos del metabolismo lipídico, lo que se superpone a la invalidez propia de la enfermedad y amplifica el costo del tratamiento.<sup>(29,30)</sup>

## **Diagnóstico de fibromialgia**

La FM es una enfermedad con características clínicas únicas, lo que la convierte en una entidad de un fácil diagnóstico en la atención primaria. El diagnóstico puntual de la entidad es un componente esencial para el manejo exitoso de la FM.<sup>(8,9)</sup> Diferentes estudios han mostrado que el diagnóstico adecuado de la FM está asociado con una mejoría del estado salud, y una reducción en la utilización de recursos médicos y los costos asociados (en particular, una reducción en las interconsultas e investigaciones).<sup>(27-29)</sup>

## **Criterios del Colegio Americano de Reumatología (CAR)**

Los primeros criterios del CAR para FM, se publicaron en 1990,<sup>(8-10)</sup> dirigidos fundamentalmente a la investigación y no a la práctica clínica. Estos criterios aunque presentes en la literatura médica no fueron usados regularmente en la atención primaria, posiblemente debido la única utilización de puntos y la falta de consideración de otros síntomas.<sup>(3)</sup>

En el año 2010 el CAR publicó nuevos criterios diagnóstico criterio que exigen una evaluación de los pacientes mediante un cuestionario para determinar los

resultados por un índice de dolor generalizado (WPI) y una otro se severidad de los síntomas (SS).<sup>(9,10)</sup>

El WPI cuantifica la magnitud de dolor corporal en una escala de 0-19 preguntándole a los pacientes si ellos han tenido dolor o mayor sensibilidad en las 19 regiones estudiadas (la cintura del hombro, cadera, mandíbula, brazo, muslo, ante brazo, y la pierna en cada lado del cuerpo, así como la espalda, región lumbosacra, el pecho, cuello, y abdomen) durante la última semana, en cada región dolorosa o aumento de la sensibilidad.

La escala SS cuantifica la severidad del síntoma en una numeración de 0-12 midiendo la problemática de la fatiga, el trastorno cognoscitivo y el sueño no reparador durante la última semana cada uno en una escala de 0-3, con 0 = ningún problema, 1 = un desaire o un problema ligero (generalmente ligero o intermitente), 2 = un problema moderado o considerable (a menudo presente y/o a un nivel moderado), y 3 = un severo, continuo, un problema que perturba la calidad de vida. Estas cuentas se suman para alcanzar una medidas de los síntomas y su severidad, en una escala de 0-3, con 0 = ningún síntoma, 1 = síntomas escasos, 2 = un número moderado de síntomas, y 3 = mucho síntomas.

### **El diagnóstico de FM se realiza al reunir estas tres condiciones:**

- La cuenta de WPI es 7 o superior y el SS es igual a 5 o superior o el WPI es 3-6 y los SS son 9 o superior.
- Los síntomas han estado presentes en un nivel similar durante por lo menos 3 meses.
- El paciente no tiene otra dolencia que explique el dolor.

### **Diagnóstico de la FM en la práctica médica**

En la práctica clínica, se debe pensar en FM ante cualquier paciente con dolores multifocales o difusos.<sup>(6,31,32)</sup> La FM también puede aparecer como una co morbilidad en pacientes con enfermedades reumáticas, incluso la osteoartritis, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, y espondilitis anquilosante,<sup>(32,33)</sup> en pacientes con otras causas de dolor,<sup>(34)</sup> y en aquellos con hipotiroidismo.<sup>(35)</sup> La sospecha de FM podría aparecer durante la progresión del síntoma, sobre todo si son múltiples las consultas por dolor crónico en varias áreas del cuerpo, cansancio y problemas del sueño.<sup>(33-35)</sup>

La presencia de algunas co morbilidades también podría ser un factor importante para el diagnóstico de FM, sobre todo los trastornos del humor, IBS, migraña, dolor pelviano o genitourinario y trastornos temporo mandibular.<sup>(34)</sup> Sin embargo, la presencia de co morbilidades pueden complejizan el cuadro del paciente y es probable que entorpezcan el diagnóstico. Es probable que estos pacientes necesiten de mayor tiempo del médico y también pueden requerir la colaboración de otros especialistas para alcanzar un diagnóstico exacto y el manejo óptimo.<sup>(3,34)</sup>

Es importante el saber que la FM no es un diagnóstico para ser planteado como un último recurso después de valorar otras condiciones. El médico debe evaluar cuidadosamente la historia médica del paciente para determinar si cumple con los requisitos de FM, luego debe realizar un riguroso examen físico (sistema osteomioarticular, y neurológico buscando entre otras cosas puntos dolorosos a la digito presión) para poder evaluar otras causas potenciales de los síntomas.<sup>(8,10)</sup>

Las pruebas del laboratorio normalmente no son necesarias para confirmar el diagnóstico de FM. Las pruebas básicas como el hemograma completo, y la química sanguínea podrían tenerse como una guía, junto a las pruebas de función tiroidea, para descartar el hipotiroidismo que es muy común y además tratable, pero los estudios serológicos no son necesarios a menos que presente una enfermedad auto-inmune u otra sospecha derivada del examen clínico.<sup>(5,6)</sup> Una vez diagnosticado, el tratamiento debe comenzarse de inmediato, aun cuando sean necesarias algunas pruebas para aclarar algunos signos o síntomas, o quizás puede requerirse la interconsulta con otro especialista para la evaluación de las comorbilidades.<sup>(36,37)</sup>

Una encuesta auto realizado, que fue desarrollada por los investigadores franceses, la Herramienta de Cribado Rápido de la Fibromialgia (FiRST) consiste en seis preguntas con respecto a la presencia o ausencia de los siguientes síntomas de fibromialgia:<sup>(11)</sup>

- Dolor generalizado.
- Fatiga.
- Las características de dolor.
- Sensaciones anormales no dolorosas.
- Síntomas somáticos funcionales.
- Problemas con el sueño y alteraciones cognoscitivas.

Las respuestas son solo si o no, cada es un punto, cinco o más puntos tienen una alta sensibilidad y especificidad para la fibromialgia.<sup>(11)</sup>

## **Tratamiento de la fibromialgia**

Como la patogenia de la FM no ha sido completamente elucidada, esto ha limitado el desarrollo de tratamientos definitivos que modifiquen el curso de la enfermedad. Las opciones del tratamiento actual se enfocan en el manejo del síntoma para mejorar la función y calidad de vida. Sin embargo, generalmente se acepta la integración de tratamientos farmacológicos y no-farmacológicos que proporcionaran un mejor resultado para el paciente.<sup>(35,36)</sup>

### **Estrategias para el tratamiento en la atención primaria**

La clave del tratamiento eficaz de los pacientes con FM en la atención primaria es una conducta integrada de tratamiento, con una estrecha coordinación entre el apoyo clínico y no-clínico, educación multifacética y claridad de metas y de expectativas.

### **Educación médica**

Para asegurar que el diagnóstico y tratamiento adecuado de la FM tenga lugar en la atención primaria, el médico familiar, debe tener las herramientas necesarias y estar entrenando en el reconocimiento de los síntomas y la aplicación adecuada del tratamiento adecuado. Desgraciadamente, aunque los médicos de la atención primaria reciben entrenamiento en la valoración básica del dolor, en muchos casos, es demasiado superficial.<sup>(37)</sup> Por lo que serían necesarios entrenamientos adicionales por especialistas o colegas con experiencia en el manejo del dolor crónico, diseminar la información y traducir el conocimiento en habilidades y acciones.<sup>(38)</sup>

La falta de conocimiento acerca de los criterios diagnósticos podría ser la razón que lleva a retrasos del diagnóstico de la FM, pero los médicos de atención primaria también podrían estar limitados por el tiempo disponible en la consulta para hacer un diagnóstico exacto, particularmente cuando los pacientes tienen múltiples síntomas que deben evaluarse y discutirse con otros especialistas.<sup>(8)</sup> El desarrollo, aprobación y aplicación de diferentes herramientas para simplificar la valoración del síntoma podrían ser una manera para mejorar la exactitud del diagnóstico y reducir los retrasos para el comienzo del tratamiento.<sup>(11)</sup>

## **Educación sanitaria**

Al igual que en cualquier enfermedad crónica que requiera un manejo continuado, la educación del paciente es crítica para obtener la comprensión necesaria, aceptación y autogestión de su enfermedad. El médico de la atención primaria debe formar una estrecha relación terapéutica con los pacientes y proporcionar un apoyo continuo, el uso de una terminología familiar podría ayudar al paciente a entender el cuadro clínico y podría proporcionar conocimientos adecuados acerca de su enfermedad.<sup>(4)</sup> Sin embargo, debido a que el tiempo de educación sanitaria por el médico es limitado en la consulta, el uso de personal de apoyo para proporcionar esta información suplementaria es importante, junto con los detalles de diferentes fuentes educativas (libros, sitios de Web, y diferentes panfletos).<sup>(4,37)</sup>

## **Crear objetivos terapéuticos**

Es importante para los pacientes con FM comprender las limitaciones de los tratamientos actuales y reconocer que la terapia actual podría restaurar y mantener la calidad de vida y podría reducir el dolor, pero raramente quitará completamente el dolor.<sup>(17)</sup> Muchos aspectos de vida diaria podrían ser afectados por la FM, un paso importante es identificar qué es más importante para el paciente y desarrollar un plan de tratamiento basado en las áreas priorizadas del paciente. Mientras algunos pacientes podrían querer una reducción simple del dolor, otros podrían preferir obtener un sueño reparador, o reducir la fatiga, para poder mejorar su trabajo o las relaciones familiares.<sup>(17,18)</sup> Estas metas deben establecerse después del diagnóstico, mantener su estructura y guía en las consultas futuras para poder tomar decisiones acerca del tratamiento, pero es importante que ellos sean realistas, específicos y concededores de la enfermedad para poder proporcionar una medida del beneficio del tratamiento.<sup>(4,17)</sup>

## **Tratamiento farmacológico**

Los pacientes por lo general han utilizado múltiples medicamentos, antes de acudir al médico, que incluyen los analgésicos básicos, como el acetaminofén y los antiinflamatorios no esteroideos,<sup>(37)</sup> aunque muchos de ellos muestran una elevada eficacia. De mayor importancia es el uso de opioides, por su potencial mal uso y la adicción que puede provocar, a pesar de que diversos ensayos clínicos que indican que los opioides no reducen el dolor en la FM.<sup>(38,39)</sup>

En los Estados Unidos en la actualidad han sido aceptadas tres drogas para el tratamiento de la FM: la Pregabalina (Pfizer Inc., Nueva York, NY,<sup>(40)</sup> aprobado 2007), el duloxetine (Eli Lilly y Compañía, Indianapolis, IN; 2008)<sup>(41)</sup> y milnacipran (Forest Pharmaceuticals, Inc., St. Louis, MO; 2009).<sup>(42)</sup> Estos medicamentos aumentan la actividad inhibitoria de los neurotransmisores o reducen la actividad facilitadora del neurotransmisor. Se recomienda el uso escalonado de las dosis terapéuticas para mejorar la respuesta del paciente.

En contraste, no existe ningún medicamento aprobado actualmente para el tratamiento de la FM en Europa, aunque la pregabalina, duloxetine y milnacipran han sido aceptados en Europa pero con otras indicaciones.<sup>(43,44)</sup>

Otros medicamentos como la amitriptilina, el ciclobenzaprino, gabapentin y fluoxetine han demostrado eficacia en ensayos aleatorizados, aunque no han sido aceptados para esta indicación por la agencia de medicamentos y alimentos (FDA) de los Estados Unidos.<sup>(44)</sup> La selección de los agentes farmacológicos para el tratamiento de la FM debe basarse en varios factores, incluso la presencia de síntomas adicionales (por ejemplo la fatiga, alteraciones del sueño) junto al dolor, la presencia de comorbilidades como ansiedad o enfermedad reumática, y la tolerabilidad.<sup>(6)</sup> Los pacientes con FM exigen a menudo múltiples medicamentos para tratar sus síntomas y comorbilidades, por lo que es importante seleccionar la combinación de terapias que no presenten interacciones o reacciones adversas.<sup>(44)</sup>

## **Tratamiento no farmacológico**

El tratamiento no farmacológico debe ser un componente integral del plan general del paciente portador de FM. La educación del paciente, ejercicios, terapia psicológica, e higiene del sueño, son los tratamientos no-farmacológicos mayormente estudiados y que han demostrado la eficacia en los pacientes con FM.<sup>(4,7)</sup>

Existen múltiples materiales educativos que podrían ser aplicados en series de terapia grupal, donde los pacientes y los familiares puedan intercambiar libremente sus experiencias y expectativas.

Entre las diferentes variantes de ejercicios, el ejercicio aeróbico parece ser el más beneficioso, comenzando con baja actividad, (como caminar, nadar o ciclismo en una bicicleta estacionaria) e ir incrementando la intensidad con el tiempo para alcanzar por lo menos una meta de 30-60 min de ejercicio dos a tres veces por semana.<sup>(38)</sup> El régimen de ejercicios mantenido ha sido asociado con mejorías mantenidas. Debe hacerse hincapié en la higiene de sueño basado en los medios disponible en el área local y accesibilidad para los pacientes.

La medicina alternativa y complementaria podría ser considerada, pero en general hay muy pocos estudios aleatorizados al respecto (por ejemplo el yoga, el tai-chi, acupuntura, quiropráctica, la terapia del masaje, la terapia neural, los formularios de terapia física, la terapia de relajación y la dieta) en pacientes con FM.<sup>(3,6)</sup>

## **Tratamiento multimodal integrado**

Un programa terapéutico comprensivo debe incluir tratamientos no-farmacológicos, terapias farmacológicas y estrategias de ejercitación activas por los pacientes. Cuando la FM está asociada a una gran constelación de síntomas, ningún tratamiento aislado puede solucionar el problema. El tratamiento debe ser flexible, incorporar cambios acorde a los progresos de la terapéutica, y es probable que requiera la colaboración de varios especialistas para el tratamiento de algunas comorbilidades. Los pacientes pueden por ellos mismos identificar y mantener las estrategias de tratamiento, en un esfuerzo por reducir su invalidez, al igual que las comorbilidades, como la depresión severa o el marcado stress psicosocial, lo que podría hacer necesario la interconsulta con un especialista de salud mental, mientras otras comorbilidades podrían requerir el tratamiento adicional de un grupo de especialistas como reumatólogos, gastroenterólogos etc. El médico de la

atención primaria juega un papel decisivo en la coordinación de los especialistas y personal auxiliar para mantener la continuidad del tratamiento del paciente.

## CONCLUSIONES

El diagnóstico y tratamiento de la FM es actualmente un proceso largo y complejo, que involucra muchas visitas al consultorio, referidos innecesarios y costosas pruebas complementarias. El manejo centrado en el paciente, que ya ha sido implementado en otras enfermedades crónicas, podría proporcionar la clave para reducir el tiempo del diagnóstico y alcanzar mejores resultados. El cuidado del paciente en la atención primaria necesita de un modelo de atención de todo el equipo de trabajo incorporando a profesionales con un rango de habilidades y entrenamiento de un nivel superior, para lograr un mayor nivel de eficacia trabajando juntos para el beneficio del paciente. Un acercamiento multifacético al tratamiento, incluyendo la educación sanitaria del paciente y las terapias no-farmacológicas y farmacológicas, son una base importante del tratamiento, pero la prioridad y el control del progreso debe estar acorde a las expectativas del paciente. El acercamiento entre el equipo de salud y el paciente podría formar parte de las prácticas trans-sectoriales en el tratamiento de estos enfermos en la atención primaria de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López-Pousa S, Garre-Olmo J, de Gracia M. Development of a multidimensional measure of fibromyalgia symptomatology: The comprehensive rating scale for fibromyalgia symptomatology. *J Psychosom Res.* 2013;74(5). Citado en PubMed; PMID: 23597325.
2. Borchers AT, Gershwin ME. Fibromyalgia: A Critical and Comprehensive Review. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2015;49(2): Citado en PubMed; PMID: 26445775.
3. Arnold LM, Gebke KB, Choy EHS. Fibromyalgia: Management Strategies for Primary Care Providers. *Int J ClinPract.* 2016;70(2). Citado en PubMed; PMID: 26817567.
4. Queiroz LP. Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Curr PainHeadache Rep.* 2013;17(8). Citado en PubMed; PMID: 23801009.
5. Clauw DJ, Arnold LM, McCarberg BH. The science of fibromyalgia. *Mayo Clin Proc.* 2011;86(9). Citado en PubMed; PMID: 21878603.
6. Umeda M, Corbin LW, Maluf KS. Preliminary investigation of absent nociceptive flexion reflex responses among more symptomatic women with fibromyalgia syndrome. *Rheumatol Int.* 2013;33(9). Citado en PubMed; PMID: 23553516.
7. Hadker N, Garg S, Chandran AB. Primary care physicians' perceptions of the challenges and barriers in the timely diagnosis, treatment and management of fibromyalgia. *Pain Res Manag.* 2011;16(9). Citado en PubMed; PMID: 3298044.

- 8 .Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res.* 2010;62. Citado en PubMed; PMID: 20461783.
9. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2011;38(6): Citado en PubMed; PMID: 21285161.
10. MacReady N. Test Excludes Fibromyalgia in Patients With Rheumatic Disease. *Medscape Medical News* [Internet]. 2016 [citado 03/02/2017]. Disponible en: <https://www.medscape.com/viewarticle/865753>
11. Fan A, Tournadre A, Pereira B, et al. Performance of Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FiRST) to detect fibromyalgia syndrome in rheumatic diseases. *Rheumatology (Oxford).* 2016;55(10). Citado en PubMed; PMID; 27313278.
12. Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Goldenberg DL. 2012 Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome: executive summary. *Pain Res Manag.* 2013;18(3). Citado en PubMed; PMID: 23748251.
13. McNett M, Goldenberg D, Schaefer C. Treatment patterns among physician specialties in the management of fibromyalgia: results of a cross-sectional study in the United States. *Curr Med Res Opin.* 2011;27. Citado en PubMed; PMID: 21294700.
14. Price C, Lee J, Taylor AM Initial assessment and management of pain: a pathway for care developed by the British Pain Society. *Br J Anaesth* 2014;112(5). Citado en PubMed; PMID: 24638234.
15. Arnold LM, Clauw DJ, McCarberg BH. Improving the recognition and diagnosis of fibromyalgia. *Mayo Clin Proc.* 2011;86(5). Citado en PubMed; PMID; 21531887.
16. Wang SM, Han C, Lee SJ. Fibromyalgia diagnosis. A review of the past, present and future. *Expert Rev Neurother.* 2015;15(6):667-79. Citado en PubMed; PMID; 26035624.
17. Phillips K, Clauw DJ. Central pain mechanisms in chronic pain states—maybe it is all in their head. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2011;25(2):141-45. Citado en PubMed; PMID: 22094191.
18. Wells AF, Arnold LM, Curtis CE. Integrating health information technology and electronic health records into the management of fibromyalgia. *Postgrad Med.* 2013;125(4). Citado en PubMed; PMID; 23933895.
19. Danneskiold-Samsøe B, Bartels EM. The history of fibromyalgia. *Future Medicine* [Internet]. 2013 [citado 04/02/2017];15(6). Disponible en: <https://www.futuremedicine.com/doi/10.2217/fmeh2013.13.92>
20. Turk DC, Okifuji A, Sinclair JD, et al. Pain, disability, and physical functioning in subgroups of patients with fibromyalgia. *J Rheumatol.* 1996;23(7):1255-62. Citado en PubMed; PMID: 8823701.
21. Ramos RR. Características epidemiológicas de los pacientes evaluados por fibromialgia en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid.

SEMERGEN-Medicina de Familia [Internet] 2017 [citado 04/02/2017]; 43(1):28-33. Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359315004426>

22. Vincent A, Lahr BD, Wolfe F. Prevalence of fibromyalgia: a population-based study in Olmsted County, Minnesota, utilizing the Rochester Epidemiology Project. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013;65(5). Citado en PubMed; PMID: 23203795.
23. Clark P, Paiva ES, Ginovker A. A patient and physician survey of fibromyalgia across Latin America and Europe. *BMC Musculoskelet Disord*. 2013;14:188. Citado en PubMed; PMID: 23767857.
24. Perrot S, Winkelmann A, Dukes E. Characteristics of patients with fibromyalgia in France and Germany. *Int J Clin Pract*. 2010;64. Citado en PubMed; PMID: 20497264.
25. Haviland MG, Banta JE, Przekop P. Fibromyalgia: prevalence, course, and comorbidities in hospitalized patients in the United States, 1999–2007. *Clin Exp Rheumatol*. 2011; 29. Citado en PubMed; PMID: 22243553.
26. White LA, Birnbaum HG, Kaltenboeck A. Employees with fibromyalgia: medical comorbidity, healthcare costs, and work loss. *J Occup Environ Med*. 2008;50(1). Citado en PubMed; PMID: 18188077.
27. Palstam A, Bjersing JL, Mannerkorpi K. Which aspects of health differ between working and nonworking women with fibromyalgia? A cross-sectional study of work status and health. *BMC Public Health*. 2012;12:1076. Citado en PubMed; PMID: 23237146.
28. Glass JM, Williams DA, Fernández-Sánchez ML, et al. Executive function in chronic pain patients and healthy controls: different cortical activation during response inhibition in fibromyalgia. *J Pain*. 2011;12(12). Citado en PubMed; PMID: 21945593.
29. Jones GT, Atzeni F, Beasley M. The prevalence of fibromyalgia in the general population: a comparison of the American College of Rheumatology 1990, 2010, and modified 2010 classification criteria. *Arthritis & Rheumatology*. 2015;67(2). Citado en PubMed; PMID: 25323744.
30. Briones-Vozmediano E, Vives-Cases C, Ronda-Pérez E. Patients' and professionals' views on managing fibromyalgia. *Pain Res Manag*. 2013;18. Citado en PubMed; PMID: 23457682.
31. Robinson RL, Kroenke K, Mease P. Burden of illness and treatment patterns for patients with fibromyalgia. *Pain Med*. 2012;13. Citado en PubMed; PMID: 22958298.
32. Martin SA, Coon CD, McLeod LD. Evaluation of the fibromyalgia diagnostic screen in clinical practice. *J Eval Clin Pract*. 2014;20. Citado en PubMed; PMID: 24283211.
33. Haliloglu S, Carlioglu A, Akdeniz D. Fibromyalgia in patients with other rheumatic diseases: prevalence and relationship with disease activity. *Rheumatol Int*. 2014;34. Citado en PubMed; PMID: 24589726.

34. Davis JA, Robinson RL, Le TK. Incidence and impact of pain conditions and comorbid illnesses. *J Pain Res.* 2011;4. Citado en PubMed; PMID: 22090802.
35. Ahmad J, Tague CE. Fibromyalgia and chronic widespread pain in autoimmune thyroid disease. *Clin Rheumatol.* 2014;33(7). Citado en PubMed; PMID: 24435355.
36. Ablin J, Fitzcharles MA, Buskila D. Treatment of fibromyalgia syndrome: recommendations of recent evidence-based interdisciplinary guidelines with special emphasis on complementary and alternative therapies. *Evid Based Complement Altern Med.* 2013;2013:485272. Citado en PubMed; PMID: 3856149.
37. Staud R. Abnormal endogenous pain modulation is a shared characteristic of many chronic pain conditions. *Expert Rev Neurother.* 2012;12(5):577. Citado en PubMed; PMID: 22550986.
38. Porter ME, Pabo EA, Lee TH. Redesigning primary care: a strategic vision to improve value by organizing around patients' needs. *Health Aff (Millwood).* 2013;32. Citado en PubMed; PMID: 23459730.
39. Peikes DN, Reid RJ, Day TJ. Staffing patterns of primary care practices in the comprehensive primary care initiative. *AnnFam Med.* 2014;12(2). Citado en PubMed; PMID: 24615310.
40. DAILYMED. Lyrica (pregabalin) capsules, CV; Lyrica (pregabalin) oral solution, CV [Internet]. New York: Pfizer Pharmaceuticals; 2013 [citado 04/02/2017]. Disponible en: <https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=60185c88-ecfd-46f9-adb9-b97c6b00a553>
41. Lilly. Cymbalta (duloxetine delayed-release capsules) for oral use Indianapolis. Indianapolis: Lilly USA, LLC; 2012.
42. FDA-Approved Medication Guide. Savella (milnacipranHCl) tablets [Internet] . St. Louis, MO: Forest Laboratories, Inc; 2013 [citado 04/02/2017]. Disponible en: <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/ucm089121.pdf>
43. Lauche R, Hauser W, Jung E. Patient-related predictors of treatment satisfaction of patients with fibromyalgia syndrome: results of a cross-sectional survey. *Clin Exp Rheumatol;* 2013;31. Citado en PubMed; PMID: 23710561.
44. O'Malley AS, Gourevitch R, Draper K. Overcoming challenges to teamwork in patient-centered medical homes: a qualitative study. *J Gen Intern Med.* 2015;30. Citado en PubMed; PMID: 25385207.

#### **Conflicto de intereses:**

El autor declara que no existen conflictos de intereses.

## **CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO**

Arredondo Bruce AE, Pérez Ojeda I, Santana Gutiérrez O. La fibromialgia con una visión desde la atención primaria. Rev Méd Electrón [Internet]. 2018 Sep-Oct [citado: fecha de acceso]; 40(5). Disponible en:  
<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2229/4011>