Fibromialgia

SANIDAD 2011
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

Fibromialgia

SANIDAD 2011
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

Edita y distribuye:
© MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

NIPO CDRom: 860-11-211-1
ISBN: 978-84-7670-717-3
D.L.: M-44759-2011

Imprime: DIN Impresores, S.L.
Cabo Tortosa, 13-15. Pol.Ind Borondo - 28500 - Arganda del Rey (Madrid)

http://publicacionesoficiales.boe.es

Fibromialgia

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

Grupo redactor

- Collado Cruz, Antonio. Especialista en Reumatología. Coordinador de la Unidad de Fibromialgia. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona.
- Cuevas Cuerda, María Dolores. Jefa de Servicio de Protocolización e Integración asistencial. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Valencia.
- Estrada Sabadell, María-Dolors. Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS). Barcelona.
- Flórez García, Mariano Tomás. Jefe de la Unidad de Rehabilitación. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.
- Giner Ruiz, Vicente. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Especialista en Reumatología. Centro de Salud Ciudad Jardín. Alicante.
- Marín López, Josefina. Servicio de Dirección de Programas y Coordinación Asistencial. Murcia.
- Pastor Mira, María Ángeles. Doctora en Psicología. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández de Elche. Alicante.
- Rodríguez Ortiz de Salazar, Begoña. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Subdirectora General Adjunta de Prestaciones Sanitarias MUFACE. Ministerio de Política Territorial y Administración Pública.
- Sanz Amores, Reyes. Servicio de Calidad y Procesos. Consejería de Salud de Andalucía. Sevilla.

Coordinación

- Díaz de Torres, Pilar.
  Prieto Yerro, Isabel.
  Subdirección General de Alta Inspección y Cartera de Servicios. Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

- López Rodríguez, Rosa María.
  Observatorio de Salud de las Mujeres. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Apoyo administrativo

- García Martín, Ángel. Subdirección General de Alta Inspección y Cartera de Servicios. Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Revisores

- Calvo Sáez, José Ignacio. Médico especialista en Anestesiología y Reanimación. Jefe de Sección de la Unidad del Dolor del Complejo Hospitalario de Navarra.
- Condón Huerta, Mª Jesús. Médica especialista en Rehabilitación. Jefa del Servicio de Rehabilitación del Complejo Hospitalario de Navarra.
- Fuster i Culebras, Juli M. Director General de Planificación y Financiación. Consejería de Salud y Consumo del Gobierno de las Illes Balears.
- Gorriz Herranz, Francisco. Psicólogo Clínico. Clínica de Rehabilitación de la Dirección de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- Lasanta Sáez, Mª José. Directora de la Agencia Navarra de la Salud. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.
- Loza Cortina, Eduardo. Médico especialista en Reumatología. Jefe de Sección de Reumatología del Complejo Hospitalario de Navarra.
- Nuin Villanueva, María Ángeles. Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y en Medicina Preventiva y Salud Pública. Jefe de Sección de Evaluación y Calidad Asistencial de la Dirección de Atención Primaria de Navarra.
- Puente García, Justo. Jefe de Área de Gestión de Responsabilidad Sanitaria. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).
- Rodríguez Garavano, María Graciela. Bioquímica y Analista Clínica. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS). Barcelona.
- Tiberio López, Gregorio. Médico especialista en Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Navarra.

Sociedades científicas

- Instituto Médico Valenciano (Federación de Sociedades Científicas de la Comunidad Autónoma Valenciana).
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

- Sociedad Española de Psiquiatría (SEP).
- Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF).
- Sociedad Española de Reumatología (SER).
- Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud Siglo XXI (SEPCyS).

Asociaciones de afectados

- Confederación Nacional de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica.
- Plataforma Nacional para la FM, SFC, SQM, Reivindicación de derechos.
- Asociación de Afectados de Fibromialgia de La Ribera (ADAFIR).
- Asociación de Ayuda a Familiares y Enfermos de Fibromialgia de Elche (AFEFE).
- Asociación de Fibromialgia de Alcoy (ASFIAL).
- Asociación de Fibromialgia de la Comunidad de Madrid (AFIBROM).
- Asociación de Fibromialgia de la Safor. Oliva (AFISA).
- Asociación de Fibromialgia de Navarra (AFINA).
- Asociación de Fibromialgia y Astenia Crónica de San Vicente (AFACSV).
- Asociación de Fibromialgia y Fatiga crónica de la Vall de Albaida. Ontinyent (AFIVA).
- Asociación de Fibromialgia y Fatiga crónica de Marina Alta. Denia (AFIMA).
- Asociación de Fibromialgia y Fatiga crónica de Torrevieja (ASIMEPP).
- Asociación de Niños y Afectados por Fibromialgia, Síndrome de Fatiga Crónica y Sensibilidad Química Múltiple (ANAFIQ).
- Asociación Navarra de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica (FRIDA).
- Asociación Valenciana de Afectados de Fibromialgia (AVAFI).

Índice

Presentación 13

Abreviaturas 15

Glosario 17

1. Introducción 19
2. Objetivos 21
3. Metodología 23
4. Mecanismos fisiopatológicos de la Fibromialgia 25
5. Diagnóstico 29

5.1. Anamnesis 29
5.2. Exploración física 30
5.3. Criterios diagnósticos 30
5.4. Diagnóstico diferencial y de las comorbilidades 34

6. Estrategias terapéuticas 35

6.1. Información y educación del paciente 35
6.2. Tratamiento farmacológico 36
6.3. Tratamiento rehabilitador y físico 42
6.4. Tratamiento psicológico 49
6.5. Tratamiento combinado multicomponente 52
6.6. Terapias naturales 52

7. Impacto de la Fibromialgia 59

7.1. Impacto sobre el estado de salud 59
7.2. Impacto familiar 63
7.3. Impacto laboral 64
7.4. Impacto sobre el sistema sanitario 65

8. Estrategia de atención del paciente con Fibromialgia 67

8.1. Consideraciones generales 67
8.2. Manejo práctico 69

9. Conocimiento y actitud social ante la Fibromialgia 75

10. Fibromialgia y género 77

11. Necesidades detectadas y recomendaciones 79

12. Anexos 83

13. Bibliografía 123

Resumen operativo 141

Presentación

En el año 2003 el entonces Ministerio de Sanidad y Consumo publicó un documento sobre Fibromialgia en el que se recogían directrices acerca de su diagnóstico y tratamiento con la finalidad fundamental de difundirlo entre profesionales sanitarios, principalmente médicos de familia, y de esta forma contribuir a un mejor conocimiento de la Fibromialgia.

Desde entonces y como consecuencia de las demandas de los colectivos de pacientes con Fibromialgia sobre la necesidad de difundir información sobre diagnóstico, tratamiento y otros aspectos relacionados con esta patología, se ha realizado una amplia distribución del citado documento, tanto a profesionales sanitarios como a todas aquellas asociaciones y organismos que lo han venido demandando.

Dado el tiempo transcurrido desde la publicación del documento, la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, acordó en el año 2009 revisar su contenido con el fin de actualizarlo y adaptarlo a los últimos avances en la evidencia científica sobre tratamiento y diagnóstico de esta patología.

Para llevar a cabo esta revisión, al igual que se hizo para elaborar el documento inicial, se ha creado un Grupo de trabajo formado por personas expertas nombradas por las Comunidades Autónomas, Mutualidades y el propio Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, coordinado por la Dirección General de Cohesión, Ordenación Profesional y Alta Inspección.

El texto elaborado por este Grupo de trabajo posteriormente ha sido sometido a revisión externa y al criterio de las Sociedades Científicas más involucradas en el manejo de esta patología, así como de las Asociaciones de Pacientes implicadas, con el fin de disponer de un documento ampliamente consensuado.

La actualización del documento ha puesto en evidencia la controversia e incertidumbres existentes entre los profesionales sanitarios sobre la aceptación de la Fibromialgia como una enfermedad con una fisiopatología diferenciada. No obstante, no se puede negar la existencia de personas con dolor crónico musculoesquelético generalizado cuyo problema de salud requiere enfocar la actuación sanitaria de tal forma que reciban una atención basada en el consenso y en la mejor evidencia científica disponible.

Se ha cuidado especialmente que el documento tuviera un enfoque integral, incluyendo los diferentes aspectos a considerar en el abordaje de pacien-

tes con Fibromialgia, desde su diagnóstico y tratamiento hasta el impacto sobre el estado de salud, la familia, el sistema sanitario y el impacto laboral.

Por otra parte, el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud señala la preocupación por el fomento de la equidad, que permita garantizar una atención sanitaria adecuada, planteando entre otras acciones prioritarias, promover el conocimiento sobre las desigualdades de género en salud y fortalecer el enfoque de género en las estrategias sanitarias.

La evidencia creciente en todos los campos de la investigación en salud (concerniente tanto a los mecanismos biomédicos como a los psicosociales) en cuanto a cómo los factores de riesgo, la manifestación clínica, las causas, consecuencias y tratamiento de las enfermedades pueden diferir entre hombres y mujeres, hace necesario que la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, la asistencia sanitaria y la promoción de la salud necesite ser adaptada de acuerdo con las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres.

La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en su artículo 27, recoge los principios básicos para la integración del principio de igualdad en las estrategias y programas de salud que deberán tener en cuenta en su formulación, desarrollo y evaluación las distintas necesidades de mujeres y hombres y proporcionar las medidas e intervenciones adecuadas para abordarlas (objetivos, actuaciones e indicadores).

Por este motivo, y considerando que la Fibromialgia presenta en la actualidad un mayor número de casos diagnosticados en mujeres respecto a hombres, este documento ha intentado recoger la perspectiva de género a lo largo de su redacción, entendiendo que para un adecuado abordaje de la misma, es necesario desde la investigación de la enfermedad al diseño de programas y las correspondientes intervenciones sanitarias tener en cuenta el género como eje de análisis de desigualdad evitable, corrigiendo de esta manera los posibles sesgos que puedan transcender a la atención sanitaria.

Por último, señalar que este texto basado en la mejor evidencia científica disponible y en el consenso entre personas expertas pretende ofrecer un mejor conocimiento de la Fibromialgia, así como unas pautas comunes de actuación en el Sistema Nacional de Salud para una atención sanitaria más equitativa y de mayor calidad a las personas afectadas por esta patología y que puedan disfrutar de una mejor calidad de vida.

Abreviaturas

5-HIAA	Precursores del ácido 5-hidroxiindolacético
5-HTRP	Precursores de l-5-hidroxitriptófano
ACR	American College of Rheumatology
AINE	Antiinflamatorio no esteroideo
AP	Atención primaria
BDI	Beck Depression Inventory
BPI	Brief Pain Inventory
CADC	Cuestionario de Autoeficacia en el Dolor Crónico
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CHEPS	Contact Heat Evoked Potential Stimulator
EAV/EVA	Escala Análogo Visual/ Escala Visual Analógica
ECCA	Ensayos Clínicos con Grupo Control y Aleatorizados
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EMT	Estimulación Magnética Transcraneal
EPISER	Estudio de Prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española
FHAQ	Fibromyalgia Health Assessment Questionnaire
FIQ/CIF	Fibromyalgia Impact Questionnaire / Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia
FIS	Fatigue Impact Scale
FM	Fibromialgia
GABA	Ácido gamma-aminobutírico
GC	Glucocorticoides
HADS/HAD	Hospital Anxiety and Depression Scale / Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión
HAMD	Hamilton Rating Scale for Depression
HAQ	Health Assessment Questionnaire
IASP	Asociación Internacional para el Estudio del Dolor
ICAF	Índice combinado de Afectación de enfermos con Fibromialgia
IMAO	Inhibidores de la monoaminooxidasa
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
MASQ	Multiple abilities self-report questionnaire
MOS	Medical Outcome Study
MPHG	Metaencefalina-Arg-Phe
OMERACT	Outcome Measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials
OMS	Organización Mundial de la Salud
QST	Quantitative Sensory Testing (Exploración cuantitativa sensorial)
SF-36	Short Form-36 (Cuestionario de Calidad de vida)
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SNS	Sistema Nacional de Salud

TCC	Terapia cognitivo-conductual
TCO	Terapia conductual operante
TENS	Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (Estimulación nerviosa transcutánea)
VSG	Velocidad de sedimentación globular

Glosario

Alodinia: Dolor producido por un estímulo que normalmente no causa dolor.

Autoeficacia: Creencia sobre las capacidades que se poseen para realizar las conductas necesarias que permitan alcanzar una determinada meta. En su medición en el contexto del dolor, se identifican tres componentes: Autoeficacia en el manejo del dolor (capacidad percibida para controlar el dolor), autoeficacia en el funcionamiento físico (capacidad percibida para realizar actividades que requieren esfuerzo físico) y autoeficacia en el manejo de otros síntomas (capacidad percibida para controlar otros síntomas asociados a un problema de dolor crónico).

Catastrofismo: Orientación cognitivo-afectiva negativa y desproporcionada en el procesamiento de los estímulos. En su medición en el contexto del dolor, se identifican tres componentes: rumiación (no poder parar de pensar sobre el dolor), magnificación (amplificación de las propiedades amenazantes del dolor) e indefensión (estimación de no poder hacer nada para modificar el dolor).

Comorbilidad: Presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad en estudio, en este caso, la Fibromialgia.

Dolor crónico: Aquel que tiene una duración superior a tres meses.

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

Ejercicio aeróbico: Es aquel que utiliza grandes grupos musculares involucrándolos en movimientos repetidos, con aumento de la frecuencia cardiaca pero sin superar el umbral anaeróbico (hasta 70-85% de la frecuencia cardiaca máxima para la edad). Dentro de los ejercicios aeróbicos se incluyen ejercicios en carga (caminar, danza...) y en descarga (bicicleta, natación...).

Resonancia volumétrica: Método de análisis morfométrico, aplicado al tejido cerebral, mediante resonancia magnética, que permite evaluar los volúmenes de las diferentes áreas cerebrales.

Sistema nociceptivo: Es el que regula la detección y procesamiento de diversos estímulos en forma de sensación dolorosa.

Sumación temporal: Resultado de las respuestas de las fibras nociceptivas en el asta dorsal medular, dependiente de la frecuencia de la estimulación y relevante en los fenómenos de sensibilización central del sistema.

Tratamiento multidisciplinar: Atención de una patología con la participación de un grupo de profesionales de diferentes disciplinas.

1. Introducción

La prevalencia del dolor crónico musculoesquelético generalizado o extenso en la población general se estima en 10-15% según un estudio reciente realizado en diversos países europeos[1]. En España, en el estudio EPISER 2000[2, 3, 4], una de las encuestas poblacionales más amplias publicadas, el 8,1% de las personas encuestadas refería dolor musculoesquelético generalizado el día de la entrevista y un 5,1% del total cumplía requisitos para considerarlo crónico (duración superior a 3 meses). La mayor parte de estos pacientes presentaban dolor a la palpación en varias zonas del cuerpo. Cuando además del dolor generalizado durante al menos tres meses, una presión moderada en la exploración física desencadena dolor en más de 11 puntos, sobre 18 previamente definidos, se ha consensuado que el paciente cumple criterios de Fibromialgia (FM). En el estudio EPISER esto sucedía en el 2,4% de la población española, con un claro predominio en mujeres (4,2% frente al 0,2% en hombres) y un pico de prevalencia entre 40 y 49 años.

El término FM es el último de diversos nombres utilizados desde el siglo XIX, entre los que destacan: Puntos Sensibles, Dolor Muscular, Myitis, Fibrositis, Fibromiositis Nodular, Reumatismo Psicógeno. Sin embargo, estas denominaciones cayeron en desuso.

En los años 90 la ACR (American College of Rheumatology)[5] estableció unos criterios de clasificación basados en la existencia de dolor crónico generalizado y determinados "puntos dolorosos", caracterizando el término FM, que pretende agrupar e identificar un número importante de personas con necesidad de atención y tratamiento que presentan síntomas similares y probablemente un proceso fisiopatológico común.

Posteriormente, el término FM ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1992[6] y tipificado en su manual de Clasificación Internacional de Enfermedades: En la CIE-9, 7ª edición 2010, la FM se clasifica con el código 729.1 que engloba todas las mialgias y miositis no especificadas y en la CIE-10, versión 2007, se clasifica dentro del apartado M79 Other soft tissue disorders, not elsewhere classified, con el código M79.7 Fibromyalgia, incluyendo a su vez: Fibromyositis, Fibrositis y Myofibrositis. También ha sido reconocido en 1994 por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) con el código X33.X8a[7].

La clasificación diagnóstica de pacientes bajo el término FM, si bien está en constante discusión, ha facilitado la realización de ensayos clínicos y

estudios fisiopatológicos que han permitido avanzar y conocer mejor el problema.

No obstante, la falta de identificación en el momento actual de mecanismos fisiopatológicos específicos unido al hecho de que parte de los síntomas de la FM son compartidos con otros procesos de dolor crónico[8, 9, 10], ha llevado a la controversia entre algunos profesionales sobre la aceptación de la FM como una enfermedad con una fisiopatología diferenciada[11, 12, 13, 14]. Actualmente la FM se ha relacionado con los llamados síndromes de sensibilización central[15, 16]. De hecho, algunos estudios posteriores han cuestionado la especificidad diagnóstica de los puntos dolorosos en la FM y varios estudios han señalado que estos puntos dolorosos pueden variar con el grado de estrés psicológico[14, 17]. Incluso la ACR acaba de publicar[18] unos Criterios diagnósticos preliminares de FM, que están pendientes de validar, en los que se abandona el recuento de los puntos dolorosos.

Pese a la controversia, la realidad es que existe un grupo de personas con un problema de salud con diferentes niveles de afectación y evolución generalmente crónica, lo que requiere enfocar la actuación sanitaria de tal forma que reciban una atención integral adecuada a sus necesidades basada en la mejor evidencia científica disponible y en aquellos aspectos donde esta sea insuficiente, en el consenso de los expertos.

2. Objetivos

El objetivo de este documento es contribuir a un mayor conocimiento de la FM por los profesionales sanitarios a través de la elaboración de un texto basado en la mejor evidencia científica disponible y en el consenso entre personas expertas. Se pretende ayudar, principalmente a los profesionales de los equipos de atención primaria, en la toma de las decisiones sobre el diagnóstico, tratamiento y otros aspectos relacionados con la FM y avanzar en unas pautas comunes de actuación, contribuyendo a un manejo más eficaz de estos pacientes.

3. Metodología

Para la elaboración de este documento se creó un Grupo de trabajo, según lo acordado en la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación en el año 2009, con el fin de actualizar el documento de Fibromialgia publicado por el entonces Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2003. Dicho Grupo estaba formado por personas expertas nombradas por las Comunidades Autónomas, Mutualidades y el propio Ministerio y coordinado por la Dirección General de Cohesión, Ordenación Profesional y Alta Inspección.

Para llevar a cabo su cometido el primer paso dado por el Grupo fue determinar qué apartados debería recoger el documento y responsabilizar de la redacción inicial de cada uno de ellos a un miembro del Grupo, para que a partir del primer borrador todos los integrantes del mismo revisaran el documento completo.

La búsqueda de la evidencia ha sido realizada para cada apartado por la persona del Grupo responsable de la redacción inicial a través de las principales fuentes de información: PubMed, Biblioteca Cochrane Plus, American National Guideline Clearing House (NGC), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SGN), Guía Salud, Medline y PsycINFO, EMBASE y CINAHL, Índice Médico Español y en dos de las bases de datos más importantes relacionadas con terapias no farmacológicas: AMED (Allied and Complementary Medicine) y PEDro (Physiotherapy Evidence Database). La fecha de búsqueda ha llegado a septiembre de 2010, si bien tras la revisión externa se ha incluido alguna referencia bibliográfica que alcanza hasta el año 2011.

Las palabras clave utilizadas han sido: "fibromyalgia", "fibromyalgia syndrome", fibromyalgia combinada con cada una de las siguientes: "alternative therapy", "behavior therapy", "brain imaging", "central sensitization", "cognitive therapy", "controlled trial", "cryotherapy", "disability", "drug", "education", "electrical stimulation", "electrophysiology", "etiology", "exercise", "family impact", "functional magnetic resonance", "genetic association", "guidelines", "health care resources utilization", "health status", "hot packs", "ice packs", "infrared light", "laser", "magnetic resonance spectroscopy", "magnetic therapy", "management", "manipulation", "massage", "metaanalysis", "neuroimage", "pain mechanisms", "pain sensitivity", "pain threshold", "pathologic processes", "pathophysiology", "pharmacotherapy", "physical therapy", "physiothe-

rapy", "positron emission tomography", "psychology", "rehabilitation", "review", "sick leave", "social impact", "stress", "temporal summation", "TENS", "treatment", "ultrasound", "therapy", "thermotherapy", "treatment".

Otras fuentes documentales utilizadas fueron: El documento sobre Fibromialgia del Observatorio de las Mujeres del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad[19], el documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la Fibromialgia[20] y otros documentos de consenso[21, 22], así como Guías de práctica clínica[23] editadas para profesionales en Canadá[24], Estados Unidos[25], Alemania[26] y Europa[27]. También han sido revisados los documentos de los diferentes protocolos de atención sanitaria desarrollados en España por diversas Comunidades Autónomas como Andalucía[28], Aragón[29], Cataluña [30], Extremadura[31, 32, 33] y Galicia[34]. Finalmente, todas las referencias bibliográficas disponibles en los artículos y demás documentos. Asimismo, en algún caso se realizó petición directa a autores que están trabajando sobre el uso de recursos sanitarios e impacto laboral y otros aspectos de la FM y al autor responsable de la adaptación castellana de alguno de los instrumentos de evaluación propuestos.

La formulación de recomendaciones se ha realizado utilizando el sistema SIGN[35] (Anexo 1).

Además se incluye un apartado de estrategias de abordaje de los pacientes con FM que se basa en el consenso de los miembros del Grupo sobre aquellas recomendaciones de la bibliografía revisada en el documento, con mayor evidencia y aplicabilidad en la práctica clínica, especialmente en atención primaria.

Todos los miembros del Grupo han declarado la ausencia de conflictos relevantes de interés.

Una vez acordado el texto del documento en el seno del Grupo, se sometió a revisión externa a través de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), de forma que los representantes de las Comunidades Autónomas y del Ministerio sometieron el citado documento a revisión por los profesionales que consideraron oportuno. Asimismo se remitió a las principales Sociedades Científicas implicadas y a diversas Asociaciones de Pacientes involucradas.

4. Mecanismos fisiopatológicos de la Fibromialgia

No se conoce con exactitud la base fisiopatológica de la FM. No obstante, se han identificado diferentes factores que se asocian al riesgo de padecerla, siendo los principales:

a) El sexo: la gran mayoría de las personas con FM son mujeres, en una proporción aproximada de 9 mujeres por cada varón[2, 36].
b) La agregación familiar, detectándose una mayor frecuencia de la misma entre los familiares de primer grado[37].
c) La presencia de otros síndromes de dolor regional crónico como la cefalea crónica, dolor lumbar crónico, dolor miofascial, dolor pélvico, colon irritable, etc.[38], con los cuales además existe una coagregación familiar[39].
d) La presencia de estrés emocional significativo. Todavía desconocemos si la presencia de trastornos o acontecimientos emocionales actúan como factores de riesgo, factores precipitantes y/o desencadenantes en el desarrollo o empeoramiento de la FM. El análisis de acontecimientos emocionales traumáticos[40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47], y de trastornos emocionales actuales o en antecedentes[48, 49, 50, 51, 52, 53, 54], ha mostrado resultados contradictorios. Esto puede ser debido a problemas metodológicos, tipo de muestra estudiada y su contacto con el sistema sanitario[55, 56, 57]. Entre los escasos estudios que han analizado antecedentes y comorbilidad psiquiátrica en personas con FM procedentes de la comunidad, comparándolas con el resto de la población destaca el estudio de Raphael y cols[58] realizado sobre una muestra de 11.904 personas. Los autores encontraron que el riesgo de presentar Trastorno depresivo mayor actual, era tres veces superior en los pacientes con FM, aunque al analizar la presencia de Depresión mayor entre los antecedentes no se observaron diferencias. En cambio, sí que observaron diferencias en el riesgo de tener antecedentes y/o criterios actuales de padecer Trastornos de ansiedad, Trastornos obsesivo-compulsivos y Trastornos de estrés post-traumático, siendo 5 veces superior en la población con FM. Estos resultados apuntan a que algunos trastornos emocionales pueden ser más frecuentes en las personas con FM antes de la enfermedad y estar relacionados con la presencia de la misma y no solo con la gravedad de los síntomas, el impacto y la consulta médica asociada. En este sentido, la comorbilidad observada en la agregación familiar

entre depresión y FM podría también apuntar a algún factor genético común[37, 59]. Por lo tanto, son necesarios estudios de cohortes longitudinales que aclaren el peso de los factores emocionales crónicos como factor de riesgo en esta enfermedad.

Profundizando en los mecanismos fisiopatológicos y en consonancia con la sintomatología y los hallazgos detectados en la exploración física, la nueva tecnología está permitiendo realizar estudios donde se han encontrado diferencias significativas en el procesamiento del dolor entre pacientes con FM y personas sanas, poniendo de manifiesto que la principal alteración detectada en dichos pacientes es una disfunción del sistema nociceptivo, responsable de la detección de amenazas a través de la elaboración y modulación del dolor, la activación de los mecanismos de alerta y estrés y las consiguientes respuestas fisiológicas adaptativas. Este sistema, responsable de la detección de posibles lesiones y del control de las mismas, responde diferencialmente a estímulos psico-físicos de diversa índole (mecánicos, térmicos, eléctricos, auditivos y psicológicos anticipatorios), reaccionando de una forma más rápida y mayor para el mismo nivel de estimulación en pacientes con FM. Estos pacientes detectan de forma correcta los estímulos pero el umbral de estimulación requerido para trasladar un estímulo sensorial a una posible amenaza está significativamente descendido, siendo una de las características principales del proceso neurobiológico en esta enfermedad. El descenso del umbral para el dolor que se produce en estos pacientes es extenso, como se demuestra en diversos estudios del umbral en áreas sensibles y no sensibles[60, 61].

En los últimos años, mediante exploraciones neurofisiológicas [Contact Heat-Evoked Potential Stimulator (CHEPS), Exploración Cuantitativa Sensorial (QST)] se ha visto un estado de hiperexcitabilidad central del sistema de transmisión del dolor en las personas con FM, comprobándose un aumento en la amplitud de los potenciales evocados, un descenso del umbral y alteraciones en la habituación recogidos tras un estímulo térmico doloroso[62, 63, 64]. También se ha detectado un descenso del umbral en el reflejo de flexión nociceptiva[65, 66]. Ambos hechos, junto a la observación mediante registros neurofisiológicos de un incremento de los fenómenos de sumación temporal[67], tan importantes en los fenómenos de sensibilización, reafirman un estado anormal y persistente de sensibilización central en el sistema nociceptivo de las personas con FM[68].

Recientemente, los nuevos estudios de neuroimagen, realizados mediante la resonancia nuclear magnética funcional, permiten visualizar la activación cerebral de las regiones responsables del procesamiento del dolor, tanto de las áreas emocionales como sensoriales, incluyendo la corteza somatosensorial primaria y secundaria, la corteza prefrontal, el lóbulo parietal

inferior, la corteza cingular anterior, la ínsula, el tálamo, los ganglios basales, la amígdala y el cerebelo.

El análisis de la activación de estas áreas cerebrales en personas con FM, en diversos estudios nacionales e internacionales, ha revelado que presentan, en comparación con sujetos sanos y ante el mismo nivel de estimulación, una actividad cerebral mayor de estas áreas, y que a la misma percepción subjetiva de dolor, la actividad cerebral se desencadena con estímulos de intensidad significativamente más reducida[69, 70]. También se ha observado que con el mismo estímulo se produce una mayor duración de la actividad en algunas regiones relacionadas con el procesamiento emocional[71]. Esta alteración de la actividad del sistema nociceptivo se produce no sólo frente a estímulos transitorios sino también frente a estímulos tónicos[72].

Además, es interesante subrayar que dicha hiperactividad nociceptiva no se produce únicamente con la estimulación, sino que también se observa en condiciones basales de reposo, como demuestra la observación mediante resonancia espectroscópica de una elevación en las concentraciones de glutamato, principal neurotransmisor excitatorio, en la ínsula[73], en la amígdala[74] y en la corteza cingular[75] y confirmando los primeros hallazgos realizados en el líquido cefalorraquídeo de estos pacientes, en los que se había demostrado una elevación no sólo de glutamato[76], sino de otros metabolitos excitatorios como la sustancia P y el factor de crecimiento neuronal[77, 78].

Por otra parte, entre las alteraciones detectadas en el sistema nociceptivo de pacientes con FM, además de la hiperexcitabilidad y sensibilización del mismo, se ha podido comprobar que existe una disminución en la actividad de las respuestas inhibitorias o descendentes que el sistema utiliza para la modulación y el control del dolor. Estas respuestas inhibitorias, en condiciones fisiológicas, actúan favoreciendo la desaparición del dolor tras la eliminación de la amenaza. Así, Rusell y col demostraron una disminución de metaencefalina-Arg-Phe (MPHG) (metabolito de la norepinefrina) y de precursores de l-5-hidroxitriptófano (5-HTRP) y ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo de los pacientes con FM[79]. Estos hallazgos concuerdan con los realizados mediante registros neurofisiológicos que han permitido observar una capacidad disminuida en las respuestas inhibitorias descendentes[80, 81] y con la disminución en la actividad medida por neuroimagen en las áreas responsables de las mismas (corteza cingular anterior y sustancia gris periacuductal), a la misma percepción de dolor en los pacientes frente a controles sanos[82].

Dicho estado de sensibilización persistente en el sistema nociceptivo puede explicar la activación del estado de alerta, la hiperactividad del siste-

ma neurovegetativo[83] o disfunción autonómica y los cambios a largo plazo del sistema neuroendocrino[84] observados en los pacientes con FM, relacionados con otras manifestaciones clínicas de la enfermedad que acompañan con frecuencia a la sintomatología dolorosa.

Es interesante también comentar que las primeras exploraciones realizadas sobre la morfología estructural del sistema nociceptivo mediante resonancia volumétrica, ponen de manifiesto que el cambio neuroplástico podría no solo ser funcional, observándose alteraciones volumétricas especialmente en la corteza cingular, la corteza insular, la amígdala y el giro-hipocampal[85, 86, 87].

En conclusión, los diferentes hallazgos realizados con la nueva tecnología en los pacientes con FM, y las diferencias observadas con respecto a individuos sanos, aunque subrayan su carácter patológico, no determinan su especificidad. Algunos estudios parecen aportar que las alteraciones observadas compatibles con un estado de sensibilización e hiperexcitabilidad central del sistema nociceptivo no son exclusivas de pacientes con FM, observándose también en pacientes con dolor crónico, como el dolor lumbar crónico[88], el dolor visceral del colon irritable[89], entre otros, reforzándose la relación fisiopatológica entre estos grupos de pacientes.

Por otra parte, también desconocemos si el proceso de sensibilización central mantenida y detectada en pacientes con FM puede ser consecuencia de una estimulación periférica nociceptiva aún no descubierta, lo que determina la necesidad de seguir explorando y ampliando los estudios fisiopatológicos de esta enfermedad.

Es interesante también subrayar que aunque las principales alteraciones han sido observadas en el procesamiento de los estímulos nociceptivos, algunas recientes experimentaciones han puesto de manifiesto además una alteración en las respuestas corticales motoras[81] y somato-sensoriales[90], pudiendo existir una afectación más amplia a nivel central.

5. Diagnóstico

La FM es una afección crónica de etiología desconocida, caracterizada por la presencia de dolor crónico musculoesquelético generalizado, con bajo umbral de dolor, hiperalgesia y alodinia (dolor producido por estímulos habitualmente no dolorosos)[29]. En estos pacientes, la presencia del dolor crónico suele coexistir con otros síntomas, fundamentalmente fatiga y problemas de sueño, pero también pueden estar presentes parestesias, rigidez articular, cefaleas, sensación de tumefacción en manos, ansiedad y depresión[20, 21, 22], problemas de concentración y memoria[91]. El curso natural de la FM es crónico, con fluctuaciones en la intensidad de los síntomas a lo largo del tiempo.

El diagnóstico de la FM es clínico, por la falta de una prueba objetiva y no se apoya, por tanto, en ninguna prueba analítica, de imagen o anatomopatológica específica.

5.1. Anamnesis

El síntoma clave es el dolor generalizado, que se agrava con el estrés, la activación emocional, el frío o la actividad física mantenida. El dolor se acompaña frecuentemente de rigidez articular matutina, parestesias en manos y pies, fatigabilidad-astenia y alteraciones del sueño. Otros síntomas que con frecuencia acompañan a la FM son cefaleas, acúfenos, inestabilidad, alteraciones de la concentración o de la memoria, disfunción temporomandibular, dolor miofascial y clínica compatible con colon irritable. Los pacientes con FM presentan frecuentemente intolerancia a estímulos, olfativos y auditivos, por lo que se deben recoger las condiciones del entorno que puedan ser perjudiciales.

Por todo ello tiene gran importancia una anamnesis detallada, que permita una valoración integral del dolor, la funcionalidad y el contexto psicosocial[29].

Es conveniente realizar una anamnesis de los factores psicológicos y psiquiátricos: antecedentes personales y familiares de trastorno mental; sintomatología psicopatológica actual; nivel de apoyo social, incluyendo las relaciones familiares y la repercusión y/o condiciones en la esfera sociolaboral.

5.2. Exploración clínica

La exploración física detallada y exhaustiva es esencial, tanto para confirmar la FM como para descartar otras enfermedades, en especial del sistema osteoarticular y neurológico. En la FM la movilidad y el aspecto articular deben ser normales, a menos que coexista con otra enfermedad osteoarticular de cualquier tipo. Es frecuente encontrar la provocación de dolor a los estiramientos laterales tanto a nivel cervical como a nivel lumbar[92]. También en una parte de los pacientes se detecta alodinia dinámica al roce cutáneo, generalmente en zona de trapecios, parte proximal de brazos y muslos, que estas personas definen como una sensación de ardor o escozor, al realizar la estimulación, entre otros signos neurológicos[93].

El hallazgo más relevante en pacientes con FM es la detección de un umbral para el dolor patológicamente descendido para diversas estimulaciones, aunque en la práctica clínica se utiliza la estimulación mecánica, mediante la comprobación y cuantificación de los puntos sensibles. Es necesario que la exploración física se haga de forma sistematizada y con precisión, recomendándose seguir el Manual Tender Point Survey[94]. Si la exploración de los puntos sensibles se realiza de forma correcta, la reproducibilidad inter o intra evaluación es buena[95, 96].

5.3. Criterios diagnósticos

El diagnóstico de la FM se basa, exclusivamente, en la clínica que manifiesta el paciente, que son existencia de dolor y dolor desencadenado mediante la presión de los puntos sensibles de la FM que fueron establecidos por la ACR en 1990[5], ya que, hasta ahora, se carece de datos objetivos analíticos, de imagen o anatomopatológicos específicos de la FM.

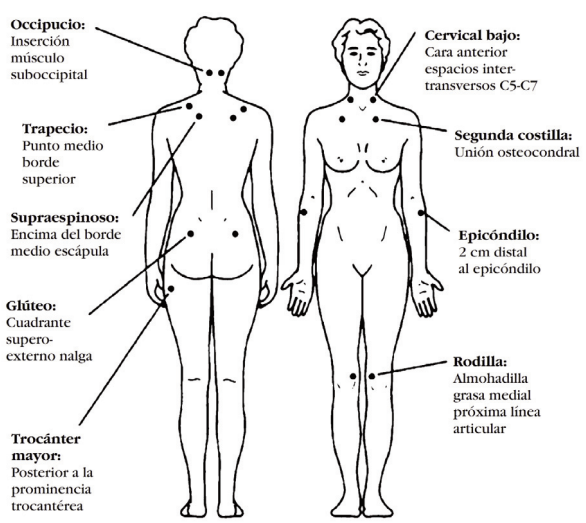
En realidad, la ACR[5] estableció unos criterios de clasificación, que se han utilizado ampliamente para diagnosticar la FM. Estos criterios caracterizan la FM por la presencia conjunta de dos hechos:

1. Historia de dolor generalizado durante, al menos, tres meses y que está presente en todas las áreas siguientes: lado derecho e izquierdo del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura y en el esqueleto axial (columna cervical, pared torácica anterior, columna dorsal o columna lumbar).
   Por tanto, se cumplen las condiciones de dolor generalizado si existe dolor en alguna región del esqueleto axial y en, al menos, tres de los cuatro cuadrantes corporales (dividiendo el cuerpo con una lí-

nea vertical longitudinal que separe dos hemicuerpos derecho e izquierdo y una línea transversal que pase por la cintura y separe dos mitades superior e inferior) o, excepcionalmente, sólo dos si se trata de cuadrantes opuestos respecto a los dos ejes de división corporal.

2. Dolor a la presión de, al menos, 11 de los 18 puntos (nueve pares) que corresponden a áreas muy sensibles para estímulos mecánicos, es decir, con bajo umbral para el dolor por estímulos mecánicos[61,97] (Figura 1):
    - Occipucio: en las inserciones de los músculos suboccipitales (entre apófisis mastoide y protuberancia occipital externa).
    - Cervical bajo: en la cara anterior de los espacios intertransversos a la altura de C5-C7.
    - Trapecio: en el punto medio del borde posterior.
    - Supraespinoso: en sus orígenes, por encima de la espina de la escápula, cerca de su borde medial.
    - Segunda costilla: en la unión osteocondral.
    - Epicóndilo: distal a 2 cm y lateralmente al epicóndilo.
    - Glúteo: en el cuadrante supero-externo de la nalga.
    - Trocánter mayor: en la parte posterior de la prominencia trocantérea.
    - Rodilla: en la almohadilla grasa medial próxima a la línea articular.

Figura 1. Localización de los puntos dolorosos en la FM[5]



Los puntos dolorosos no deben presentar signos inflamatorios. Los pacientes con FM pueden presentar dolor provocado a la presión en otras zonas distintas a las exigidas para el diagnóstico.

La presión digital debe realizarse con una fuerza aproximada de 4 kg que, de forma práctica, suele corresponder al momento en que cambia la coloración subungueal del dedo del explorador. Para que un punto se considere «positivo» la persona explorada tiene que afirmar que la palpación es dolorosa. No se considera positiva la palpación sensible. La presión sobre los «puntos dolorosos» debe efectuarse con los dedos pulgar o índice, presionando de forma gradual durante varios segundos, ya que si la presión es excesivamente breve se puede obtener un falso resultado negativo.

La presencia de dolor generalizado junto con el dolor moderado o intenso a la presión en, al menos, 11 de los 18 puntos valorados, presenta una sensibilidad diagnóstica del 88,4% y una especificidad del 81,1%[5, 98].

Ante la falta de estudios confirmatorios sobre la validez de unos criterios específicos para el diagnóstico de la FM infanto-juvenil, se pueden utilizar los criterios ACR 1990[5] para adultos o los recomendados por Yunus en 1985[99].

Sin negar alguno de sus méritos, los criterios ACR actualmente utilizados para el diagnóstico de FM plantean varias limitaciones:

1. se basan exclusivamente en datos subjetivos como son el dolor que refiere el paciente y el que se desencadena mediante la presión de una serie de puntos que, obviamente, también dependen de una percepción subjetiva. Ésta es una limitación inevitable que comparte con otros cuadros clínicos totalmente aceptados, como las cefaleas o las neuralgias.
2. el aspecto más criticado es haber seleccionado la presión en puntos predefinidos como criterio de clasificación. Este rasgo tiene el mérito de ser un marcador de alodinia, es mucho más frecuente en la mujer y ha demostrado tener una relación con el estrés psicológico[100].
3. los estudios epidemiológicos demuestran que el número de localizaciones de dolor y de puntos dolorosos a la presión son variables y se distribuyen de una forma continua dentro del espectro de dolor crónico idiopático. Encontramos personas que refieren dolor en una, dos, tres... o múltiples localizaciones y si realizamos un examen físico podemos encontrar también dolor en uno, dos, cuatro, siete... o en los 18 puntos de FM. Es decir, los

criterios de FM lo que hacen es seleccionar al subconjunto de pacientes con síntomas más intensos: los que tienen más zonas de dolor y más puntos sensibles a la palpación.

4. el punto de corte para la clasificación es arbitrario. Cada vez se es menos estricto con este criterio.
5. cuando se publicaron los criterios del ACR se pensaba que las localizaciones específicas de los puntos dolorosos tenían un significado especial y se acuñó el término "puntos control" para describir áreas del cuerpo que no deberían ser dolorosas a la presión en FM. La sensibilidad dolorosa a la presión se puede extender a todo el cuerpo y los "puntos control" de umbral más elevado son con frecuencia también sensibles como los puntos llamados sensibles en la FM[17, 101].

Parte de la comunidad científica que está dedicada a FM ha planteado la necesidad de una revisión de los criterios ACR[102], al observar que muchos pacientes con dolor crónico extenso no llegan a cumplir los criterios diagnósticos actualmente utilizados y probablemente comparten con pacientes que sí los cumplen mecanismos fisiopatológicos y abordajes terapéuticos comunes. Este hecho ha impulsado a un grupo de personas expertas a buscar otros criterios que puedan hacer compatible la práctica clínica con los procesos de investigación[14].

Recientemente un grupo de expertos de la ACR[18], en respuesta a las limitaciones señaladas, ha propuesto unos nuevos criterios preliminares de diagnóstico de la FM. Estos criterios se han obtenido mediante un estudio comparativo entre un grupo amplio de pacientes diagnosticados de FM y un grupo control de pacientes con dolor osteoarticular no inflamatorio, de similar edad y sexo. Estos criterios abandonan el recuento de puntos dolorosos como elemento fundamental del diagnóstico de FM y contemplan la valoración cuantitativa del dolor generalizado y de otras manifestaciones de la FM como cansancio, sueño no reparador, síntomas cognitivos y síntomas orgánicos. También es importante señalar que aportan unas escalas de gravedad que facilitan al clínico la evaluación del dolor y el resto de manifestaciones clínicas en cada paciente concreto y el seguimiento de su evolución. Estos criterios se recogen como Anexo 2.

Se ha observado que con la aplicación de estos nuevos criterios aumenta el diagnóstico de FM entre pacientes con dolor crónico y que hasta un 14% de pacientes diagnosticados de FM con criterios ACR 1990 no cumplen los nuevos criterios. Se desconoce cómo se comportan los nuevos criterios en otros grupos con dolor regional y psicopatología. Se necesitan, por tanto, estudios de validación de esta nueva propuesta.

De todas formas estos autores[18] expresan que los criterios utilizados y definidos por la ACR en 1990 han sido hasta la actualidad el "patrón oro" y se deben seguir aplicando para los procesos de investigación y diagnóstico, por lo que cualquier criterio nuevo definido no debería alejarse de los mismos, al menos mientras no dispongamos de pruebas exploratorias más objetivas o patognomónicas.

5.4. Diagnóstico diferencial y de las comorbilidades

Como se ha señalado anteriormente, el diagnóstico de FM es clínico, no apoyándose en ninguna prueba de laboratorio ni hallazgo radiológico específico de FM. Actualmente los hallazgos realizados con las nuevas tecnologías de neuroimagen, en muestras pequeñas de pacientes, están siendo utilizados en el ámbito de los procesos de investigación de esta enfermedad.

Sin embargo, es conveniente realizar determinadas exploraciones complementarias con objeto de descartar la coexistencia de otros procesos asociados. La valoración de pacientes con FM debe incluir el hemograma, la bioquímica básica y los reactantes de fase aguda. La petición de otras pruebas complementarias debe ser individualizada, en función del cuadro clínico, la exploración física y la sospecha de una enfermedad asociada.

En la *Tabla 1* se recogen algunas de las enfermedades que pueden compartir manifestaciones clínicas con la FM.

Tabla 1. Enfermedades más frecuentes que pueden compartir manifestaciones clínicas con la FM

Lupus eritematoso sistémico	Miopatía (metabólica o inflamatoria)
Artritis reumatoide	Polimialgia reumática
Espondiloartropatías	Trastorno depresivo mayor
Esclerosis múltiple	Poliartrosis
Hipotiroidismo	Afectaciones musculares por fármacos
Neuropatías periféricas	Hiperparatiroidismo
Alteraciones estructurales mecánicas o degenerativas del raquis	

6. Estrategias terapéuticas

El tratamiento de la FM es sintomático, ya que no se conoce la etiología. Los tratamientos van encaminados básicamente a disminuir el dolor y la fatiga, a mejorar el sueño y los niveles de actividad, la adaptación y calidad de vida de las y los pacientes, así como a mantener la funcionalidad e incrementar la capacidad de afrontar la enfermedad y mejorar el bienestar psicológico.

6.1. Información y educación del paciente

La información sobre el diagnóstico, el pronóstico y las alternativas terapéuticas es especialmente relevante en las enfermedades crónicas[11]. Los pacientes bien informados estarán mejor preparados para afrontar su enfermedad, clínica y emocionalmente, y minimizar sus consecuencias[103]. Aunque algunos profesionales han sugerido que el diagnóstico de FM podría tener efectos negativos, una revisión sistemática con un nivel de evidencia de calidad moderada-buena indica que reduce la presión asistencial por parte de estos pacientes[104]. El diagnóstico de FM en personas con dolor generalizado termina un largo periodo de incertidumbre y desinformación[34].

Hay pocos ensayos clínicos con grupo control y aleatorizados (ECCA) que analicen de forma aislada la eficacia de la información/educación en FM. Burchkhard et al[105] observaron un incremento del nivel de actividad física y una mejoría significativa en la autoeficacia y calidad de vida. Oliver et al[106] describen una disminución del catastrofismo, aunque el resto de variables no mostró cambios significativos. En un ECCA realizado por Bosch et al[107] en un centro de salud de Barcelona el grupo que recibió 4 sesiones educativas mejoró significativamente su percepción de calidad de vida respecto al control.

En la mayor parte de los ensayos clínicos la información/educación se asocia con otras intervenciones o forma parte de tratamientos multidisciplinarios. La combinación de educación y ejercicios parece especialmente eficaz[108]. Un ECCA de alta calidad publicado en 2007[109] comparó cuatro intervenciones: ejercicio aeróbico, ejercicios de fortalecimiento, educación y la combinación de ejercicio aeróbico y educación. La intervención más eficaz de forma aislada fue el ejercicio aeróbico (disminución de –8,2 puntos en la limitación funcional medida con la escala Fibromyalgia Impact Questionnaire –FIQ– ver punto 7.1). La

educación como única intervención tenía un impacto mínimo en la limitación funcional (–0,3 puntos de reducción del FIQ). Sin embargo, la combinación de educación y ejercicio era mucho más eficaz (–12,7 de reducción del FIQ) que la suma de las dos intervenciones de forma aislada.

La mayor parte de las guías de práctica clínica destacan que informar correctamente, independientemente del nivel de eficacia demostrado en ECCA, debe ser el primer paso y tiene el nivel máximo de recomendación por dos poderosos argumentos[34]: a) desde la perspectiva del paciente, la información se considera desde hace mucho tiempo un derecho esencial; y b) desde la perspectiva del profesional, existe la obligación ética de informar al paciente sobre el diagnóstico y las opciones terapéuticas.

Hay varios factores que complican la tarea de informar y educar correctamente. La persona con FM suele presentar una sintomatología compleja y desea respuestas a muchas cuestiones. Los medios de comunicación (revistas, periódicos, televisión, internet …) han provocado un aumento del interés hacia la FM. Sin embargo, con frecuencia también han contribuido a crear confusión con afirmaciones pseudocientíficas o carentes de rigor.

Los tres elementos claves para dar una información adecuada son: 1) dedicar el tiempo suficiente por parte del profesional sanitario; 2) tener claros cuáles son los principales mensajes o contenidos que hay que transmitir. Si el paciente desea más información hay que facilitarle acceso a fuentes de información contrastada y de calidad; y 3) utilizar estrategias eficaces de comunicación[110]. Ver punto 8.2.1.

El paciente debe ser informado desde el principio sobre las características de la FM, desdramatizando la evolución, aportando expectativas positivas y potenciando su colaboración con las terapias mediante la confianza en una probable mejoría. Es aconsejable en muchos casos informar e incluir en este proceso, si el afectado así lo quiere, a la familia, especialmente a la pareja.

La información/educación debe ser un componente esencial y prioritario del tratamiento de la FM. **Grado D.**

6.2. Tratamiento farmacológico

No hay ningún fármaco aprobado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ni por la Agencia Europea de Medicamentos

con indicación específica para FM. Sólo unos pocos fármacos han demostrado eficacia de forma consistente en ECCA en algunos de los síntomas de la FM.

Se describen las principales alternativas:

6.2.1. Antidepresivos

Varios metaanálisis[111, 112, 113, 114, 115] que analizan la eficacia de los antidepresivos en FM apoyan su utilidad, principalmente la del antidepresivo tricíclico amitriptilina. En 2009 Haüser et al[114] publican un metaanálisis de alta calidad donde sólo se seleccionaron los ECCA que comparaban la eficacia de los antidepresivos con placebo. Los autores concluyen que hay una evidencia fuerte de la eficacia de los antidepresivos en la reducción del dolor, las alteraciones del sueño, la depresión y la calidad de vida. Tras analizar de forma independiente la eficacia de los diferentes antidepresivos llegan a las siguientes conclusiones: 1) la amitriptilina muestra una dimensión del efecto (effect size) grande en la reducción del dolor, la fatiga y la alteraciones del sueño; 2) los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina tienen una dimensión del efecto pequeña en la reducción del dolor; 3) los inhibidores mixtos de la recaptación de serotonina y noradrenalina demostraron eficacia en la reducción del dolor, las alteraciones del sueño y la depresión con una dimensión del efecto pequeña; 4) en los escasos ensayos clínicos realizados con los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO), estos mostraron una reducción del dolor con una dimensión del efecto moderada. Algunos antidepresivos, como el citalopram y la nortriptilina, no demostraron superioridad sobre el placebo.

Sólo de tres antidepresivos se habían realizado, al menos, 3 ECCA comparados con placebo: amitriptilina[116, 117, 118, 119, 120, 121, 122], fluoxetina[120, 123, 124], duloxetina[125, 126, 127] que son los que se describen a continuación:

a) Amitriptilina. Las dosis utilizadas en los estudios (entre 12,5 y 50 mg al día) son mucho menores que las utilizadas para tratar la depresión, lo que sugiere que el efecto analgésico es independiente del efecto antidepresivo. Un metaanálisis publicado en 2008[113] sobre la eficacia de los antidepresivos en FM también destaca que la amitriptilina a dosis de 25-50 mg/día reduce el dolor, la fatiga, la depresión y mejora el sueño y la calidad de vida. Un metaanálisis específico de la eficacia de la amitriptilina en FM[115] localizó 10 ECCA y señala que, a la dosis de 25 mg/24 horas, es superior al placebo en los resultados sobre el dolor, la fatiga, el

sueño y la impresión global del médico y del paciente. Una limitación de los estudios es que no hay seguimiento a medio-largo plazo.

La amitriptilina reduce el dolor, la fatiga, mejora el sueño y produce una sensación global de mejoría desde la perspectiva del médico y del propio paciente, por lo tanto, puede recomendarse para el tratamiento de estos síntomas en pacientes con FM. Grado A.

b) Duloxetina. Posteriormente al metaanálisis de Haüser et al[114] se ha publicado un nuevo ECCA sobre duloxetina comparada con placebo[128], una revisión de la colaboración Cochrane[129] y una síntesis de 4 ECCA comparados con placebo[130]. La conclusión final de los 5 ensayos clínicos existentes es que la duloxetina a 60 mg/día, por vía oral, es superior al placebo en relación a la disminución del dolor y a la mejora de la limitación funcional a corto y medio plazo.

La duloxetina reduce el dolor, mejora el sueño, el estado de ánimo, la calidad de vida y la capacidad funcional, por lo tanto, puede recomendarse para el tratamiento de estos síntomas en pacientes con FM. Grado A.

c) Fluoxetina. Los 3 ECCA en los que se compara con placebo tienen diseños y resultados diferentes. Wolfe F et al[123] comparan la administración de 20 mg de fluoxetina con placebo y no observaron diferencias. Goldenberg et al[120] observan una mejoría significativa con la combinación de 20 mg de fluoxetina y 25 mg de amitriptilina al compararla con ambos fármacos de forma aislada y con placebo. Arnold LM et al[124] utilizan dosis flexibles de fluoxetina en un ECCA doble ciego. Con una dosis media de 45 ± 25 mg al día observan una mejoría significativa en el dolor, la limitación funcional, la fatiga y la depresión.

La evidencia sobre el efecto de la fluoxetina sobre el dolor, el sueño y la fatiga en pacientes con FM es controvertida y parece eficaz en depresión y limitación funcional, siendo necesario confirmar el potencial beneficio de este principio activo, antes de recomendarlo en la práctica clínica habitual, cuando se utiliza como único fármaco. Grado B.

También se han publicado ECCA sobre milnacipram[131, 132] un fármaco aún no comercializado en España y que muestra resultados positivos sobre el dolor y la limitación funcional.

6.2.2. Ciclobenzaprina

Aunque la ciclobenzaprina se suele clasificar como un relajante muscular, su estructura química es muy similar a la del antidepresivo tricíclico amitriptilina (sólo se diferencian en un doble enlace). En 2004 Tofferi et al[133] publicaron un metaanálisis sobre la eficacia de la ciclobenzaprina en FM. Localizaron 5 ECCA y observaron una mejoría importante en el sueño. El dolor mejoraba a corto plazo (sobre todo a la cuarta semana), posteriormente el efecto disminuía. Las dosis utilizadas en los ECCA eran variables (10-40 mg). Por su efecto sedante se recomienda la administración de la dosis principal o con frecuencia única, 2-3 horas antes de acostarse.

La ciclobenzaprina reduce el dolor a corto plazo y mejora el sueño, por lo tanto, puede recomendarse para el tratamiento de estos síntomas en pacientes con FM. Grado A.

6.2.3. Pregabalina

La pregabalina es un análogo del ácido gamma-aminobutírico (GABA). Aunque su mecanismo de acción no está aún claro, disminuye la excitabilidad neuronal central al unirse a una subunidad auxiliar de los canales de calcio dependientes del voltaje en las neuronas del sistema nervioso central. Una revisión Cochrane[134] afirma que es eficaz en FM. Dos metaanálisis recientes[135, 136] localizaron cinco ECCA que comparan pregabalina con placebo. Ambos metaanálisis concluyen que existe una fuerte evidencia de eficacia en la reducción del dolor y en la mejoría del sueño y la calidad de vida. Se observó, además, una disminución en la ansiedad y la fatiga pero la magnitud del efecto era pequeña. No se observaron diferencias en la depresión. Un ECCA[137] de 6 meses de duración analizó, en 1.051 pacientes que inicialmente respondieron a pregabalina, si la duración del efecto se mantenía en el tiempo. Al final del estudio el 68% de los tratados con pregabalina comparados con el 39% de los tratados con placebo, mantuvieron la respuesta terapéutica en relación a la mejora del dolor, las alteraciones del sueño, la fatiga y el nivel funcional.

En ensayos clínicos las dosis media que se han mostrado eficaces son 300 o 450 mg/día, pero en la clínica se inicia el tratramiento con dosis menores y según tolerancia y efecto clínico.

La pregabalina reduce el dolor y mejora el sueño y la calidad de vida, por lo tanto, puede recomendarse para el tratamiento de estos síntomas en pacientes con FM. Grado A.

6.2.4. Tramadol

Este fármaco tiene una débil actividad agonista sobre los receptores opioides μ pero, además, es un inhibidor mixto de la recaptación de serotonina y noradrenalina. Un ECCA doble ciego y comparado con placebo[138] analizó la eficacia de una combinación de tramadol (37,5 mg) y paracetamol (325 mg) en 315 pacientes con FM. Los que tomaron tramadol más paracetamol (4.0 ± 1,8 cp/día) fue más probable que continuaran el tratamiento y mejorasen el dolor y la limitación funcional. Sin embargo, al final del ensayo, la diferencia en la puntuación media de una escala analógica visual de dolor de 100 mm fue de sólo 12 mm (53 mm frente a 65 mm en el grupo placebo). Otros dos ECCA de baja calidad también mostraron superioridad de tramadol sobre el placebo[139, 140].

Hay moderada evidencia sobre el efecto del tramadol para el manejo del dolor como fármaco único o combinado con el paracetamol. Grado B.

6.2.5. Paracetamol

El paracetamol es el fármaco más utilizado en FM. Wolfe et al[141] observan que el 75% de pacientes tomaban paracetamol y sólo el 27% lo consideraba totalmente ineficaz. En un reciente estudio sobre 2.596 pacientes con FM[142] el paracetamol era el fármaco más utilizado (el 94% lo habían tomado alguna vez en su vida). El 36% de pacientes consideraba que el paracetamol les había sido útil.

Aunque no hay ningún ECCA comparado con placebo que analice la eficacia del paracetamol en FM, parece razonable la utilización de este fármaco por razones de tolerancia y seguridad. Grado D.

6.2.6. Antiinflamatorios

Glucocorticoides

Ningún ECCA ha demostrado su eficacia en FM. El corticosteroide prednisona no se mostró eficaz en un ensayo clínico[143], por lo que los corticoides no se recomiendan en el tratamiento de la FM.

No se recomiendan los glucocorticoides para el tratamiento de los síntomas de la FM ya que ningún estudio avala su eficacia en este trastorno y, además, en tratamientos continuados la aparición de efectos secundarios es frecuente. **Grado D.**

Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)

En un ECCA 600 mg de ibuprofeno cada 6 horas no fue más eficaz que el placebo[144]. Sin embargo, varios estudios han señalado la posible utilidad de combinar ibuprofeno o naproxeno con amitriptilina, ciclobenzaprina o benzodiacepinas[145, 146, 147]. Algunos autores creen que sólo deberían utilizarse cuando se sospecha la existencia de posibles generadores de dolor periférico incluyendo artrosis y dolor de partes blandas[148].

No hay evidencia de que los AINE (naproxeno e ibuprofeno) sean efectivos cuando se administran solos en pacientes con FM, aunque pueden ser útiles como adyuvantes analgésicos cuando se combinan con antidepresivos tricíclicos, ciclobenzaprina o benzodiacepinas. **Grado D.**

6.2.7. Otros

Hay un conjunto de fármacos que han demostrado eficacia en, al menos, un ECCA y que podrían considerarse como alternativas en casos seleccionados: gabapentina[149], pramipexol[150], oxibato sódico[151], hormona del crecimiento[152, 153] o nabilona[154, 155].

Son necesarios más estudios para corroborar el beneficio de gabapentina, pramipexol, oxibato sódico, hormona del crecimiento o nabilona y no se recomienda su uso en la práctica clínica habitual para el tratamiento de los síntomas de la FM. **Grado C.**

Por otra parte faltan estudios controlados de calidad en relación al uso de opioides mayores, la ketamina, la lidocaína y el cannabis en pacientes con FM.

No hay suficiente evidencia para recomendar los opioides mayores, la ketamina, la lidocaína y el cannabis para el tratamiento de los síntomas de la FM. Grado D.

6.3. Tratamiento rehabilitador y físico

Se han publicado numerosas revisiones que analizan la eficacia de los tratamientos no farmacológicos[156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164]. Todas coinciden en que los programas de ejercicios son la intervención no farmacológica más y mejor estudiada. Para el resto de intervenciones (agentes físicos, terapia manual...) se dispone de menos información y de menor calidad.

6.3.1. Programas de ejercicios físicos

Existe un acuerdo prácticamente unánime en que los programas de ejercicios deben ser una de las recomendaciones básicas en pacientes con FM. Se deben valorar fundamentalmente tres alternativas:

1. Ejercicios aeróbicos. Utilizan grandes grupos musculares involucrándolos en movimientos repetidos, con aumento de la frecuencia cardiaca pero sin superar el umbral anaeróbico (hasta 70-85% de la frecuencia cardiaca máxima para la edad). En los pacientes con FM es necesario comenzar con una intensidad de entrenamiento menor (del 60-75% de la frecuencia cardiaca máxima) y una frecuencia mayor, para que una vez adaptados a la práctica de ejercicio pueda incrementarse la intensidad y disminuir la frecuencia. Entre ellos se incluyen ejercicios en carga (caminar, danza) y en descarga (bicicleta, natación...);
2. Ejercicios de fortalecimiento muscular. Pretenden mejorar la fuerza, resistencia y potencia muscular realizando contracciones musculares contra determinadas resistencias como bandas elásticas, pesas o el propio peso del paciente;
3. Ejercicios de estiramiento o flexibilidad. Su objetivo es mejorar la flexibilidad muscular y de los tejidos blandos.

Se han publicado varias revisiones sistemáticas que analizan la eficacia de los programas de ejercicios, bien de forma aislada[165, 166, 167, 168, 169, 170] o

combinados con otras formas de intervención[171, 172]. Todas concluyen que hay evidencia moderada-fuerte de que el ejercicio mejora algunos parámetros de resultado. Probablemente la revisión de más alta calidad metodológica es la realizada por la Colaboración Cochrane, cuya última actualización se publicó en 2007[166]. Concluyeron que hay evidencia moderada, basada en 6 ECCA, de que a corto plazo (6-23 semanas) el ejercicio aeróbico mejora el dolor, la sensación global de bienestar, la función física y tiene un pequeño efecto, que no alcanza significación estadística, en la sensibilidad dolorosa a la presión. El efecto sobre la depresión era conflictivo con estudios que mostraban mejoría y otros que no observaban cambios. La fatiga no se modificaba. La evidencia sobre el efecto de los ejercicios de fortalecimiento era limitada, basada en dos ECCA, pero mostraba una mejoría significativa en el dolor, la sensación global de bienestar, medidas de función física, sensibilidad dolorosa a la presión y depresión.

En una revisión de 2009[165], se localizaron 18 ECCA publicados posteriormente a la revisión Cochrane y que confirman que ejercicios de baja intensidad e individualizados, de diferentes tipos, pueden mejorar la función y reducir los síntomas.

Finalmente en un reciente meta-análisis en 2010[173] sobre 28 ECCA comparando ejercicio aeróbico con controles y 7 ECCA comparando diversos tipos de ejercicio entre sí, en un total de 2.494 pacientes, las conclusiones del mismo es que el ejercicio aeróbico reduce el dolor, la fatiga, la depresión, las limitaciones de la calidad de vida relacionada con la salud y las condiciones físicas después del tratamiento.

Actualmente se acepta que la ventana terapéutica es estrecha: demasiado ejercicio produce un aumento de los síntomas y demasiado poco es inadecuado para obtener resultados. Aunque aún no se conoce la dosis óptima de ejercicios y la forma más correcta de aplicarlo sí es posible proponer un conjunto de recomendaciones sobre las principales características que deben cumplir:

Tipo de ejercicio. Las únicas conclusiones basadas en evidencia de calidad moderada-alta se refieren al ejercicio aeróbico. Los datos sobre ejercicios de fortalecimiento también sugieren que puede ser una buena alternativa, pero son más limitados y basados en estudios de peor calidad. Es necesario subrayar la falta de evidencia sobre la eficacia de los ejercicios de flexibilidad o estiramientos, muy extendidos en la práctica, por lo que no hay argumentos para recomendar los ejercicios de flexibilidad de forma aislada. Sólo unos pocos estudios han comparado entre sí diferentes tipos de ejercicio en FM. El ejercicio aeróbico fue claramente superior a los

ejercicios de flexibilidad en dos estudios[174, 175] y de forma menos concluyente en otro[176]. Un trabajo reciente comparó ejercicio aeróbico y de fortalecimiento y no observó diferencias[177]. Los ejercicios realizados en piscina terapéutica suelen ser bien tolerados y también parecen eficaces a corto plazo. No han demostrado superioridad sobre los ejercicios fuera del agua[178, 179, 180].

Un reciente ECCA[181] realizado con plataforma vibratoria de baja frecuencia observa un beneficio sobre el balance funcional de los pacientes con FM, apuntando a la necesidad de profundizar la investigacion en este campo.

En resumen, las tres opciones principales son: ejercicios aeróbicos (evitando actividades de alto impacto como carreras o saltos), ejercicios de fortalecimiento o programas mixtos que combinan ambas opciones.

Tolerancia. Para que un programa de ejercicios sea eficaz un requisito esencial es que el paciente lo tolere y lo realice. Muchos pacientes temen que el ejercicio empeore los síntomas. Este temor parece justificado. La fatiga muscular rápida y la intolerancia a diversos tipos de ejercicio es un síntoma frecuente en FM[182]. Un análisis de 46 EC[167]concluyó que la intensidad inicial debe ser inferior a la recomendada para la población general, ya que si no el número de abandonos es muy alto. Posteriormente debe irse incrementando hasta llegar a un nivel de intensidad moderado.

Adhesión a medio-largo plazo. Es uno de los grandes problemas. Si el paciente con FM deja de realizar los ejercicios o no incrementa su nivel de actividad física, los efectos conseguidos se pierden pronto. Afortunadamente varios estudios sobre ejercicio aeróbico demuestran que es posible conseguir un efecto a medio-largo plazo. Varios autores[183, 184, 185] refieren que la mejoría en varios parámetros de resultado se mantenía a los 6 y 12 meses. El cumplimiento a medio-largo plazo es difícil, pero debe ser un objetivo prioritario y se deben introducir estrategias para facilitarlo[176, 186]. Las posibilidades aumentan cuando médicos y pacientes están de acuerdo con los objetivos, existe una comunicación abierta y se abordan los temores y las expectativas. Poder realizar el ejercicio sin un incremento significativo del dolor aumenta la autoeficacia y las posibilidades de que el paciente continue realizándolos en el futuro. Hay que intentar que el ejercicio resulte agradable, sea simple y que el paciente lo pueda incorporar en su rutina diaria. Los ejercicios aeróbicos de bajo impacto parecen una de las mejores alternativas. La supervisión inicial por un profesional (fisioterapeuta o educador físico) aumenta el cumplimiento. Los ejercicios en grupo pueden favorecer la interacción social y aumentar la motivación.

A partir del metaanálisis de Häuser et al[173] se destacan las siguientes recomendaciones:

- La cantidad y la intensidad del ejercicio aeróbico inicial se adaptará a nivel individual.
- El inicio debe ser en niveles justo por debajo de esa capacidad individual.
- Se aumentará gradualmente la duración e intensidad hasta realizar en 2-3 semanas ejercicio diario de intensidad baja a moderada durante 20-30 minutos.
- El tipo de ejercicio aeróbico se debe adaptar a las preferencias del paciente, las comorbilidades y las ofertas locales.
- El programa de entrenamiento inicial debe durar un mínimo de cuatro semanas.
- Los pacientes deben ser informados de que a corto plazo pueden tener un aumento tolerable en el dolor y la fatiga, pero que si el ejercicio se realiza a una intensidad adecuada, estos síntomas deben regresar a los niveles basales dentro de las primeras semanas de ejercicio.
- Los pacientes deben ser motivados para continuar el ejercicio después del programa.

Se recomiendan programas de ejercicio físico aeróbico de bajo impacto, con una intensidad inicial baja o programas mixtos (combinando ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento muscular). Grado A.
Una alternativa serían los programas de ejercicios de fortalecimiento muscular. Grado B.

6.3.2. Agentes físicos

El dolor musculoesquelético generalizado parece un mal candidato para los tratamientos físicos ya que estos, habitualmente, tienen un efecto fundamentalmente local. Para superar esta limitación se han intentado varias estrategias:

1. Aplicar el agente físico en los principales puntos dolorosos. Los aparatos modernos de láser permiten alcanzar dosis terapéuticas en periodos muy cortos (1-3 minutos) lo que posibilita el tratamiento simultáneo de varios puntos en una sola sesión;
2. Utilizar dispositivos portátiles, que el propio paciente puede emplear en su domicilio sin necesidad de supervisión. Esto permite tratar varias zonas dolorosas (seleccionando las más sintomáticas en cada momento). Algunos ejemplos serían los aparatos de corriente eléctrica nerviosa transcutánea (estimulación nerviosa transcutánea-

TENS) y algunos modelos de corrientes interferenciales y de aparatos de termoterapia;
3. Usar aparatos con superficies de emisión amplias que abarcan toda la longitud del cuerpo, como camas de rayos infrarrojos o algunos aparatos de campos magnéticos;
4. Aplicar el medio físico directamente a nivel craneal apoyándose en que el origen del problema es una sensibilización al dolor de origen central.

Los datos disponibles sobre la eficacia de los agentes físicos en FM se basan en la información procedente de diversos ECCA:

a) Láser. En 2002 Gur et al[162, 187, 188] publican 2 ECCA donde comparan la aplicación de láser de arseniuro de galio durante 3 minutos en cada punto doloroso de FM durante 2 semanas, con láser placebo. Observan una mejoría significativa en varios parámetros (dolor, limitación funcional, número de puntos dolorosos...) en el grupo que recibió láser real. Armagan et al[189] en 2007 comparan láser de arseniuro de galio-aluminio con láser placebo y observan también disminución del dolor y de la limitación funcional. Sin embargo, Matsutani et al[190] en 2007 compararon ejercicios de estiramiento con ejercicios de estiramiento más láser y no observaron diferencias.

b) Termoterapia. Brockow et al[191] realizan un ECCA donde se compara rehabilitación multimodal asociada o no al calentamiento global del cuerpo con infrarrojos. El grupo que recibió infrarrojos mejoró significativamente más en dolor y limitación funcional. Löfgren y Norrbrink[192] comparan en un ECCA cruzado el efecto de utilizar dos aparatos portátiles que permiten aplicar localmente termoterapia superficial o TENS en las zonas dolorosas. En ambos grupos la intensidad del dolor mejoró de forma similar, aunque más pacientes preferían el calor superficial al TENS.

c) Estimulación nerviosa transcutánea (TENS). Se han publicado 4 ECCA[191, 193, 194, 195] de baja calidad que comparan el TENS con otros tipos de tratamiento (S-adenosil-metionina, masaje, hidroterapia y termoterapia superficial). El TENS fue inferior a la S-adenosil-metionina en un estudio[193]. En el resto la mejoría con el TENS era similar al resto de tratamientos con los que se le comparaba[191, 192] o algo menor[193].

d) Ultrasonido. En un estudio[196] en el que se utilizó de forma aislada comparándolo con sertralina no mostró eficacia. Almeida et al[197]

publican un ECCA en el que utilizan un aparato que combina ultrasonido con corrientes interferenciales y observan mejoría a corto plazo en el dolor y en las alteraciones del sueño.

e) Magnetoterapia. Para mejorar los síntomas de FM se ha investigado con campos magnéticos estáticos y con campos magnéticos pulsantes de baja frecuencia.

- **Campos estáticos**. En dos ECCA[198, 199] de moderada a baja calidad se compara un colchón magnético con placebo. En ambos estudios los pacientes que utilizaron el colchón magnético mejoraron más que el grupo control.
- **Campos pulsantes de baja frecuencia**. Se han publicado 3 ECCA[200, 201, 202] que muestran un efecto favorable a corto plazo. En el estudio de más calidad y con la mayor muestra[202] se siguió a los pacientes tras el tratamiento y se observó que el efecto iba disminuyendo en las semanas siguientes a finalizar la aplicación.

f) Tratamientos físicos aplicados a nivel craneal. Se han publicado ECCA utilizando campos magnéticos y corriente directa.

- **Estimulación magnética transcraneal (EMT).** La EMT unilateral repetitiva de la corteza motora se ha evaluado en 2 ECCA. Passard et al[203] publican un ECCA en 2007 y describen efecto analgésico y en la calidad de vida en el grupo de tratamiento activo. Un estudio posterior publicado en 2009[204], no observó efectos positivos respecto al placebo.
- **Corriente directa transcraneal**. Dos ECCA[205, 206] con muestras pequeñas describen mejorías del dolor y la limitación funcional respecto al placebo.

En resumen, los diversos estudios sugieren un efecto positivo, en la mayor parte de los casos sólo a corto plazo, tras la aplicación de medios físicos. Los estudios son heterogéneos, con riesgo de sesgos y aún demasiado escasos para recomendar estos tratamientos en la práctica cotidiana. Algunas alternativas, principalmente el láser, las nuevas formas de termoterapia superficial, los campos magnéticos y la corriente directa transcraneal ofrecen un gran potencial y se deben promover trabajos de investigación que determinen su verdadero valor.

Varios estudios sugieren un efecto positivo a corto plazo del láser, la termoterapia superficial, los campos magnéticos y la corriente directa transcraneal. Grado C.

6.3.3. Otras terapias físicas

Tratamiento quiropráctico. En 2009 se publican 2 revisiones sistemáticas que analizan la eficacia del tratamiento quiropráctico en FM. Schneider et al[207] localizaron 2 ECCA. La revisión más reciente y de mayor calidad[208] localizó 4 ECCA. En 2 ECCA[209, 210] no hubo diferencias significativas con el grupo control y en otro ECCA[211] sólo se describe el diseño pero nunca se llegaron a publicar los resultados finales. El único ECCA[212] que muestra resultados favorables compara si hay diferencias entre añadir o no tratamiento quiropráctico (sin proporcionar detalles) a electroterapia craneal y medicación (también sin dar detalles). Aunque los resultados en relación al dolor favorecían al grupo que realizó tratamiento quiropráctico (reducción del 36% frente a un 26% en el grupo control), no se realizó un análisis estadístico. El autor del metaanálisis concluye que la evidencia es insuficiente para considerar eficaz el tratamiento quiropráctico. Un informe publicado en 2010 en Inglaterra llega a la misma conclusión[213].

Masaje. Los efectos del masaje han sido analizados en 5 ECCA[195, 214, 215, 216, 217] y una revisión sistemática[218]. Los resultados son contradictorios. En 2 ECCA, realizados por el mismo grupo[195, 214] el masaje consiguió una reducción del dolor superior a la relajación[214] y al TENS[195]. Ambos estudios tienen importantes limitaciones desde el punto de vista metodológico (muestras pequeñas, no son ciegos, no hay seguimiento...). En un estudio[215] no se observó mejoría con el masaje y en el otro[216] los beneficios a corto plazo no se mantenían en el seguimiento. En el ECCA más reciente[217] se comparan dos técnicas de masaje y se analizan los resultados al finalizar el tratamiento. El drenaje linfático manual se mostró superior en algunos parámetros al masaje de tejido conectivo.

En resumen, los datos que apoyan la eficacia del masaje son de baja calidad, con alto riesgo de sesgo y sólo sugieren un posible efecto a corto plazo.

No se ha demostrado de forma suficiente el efecto beneficioso del tratamiento quiropráctico y del masaje en el tratamiento de la FM y, por tanto, no se recomienda su uso. Grado C.

6.4. Tratamiento psicológico

6.4.1. Terapia cognitivo-conductual (TCC) y conductual operante (TCO)

En 2006[219] se revisó la eficacia de 13 programas de TCC utilizados de forma aislada o en combinación con otros tratamientos. En la mayor parte de los estudios la TCC mejoraba varios parámetros de resultado, principalmente el comportamiento relacionado con el dolor, la autoeficacia, las estrategias de afrontamiento y la función física global.

En una revisión publicada en 2009[220] se analiza la eficacia de los tratamientos psicológicos en FM. Localizaron 14 ECCA sobre TCC y TCO. La eficacia fue variable en los diferentes estudios. En 4 ECCA no observaron efectos significativos sobre el dolor y en 3 ECCA sólo un efecto a corto plazo. Sin embargo, en 7 ECCA se producía una mejoría significativa respecto al grupo control aplicando un criterio de gran relevancia clínica: número de pacientes con una reducción de, al menos, el 50% del dolor, que se mantenía 6 a 24 meses después de finalizar el tratamiento. La variabilidad en los resultados puede depender de la experiencia y entrenamiento del terapeuta y del número y contenido de las sesiones de tratamiento, pero un factor determinante podría ser una adecuada selección de los candidatos a cada técnica[221].

Una revisión sistemática y metaánalisis[222] concluye que la TCC puede ser considerada en la mejora de la autoeficacia en el manejo del dolor y del estado de ánimo en pacientes con FM, aunque por sí sola el efecto sobre otros síntomas (dolor, fatiga y sueño) no sería significativo. Por otra parte, la TCO sería especialmente relevante en la reducción del número de visitas médicas.

En otro reciente metaanálisis[223] sobre la eficacia a corto y largo plazo de diferentes tratamientos psicológicos en FM se muestra que su aplicación disminuye significativamente la percepción del dolor, los problemas de sueño, la depresión y el catastrofismo, además de mejorar el estado funcional. Los tamaños del efecto oscilaron entre pequeños y medianos a corto y largo plazo (media de seguimiento de 7,4 meses) para cualquier intervención psicológica. Las autoras encuentran que el tipo de tratamiento aplicado y la "dosis" del mismo moderan la eficacia en algunos de los resultados. En este sentido, de entre todos los tratamientos revisados (TCC, TCO, relajación y biofeedback, educación, "mindfulness" o atención plena y EMDR –"Eye movement desensitization and reprocessing"–) la TCC fue el

más eficaz en la reducción de la intensidad del dolor a corto plazo y, junto con la relajación, en la reducción de los problemas de sueño. En el caso de la intensidad del dolor y de la depresión, el mayor número de sesiones se asoció con mejores resultados. Los tamaños del efecto obtenidos son similares a los de otros tratamientos farmacológicos.

La TCC es un abordaje terapéutico que incluye una amplia variedad de técnicas que se han mostrado eficaces para trabajar con respuestas fisiológicas, cognitivas, emocionales y comportamentales (relajación, biofeedback, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, control de estímulos, reinterpretación sensorial, imaginería guiada, manejo de contingencias, etc.) pudiendo dar lugar, por tanto, a diferentes combinaciones de tratamiento. Buscar la mejor combinación en cada caso y siempre en función de los objetivos terapéuticos, será la primera tarea de cualquier profesional. Los principios del aprendizaje constituyen su base teórica, asumiendo, además, que la persona es un procesador activo de la información interna y externa, y que en función de ese procesamiento, más o menos automático, siente y actúa.

Desde la TCC se pretende dotar a las personas de estrategias para que puedan ejercer control sobre sus vidas, manteniendo la mayor funcionalidad posible. Para ello, y en términos generales, los programas cognitivo-conductuales incluyen una parte psicoeducativa y otra de entrenamiento en la adquisición y mejora de habilidades de afrontamiento del dolor y sus consecuencias. La parte educativa resulta sumamente importante porque sirve, entre otras cosas, para ajustar las expectativas del enfermo a su situación y posibilidades de acción, además de que resta ansiedad en el manejo del problema. En esta parte, debe quedar claro cómo se establecen relaciones funcionales entre los diferentes elementos del comportamiento de la persona con dolor y cómo esta persona puede ser motor y agente de cambio.

Respecto al entrenamiento en habilidades de afrontamiento, la mayoría de los programas incluyen técnicas dirigidas a la regulación de la activación fisiológica y de la tensión muscular (biofeedback y relajación, entre otras técnicas), a la normalización de la actividad, incluyendo también otras actividades como el ejercicio físico (utilizando programas de refuerzo y extinción de conductas, jerarquizando la dificultad de las actividades y utilizando contratos conductuales, entre otras técnicas), al reconocimiento y modificación de creencias irracionales e incorporación e internalización de pensamientos adaptativos y de afrontamiento (reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, entre otras) y a la incorporación de nuevas formas de manejo del problema y de relación con el medio social cercano (resolución

de problemas, entrenamiento asertivo, entre otras). La intervención psicológica acaba cuando se asegura la generalización y el mantenimiento de dichas estrategias. En definitiva, la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales se basa en la incorporación y cambio de cogniciones y comportamientos que las personas y su medio social más cercano tienen ante el problema de dolor.

La TCC también es eficaz como complemento de otras intervenciones. Una revisión[171] localizó 6 ECCA que analizaban la eficacia de la combinación de TCC y ejercicio observando mejoría en varios parámetros de resultado. De los tres estudios que incluían seguimiento tras finalizar el tratamiento dos observaron mejoría a largo plazo en el dolor y la limitación funcional[224, 225]. Un ECCA reciente[226] analiza si añadir TCC a un tratamiento multidisciplinario (educación, medicación y ejercicio físico) mejora los resultados. Concluyen que la TCC mejora los síntomas y disminuye la limitación funcional.

Hay fuerte evidencia sobre el efecto beneficioso de la TCC sobre el control del dolor, malestar físico y el estado de ánimo en pacientes con la FM. Grado A.
Hay evidencia sobre el efecto de la TCO en la reducción del número de visitas médicas. Grado A.

6.4.2. Otros tratamientos psicológicos

La revisión antes citada[220] también analiza la eficacia de otras intervenciones psicológicas por sí solas. Localizaron 10 ECCA sobre métodos de relajación (entrenamiento autógeno, método de relajación de Jacobson, biofeedback). Ninguna de las técnicas de forma aislada demostró mejorías significativos sobre el grupo control. Por otra parte, técnicas con algún ensayo clínico realizado como la hipnosis (2 ECCA), la imaginería guiada (3 ECCA) y la intervención mediante escritura (2 ECCA) sí mostraron algún beneficio en algunos parámetros respecto al grupo control.

Los métodos de relajación utilizados de forma aislada con el único objetivo de controlar el dolor no han demostrado eficacia. Grado B.
A pesar de algunos resultados positivos no hay todavía suficiente evidencia científica para recomendar la hipnosis, la imaginería guiada o la intervención mediante escritura. Grado D.

6.5. Tratamiento combinado multicomponente

Los abordajes multidisciplinarios son difíciles de evaluar y dependen principalmente de los tipos de intervención que combinan. Sabemos muy poco sobre la relación coste-beneficio y las ventajas que aportan[227].

Una primera revisión de la colaboración Cochrane[228] del tratamiento multidisciplinar en FM (revisaba sólo los escasos trabajos publicados hasta abril de 1998) no encontró suficiente evidencia.

Un metaanálisis reciente, publicado en 2009[229] y de alta calidad, localizó 9 ECCA y concluye que hay una fuerte evidencia, a corto plazo, de que un tratamiento multicomponente (debe incluir, además del tratamiento farmacológico, al menos, educación, abordaje psicológico y ejercicios) mejora el dolor, la fatiga, la depresión, las alteraciones del sueño, la limitación funcional y la autoeficacia. No hay evidencia de su eficacia a largo plazo.

Se recomienda la combinación de ejercicio físico, estrategias de intervención cognitivo-conductual y fármacos en el tratamiento de pacientes con FM, ya que se ha demostrado eficaz en el manejo del dolor y en la mejora de la calidad de vida y la capacidad física. Grado A.

No obstante, se deben proseguir las investigaciones sobre el modelo más eficaz y eficiente para abordar los casos complejos y la mejor forma de combinar los tratamientos.

6. 6. Terapias naturales

La eficacia limitada en FM de los tratamientos convencionales lleva a muchos pacientes a utilizar terapias alternativas[230]. Es un tema controvertido qué se debe incluir bajo el término de medicina natural. En 2009 Baranowsky J et al[231] analizan los ECCA sobre medicina natural en FM según la definición del Instituto Nacional de Salud Americano exceptuando aquellos sobre suplementos nutritivos y dietéticos. Localizaron 23 ECCA. Los estudios eran de baja calidad, con muestras pequeñas y sin seguimiento a largo plazo.

En general no existe evidencia sobre la eficacia de las terapias naturales en el tratamiento de la FM. Algunos estudios, revisiones o metaanálisis se han centrando específicamente en algunas terapias naturales:

Acupuntura

Hay 3 metaanálisis recientes sobre acupuntura en FM: Mayhew E y Ernst E[232] en 2007 (5 ECCA), Martín-Sánchez E[233] et al en 2009 (6 ECCA) y Langhorst J et al[234] en 2010 (7 ECCA). Al sintetizar los resultados los tres observan un pequeño efecto analgésico en algunos estudios no distinguible de la posibilidad de sesgo y consideran que no hay evidencia del beneficio de la acupuntura en FM para recomendarla como tratamiento.

No hay suficiente evidencia para recomendar la acupuntura como tratamiento en pacientes con FM, aunque algunos estudios demuestran una leve mejora del dolor en estos pacientes. Grado C.

Homeopatía

En una revisión sistemática publicada en 2010 sobre el tratamiento con homeopatía[235], localizaron 4 ECCA con resultados positivos pero con alto riesgo de sesgo en todos los estudios. Concluyen que no está demostrada su eficacia.

No hay suficiente evidencia para recomendar la homeopatía como tratamiento en pacientes con FM. Grado C.

Ozonoterapia

Se ha publicado una revisión sobre ozonoterapia que no encontró ningún ECCA[236].

No hay suficiente evidencia para recomendar la ozonoterapia como tratamiento en pacientes con FM. Grado D.

Suplementos dietéticos y nutricionales

Un metaanálisis[237] publicado en 2010 sobre terapias naturales centradas en suplementos dietéticos o nutricionales y productos de aplicación tópica señala que hay ECCA aislados que muestran mejoría en algún parámetro

con el suplemento dietético "antocianidinas", la capsaicina y la s-adenosilmetionina. Otros productos como la soja no mostraron diferencias con el placebo. Los autores concluyen que la evidencia es insuficiente para afirmar que cualquiera de estos productos es eficaz.

Qi-Gong

Un estudio controlado aleatorio de meditación con movimientos de Qi Gong en 128 pacientes con FM mostraron reducciones en el dolor, la discapacidad y la depresión, pero estas mejoras no fueron superiores que las observadas en el grupo control, que recibió el apoyo educativo[238].

Reiki

Un reciente ECCA de calidad[239], valora la aplicación de Reiki dirigido por un maestro comparado con un programa simulado por un actor, en pacientes con FM, no obteniendo mejorías en ninguna variable clínica en ambos grupos.

No se ha demostrado la eficacia del Qi-Gong, Reiki y otras terapias naturales en el tratamiento de la FM. **Grado C.**

Taichi

Un estudio muy reciente[240], de un solo ciego, aleatorizado, durante 24 semanas, aplicando Taichi Yang estilo clásico, en comparación con una intervención control consistente en educación y estiramiento, observa mejorías significativas en el humor, la calidad de vida, el sueño y la capacidad de realizar ejercicio en el grupo de Taichi con respecto al grupo control, al igual que otros procesos que cursan con dolor músculo-esquelético[241].

Aunque este primer estudio sugiere que el Taichi puede presentar beneficios en pacientes con FM, no se ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la FM. **Grado D.**

En la *Tabla 2* se presenta un resumen de las recomendaciones sobre los tratamientos comentados en este apartado.

Tabla 2 Resumen de las recomendaciones de los tratamientos comentados en este apartado

Tratamiento	Recomendación	(*) Grado de la recomendación
Amitriptilina	La amitriptilina reduce el dolor, la fatiga, mejora el sueño y produce una sensación global de mejoría desde la perspectiva del médico y del propio paciente, por lo tanto puede recomendarse para el tratamiento de estos síntomas en pacientes con FM.	A
Duloxetina	La duloxetina reduce el dolor, mejora el sueño, el estado de ánimo, la calidad de vida y la capacidad funcional, por lo tanto puede recomendarse para el tratamiento de estos síntomas en pacientes con FM.	A
Ciclobenzaprina	La ciclobenzaprina reduce el dolor a corto plazo y mejora el sueño, por lo tanto, puede recomendarse para el tratamiento de estos síntomas en pacientes con FM.	A
Pregabalina	La Pregabalina reduce el dolor y mejora el sueño y la calidad de vida, por lo tanto, puede recomendarse para el tratamiento de estos síntomas en pacientes con FM.	A
Ejercicio	Se recomiendan programas de ejercicio físico aeróbico de bajo impacto, con una intensidad inicial baja o programas mixtos (combinando ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento muscular). Una alternativa serían los programas de ejercicios de fortalecimiento muscular.	A B
Terapia cognitivo conductual (TCC)	Hay fuerte evidencia sobre el efecto beneficioso de la TCC sobre el control del dolor, malestar físico y el estado de ánimo en pacientes con FM.	A
Terapia conductual operante (TCO)	Hay evidencia sobre el efecto de la TCO en la reducción del número de visitas médicas.	A
Tratamientos Multicomponentes	Se recomienda la combinación de ejercicio físico, estrategias de intervención cognitivo-conductual y fármacos en el tratamiento de pacientes con FM, ya que se ha demostrado eficaz en el manejo del dolor y en la mejora de la calidad de vida y la capacidad física.	A
Fluoxetina	La evidencia sobre el efecto de la fluoxetina sobre el dolor, el sueño y la fatiga en pacientes con FM es controvertida y parece eficaz en depresión y limitación funcional, siendo necesario confirmar el potencial beneficio de este principio activo, antes de recomendarlo en la práctica clínica habitual, cuando se utiliza como único fármaco.	B

Tabla 2 Resumen de las recomendaciones de los tratamientos comentados en este apartado (Continuación)

Tratamiento	Recomendación	(*) Grado de la recomendación
Tramadol	Hay moderada evidencia sobre el efecto del tramadol para el manejo del dolor como fármaco único o combinado con paracetamol.	B
Métodos de relajación	Los métodos de relajación utilizados de forma aislada con el único objetivo de controlar el dolor no han demostrado eficacia.	B
Gabapentina, Pramipexol, Oxibato sódico, Hormona del crecimiento, Nabilona	Son necesarios más estudios para corroborar el beneficio de gabapentina, pramipexol, oxibato sódico, hormona del crecimiento o nabilona y no se recomienda su uso en la práctica clínica habitual para el tratamiento de los síntomas de la FM.	C
Agentes físicos	Varios estudios sugieren un efecto positivo a corto plazo del láser, la termoterapia superficial, los campos magnéticos y la corriente directa transcraneal.	C
Terapia manual	No se ha demostrado de forma suficiente el efecto beneficioso del tratamiento quiropráctico y del masaje en el tratamiento de la FM y, por tanto, no se recomienda su uso.	C
Acupuntura	No hay suficiente evidencia para recomendar la acupuntura como tratamiento en pacientes con FM, aunque algunos estudios demuestran una leve mejora del dolor en estos pacientes.	C
Homeopatía	No hay suficiente evidencia para recomendar la homeopatía como tratamiento en pacientes con FM.	C
Qi-Gong, Reiki	No se ha demostrado la eficacia del Qi Gong, Reiki y otras terapias naturales en el tratamiento de la FM.	C
Información/educación al paciente	La información/educación debe ser un componente esencial y prioritario del tratamiento de la FM.	D
Paracetamol	Aunque no hay ningún ECCA comparado con placebo que analice la eficacia del paracetamol en FM, parece razonable la utilización de este fármaco por razones de tolerancia y seguridad.	D
Glucocorticoides	No se recomiendan los glucocorticoides (GC) para el tratamiento de los síntomas de la FM ya que ningún estudio avala su eficacia en este trastorno y, además, en tratamientos continuados la aparición de efectos secundarios es frecuente.	D

Tabla 2 Resumen de las recomendaciones de los tratamientos comentados en este apartado (Continuación)

Tratamiento	Recomendación	(*) Grado de la recomendación
AINES (Naproxeno e ibuprofeno)	No hay evidencia de que los AINE (naproxeno e ibuprofeno) sean efectivos cuando se administran solos en pacientes con FM, aunque pueden ser útiles como adyuvantes analgésicos cuando se combinan con antidepresivos tricíclicos, ciclobenzaprina o benzodiacepinas.	D
Opioides mayores, Ketamina, Lidocaína, Cannabis	No hay suficiente evidencia para recomendar los opioides mayores, la ketamina, la lidocaína y el cannabis para el tratamiento de los síntomas de la FM.	D
Ozonoterapia	No hay suficiente evidencia para recomendar la ozonoterapia como tratamiento en pacientes con FM.	D
Taichi	Aunque un primer estudio sugiere que el Taichi puede presentar beneficios en pacientes con FM, no se ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la FM.	D
Hipnosis, imaginería guiada o intervención mediante escritura.	A pesar de algunos resultados positivos no hay todavía suficiente evidencia científica para recomendar la hipnosis, la imaginería guiada o la intervención mediante escritura.	D

7. Impacto de la Fibromialgia

La FM, como otros problemas de salud que cursan con dolor crónico, puede producir diferentes consecuencias en la vida de la persona que la padece, así como en su entorno más cercano. En este apartado se hace un acercamiento general al estado de la cuestión en diferentes áreas vitales; sin embargo, debemos matizar que las consecuencias descritas no son un hecho inevitable o necesariamente unido al problema. Es un hecho comprobado la heterogeneidad entre las personas que comparten este diagnóstico, y esto es así también en relación con las consecuencias de la FM.

Una intervención adecuada y temprana, que considere un acercamiento integral centrado en el mantenimiento y mejora de la calidad de vida de las personas con FM, minimizará sus posibles consecuencias.

7.1. Impacto sobre el estado de salud

La FM puede ocasionar importantes consecuencias en el estado de salud y la calidad de vida de la persona que la padece. Aunque estado de salud y calidad de vida son conceptualmente diferentes, la mayoría de las veces se utilizan como sinónimos o se hace referencia a la calidad de vida relacionada con la salud. A efectos de práctica clínica, más que establecer distinciones conceptuales entre ellos, resulta importante su consideración multidimensional, incluyendo la valoración que el paciente hace de, al menos, tres dimensiones: Percepción de síntomas, impacto físico/funcional e impacto psicológico. Aunque también se debe considerar la dimensión de impacto social, no suele estar recogida en la mayoría de los instrumentos utilizados en este contexto de evaluación, ni se ha valorado como un resultado primario por diferentes grupos de consenso[242, 243]. Estas dimensiones, además, coinciden en términos generales con las áreas relevantes de impacto identificadas desde la perspectiva de la persona que sufre FM: síntomas (dolor, fatiga y problemas de sueño), problemas emocionales/cognitivos (depresión y ansiedad, problemas de concentración y problemas de memoria), problemas de actividad y trabajo (reducción de las actividades cotidianas y de ocio, reducción de la actividad física, interrupción de la promoción profesional o educativa) y problemas sociales (relaciones familiares y de amistad alteradas y aislamiento social) [244].

La percepción que la persona tiene del impacto del problema en su estado de salud se considera como una de las principales medidas de resultado para valorar el grado de afectación, su evolución y la eficacia de los tra-

tamientos. En el caso de la FM, la ausencia de pruebas biológicas o radiológicas que indiquen la gravedad, hace especialmente importante valorar el grado de afectación del estado de salud, tanto para la monitorización clínica, como para la toma de decisiones de tratamiento o para los análisis de coste-efectividad[22].

Recientemente, una iniciativa internacional llevada a cabo para resolver los problemas de las medidas de desenlace en las enfermedades reumáticas en los diversos ensayos clínicos[245], ha centrado su atención en la FM. Se han realizado diversos estudios que han establecido los diferentes dominios de interés en la evaluación de la FM, a través de ejercicios Delphy en grupos de pacientes, profesionales e investigadores[242,246]. El consenso establecido a lo largo de estos últimos años, reuniones OMERACT 7[247], OMERACT 8[246] y OMERACT 9[242], concluye que los potenciales dominios pertinentes para la evaluación de la FM, en especial en los ensayos clínicos, parecen ser:

1. La valoración global de cada paciente del cambio asociado al tratamiento.
2. El dolor.
3. La fatiga.
4. La calidad de vida relacionada con la salud.
5. El sueño.
6. La depresión.
7. La ansiedad.
8. La función física.
9. La hipersensibilidad al dolor en la exploración física.
10. La disfunción cognitiva.

La valoración de la mayoría de estos dominios se ajusta a la estructura multidimensional de la calidad de vida relacionada con la salud antes mencionada. Existen diferentes cuestionarios que evalúan la percepción del estado de salud o de la calidad de vida relacionada con la salud y que consideran las dimensiones arriba expuestas. Algunos se han desarrollado para cualquier tipo de problema de salud y otros son específicos de la patología o problema. La viabilidad y poder discriminatorio de los instrumentos específicos que con más frecuencia se utilizan en FM para evaluar en ensayos clínicos los 11 dominios consensuados arriba expuestos se analizan en una revisión sistemática de ensayos clínicos en FM[248], de los cuales los validados en población española se recogen como Anexo 3.

En nuestro contexto, el *"Fibromyalgia Impact Questionnaire"* FIQ[249] es el instrumento específico más utilizado para evaluar el impacto de la FM en la calidad de vida. Existen cuatro versiones adaptadas y validadas del

FIQ en población española con diferencias entre sí[250], por lo que, recientemente, se ha propuesto una versión de consenso, el *"Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia"* CIF[251] (Anexo 4). Es un instrumento rápido de cumplimentar (en torno a 3 minutos) y muy utilizado tanto en el contexto clínico como en el investigador.

El FIQ como medida de resultado, sería el instrumento de elección para evaluar el impacto global de la FM en el estado de salud. Además, recientemente, se han establecido los siguientes intervalos de gravedad del impacto de la FM utilizando la puntuación total del FIQ: <39 (impacto leve), ≥39 hasta <59 (impacto moderado), ≥59 (grave)[252]. Estos autores plantean que un cambio del 14% en la puntuación total del FIQ constituiría el cambio mínimo clínicamente relevante. Sin embargo, estos datos no están validados en población española, por lo que deben ser considerados como una guía.

Recientemente se ha elaborado en nuestro país el cuestionario ICAF (Índice combinado de afectación de enfermos con Fibromialgia) que trata de evaluar diferentes dimensiones (dolor, fatiga, sueño, capacidad funcional, ansiedad, depresión, salud general, afrontamiento y autoeficacia), validado en la población española[253] para ser utilizado tanto en ensayos clínicos como en la práctica clínica diaria (Anexo 5).

Es posible que por diferentes razones interese valorar el impacto de la FM utilizando por separado las tres dimensiones del estado de salud mencionadas al principio (síntomas, impacto físico e impacto psicológico). La selección de una u otra dimensión, o de las tres, dependerá de los intereses y objetivos del clínico. A continuación se presentan algunos instrumentos seleccionados para valorar estas dimensiones por separado:

Síntomas: Se evalúa fundamentalmente la intensidad del dolor y mayoritariamente se usan escalas visuales análogas (EVA) o escalas numéricas; en ambas el rango más frecuente es el de 0 (ningún dolor) a 10 (el mayor dolor que pueda imaginar). Para la evaluación de la fatiga y los problemas del sueño también se utilizan el mismo tipo de escalas[254].

Aunque el uso de las EVA está ampliamente extendido en la práctica clínica, en un estudio clásico sobre evaluación de la intensidad del dolor en este ámbito, se recomendó el uso de escalas numéricas[255], ya que permiten evaluar el dolor en diferentes momentos temporales, o en personas de bajo nivel de instrucción o mayores; además, son más fáciles de corregir, se pueden administrar tanto de forma verbal como escrita y no se cometen errores en su diseño. En la FM, cuando se ha evaluado el dolor

general con rangos de 0-10 (mediante la EVA o la numérica) las puntuaciones medias de intensidad del dolor han oscilado entre 5,4 (dt=2)[256] y 8,5 (dt=1,8)[257]. Utilizando los puntos de corte establecidos en escalas numéricas de 11 puntos en personas con artrosis y dolor lumbar crónico con dolor diario moderado o severo[258], nos encontraríamos ante una intensidad de dolor media-alta.

Otra forma de valorar los síntomas de la FM es mediante la evaluación subjetiva que el médico hace a través de la entrevista clínica. Recientemente se ha adaptado y validado a nuestra población la escala de Fibro-Fatiga, con propiedades psicométricas adecuadas[259]. Este instrumento se ha diseñado para evaluar la gravedad de los síntomas y su cambio en el tiempo, tanto para pacientes con FM como con Síndrome de fatiga crónica, por lo que utiliza ítems presentes en las dos afecciones pero no es instrumento diagnóstico ni de screening (Anexo 6). En este sentido la Escala de gravedad de síntomas[260] incluida en los nuevos criterios propuestos por la ACR 2010, puede ser también útil (Anexo 2).

Impacto físico: La mayoría de los instrumentos disponibles lo suelen evaluar en términos de percepción de impacto en la capacidad para realizar una serie de actividades (capacidad funcional percibida). Además de poder utilizar la escala de función física del FIQ (ítem nº 1) y del SF-36, están recomendados[20] el "Health Asessment Questionnaire" (HAQ: adaptación española[261] y su adaptación a la FM (FHAQ)[262]. En nuestro contexto, un reciente trabajo comparativo de estos tres instrumentos en la FM recomienda utilizar los dos últimos frente a la escala del FIQ por presentar una mejor validez de constructo[263]. En concreto, y dada su brevedad (8 ítems), los autores concluyen que el FHAQ podría ser una buena opción a la hora de valorar esta dimensión de forma independiente (Anexo 7).

Algunos autores subrayan la conveniencia de utilizar también tests de realización. Consisten en pruebas de funcionamiento físico que el paciente realiza en presencia del evaluador (caminar durante 6 minutos y medir la distancia recorrida, levantarse y sentarse en una silla tantas veces como pueda durante un minuto, subir 5 escalones lo más rápidamente posible y contabilizar el tiempo invertido, etc.). Sin embargo, se reconoce que la ejecución de estos tests depende de la cooperación del paciente, del nivel basal de dolor, o del miedo a incrementar el dolor tras el test, entre otras cosas[264]. En cualquier caso, los resultados obtenidos mediante ambos tipos de pruebas (autoinforme y test de realización) correlacionan significativamente, por lo que ambas medidas son adecuadas en la práctica[264]. Dependiendo de las necesidades del clínico y del contexto asistencial, se puede optar por una prueba de autoinforme o de realización, o por ambas. En relación con las

pruebas de realización en la FM, se han propuesto los 6 minutos de marcha para valorar la función física de estos pacientes[20].

No existen estudios publicados fiables sobre la valoración de las limitaciones biomecánicas realizadas en el ámbito de la evaluación perital de estos pacientes. Se deberían promover y realizar estudios relacionados con la evaluación de las limitaciones físicas y su relación con la gravedad y el pronóstico de esta enfermedad.

Impacto psicológico: Habitualmente se evalúa en términos de impacto emocional, y mayoritariamente se concreta en ansiedad y depresión. Algunos de los instrumentos más utilizados fueron desarrollados para poblaciones sin problemas médicos y han sido cuestionados en su aplicación al contexto del dolor crónico. La "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HADS)[265] representa una alternativa para evaluar ansiedad y depresión en poblaciones con problemas médicos. Es un instrumento corto (Anexo 8) que ha sido adaptado a la población española con buenas propiedades psicométricas[266, 267, 268] y que ha mostrado su utilidad como instrumento de screening para evaluar estos trastornos en pacientes con problemas médicos[266, 267] y en población adulta sana[268]. No existen trabajos que prueben sus características psicométricas específicamente en la FM, pero dada su brevedad, sencillez y validez de su uso en poblaciones con problemas médicos, puede constituir una prueba útil en el contexto clínico, habiendo sido recomendada previamente para estos pacientes[20].

7.2. Impacto familiar

En la actualidad no existen trabajos que estudien el impacto que la FM supone en el ámbito familiar. Sin embargo, las y los pacientes informan del desequilibrio familiar que este problema ocasiona[244] poniendo en riesgo el mantenimiento y calidad de sus relaciones en este contexto. En nuestro ámbito, por tanto, seguimos desconociendo cuatro aspectos fundamentales:

- Grado de disrupción familiar desde el punto de vista psicoafectivo, asociado a la FM (previo o posterior a su aparición).
- Cargas familiares secundarias a la aparición de la FM (cambio de roles en los componentes de la familia, redistribución de tareas, pérdida de rol, etc.).
- Pérdidas económicas familiares.
- Patrón de conducta familiar en relación con la FM y su repercusión.

No se disponen de estudios sobre la repercusión en las personas cuidadoras de pacientes con FM y es difícil extrapolar directamente a las mismas los resultados de las investigaciones disponibles sobre cuidadores de pacientes crónicos y/o terminales. En algunos casos el alto grado de dependencia del paciente aconsejará la inclusión de la figura del cuidador en los planes de atención que se establezcan, abarcando aspectos relacionados con la atención a la persona cuidadora, valorando sus necesidades (índice de esfuerzo del cuidador)[269] y previniendo la aparición de problemas ya sean de esfuerzo o de índole psíquica. Se requiere un mayor desarrollo en investigación que oriente sobre qué grupos de pacientes y personas cuidadoras se debe intervenir y cuáles deben ser estas intervenciones.

7.3. Impacto laboral

En términos globales, los problemas musculoesqueléticos constituyen una de las principales causas de incapacidad temporal en nuestro país[270]. Dada la elevada prevalencia de la FM y su mayor frecuencia en la edad productiva, sus repercusiones laborales son importantes. Aunque existen pocos trabajos con información específica sobre FM y están centrados en determinadas zonas geográficas, cabe destacar que en un reciente estudio realizado en Cataluña[271] las personas con FM presentaron una media anual de 21 días de trabajo perdidos debido a este problema. En torno al 30% de las personas con FM estudiadas, tenían una pensión por incapacidad permanente antes de la edad de jubilación, frente al 9,5% del grupo de comparación (personas con problemas médicos que acudían a varios centros de atención primaria). Los costes indirectos asociados supusieron el 81% del total de costes ocasionados por la FM. En otro trabajo realizado en nuestro país[272] el 43,2% de los pacientes evaluados no estaba en activo en el momento del estudio y, de entre ellos, el 77,6% había trabajado antes. De estos últimos, en torno al 67% informaron que la FM fue la causa de la interrupción del trabajo.

Los datos obtenidos en los dos estudios anteriores muestran que el porcentaje de bajas por incapacidad temporal y el número de días de baja por enfermedad es de 3-4 veces superior a otros trabajadores. Sin embargo, existen discrepancias en los porcentajes de incapacidad permanente por FM, situándose en torno al 12% en algunos trabajos[2, 270, 272,] y al 30% en otros[271]. En cualquier caso, en estos trabajos realizados en nuestra población, los porcentajes de personas con FM en activo están en el rango de los obtenidos en otros países, según un estudio de revisión de la literatura que lo sitúa entre un 34% y un 77%[273].

El impacto laboral de la FM parece estar fuertemente influido por la comorbilidad psicopatológica (ansiedad y depresión)[271], siendo una realidad encontrada también en otros contextos en relación con la presencia de depresión[274]. Otros estudios demuestran que el número de manifestaciones clínicas, la comorbilidad asociada, la intensidad de la fatiga, pero, sobre todo, el trabajo sedentario, caracterizan al grupo de pacientes con FM en situación de incapacidad temporal[272]. En el estudio de revisión antes mencionado[273] la incapacidad para el trabajo secundaria a FM se observaba entre las personas más jóvenes, con mayor comorbilidad, peor capacidad funcional, peor autoeficacia en el manejo del dolor, mayor percepción de interferencia de la sintomatología y mayor intensidad del dolor.

Podemos concluir, por tanto, que en España las enfermedades musculoesqueléticas son una causa importante de incapacidad laboral. Un alto porcentaje de pacientes con FM está en esta situación, aunque no necesariamente causada solamente por la propia FM. En relación con los costes totales que supone un problema de salud como la FM, de forma consistente, los de mayor peso son los relacionados con el impacto laboral, en términos de incapacidad laboral, absentismo laboral e incapacidad permanente antes de la jubilación[271, 272].

En el año 2010 el Instituto de Salud Carlos III ha publicado una Guía médica de valoración de la incapacidad laboral dirigida a médicos de atención primaria en la que se incluye la FM entre las patologías osteomioarticulares. En ella se recogen recomendaciones para una adecuada valoración de las limitaciones que sufren los pacientes con FM[275].

7.4. Impacto sobre el sistema sanitario

Las personas afectas de FM utilizan una gran cantidad de recursos sanitarios con el consiguiente coste económico[3]. En la actualidad, se ha mostrado el efecto beneficioso del diagnóstico de FM sobre el consumo de recursos sanitarios y, por lo tanto, sobre el coste asociado[104, 276].

En el trabajo de Annemans et al. (2008)[276], en el contexto de la atención primaria del Reino Unido, el diagnóstico de FM supuso un descenso significativo en la petición de pruebas, prescripción de fármacos y derivaciones a especialistas, comparado con la tendencia esperada en el caso de que ese diagnóstico no se hubiese realizado, y utilizando como referencia el uso de recursos sanitarios previo al mismo por parte de estos pacientes. Sólo se observó un incremento inicial sobre lo esperado en el caso de las vi-

sitas a atención primaria en el primer año y medio posterior al diagnóstico, pero ese incremento fue seguido de un descenso significativo en torno a los dos-tres años. Todo ello supuso un ahorro debido, fundamentalmente, al descenso del número de pruebas diagnósticas y al descenso de los costes asociados al consumo de medicamentos[276]. Así pues, un mejor conocimiento de la FM puede facilitar un diagnóstico y tratamiento precoces, disminuyendo costes sanitarios.

En España existen pocos trabajos sobre este tema, pero los datos obtenidos sobre el uso de servicios sanitarios son semejantes, por lo que pueden servir para situar el impacto en este ámbito. La media anual de visitas a atención primaria por paciente con FM se sitúa entre 8,9[277], 9,4[278] y 12,9[279]. En el estudio de Rivera et al[277], el coste medio anual por paciente con FM relacionado con las visitas médicas, fue de 847 euros, el asociado a pruebas diagnósticas fue de 473,5 euros y el de sesiones terapéuticas no médicas (fisioterapia, masajes, hidroterapia, entre otras) de 1.368 euros. En relación con el consumo de fármacos, el gasto medio anual por paciente se sitúa entre 439 euros[277] y 656 euros[279]. En pacientes con FM atendidos en reumatología, el coste medio anual por paciente en el año 2006 se ha cuantificado en 9.982 euros, de los cuales, el 32,5% se atribuye al uso de recursos sanitarios (costes directos)[277].

En el contexto de la atención primaria, los costes directos de la FM (visitas médicas, derivaciones, pruebas complementarias y prescripciones farmacéuticas) han sido significativamente mayores que los generados por otros problemas de salud como el trastorno de ansiedad generalizada, siendo los asociados a la prescripción farmacéutica y a las derivaciones a los especialistas (interconsultas) los de mayor peso[279]. En ese mismo contexto, al comparar la FM con otra población con problemas médicos, como media, la FM supuso un gasto sanitario anual de 614 euros más por paciente[271]; destaca, además, la elevada diferencia en relación con los costes indirectos (laborales) que fue de 4.397 euros más por paciente de FM. Así, la media anual de gasto extra por paciente de FM se situó en 5.010 euros[271]. Los costes totales en pacientes con Fibromialgia fueron de 8.654 euros por paciente/año (desglosados en 1.677 euros por paciente/año en costes sanitarios directos y 6.977 euros paciente/año en costes sanitarios indirectos). Los costes totales se asociaron significativamente con el impacto percibido de la enfermedad, con la intensidad del dolor y su interferencia en las actividades cotidianas así como con la ansiedad y la depresión[271].

8. Estrategia de atención al paciente con FM

8.1. Consideraciones generales

Como en la mayor parte de las enfermedades crónicas que requieren un seguimiento continuado a lo largo del proceso y pueden afectar a aspectos físicos, psíquicos y sociales, la atención a personas con FM corresponde, inicialmente y en la mayoría de casos, a atención primaria (AP). El diagnóstico, el diagnóstico diferencial y el tratamiento pueden y deben iniciarse en el primer escalón asistencial para garantizar una atención integral a las personas que sufren FM.

En función de las necesidades que pueden surgir a lo largo del proceso, las variadas manifestaciones clínicas, las dificultades diagnósticas o la falta de respuesta al tratamiento pueden hacer conveniente solicitar la consulta o intervención de otras especialidades (fundamentalmente reumatología, psiquiatría, psicología, rehabilitación, medicina interna o unidades del dolor) manteniendo siempre la vinculación con la AP. Las derivaciones desde AP pueden ser útiles para abordar problemas diagnósticos o terapéuticos durante intervenciones definidas en el tiempo, si bien el control de la enfermedad a lo largo de la vida del paciente debe realizarse en AP, con una participación importante de la enfermería. Por ello, es necesaria una adecuada coordinación entre los diferentes profesionales implicados en el abordaje de las personas con FM, para conseguir los mejores resultados terapéuticos. En todo momento debe haber un profesional responsable de coordinar las intervenciones y orientar al paciente.

Como se ha señalado anteriormente, los objetivos de la atención a personas con FM son el alivio de los síntomas y el mantenimiento de la capacidad funcional en los ámbitos personal, familiar y profesional de la persona que la padece, procurando que su calidad de vida se mantenga o se deteriore lo menos posible. Hay que señalar que con un enfoque adecuado del manejo de la FM, una gran parte de pacientes mejora sustancialmente.

El tratamiento de la FM está condicionado por el grado de complejidad e intensidad de los síntomas y la posible morbilidad asociada. Ello hace imprescindible, una vez diagnosticada, hacer una anamnesis de cada paciente que identifique elementos básicos que facilitarán su manejo:

A. Presencia o no de otras patologías asociadas, tanto físicas como psíquicas, con repercusión en la capacidad funcional del paciente y cuyo tratamiento debe abordarse (*Tabla 3*).

Tabla 3. Otras posibles patologías asociadas a Fibromialgia
Síndrome de fatiga crónica
Síndrome del colon irritable
Disfunción témporo-mandibular
Síndrome de las piernas inquietas
Lumbalgia inespecífica
Dismenorrea primaria
Sensibilidad química múltiple
Cefalea (de tensión, migraña, mixta)
Síndrome de vejiga irritable
Dolor pélvico crónico y dismenorrea
Síndrome de dolor miofascial

Modificado de: Ablin K, Clauw DJ. From fibrositis to functional somatic syndromes to a bell-shaped curve of pain and sensory sensitivity: evolution of a clinical construct. Rheum Dis Clin N Am. 2009; 35: 233-251. Yunus M. Evaluación Médica integral de los pacientes con síndrome fibromiálgico. Rheum Dis Clin N Am (Edición española) 2002; 2: 173-178.

B. Existencia de factores agravantes y aquellos otros que alivian la sintomatología (*Tabla 4*).

Tabla 4. Posibles factores agravantes y aliviantes	
Agravantes	Aliviantes
Frío	Calor
Tiempo húmedo	Tiempo seco
Inactividad o exceso de actividad	Actividad física moderada
Estrés mental	Relajación
Estrés físico	Descanso
Dormir mal	Sueño reparador

Modificado de: Ablin K, Clauw DJ. From fibrositis to functional somatic syndromes to a bell-shaped curve of pain and sensory sensitivity: evolution of a clinical construct. Rheum Dis Clin N Am. 2009; 35: 233-251. Yunus M. Evaluación Médica integral de los pacientes con síndrome fibromiálgico. Rheum Dis Clin N Am (Edición española) 2002; 2: 173-178.

C. Valoración de la limitación o interferencia –afectación de la calidad de vida– que la sintomatología ocasiona en la persona afectada mediante escalas adecuadas. Se propone la versión de consenso adaptada al castellano del cuestionario FIQ/CIF[251], que es un instrumento rápido de cumplimentar (en torno a 3 minutos) (Anexo 4).

   Recientemente, utilizando la puntuación total del FIQ, se han establecido tres intervalos de gravedad del impacto[252] que, aunque no están validados en nuestra población, pueden servir de guía para el clínico:

   - Leve: < 39
   - Moderado: ≥39 y < 59
   - Grave: ≥ 59

D. Valoración de factores psicológicos como estados emocionales, pensamiento catastrofista y percepción de autoeficacia que han mostrado su influencia en el mayor o menor impacto de la FM:
   - Ansiedad y Depresión[265] (Anexo 8)
   - Catastrofismo[280] (Anexo 9)
   - Percepción de autoeficacia[281] (Anexo 10)

8.2. Manejo práctico

8.2.1. Información al paciente

La información –educación– inicial que se le proporciona y la toma de decisiones conjunta con el paciente son un elemento básico del manejo de la FM (ver 6.1.).

Los contenidos fundamentales de la información deben incluir: Información sobre qué es la enfermedad y cómo se diagnostica, alternativas terapéuticas, consejos para afrontar la enfermedad correctamente y minimizar sus consecuencias.

La entrega de material impreso puede facilitar al paciente su autocuidado y contribuir al logro de los objetivos planteados con su participación.

La información inicial debe basarse en una serie de ideas clave:

– La FM es un conjunto de síntomas no graves, de curso crónico, de los cuales el más frecuente es el dolor muscular.

– Se desconoce la causa de la FM. Se sabe que existen factores agravantes y otros que alivian el dolor.
– El diagnóstico es clínico y no necesita pruebas especiales.
– A pesar de que es una enfermedad crónica, en muchos casos se logra un control aceptable de la enfermedad. En algunos casos la enfermedad es refractaria y conduce a limitaciones funcionales significativas.
– Con un tratamiento adecuado y la colaboración del paciente, una gran parte de personas afectadas de FM mejora sustancialmente.
– Se trata con fármacos y medidas no farmacológicas entre las cuales la más importante es el ejercicio físico adecuado para cada paciente.
– Los consejos para el autocuidado (Anexo 11) son muy importantes en el alivio de la sintomatología: evitar los factores desencadenantes, favorecer los aliviantes y hacer el ejercicio físico con regularidad.

8.2.2. Consideraciones para el médico

– Acordar con el paciente los objetivos a alcanzar, que deben ser realistas.
– Planificar las visitas de seguimiento y la actuación ante agudizaciones junto con el paciente, evitando indicarlas solo en función del empeoramiento.
– Fomentar factores aliviantes y detectar y corregir posibles factores agravantes.
– Para seleccionar el tipo de medicación hay que identificar los síntomas principales (dolor, alteraciones del sueño, fatiga...), graduar su intensidad y la repercusión funcional.
– Se debe tener en cuenta la morbilidad asociada y la presencia de alteraciones del estado de ánimo (principalmente depresión y ansiedad).
– Evitar la polimedicación en la medida de lo posible.
– Comenzar el tratamiento con dosis bajas e ir incrementándolas de forma gradual hasta llegar a las dosis terapéuticas recomendadas o la aparición de efectos secundarios inaceptables.
– Evaluar regularmente los efectos secundarios del tratamiento, con mayor frecuencia al inicio del mismo.
– Valorar regularmente la eficacia de los fármacos en el control de los síntomas del paciente, con el fin de saber si son útiles o no. La mayo-

ría de los ensayos con fármacos analizan su eficacia a corto o medio plazo por lo que se desconoce la acción a medio o largo. Reduciendo gradualmente la dosis de un fármaco podemos valorar su eficacia al observar si el paciente empeora o no con la reducción.

– Comprobar la adhesión a las recomendaciones de autocuidado y ejercicio físico.
– El tratamiento eficaz puede mantenerse a largo plazo pese a la falta de evidencia, reforzando los autocuidados y el ejercicio. También puede intentarse un período sin fármacos.

8.2.3. Criterios de derivación desde AP

En la *Tabla 5* se exponen criterios para la derivación de pacientes con FM desde AP por necesidad de intervención de otros especialistas para diagnóstico o intervenciones terapéuticas.

Tabla 5. Criterios de derivación desde atención primaria

Criterio	Derivación
– Duda diagnóstica o necesidad de diagnóstico diferencial que no se puede hacer en AP. – Control inadecuado de la sintomatología tras inicio del tratamiento adecuado.	Reumatología
– Enfermedad depresiva grave previa a la enfermedad o reactiva a ésta. – Pensamiento catastrofista ante el dolor (Anexo 9). – Inadaptación a la enfermedad con repercusión grave en la calidad de vida. – Identificación de sucesos emocionales en la vida del paciente que puedan estar condicionando el desarrollo de la enfermedad.	Equipo de salud mental
– Enfermedad con afectación moderada o grave al inicio o durante la evolución de la enfermedad (ver "manejo" tabla 6)	Especialistas relacionados con la atención al dolor (Reumatología, Rehabilitación y Medicina Física, Medicina Interna, Unidades de Dolor[a])
– Presencia de morbilidad que no se puede resolver en AP.	Digestivo, Ginecología, Otras

[a.] Pacientes con dolor crónico complejo en el que pueda sospecharse comorbilidad con otros procesos susceptibles de ser tratados en las unidades del dolor.

Es posible que se necesite la intervención de otros profesionales como Terapeutas ocupacionales o Trabajadores sociales, en función de los problemas laborales o sociales desarrollados con la enfermedad.

8.2.4. Tratamiento

En las *Tablas 6 y 7* se exponen las medidas disponibles para el manejo escalonado del paciente con FM, según criterios expuestos en la literatura[29, 30, 282,] y en el apartado 6 de este documento.

Tabla 6. Medidas para el manejo escalonado del paciente con FM según su grado de afectación

Afectación*	Intervención
Afectación leve FIQ< 39	Manejo: Atención primaria. Medidas no farmacológicas: – Información. – Consejos en autocuidados (Anexo 11). – Ejercicio aeróbico (Anexo 12). Fármacos: Considerar sólo si fracasan los autocuidados y el ejercicio o mientras estos hacen efecto, en función de la sintomatología predominante (Tabla 7).
Afectación moderada FIQ ≥39 y <59	Manejo: En función de las necesidades del paciente, de la puntuación de la afectación, recursos disponibles y la formación del profesional, los pacientes de este grupo pueden iniciar el tratamiento en Atención primaria o derivarse. Iniciar con medidas no farmacológicas – Información – Consejos en autocuidados (Anexo 11). – Ejercicio aeróbico supervisado (Anexo 12). – Terapia cognitivo conductual o conductual. Fármacos: Considerar tratar en función de la sintomatología (Tabla 7).
Afectación grave FIQ≥59	Manejo: Tratamiento en escalón secundario por personal especializado. Puede ser necesario el tratamiento multidisciplinar.

* Grado de la recomendación D.

Tabla 7. Fármacos utilizados en el tratamiento de la FM en función de la sintomatología predominante

Fármaco	Síntomas sobre los que puede ser eficaz	Grado de recomendación	Rango terapéutico
Amitriptilina[a]	Dolor, sueño, fatiga, limitación funcional	A	25-50 mg/día
Ciclobenzaprina[b]	Sueño, dolor[c]	A	10-40 mg/día
Duloxetina	Dolor, sueño, depresión, limitación funcional	A	60-120 mg/día
Pregabalina	Dolor, sueño, limitación funcional, ansiedad	A	300-450 mg/día
Fluoxetina	Dolor[d], sueño[d], fatiga[d], depresión, limitación funcional	B	20-70 mg/día
Paracetamol[e]	Dolor	D	2-4 g/día
Tramadol[f]	Dolor	B	150-300 mg/día

[a.] Utilizar en dosis única por la noche. Puede asociarse con otros antidepresivos y/o analgésicos.

[b.] Utilizar en dosis única por la noche o partida, con la dosis principal por la noche.

[c.] Tiende a disminuir con el tiempo.

[d.] Acción controvertida.

[e.] No hay estudios controlados que avalen su uso. Por su seguridad y tolerancia es razonable utilizarlo; un tercio de pacientes que lo toman consideran que les es útil.

[f.] Se puede utilizar solo o asociado a paracetamol (se comercializa en comprimidos de 37,5 mg de tramadol y 325 mg de paracetamol –dosis 4.0 ± 2 comp./día–)

Son necesarios más estudios para precisar el papel en la práctica clínica de los siguientes aspectos del manejo de la FM:

- Clasificar y agrupar a los pacientes con FM en subgrupos, en función de sus características clínicas, puede ser útil en su manejo; cada subgrupo puede responder mejor a un determinado tratamiento.
- Identificar factores de riesgo de mal pronóstico en la evolución de la FM es una línea de investigación prometedora; servirá para seleccionar a aquellos pacientes en los que debemos iniciar precozmente las terapias del segundo y tercer escalón. El pensamiento catastrofista ante el dolor es uno de ellos. La falta de autoeficacia en el manejo del dolor y sus consecuencias y el miedo al dolor y al movimiento pueden ser otros.
- La terapia cognitivo conductual juega un papel clave en el manejo del paciente con FM en los grados de afectación moderada y grave. Está por determinar si la intervención temprana, en la afectación leve, mejora el pronóstico y resulta coste-efectiva.

– Los resultados de un metaanálisis[283] reciente no muestran diferencias significativas en el resultado del manejo de la FM según sea éste en atención primaria o especializada.
– Clarificar la forma más coste-efectiva del manejo de los casos más graves, especialmente del papel y composición de la llamada terapia multidisciplinar.

9. Conocimiento y actitud social ante la FM

A medida que mejora el conocimiento de la sociedad sobre la FM, el soporte a las personas afectadas de esta enfermedad proporcionado por profesionales sanitarios, familiares, amigos, compañeros de trabajo, entre otros, contribuye a crear una red social que facilita su adaptación a las dificultades que la enfermedad crónica introduce en aspectos básicos de su vida relacional diaria.

La valoración de la FM por la población en general, tras un conocimiento inicial y superficial, oscila en ocasiones entre la consideración de la misma como una expresión de falta de voluntad o de ánimo para afrontar las dificultades de la vida diaria por parte de la persona afectada y su consideración como un problema de índole psicológico de menor entidad. En ambos casos, esta valoración conduce a infraestimar el esfuerzo que el paciente requiere para mantener su capacidad funcional y su calidad de vida y puede suponer un obstáculo añadido en sus esfuerzos, en lugar de contribuir a prestarle el apoyo que necesita.

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

Cuando, a pesar de las intervenciones terapéuticas, la persona no mejora, en la medida en que no se puede demostrar deterioro objetivo de tipo muscular o neurológico, ni hallazgos de gravedad en pruebas complementarias, teniendo en cuenta que estos son criterios básicos en los protocolos de valoración de los Equipos de valoración de incapacidades de la Seguridad Social, sus posibilidades de obtener una pensión contributiva o acceder al reconocimiento de un grado de minusvalía elevado

que les permita una pensión no contributiva son menores que en aquellos casos que presentan deficiencias objetivables. De ahí, el reto de desarrollar instrumentos validados que permitan medir las limitaciones laborales en la FM.

10. Fibromialgia y género

El género, la educación, el trabajo, el nivel de ingresos, el grupo étnico al que se pertenece y el lugar de residencia están íntimamente ligados con el acceso de la población a los servicios de salud, la eficacia de estos y la experiencia que se tiene como paciente. Promover medidas encaminadas a mejorar la vida de las ciudadanas y ciudadanos para alcanzar la equidad en salud actuando sobre los determinantes sociales de la misma es el llamamiento de la Comisión de determinantes sociales de la salud de la OMS[284].

Las desigualdades por razón de género tienen impacto en la salud. Las responsabilidades familiares, y en especial la doble jornada de trabajo en el empleo y en el hogar, son factores psicosociales que influyen en la mayor morbilidad y peor estado de salud percibido de las mujeres en comparación con los hombres[285].

La FM se ha estudiado, sobre todo, desde la perspectiva biologicista y clínica, emergiendo la necesidad de concebir el proceso de salud-enfermedad desde un modelo biopsicosocial, en el que también se tenga en cuenta el contexto social en el que las personas desarrollan sus experiencia vital[286]. En la actualidad no existen evidencias de diferencias biológicas y fisiológicas entre mujeres y hombres que expliquen la desproporcionada prevalencia de la FM en las mujeres, por lo que es necesario atender a las condiciones vitales diferentes entre mujeres y hombres y que pueden influir en la aparición y/o desarrollo de la FM[287].

La FM es predominante entre las mujeres, aunque la enfermedad también puede afectar a los hombres. Hace falta más investigación para medir la causa de la predominancia de la FM en mujeres, y las estimaciones con respecto a la proporción hombres versus mujeres, pues hasta ahora las cifras en los estudios existentes varían ampliamente[288].

Desconocemos las causas de este predominio en mujeres, aunque algunos estudios ponen de manifiesto un comportamiento diferencial entre mujeres y hombres en el sistema nociceptivo, órgano diana afectado en esta enfermedad. Se observa que dicho sistema es más discriminativo y con mayor capacidad de ser sensibilizado en las mujeres que en los hombres[289].

Por otra parte, aunque todavía no está clara la relación entre género (factores de riesgo construidos socialmente, no biológicos) y el desarrollo

de la FM, unas cargas diferenciadas podrían implicar también un impacto vital diferente[290, 291, 292].

En la experiencia clínica, se observa que el más frecuente patrón de conducta en las pacientes con FM, está caracterizado por una alta implicación laboral, sentido de responsabilidad excesivo y autoexigencia, debiendo ser estudiado también este u otros patrones de conducta en los casos de hombres con FM. Se desconoce todavía si este patrón de conducta puede tener influencia sobre el funcionamiento del sistema nociceptivo y el riesgo de padecer esta enfermedad, aunque una vez la enfermedad se ha desarrollado, este puede presentar una clara interferencia sobre el impacto funcional, que suele estar agravado por la sobrecarga presentada en las trayectorias vitales de las pacientes, derivada de ejercer un doble rol: doméstico y laboral con un alto nivel de autoexigencia.

El contexto social en el que se desenvuelven las personas afectadas de FM, hombres y fundamentalmente mujeres, es el de la sociedad española actual en la que sigue recayendo sobre las mujeres el rol de cuidadoras informales de personas dependientes (infancia y personas mayores) lo que podría implicar un estilo de vida perjudicial para su salud y derivar en una hiperfrecuentación de los servicios sanitarios y la posible medicalización de su malestar[293, 294, 295, 296].

La equidad e igualdad en salud entre mujeres y hombres se puede promover al favorecer que tanto unas como otros se beneficien de los resultados de investigación, reparando vacíos de conocimiento. El enfoque de género en la investigación supondrá una mejora en el conocimiento y en la salud de mujeres y hombres.

11. Necesidades detectadas y recomendaciones

En la atención sanitaria

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

b) Sería necesario realizar un esfuerzo para que el diagnóstico de los pacientes con FM se realice en un plazo razonable desde el inicio de la sintomatología que permita adoptar las medidas terapéuticas adecuadas a las necesidades de cada persona.

c) Sería imprescindible individualizar el tratamiento en cada caso, de modo que se indique el fármaco o la combinación más adecuada, el ejercicio supervisado y, en su caso, la terapia cognitivo conductual, como métodos de tratamiento con evidencia científica y grado de recomendación fuerte.

d) La persona afectada de FM debería ser informada desde el principio sobre su sintomatología y su pronóstico, desdramatizando la evolución, aportando expectativas positivas y potenciando su colaboración con las terapias mediante la confianza en una probable mejoría.

e) Se debería promover e impulsar el desarrollo de guías de práctica clínica y protocolos de actuación en FM que incorporen la perspectiva de género.

En la formación de profesionales

a) Se debería mejorar el conocimiento de la FM del conjunto de profesionales que pueden verse implicados en el abordaje de la misma, impulsando la formación desde un punto de vista biopsicosocial, con el fin de garantizar una adecuada respuesta a las necesidades de las personas que la padecen.

b) Sería necesario mejorar la formación de los profesionales implicados en el manejo de la FM en el abordaje del dolor crónico en general.
c) Sería preciso impulsar la inclusión en los programas de pregrado y post-grado de formación en perspectiva de género y salud, en especial, en el caso de enfermedades como la FM.
d) Sería necesario mejorar la formación del personal de equipos de investigación y del personal evaluador de proyectos de investigación en perspectiva de género y salud.

En la investigación

a) Sería recomendable la apertura y mantenimiento de líneas de investigación básica, clínica y aplicada en esta enfermedad dentro de los Planes Nacionales de Investigación y Desarrollo, dada la prevalencia de esta enfermedad y su importante repercusión individual, familiar y social. De especial prioridad, son aquellas líneas de investigación sobre la fisiopatología, el diagnóstico, los instrumentos de valoración del impacto de la enfermedad y de su tratamiento, así como las directamente relacionadas con la prevención secundaria y la optimización de los resultados de los tratamientos, considerando los diferentes componentes del enfoque biopsicosocial.
b) Sería necesario investigar si la intervención temprana mejora el pronóstico y resulta coste-efectiva.
c) Sería necesario investigar sobre los procesos de interacción que se producen entre el profesional sanitario y el paciente, con el fin de optimizar los resultados de salud, el uso de recursos sociosanitarios, la adhesión terapéutica y el cambio conductual.
d) Resultaría necesario iniciar estudios que evalúen el impacto familiar y las necesidades de las personas cuidadoras en la FM.
e) Sería necesario impulsar la producción de evidencia científica sobre FM, la realización de estudios de costes y de utilización de servicios sanitarios, así como estudios cualitativos diferenciados que incluyan la perspectiva de género en el diseño e introduzcan variables que permitan realizar un análisis de desigualdades por razón de género entre hombres y mujeres diagnosticadas de FM.
f) Sería interesante llevar a cabo estudios que valoren la figura del "Paciente experto" y el beneficio de articular mecanismos de participación de las asociaciones de pacientes con FM, en el contexto de la elaboración de herramientas que mejoren la atención sanitaria de esta patología, ya que por su interés en averiguar más sobre su enfermedad disponen de información y experiencia a tener en cuenta.

En los sistemas de información sanitaria

a) Sería necesario fomentar estudios epidemiológicos que permitan conocer la prevalencia e incidencia de la FM.

b) Sería recomendable impulsar y promover la recogida, obtención y tratamiento desagregado por sexo de los datos de los registros sobre FM, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información, como elemento básico e imprescindible que permita la posterior realización de estudios e investigación desde la perspectiva de género.

En el acceso a información de calidad

a) Sería conveniente que las sociedades científicas y profesionales impulsen y promuevan la difusión de los documentos de consenso del SNS (como el actual) para facilitar su conocimiento por parte del personal del ámbito clínico.

En la coordinación multisectorial e interinstitucional

a) Se debería continuar la labor conjunta de las administraciones competentes implicadas, las asociaciones de autoayuda y las sociedades científicas que contribuya a mejorar la valoración social de la FM.

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

c) Se debería avanzar en la elaboración de protocolos de evaluación de la incapacidad en relación con la profesión habitual o con cualquier profesión remunerada de los afectados de FM con significativas limitaciones para el trabajo. Se recomienda una colaboración más estrecha y directa, entre las Unidades o Instituciones responsables de la determinación de las limitaciones laborales y las Unidades asistenciales de pacientes, con objeto de mejorar la información sobre pacientes y la evolución de su proceso.

12. Anexos

Anexo 1

Tabla 7.1. Niveles de evidencia científica y grados de recomendación de SIGN[35]	
	Niveles de evidencia cientifica
1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1–	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2–	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos

Grados de recomendación	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico calsificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+, directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

Los estudios clasificados como 1– y 2– no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alto potencial de sesgo.

Anexo 2

Nuevos criterios preliminares propuestos para el diagnóstico de la FM[18]

Criterios diagnósticos de FM

Un paciente cumple criterios diagnósticos de FM si reúne las 3 condiciones siguientes:

1. Índice de dolor generalizado (WPI) ≥7 y gravedad de los síntomas (SS) puntuación de la escala ≤5 o WPI 3-6 y una puntuación de la escala de gravedad de los síntomas ≥9.
2. Los síntomas se han presentado con la misma intensidad durante al menos 3 meses.
3. El paciente no padece otra patología que pueda explicar el dolor.

Valoración

1. WPI: Indicar el número de áreas en las cuales el paciente ha tenido dolor durante la última semana. ¿En cuantas áreas ha tenido dolor el paciente? La puntuación estará entre 0 y 19.

Hombro izquierdo	Cadera (nalga, trocánter) izquierda	Mandíbula izquierda	Espalda (parte superior)
Hombro derecho	Cadera (nalga, trocánter) derecha	Mandíbula derecha	Espalda (parte inferior)
Brazo izquierdo	Muslo izquierdo	Región torácica	Cuello
Brazo derecho	Muslo derecho	Abdomen	
Antebrazo izquierdo	Pierna izquierda		
Antebrazo derecho	Pierna derecha		

2. Puntuación escala SS:

Fatiga
Despertarse cansado
Síntomas cognitivos
Por cada uno de los 3 síntomas anteriores, indicar el nivel de gravedad durante la semana pasada usando la siguiente escala:
0 = sin problemas.
1 = ligeros o leves problemas, generalmente leves o intermitentes.
2 = moderados, problemas considerables, presentes con frecuencia y/o a nivel moderado.
3 = graves: generalizados, continuos, que afectan la vida.
Considerando los síntomas somáticos en general, indica si el paciente tiene:*
0 = sin síntomas.
1 = pocos síntomas.
2 = un número moderado de síntomas.
3 = una gran cantidad de síntomas.
La puntuación de la escala SS es la suma de la gravedad de los 3 síntomas (fatiga, despertar cansado, síntomas cognitivos) más la extensión (gravedad) de los síntomas somáticos en general. La puntuación final es entre 0 y 12.

*Los síntomas somáticos que pueden considerarse son: dolor muscular, síndrome de intestino irritable, fatiga/cansancio, problemas cognitivos o de memoria, debilidad muscular, dolor de cabeza, dolor/espasmos en el abdomen, entumecimiento/sensación de hormigueo, vértigos, insomnio, depresión, estreñimiento, dolor en parte superior abdominal, náuseas, nerviosismo, dolor en el pecho, visión borrosa, fiebre, diarrea, sequedad de boca, picores, sibilancias, Síndrome de Raynaud, urticaria/ronchas, acúfenos, vómitos, acidez estomacal, aftas, pérdida o cambio del gusto, convulsiones, sequedad ocular, dificultad respiratoria, pérdida de apetito, erupción cutánea, sensibilidad al sol, problemas de audición, facilidad de aparición de hematomas, pérdida de cabello, micciones frecuentes, dolor en la micción y espasmos vesicales.

Anexo 3

Instrumentos específicos utilizados para medir los diferentes dominios de interés en la evaluación de la Fibromialgia[248] que han sido validados en población española.

Dolor	EAV Dolor mediante papel o diario electrónico Brief Pain Inventory (BPI) Otras no específicas: SF-36 dolor corporal, FIQ escala dolor
Fatiga	Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) Fatigue Impact Scale (FIS) Otras no específicas: SF-36 escala vitalidad, FIQ escala fatiga
Depresión	Beck Depression Inventory (BDI) Hamilton Rating Scale for Depression HADS depresión Otras no específicas: HAMD sub-escala de Maier, SF-36 componente mental, SF-36 salud mental, FIQ escala depresión
Ansiedad	HADS ansiedad Otras no específicas: FIQ escala de ansiedad, HAMD subescala de ansiedad y somatización
Sueño	MOS Índices de escala del sueño Insomnia Severity Index Índice de calidad de sueño de Pittsburgh Otras no específicas: FIQ escala de descanso, HAMD subescala sueño
Rigidez	FIQ escala de rigidez
Función física	SF-36 función física, SF-36 rol físico BPI interferencia
Calidad de vida	SF-36 componentes mental y físico, FIQ puntuación total, EuroQol 5D función multidimensional
Valoración global del paciente	Escala de tipo Likert
Hipersensibilidad a la exploración	Nº de puntos sensibles Medidas de umbral por dolorímetro de presión
Disfunción cognitiva	Multiple abilities self-report questionnaire

- **BPI** (Brief Pain Inventory) (en castellano: Cuestionario Breve del Dolor): Badia X, Muriel C, Gracia A, Núñez-Olarte JM, Perulero N, Gálvez R, Carulla J, Cleeland CH, en nombre del Grupo Vesbpi. Validación española del cuestionario "Brief Pain Inventory" en pacientes con dolor de causa neoplásica. Medicina Clínica. 2003; 120(2):52-9.

- **SF-36** (Short Form-36): Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Medicina Clínica. 1995; 104:771-6.

- **FIQ** (Fibromyalgia Impact Questionnaire): Esteve-Vives J, Rivera J, Salvat MI, de Gracia M, Alegre C. Propuesta de una versión de consenso del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) para la población española. Reumatología Clínica. 2007; 3 (1):21-24.

- **MFI** (Multidimensional Fatigue inventory): Smets EMA, Garssen B, Bonke B, De Haes JCJM. The multidimensional fatigue inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. J Psychosom.Res. 1995; 39(3):315-325:
  - *Validación transcultural (en castellano y otras lenguas):* Le Gal M, Mainguy Y, Le Lay K, Nadjar A, Allain A, Galissie M. Linguistic validation of six patient-reported outcomes instruments into 12 languages for patients with fibromyalgia, Joint Bone Spine 2010; 77(2):165-170.

- **FIS** (Fatigue Impact Scale): Benito León J. Validación Escala FIS (Fatigue Impact Scale) en español. Multiple Sclerosis. 2007; 13:645-651.

- **BDI** (Beck Depression Inventory): Este instrumento ha tenido cuatro desarrollos para ir adaptándose a los criterios de depresión que han evolucionado desde los años 60. Se muestran las referencias de las adaptaciones de la primera y última versión:
  - Conde V, Esteban T, Useros E. Revisión crítica de la adaptación castellana del Cuestionario de Beck. Revista de Psicología General y Aplicada. 1976; 31:469-497.
  - Sanz, J, Perdigón AL, Vázquez, C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. Clínica y Salud. 2003; 14(3):249-280.

- **HAMD** (Hamilton Rating Scale for Depression)
  - Ramos-Brieva JA, Cordero Villafáfila A. Validación de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines. 1986; 14:324-334.
  - Bobes J, Bulbena A, Luque A, Dal-Re R, Ballesteros J, Ibarra N. Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas. Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. Medicina Clínica. 2003; 120:693-700.

- **HADS**: (Hospital Anxiety and Depression Scale)
  - Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pinro L, Bulbena, A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. Gen Hosp Psychiatry. 2003; 25(4):277-283.
  - López-Roig S, Terol MC, Pastor MA et al. Ansiedad y Depresión. Validación de la Escala HAD en pacientes oncológicos. Revista de Psicología de la Salud. 2000; 2(12):127-157.
  - Terol MC, López-Roig S, Rodríguez-Marín J, Martín-Aragón M, Pastor MA, Reig MT. Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en población española. Ansiedad y Estrés. 2007; 13(2-3):163-176.

- **Índices de Escala del sueño: MOS** (Medical Outcome Study) creó diversos instrumentos de medida, el más empleado es el SF-36 (http://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/mos_core_36item.html) y está validado en España.

- **Insomnia Severity Index.** Sierra JC, Guillén-Serrano V, Santos-Iglesias P. Insomnia Severity Index: algunos indicadores acerca de su fiabilidad y validez en una muestra de personas mayores. Rev Neurol 2008; 47(11):566-570.

- **Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh.** Royuela A, Macias JA. Propiedades Clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburgh. Vigilia y Sueño 1997; 9(2):81-94.

- **EuroQol**:
  - Badía X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. Medicina Clínica. 1999; 12(Supl 1):79-85.

  - Badía X, Salamero M, Alonso J, Ollé A. La Medida de la Salud. Guía de escalas de medición en español. PPU: Barcelona. 1996; 108-115.

- **Escala de Discapacidad de Sheehan:**
  - Bobes J, Badía X, Luque A, García M, González MP, Dal-Ré R y el Grupo de Validación en Español de Cuestionarios de Evaluación de la Fobia Social. Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. Medicina Clínica. 1999; 112:530-538.

- **Multiple abilities self-report questionnaire** (Multiple abilities self-report questionnaire): Consiste en un breve cuestionario de 38 puntos que cubre cinco dominios cognitivos: habilidad lingüística, habilidad visual y perceptiva, memoria verbal, memoria visual y atención. Seidenberg M, Haltiner A, Taylor MA, Hermann BB, and Wyler A. Development and validation of a Multiple Ability Self-Report Questionnaire. J Clin Ex Neuropsychol. 1994; 16(1):93-104.
  - *Validacion transcultural (en castellano y otras lenguas):* Le Gal M, Mainguy Y, Le Lay K, Nadjar A, Allain A, Galissie M. Linguistic validation of six patient-reported outcomes instruments into 12 languages for patients with fibromyalgia, Joint Bone Spine 2010; 77(2):165-170.

Anexo 4

Cuestionario de Impacto de la FM (CIF[251]/FIQ)

Nombre:

Fecha: Puntuación CIF:

Rodee con un círculo el número que mejor describa cómo se encontró durante la **ÚLTIMA SEMANA.** Si no tiene costumbre de realizar alguna actividad, tache la pregunta.

1. ¿Ha sido usted capaz de ...

	Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones	Nunca
Hacer la compra?	0	1	2	3
Hacer la colada, con lavadora?	0	1	2	3
Preparar la comida?	0	1	2	3
Lavar a mano los platos y los cacharros de cocina?	0	1	2	3
Pasar la fregona, la mopa o la aspiradora?	0	1	2	3
Hacer las camas?	0	1	2	3
Caminar varias manzanas?	0	1	2	3
Visitar a amigos o parientes?	0	1	2	3
Subir escaleras?	0	1	2	3
Utilizar transporte público?	0	1	2	3

2. ¿Cuántos días de la última semana se sintió bien?

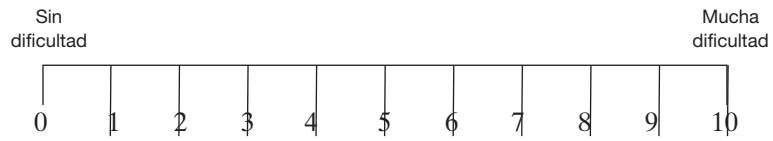
0 1 2 3 4 5 6 7

3. ¿Cuántos días de la última semana no pudo hacer su trabajo habitual, incluido el doméstico, por causa de la fibromialgia?

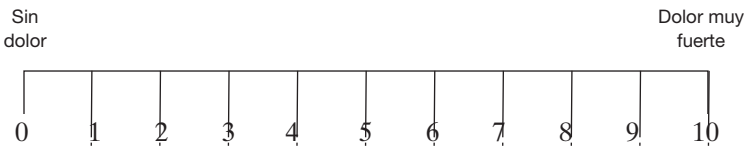
0 1 2 3 4 5 6 7

Rodee con un círculo el número que mejor indique cómo se sintió en general **durante la ÚLTIMA SEMANA:**

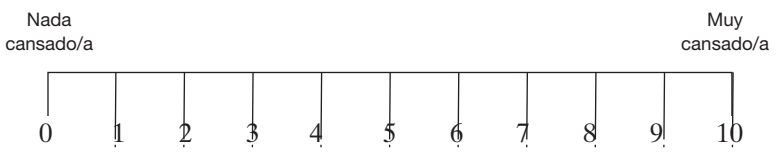
4. En su trabajo habitual, incluido el doméstico, ¿hasta qué punto el dolor y otros síntomas de la fibromialgia dificultaron su capacidad para trabajar?



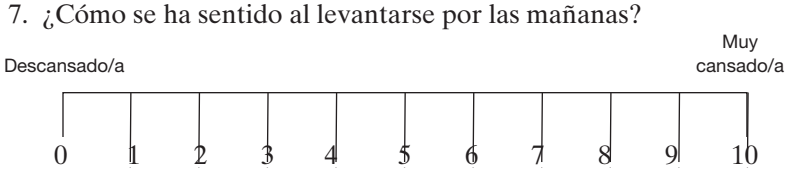
5. ¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?



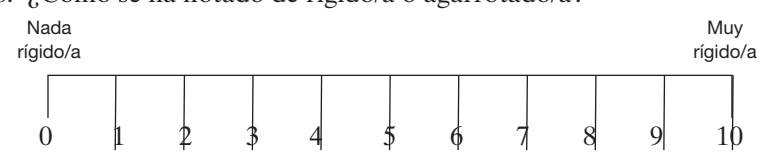
6. ¿Cómo se ha encontrado de cansado/a?



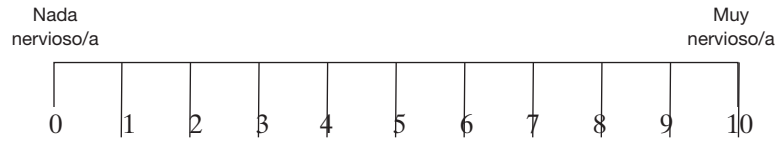
7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?



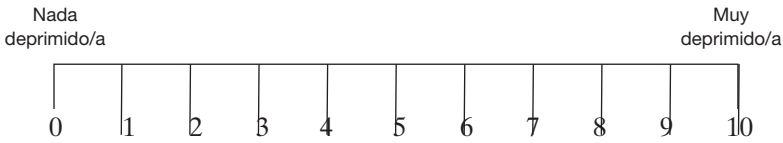
8. ¿Cómo se ha notado de rígido/a o agarrotado/a?



9. ¿Cómo se ha notado de nervioso/a, tenso/a o angustiado/a?



10. ¿Cómo se ha sentido de deprimido/a o triste?



Puntuación

- Cuanto mayor es la puntuación peor es el estado de salud del paciente y su capacidad funcional.
- El rango de puntuación se encuentra entre 0 y 100 y cada uno de sus 10 ítems puede alcanzar valores entre 0 y 10.
- El ítem número 1 tiene 10 subítems que hacen referencia a la función física. Cada uno de ellos se puntúa entre el 0 y 3. Se suman todas las puntuaciones y se divide entre el número de subítems que ha contestado el paciente ofreciendo un valor final entre 0 y 3. Este valor se normaliza multiplicando por 3,33 para obtener un valor con un rango entre 0 y 10.
- Para puntuar la pregunta número 2 primero se recodifica de esta manera: 0 días = 7, 1 día = 6, 2 días = 5, 3 días = 4,..., 7 días = 0. Después se multiplica la puntuación así obtenida por 1,43 para obtener una puntuación final con un rango entre 0 y 10.
- Para puntuar la pregunta número 3, se multiplica directamente el valor de la respuesta por 1,43.
- Las escalas numéricas contienen valores entre 0 y 10.
- La puntuación del CIF TOTAL es la suma de las puntuaciones de todos sus ítems. Caso de que hubiera quedado alguno sin contestar, se suman todos los demás y la puntuación se divide por el número de ítems contestados y se multiplica por 10, con lo que la puntuación final es siempre de 0 a 100.

Anexo 5

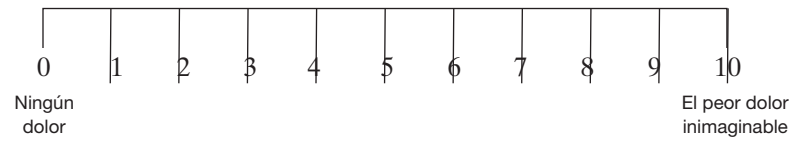
Índice combinado de afectación de enfermos con FM (ICAF)[253]

Instrucciones

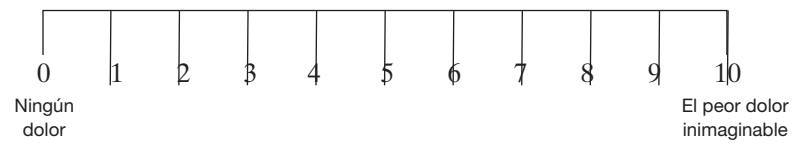
Nos interesa conocer cómo han sido los síntomas de su enfermedad durante la **ÚLTIMA SEMANA**. Por favor, marque una sola respuesta por cada pregunta.

Intensidad del dolor

1. Rodee con un círculo el número que mejor describa la **intensidad mínima** de su dolor en la **ÚLTIMA SEMANA.**



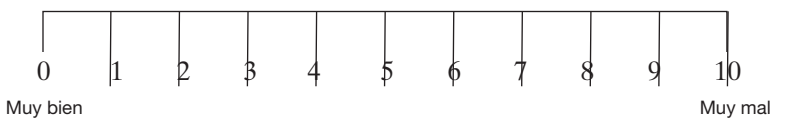
2. Rodee con un círculo el número que mejor describa la **intensidad media** de su dolor en la **ÚLTIMA SEMANA.**



PUNTUACIÓN 1
(ítems 1+2)
Rango 0-20

Calidad del sueño

3. Rodee con un círculo para indicar **cómo ha dormido por las noches** durante la **ÚLTIMA SEMANA.**

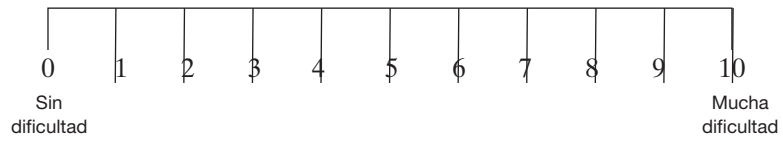


PUNTUACIÓN 2
(ítem 3)
Rango 0-10

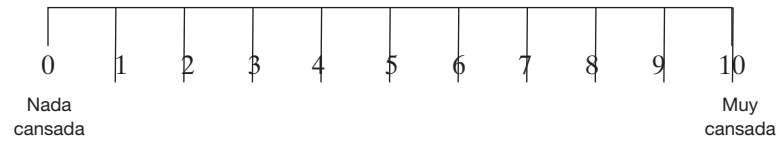
Impacto

Rodee con un círculo el número que mejor indique **cómo se sintió en general** durante la **ÚLTIMA SEMANA.**

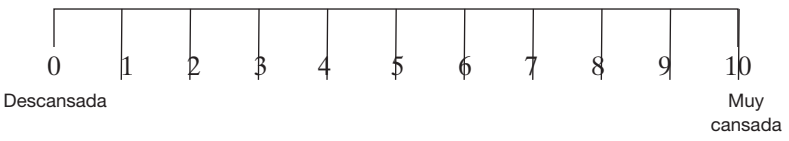
4. En su trabajo habitual, incluido el doméstico, ¿hasta qué punto **el dolor y otros síntomas** de la Fibromialgia **dificultaron su capacidad para trabajar**?



5. ¿Cómo se ha encontrado de **cansada**?



6. ¿Cómo se ha sentido al **levantarse por las mañanas**?



PUNTUACIÓN 3
(ítems 4+5+6)
Rango 0-30

Fatiga

Rodee con un círculo para indicar **cómo se ha sentido** durante la **ÚLTIMA SEMANA.**

	Nunca	Pocas veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre
7. Estoy molesta por la fatiga	0	1	2	3	4
8. Me canso enseguida	0	1	2	3	4
9. No hago mucho durante el día	0	1	2	3	4
10. Físicamente me encuentro agotada	0	1	2	3	4
11. Me cuesta ponerme a hacer cosas	0	1	2	3	4

PUNTUACIÓN 4
(ítems 7-11)
Rango 0-20

Capacidad funcional

Rodee con un círculo la respuesta que mejor indique su **capacidad para realizar** las siguientes actividades durante la **ÚLTIMA SEMANA.**

Durante la semana, ¿ha sido usted capaz de ...

	Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de hacerlo
12. Vestirse solo/a, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos	0	1	2	3
13. Lavarse y secarse todo el cuerpo	0	1	2	3
14. Coger un paquete de azúcar de 1 kg de una estantería colocada por encima de su cabeza	0	1	2	3
15. Entrar y salir de un coche	0	1	2	3
16. Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos	0	1	2	3

PUNTUACIÓN 5
(ítems 12-16)
Rango 0-15

Ansiedad y depresión

Marque con una cruz la respuesta que mejor describa **cómo se ha sentido durante la ÚLTIMA SEMANA.**

17. Me siento tensa y ansiosa

(3) ☐ Casi todo el día
(2) ☐ Gran parte del día
(1) ☐ De vez en cuando
(0) ☐ Nunca

18. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre

(0) ☐ Ciertamente, igual que antes
(1) ☐ No tanto como antes
(2) ☐ Solamente un poco
(3) ☐ Ya no disfruto con nada

19. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas

(0) ☐ Igual que siempre
(1) ☐ Actualmente, algo menos
(2) ☐ Actualmente, mucho menos
(3) ☐ Actualmente, en absoluto

20. Tengo la cabeza llena de preocupaciones

(3) ☐ Casi todo el día
(2) ☐ Gran parte del día
(1) ☐ De vez en cuando
(0) ☐ Nunca

21. Espero las cosas con ilusión

(0) ☐ Como siempre
(1) ☐ Algo menos que antes
(2) ☐ Mucho menos que antes
(3) ☐ En absoluto

22. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor

(3) ☐ Muy a menudo
(2) ☐ Con cierta frecuencia
(1) ☐ Raramente
(0) ☐ Nunca

PUNTUACIÓN 6
(ítems 17-22)
Rango 0-18

Salud general

¿Cómo ha estado de salud durante la **ÚLTIMA SEMANA?** Sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado. Ponga una cruz en la casilla correspondiente.

23. ¿Se ha notado constantemente agobiada y en tensión?

(0) ☐ No, en absoluto
(1) ☐ No más que lo habitual
(2) ☐ Bastante más que lo habitual
(3) ☐ Mucho más que lo habitual

24. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorada?

(0) ☐ No, en absoluto
(1) ☐ No más que lo habitual
(2) ☐ Bastante más que lo habitual
(3) ☐ Mucho más que lo habitual

25. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?

(0) ☐ No, en absoluto
(1) ☐ No más que lo habitual
(2) ☐ Bastante más que lo habitual
(3) ☐ Mucho más que lo habitual

26. ¿Se ha notado nerviosa y "a punto de explotar" constantemente?

(0) ☐ No, en absoluto
(1) ☐ No más que lo habitual
(2) ☐ Bastante más que lo habitual
(3) ☐ Mucho más que lo habitual

27. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

(0) ☐ Mejor que lo habitual
(1) ☐ Igual que lo habitual
(2) ☐ Peor que lo habitual
(3) ☐ Mucho peor que lo habitual

28. ¿Se ha sentido satisfecha con su manera de hacer las cosas?

(0) ☐ Más satisfecha que lo habitual
(1) ☐ Igual que lo habitual
(2) ☐ Menos satisfecha que lo habitual
(3) ☐ Mucho menos satisfecha que lo habitual

29 . ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

(0) ☐ Más que lo habitual
(1) ☐ Igual que lo habitual
(2) ☐ Menos que lo habitual
(3) ☐ Mucho menos que lo habitual

30. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

(0) ☐ No, en absoluto
(1) ☐ No más que lo habitual
(2) ☐ Bastante más que lo habitual
(3) ☐ Mucho más que lo habitual

31. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?

(0) ☐ Claramente, no
(1) ☐ Me parece que no
(2) ☐ Se me ha cruzado por la mente
(3) ☐ Claramente, lo he pensado

32. ¿Ha notado que desea estar muerta y lejos de todo?

(0) ☐ No, en absoluto
(1) ☐ No más que lo habitual
(2) ☐ Bastante más que lo habitual
(3) ☐ Mucho más que lo habitual

33. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?

(0) ☐ No, en absoluto
(1) ☐ No más que lo habitual
(2) ☐ Se me ha cruzado por la mente
(3) ☐ Claramente lo he pensado

PUNTUACIÓN 7
(ítems 23-33)
Rango 0-33

Estrategias de afrontamiento

Durante la **ÚLTIMA SEMANA**, ¿cuántos días ha utilizado cada uno de los siguientes medios para **intentar reducir el dolor?** (Anótelo con independencia de que en ese momento se encontrara con dolor, con menos dolor, o sin dolor).

		Número de días							
		0	1	2	3	4	5	6	7
34	Pensar en algo agradable o que me distraiga y me ayude a relajarme								
35	Ignorar el dolor								
36	Pedirle a alguien que haga algo por mí								
37	Centrarme en relajar mis músculos								
38	Apoyarme en algo cuando me siento o me levanto								
39	Decirme cosas a mí misma que me hagan sentirme mejor								
40	Conseguir el apoyo de algún familiar								
41	Pensar en las cosas buenas que tengo								
42	Pedir ayuda si tengo que levantar, llevar o empujar algo								
43	Decirme a mí misma que el dolor mejorará								
44	Evitar ponerme peso en los pies o en las piernas								
45	No dejar que el dolor interfiera mis actividades								
46	Caminar menos a causa del dolor								
47	No prestar atención al dolor								
48	Hablar con un familiar o amigo para pedirles ayuda o apoyo								
49	Sigo haciendo lo que estoy haciendo en ese momento								
50	Tumbarme en la cama								
51	Recordarme las cosas buenas que tengo, como buenos amigos, inteligencia, etc.								
52	Estar junto a un familiar								
53	Respirar profunda y lentamente para relajarme								
54	Irme a descansar a una habitación								
55	No dejar que el dolor interfiera en lo que estoy haciendo								

PUNTUACIÓN 8

(ítems fondo blanco
34 + 35 + 37 + 39 + 41 + 43 + 45 + 47 + 49 + 51 + 53 + 55)

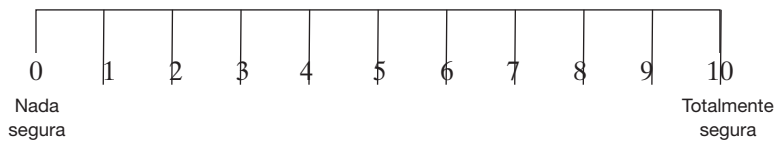
Rango 0-84

PUNTUACIÓN 9
(ítems fondo de color
36 + 38 + 40 + 42 + 44 + 46 + 48 + 50 + 52 + 54)
Rango 0-70

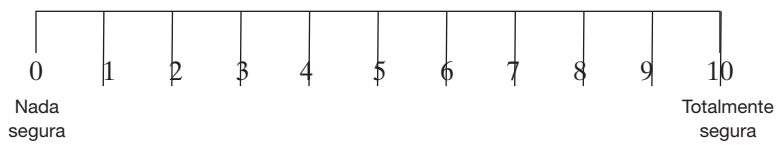
Autoeficacia

Con las siguientes preguntas nos gustaría saber cómo le afecta o influye la fibromialgia y su opinión sobre **su habilidad para controlarla**.

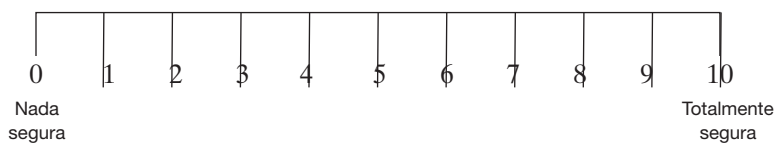
56. **¿Está usted segura de que puede hacer disminuir su dolor bastante?**



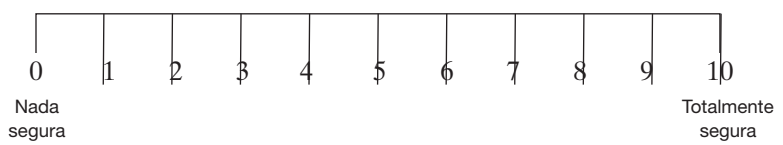
57. **¿Está usted segura de que puede evitar que el dolor le dificulte el sueño?**



58. **¿Está usted segura de que puede hacer algo para ayudarle a sentirse mejor si se siente triste o deprimida?**



59. **En comparación con otras personas con Fibromialgia, ¿está usted segura de que puede manejar el dolor mientras realiza sus actividades diarias?**



PUNTUACIÓN 10
(ítems 56-59)
Rango 0-40

HOJA DE PUNTUACIONES ICAF

Factor Físico		Factor Afrontamiento activo	
Puntuación directa (1+2+3+4+5)		**Puntuación directa** (8+10)	
Punt. Z[1] (directa - 61.7) / 13.43		Punt. Z[1] (directa - 63.99) / 24.04	
Punt. T[2] (z * 10) + 50		Punt. T[2] (z * 10) + 50	
Factor Emocional		**Factor Afrontamiento pasivo**	
Puntuación directa (6+7)		**Puntuación directa** (9)	
Punt. Z[1] (directa - 23.84) / 10.48		Punt. Z[1] (directa - 37.06) / 14.38	
Punt. T[2] (z * 10) + 50		Punt. T[2] (z * 10) + 50	

Para el cálculo del ICAF TOTAL, utilizar las **puntuaciones directas** según la siguiente fórmula:

F. Físico		F. Emocional		F. Afront. Pasivo		F. Afront. Activo		**Puntuación directa**
*		*		*		*		
0,23		0,53		0,1		0,14		
	+		+		–		=	

Punt. Z[1] (directa – 21,38) / 9,8 | Punt. T[2] (z * 10) + 50 | **ICAF**

[1] La puntuación Z permite ubicar al paciente con respecto a los valores de referencia del estudio inicial realizado con 301 pacientes de Fibromialgia. En su cálculo se tiene en cuenta la media y la desviación estándar de la muestra del referido estudio.[297]

[2] La puntuación T tiene una media de 50 y una desviación estándar de 10.

Anexo 6

Escala de Fibro-Fatiga[259]

Las puntuaciones se aplican a síntomas informados y deben ser hechas por un observador formado en medicina. Las puntuaciones deben basarse en una entrevista clínica que se inicia con cuestiones generales para evaluar los síntomas con preguntas que permitan puntuar la gravedad.

El entrevistador tiene que decidir si las puntuaciones se sitúan según las frases definidas en números (0, 2, 4, 6) o puntuaciones medias (1, 3, 5). La escala deber ser usada para cualquier intervalo de tiempo, sea la última semana o cualquier otro, pero se debe registrar el intervalo.

Ítems:

1. Molestias y dolor
2. Tensión muscular
3. Fatiga
4. Dificultades de concentración
5. Fallos de memoria
6. Irritabilidad
7. Tristeza
8. Problemas de sueño
9. Molestias vegetativas
10. Intestino irritable
11. Dolor de cabeza
12. Experiencia subjetiva de infección

1. Molestias y dolor

Representa las quejas de malestar corporal, molestias y dolor. Las puntuaciones deben tener en cuenta la intensidad, frecuencia, duración y búsqueda de alivio. No se debe tener en cuenta ninguna declaración sobre el origen orgánico.

0 Dolores ausentes o transitorios
1
2 Molestias y dolores ocasionales y definidos
3
4 Molestias y dolores prolongados y molestos; pide analgésicos efectivos
5
6 Dolores que interfieren gravemente la vida diaria

2. Tensión muscular

Representa la descripción de incremento de tensión en los músculos y la dificultad para relajarse psicológicamente

0 No incremento de la tensión muscular
1
2 Algún incremento ocasional de la tensión muscular, más evidente en situaciones que requieren esfuerzo físico
3
4 Dificultades considerables para encontrar una posición cómoda cuando se sienta o se tumba; tensión muscular molesta
5
6 Tensión muscular dolorosa; completamente incapaz de relajarse físicamente

3. Fatiga

Representa la experiencia de fatiga debilitante y falta de energía, y la experiencia de agotarse más fácilmente de lo usual

0 Permanece la fuerza habitual; no fácilmente fatigable
1
2 Se cansa fácilmente pero no tiene que tomarse un descanso más a menudo de lo habitual
3
4 Fatiga considerable y falta de energía; fácilmente cansado; frecuentemente forzado a parar o descansar
5
6 El agotamiento interrumpe casi todas las actividades o incluso las hace imposibles

4. Dificultades de concentración

Representa dificultades en recordar los propios pensamientos debido a una incapacidad para concentrarse. Puntuar de acuerdo a la intensidad, frecuencia y grado de incapacidad

0 Sin dificultades en la concentración
1
2 Dificultades ocasionales en recordar los pensamientos
3
4 Dificultades en concentrarse y mantener los pensamientos que interfieren cuando se está leyendo o conversando
5
6 Falta de concentración incapacitante

5. Fallos de memoria

Representa molestias subjetivas sobre la dificultad para recordar comparado con la habilidad previa

0 Memoria como siempre
1
2 Lapsus de memoria ocasionales
3
4 Refiere pérdidas de memoria socialmente inoportunas o molestas
5
6 Quejas de completa incapacidad para recordar

6. Irritabilidad

Representa la experiencia subjetiva de humor irritable (disforia), enfado y tener "un cortocircuito"; independientemente de que los sentimientos sean mostrados o no. Puntuar de acuerdo a la intensidad, frecuencia y cantidad de provocación tolerada

0 No fácilmente irritable
1
2 Fácilmente irritable o enfadado; refiere irritabilidad que desaparece fácilmente
3
4 Sentimientos persistentes de irritabilidad o enfado; puede haber arrebatos
5
6 Irritabilidad persistente o enfado que es difícil o imposible de controlar

7. Tristeza

Representa la experiencia subjetiva del humor, que puede ser expresado externamente o no; incluye ánimo deprimido, moral baja, desánimo y sentimientos de imposibilidad de ser ayudado y pérdida de esperanza

0 Puede haber tristeza ocasional en algunas circunstancias
1
2 Sentimientos predominantes de tristeza pero existen momentos de alegría
3
4 Sentimientos persistentes de tristeza o melancolía; el humor es fuertemente influenciado por circunstancias externas
5
6 Experiencia continúa de miseria o extrema dependencia

8. Problemas de sueño

Representa la experiencia subjetiva de sueño perturbado comparado con su propia pauta de sueño cuando estaba bien

0 Duerme como siempre
1
2 Ligera dificultad para quedarse dormido, reducción de la duración del sueño, sueño ligero o intermitente o sueños más profundos o largos de lo habitual
3
4 Frecuentes o intensos trastornos del sueño, sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 horas o varias horas extra de sueño
5
6 Graves trastornos del sueño; menos de 2 o 3 horas de sueño o pasar una gran parte del día adormilado a pesar de tener un sueño normal o incrementado durante la noche

9. Molestias vegetativas

Representa la descripción de palpitaciones, dificultades para respirar, mareos, incremento de la sudoración, manos y pies fríos, boca seca y aumento de la frecuencia urinaria. Puntuar de acuerdo a la intensidad, frecuencia y duración de uno o más síntomas

0 Sin molestias autonómicas
1
2 Síntomas vegetativos ocasionales que aparecen bajo estrés emocional
3
4 Frecuencias e intensas molestias vegetativas (dos o más de los síntomas mencionados anteriormente) que son experiencias con incomodidad o inoportunidad social
5
6 Síntomas vegetativos muy frecuentes que interrumpen otras actividades o son incapacitantes

10. Colon irritable

Representa la experiencia subjetiva de molestias abdominales o dolor con descripciones de alteración de la frecuencia de ir al baño, con diarrea o estreñimiento, hinchazón o sensación de distensión. Puntuar de acuerdo a la intensidad, frecuencia y grado de inconveniencia producida

0 Sin colon irritable
1
2 Síntomas ocasionales de colon irritable que ocurren bajo estrés emocional
3
4 Frecuente o intenso colon irritable, que es experimentado con incomodidad o inoportunidad social
5
6 Colon irritable muy frecuente, que interrumpe otras actividades o es incapacitante

11. Dolor de cabeza

Representa las quejas de incomodidad, molestias y dolor en la cabeza. Puntuar de acuerdo a la intensidad, frecuencia, duración y petición de alivio. No tener en cuenta cualquier declaración sobre el origen orgánico

0 Dolor de cabeza ausente o transitorio
1
2 Dolor de cabeza ocasional
3
4 Dolor de cabeza prolongado e inoportuno; pide analgésicos eficaces
5
6 Dolor de cabeza insoportable o que causa una grave interferencia en las actividades diarias

12. Experiencia subjetiva de infección

Representa la descripción de síntomas (ej. fiebre suave o resfriado, dolor de garganta, dolor en los ganglios linfáticos) y quejas de infección (ej. infección en las vías respiratorias altas/bajas, tracto urinario, ginecológico, piel). Puntuar de acuerdo a la intensidad, frecuencia y duración y también la petición de tratamiento

0 Sin síntomas de infección
1
2 Síntomas definidos de infección que aparecen de forma ocasional
3
4 Frecuentes o intensos síntomas de infección solicita tratamiento
5
6 Síntomas de infección perjudiciales o que causan una grave interferencia en la vida diaria

Anexo 7

Escala de capacidad funcional de pacientes (FHAQ)[262, 263]

Marque, por favor, con una cruz la respuesta que mejor indique su capacidad para realizar las siguientes actividades durante la ÚLTIMA SEMANA. (Sólo debe marcar una respuesta en cada pregunta).

1. Durante la última semana, ¿ha sido usted capaz de ...

	Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de hacerlo
Vestirse solo/a, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos	☐	☐	☐	☐
Levantarse de una silla sin brazos	☐	☐	☐	☐
Lavarse y secarse todo el cuerpo	☐	☐	☐	☐
Coger un paquete de azúcar de 1 kg de una estantería colocada por encima de su cabeza	☐	☐	☐	☐
Agacharse y recoger ropa del suelo	☐	☐	☐	☐
Hacer los recados y las compras	☐	☐	☐	☐
Entrar y salir de un coche	☐	☐	☐	☐
Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos	☐	☐	☐	☐

Anexo 8

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)[266, 267, 268]

A continuación leerá unas frases que pueden describir cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. Lea cada frase y marque con una cruz la respuesta que coincida mejor con **cómo se ha sentido usted en general.** No hay respuestas buenas ni malas. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta.

1. **Me siento tenso/a o nervioso/a:**
   - Casi todo el día ☐
   - Gran parte del día ☐
   - De vez en cuando ☐
   - Nunca ☐

2. **Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:**
   - Igual que antes ☐
   - No tanto como antes ☐
   - Solamente un poco ☐
   - Ya no disfruto con nada ☐

3. **Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:**
   - Sí y muy intenso ☐
   - Sí, pero no muy intenso ☐
   - Sí, pero no me preocupa ☐
   - No siento nada de eso ☐

4. **Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:**
   - Igual que siempre ☐
   - Actualmente algo menos ☐
   - Actualmente mucho menos ☐
   - Actualmente en absoluto ☐

5. **Tengo la cabeza llena de preocupaciones:**

- Casi todo el día ☐
- Gran parte del día ☐
- De vez en cuando ☐
- Nunca ☐

6. **Me siento alegre:**

- Nunca ☐
- Muy pocas veces ☐
- En algunas ocasiones ☐
- Gran parte del día ☐

7. **Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajadamente:**

- Siempre ☐
- A menudo ☐
- Raras veces ☐
- Nunca ☐

8. **Me siento lento/a y torpe:**

- Gran parte del día ☐
- A menudo ☐
- A veces ☐
- Nunca ☐

9. **Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos en el estómago":**

- Nunca ☐
- Sólo en algunas ocasiones ☐
- A menudo ☐
- Muy a menudo ☐

10. **He perdido el interés por mi aspecto personal:**

- Completamente ☐
- No me cuido como debiera hacerlo ☐
- Es posible que no me cuide como debiera ☐
- Me cuido como siempre lo he hecho ☐

11. **Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:**

- Realmente mucho ☐
- Bastante ☐
- No mucho ☐
- En absoluto ☐

12. **Tengo ilusión por las cosas:**

- Como siempre ☐
- Algo menos que antes ☐
- Mucho menos que antes ☐
- En absoluto ☐

13. **Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:**

- Muy a menudo ☐
- Con cierta frecuencia ☐
- Raramente ☐
- Nunca ☐

14. **Soy capaz de disfrutar con un buen libro o un buen programa de radio o de televisión:**

- A menudo ☐
- Algunas veces ☐
- Pocas veces ☐
- Casi nunca ☐

Anexo 9

Escala para la valorar el pensamiento catastrofista ante el dolor[280]

Escala de catastrofización ante el dolor(*)

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

Todas las personas experimentamos situaciones de dolor en algún momento de nuestra vida. Tales experiencias pueden incluir dolor de cabeza, dolor de muelas, dolor muscular o de articulaciones. Las personas estamos a menudo expuestas a situaciones que pueden causar dolor como las enfermedades, las heridas, los tratamientos dentales o las intervenciones quirúrgicas.

Estamos interesados en conocer el tipo de pensamientos y sentimientos que usted tiene cuando siente dolor. A continuación se presenta una lista de 13 frases que describen diferentes pensamientos y sentimientos que pueden estar asociados al dolor. Utilizando la siguiente escala, por favor, indique el grado en que usted tiene esos pensamientos y sentimientos cuando siente dolor.

0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo

Cuando siento dolor…

1. Estoy preocupado todo el tiempo pensando en si el dolor desaparecerá
2. Siento que ya no puedo más
3. Es terrible y pienso que esto nunca va a mejorar
4. Es horrible y siento que esto es más fuerte que yo
5. Siento que no puedo soportarlo más
6. Temo que el dolor empeore
7. No dejo de pensar en otras situaciones en las que experimento dolor
8. Deseo desesperadamente que desaparezca el dolor
9. No puedo apartar el dolor de mi mente
10. No dejo de pensar en lo mucho que me duele
11. No dejo de pensar en lo mucho que deseo que desaparezca el dolor
12. No hay nada que pueda hacer para aliviar la intensidad del dolor
13. Me pregunto si me puede pasar algo grave

_____ Total

(*) Valoración: No hay un punto de corte específico validado. Para su uso en la práctica clínica se puede considerar un paciente como de mal pronóstico con puntuaciones por encima de 35.

Anexo 10

Percepción de autoeficacia en dolor crónico CADC[281]

Con este cuestionario estamos interesados en conocer la **CAPACIDAD QUE USTED CREE QUE TIENE PARA REALIZAR UNA SERIE DE ACTIVIDADES O TAREAS**. Siguiendo la escala de respuesta que le presentamos, responda poniendo una X en la casilla que usted crea que corresponde a su grado de capacidad.

A continuación le ponemos un ejemplo; no es necesario que lo conteste.

Por ejemplo, si la pregunta es:
¿Se cree capaz de leer El Quijote ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

Si usted cree que es **totalmente incapaz** de leerlo, tendrá que poner una X en la casilla **0** de la escala de respuesta.

Sin embargo, si usted cree que es **totalmente capaz** de leerlo, tendrá que poner una X en la casilla **10** de la escala de respuesta.

RECUERDE: NO NOS INTERESA SABER SI LO HACE O NO LO HACE. **SÓLO NOS INTERESA SABER SI USTED CREE QUE ES CAPAZ DE HACERLO O NO.**

PONGA UNA X EN EL NÚMERO QUE CORRESPONDA A LA CAPACIDAD QUE CREE QUE TIENE PARA REALIZAR EN ESTE MOMENTO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES O TAREAS.

1 ¿Se cree capaz de controlar su fatiga?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

2 ¿Se cree capaz de regular su actividad, para poder estar activo pero sin empeorar sus síntomas físicos? (por ejemplo, fatiga, dolor)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

3 ¿Se cree capaz de hacer algo para sentirse mejor si está triste o bajo de ánimo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

4 Comparado con otra gente con problemas crónicos como los suyos ¿Se cree capaz de controlar su dolor durante sus actividades diarias?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

5 ¿Se cree capaz de controlar sus síntomas físicos, de manera que pueda seguir haciendo las cosas que le gusta hacer?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

6 ¿Se cree capaz de hacer frente a la frustración de sus problemas físicos crónicos?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

7 ¿Se cree capaz de afrontar dolores leves o moderados?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

8 ¿Se cree capaz de afrontar dolores intensos?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

PONGA UNA X EN EL NÚMERO QUE CORRESPONDA A LA CAPACIDAD QUE CREE QUE TIENE PARA REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES SIN AYUDA DE OTRA PERSONA. CONSIDERE LO QUE NORMALMENTE PUEDE HACER, NO AQUELLO QUE SUPONGA UN ESFUERZO EXTRAORDINARIO.

1 ¿Se cree capaz de caminar aproximadamente un kilómetro por terreno llano?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

2 ¿Se cree capaz de levantar una caja de aproximadamente 5 Kilos de peso?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

3 ¿Se cree capaz de hacer un programa diario de ejercicios en casa?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

4 ¿Se cree capaz de hacer sus tareas domésticas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

5 ¿Se cree capaz de participar en actividades sociales?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

6 ¿Se cree capaz de ir de compras para adquirir alimentos o ropa?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

7 ¿Se cree capaz de cumplir con las mismas obligaciones de trabajo que tenía antes del inicio del dolor crónico? (Para las personas que trabajen en casa, por favor, consideren sus quehaceres domésticos como sus obligaciones)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

PONGA UNA X EN EL NÚMERO QUE CORRESPONDA A LA CAPACIDAD QUE CREE QUE TIENE EN ESTE MOMENTO PARA REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

1 ¿Se cree capaz de disminuir bastante su dolor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

2 ¿Se cree capaz de evitar que el dolor interfiera en su sueño?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

3 ¿Se cree capaz de reducir su dolor, aunque sea un poco, haciendo otra cosa que no sea tomar más medicinas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

4 ¿Se cree capaz de reducir mucho su dolor haciendo otra cosa que no sea tomar más medicinas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

Anexo 11

Consejos para el autocuidado a personas con Fibromialgia

Para ayudarle a sentirse mejor:

1. Manténgase activo

- Organice su tiempo de trabajo e incluya pequeños descansos (no más de 15 minutos) después de un tiempo de actividad no muy prolongado (por ejemplo, alrededor de una hora para trabajos sedentarios o repetitivos).
- Seleccione alguna actividad que le resulte agradable, adáptela si es necesario a su situación actual de forma que pueda hacerla independientemente de su dolor. Si es necesario, busque compañía para hacerla.
- Tenga en cuenta que el reposo absoluto, frecuente o mantenido en el tiempo, sólo es eficaz en el dolor agudo. En el dolor crónico empeora el estado de salud.
- No se quede en casa todo el día; busque el momento más adecuado para usted y salga aunque sean 10 minutos.
- Recuerde que uno de los tratamientos beneficioso es el ejercicio continuado.

2. Ordene sus tareas

- Ordene sus tareas del día teniendo en cuenta la dificultad que suponen para usted (puntúelas de 0: ninguna dificultad a 10: dificultad absoluta). Empiece siempre por las más fáciles y felicítese cuando las haga.

3. Piense de forma realista

- Recuerde que todos, en algún momento de nuestra vida, estamos limitados por diferentes razones para hacer alguna cosa o actividad concreta. Por tanto, evite pensamientos negativos totalizadores o absolutos como, por ejemplo, "soy un inútil" o no los crea sólo porque le vienen a su mente. No son ciertos y no le ayudan; sólo le hacen sentirse mal y bloquean su actividad.
- Procure no hacer juicios generales de valor, más bien intente hablar consigo mismo y con los demás describiendo lo que le pasa en el

momento concreto (ejemplo: "ahora mismo me está costando hacer la cama").

4. Procure no fijar su atención en el dolor

- El dolor no es su dueño ni controla su vida. Usted y su entorno deben aceptar que el dolor existe, sin necesidad de hacerlo constantemente presente. Hablar del dolor o quejarse "constantemente" no ayuda a aceptarlo, por el contrario puede hacer más difícil mantener su control sobre él y empeorar su calidad de vida.

5. Busque alternativas a las situaciones que agravan el dolor

- Identifique aquellas situaciones o actividades cotidianas que agravan el dolor y prepárese alternativas de actuación del tipo: *si/cuando haga o me pase esto* (situación que le agrava el dolor) *entonces haré esto otro* (conducta alternativa seleccionada). Puede escribirlas y tenerlas en un lugar accesible. Muchas veces pequeñas cosas tienen grandes efectos.

6. No se sienta culpable

- No se sienta culpable si algún día no cumple con sus objetivos, a lo mejor eran excesivos. Lo importante es que no abandone, revíselos, si es necesario con la ayuda de su médico y vuelva a intentarlo.
- Recuerde que muchas veces no podemos evitar o controlar el dolor, pero sí que podemos controlar sus efectos en nuestra vida.

7. Comunique sus logros

- Comunique sus logros por pequeños que sean a las personas importantes para usted. Es importante sentirse apoyado en los esfuerzos y permitir que esas personas participen de ellos.
- Comunique también sus logros a su médico para que le ayude a seguir avanzando en la mejora de su calidad de vida.

Anexo 12

Recomendaciones a los profesionales para promover el ejercicio físico en personas con FM

Información previa que se debe proporcionar a la persona con FM

- El ejercicio físico puede aliviar el dolor y mejorar la sensación global de bienestar y la función física.
- La mejoría suele cesar si cesa el ejercicio o bien mantenerse hasta 24 meses después de haber cesado. En todo caso es importante la continuidad del ejercicio.
- Utilizado adecuadamente, en cualquier caso, no empeora los síntomas ni el pronóstico.

Consideraciones generales:

- Las características del ejercicio a recomendar son iguales a las que daríamos a una persona sana con una forma física similar, empezando con una intensidad y frecuencia inferiores.
- Debe acordarse con el paciente en función de su experiencia y estado de forma previos y de sus posibilidades reales.
- Recomendar ejercicios sencillos, a ser posible en grupo y supervisados.
- Es conveniente no generar excesivas expectativas.
- Iniciar el ejercicio con parámetros bajos o muy bajos de frecuencia e intensidad y progresar gradualmente según la tolerancia.
- Aumentar la frecuencia de las sesiones disminuyendo su duración mejora la tolerancia sin disminuir la eficacia.
- Demasiado ejercicio produce aumento de los síntomas y demasiado poco es inadecuado para obtener resultados.
- El programa inicial de entrenamiento debe durar entre 4 y 12 semanas.

Propuesta práctica

Tipo

- Empezar con aeróbicos de impacto bajo: caminar, andar, nadar, bicicleta estática.
- Se puede llegar a los de impacto medio o alto si el paciente progresa con los anteriores y aumenta su tolerancia (remar, correr, bailar, jugar tenis, paddle, o squash).

Duración y frecuencia

- De 20 a 60 minutos por sesión al menos 3 veces por semana.
- En los casos de sospecha de peor tolerancia, 10 minutos por sesión, de 4 a 6 días por semana.

Intensidad

- La intensidad es el esfuerzo requerido para hacer el ejercicio. Existen diferentes propuestas para estimar la intensidad, basadas en el cálculo de la frecuencia cardiaca máxima a alcanzar.
- La frecuencia cardíaca máxima se puede calcular de dos formas: 220-edad o 206,9 - (0,67 x edad). La intensidad máxima del ejercicio se corresponde con el 40-60 % de la frecuencia cardiaca máxima.

Ritmo de progresión

- En los casos sin actividad física previa, se recomienda empezar con duración corta de las sesiones (10 minutos), frecuencia de 4 a 6 sesiones por semana e intensidad del 40 % de la máxima calculada.
- Valorar los resultados cada 1-2 meses y aumentar progresivamente la duración, frecuencia e intensidad hasta donde el sujeto sea capaz de alcanzar.

13. Bibliografía

[1] Branco JC, Bannwarth B, Failde I, Abelló Carbonell J, Blotman F, Spaeth M and cols. Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. Semin Arthritis Rheum. 2010 Jun; 39(6):448-53.

[2] Mas AJ, Carmona L, Valverde M, Ribas B; EPISER Study Group. Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. Clin Exp Rheumatol. 2008; 26(4):519-26.

[3] Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A; EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. Ann Rheum Dis. 2001; 60(11):1040-45.

[4] Sociedad Española de Reumatología. Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid. Sociedad Española de Reumatología. 2001.

[5] Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum. 1990 Feb; 33(2):160-72.

[6] Quitner, International Statistical Classification of Diseases and Related Problems. ICD-10. WHO, Geneve. 1992.

[7] Merskey H, Bogduck N. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms. 2nd ed. Seattle. International Association for Study of Pain (IASP Press); 1994.

[8] Veale D, Kavanagh G, Fielding JF, Fitzgerald O. Primary fibromyalgia and the irritable bowel syndrome: different expressions of a common pathogenetic process. Br J Rheumatol. 1991; 30:220-22.

[9] Aaron LA, Burke MM, Buchwald D. Overlapping conditions among patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia and temporo-mandibular disorders. Arch Intern Med. 1994; 160:221-27.

[10] Hasset AL, Claw DJ. Fibromyalgia and irritable bowel syndrome: there is a connection? Medscape CME. Epub 2010 Jun.

[11] Hazemeijer I Rasker JJ. Fibromyalgia and the therapeutic domain. A philosophical study on the origins of fibromyalgia in a specific social setting. Rheumatology. 2003; 42:1514-19.

[12] Aceves-Ávila JJ, Ferrari R, Ramos-Remus C. New insights into culture-driven disorders. Best Practice & Research Clin Rheumatol. 2004; 18:55-71.

[13] Ferrari R, Russell AS. Fibromyalgia: 30 years of drug-seeking behavior. Nature Clin Practice Rheumatol. 2007; 3:62-3.

[14] Wolfe F. New American college of Reumatology Criteria. A twenty years journey. Arthritis Care & Research. 2010 May; 62(5):583-84.

[15] Yunus MB. Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. Semin Arthritis Rheum. 2008; 37:339-52.

[16] Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. Lancet. 2007; 369:946-55.

[17] Harden RN, Revivo G, Song S, et al. A critical analysis of the tender points in fibromyalgia. Pain Med. 2007; 8(2):147-56.

[18] Wolfe F, Clauw J, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mesase P, et al. Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. Arthritis Care & Research. 2010 May; 62(5):600-10.

[19] Observatorio de la Mujer. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Actualización de la evidencia científica sobre Fibromialgia. Diciembre 2009.

[20] Rivera J, Alegre C, Ballina FJ, Carbonell J, Carmona L, Castel B, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la Fibromialgia. Reumatología Clínica. 2006; Supp1 2:S55-66.

[21] Alegre de Miquel C, García-Campayo J, Tomás Flórez M, Gómez Argüelles JM, Blanco Tarrio E, Gobbo Montoya M, et al. Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. Actas Esp Psiquiatr. 2010; 38(2):108-21.

[22] Collado A, Alijotas J, Benito P, Alegre C, Romera M, Sañudo I, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña. Medicina Clínica. 2002; 118(19):745-49.

[23] Häuser W, Thieme K, Turk DC. Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome - a systematic review. Eur J Pain. 2010; 14:5-10.

[24] Jon Russell et al. The Fibromyalgia Syndrome: A Clinical Case Definition for Practitioners. Journal of Muskuloskeletal of Pain 2003; 11(4):3-107.

[25] Burckhardt CS, Goldenberg D, Crofford L, Gerwin R, Gowans S, Kackson, et al. Guideline for the management of fibromyalgia syndrome. Pain in adults and children. APS Clinical Practice Guideline Series No. 4. Glenview, IL: American Pain Society; 2005.

[26] Haüser W, Arnold B, Eich W, Flügge C, Henningsen P, Herrmann M, et al. Management of fibromyalgia syndrome - an interdisciplinary evidence-based guideline. GMS German Medical Science. 2009; 6:ISSN 1612-3174. (Available from: http://www.egms.de/pdf/gms/2008-6/000059.pdf)

[27] Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. Annals of Rheumatic Diseases. 2008; 67:536-41.

[28] Consejería de Salud Junta de Andalucía. Fibromialgia: proceso asistencial integrado. Sevilla: Junta de Andalucía; 2005. 120 p.

[29] Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón. Protocolo para el abordaje de la fibromialgia en el ámbito de atención primaria del sistema de Salud de Aragón y criterios de derivación a atención especializada. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2006. 24 p.

[30] Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Nuevo modelo de atención a la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica. Barcelona: Direcció General de Planificació i Evaluació; 2006. 70 p.

[31] Consejería de Sanidad y Dependencia. Servicio Extremeño de Salud. Documento de consenso de actuación frente a la fibromialgia. Badajoz: Servicio Extremeño de Salud; 2009. 80 p.

[32] Consejería de Sanidad y Dependencia. Servicio Extremeño de Salud. Ejercicio físico en personas con fibromialgia: documento de apoyo a las actividades de educación para la salud. Mérida: Junta de Extremadura; 2009. 40 p.

[33] Consejería de Sanidad y Dependencia. Servicio Extremeño de Salud. Fibromialgia: guía breve de actuación para clínicos. Badajoz: Servicio Extremeño de Salud; 2010. 25 p.

[34] Conselleria de Sanidade. Servizo Galego de Saúde. Guia técnica do proceso de atención a fibromialgia. Versión 1 febrero 2009. Santiago: Xunta de Galicia; 2009. 22 p.

[35] Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Sign 50. En guideline developer´s handbook. Edinburg (UK): NHS. Quality improvement Scotland; 2008.

[36] Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. Arthritis Rheum. 1995; 38:19-28.

[37] Arnold LM, Hudson JI, Hess EV, Ware AE, Fritz DA, Auchenbach MB, et al. Family study of fibromyalgia. Arthritis Rheum. 2004 Mar; 50(3):944-52.

[38] Forseth KO, Husby G, Gran JT, Forre O. Prognostic factors for development of Fibromyalgia in women with self reported musculoskeletal pain. A prospective study. J Rheumatol. 1999; 26:2458-67.

[39] Kato K, Sullivan PF, Evengard B, Pedersen NL. Chronic widespread pain and its comorbidities: A population-based study. Arch Int Med. 2006; 166:1649-54.

[40] Boisset-Pioro MH, Esdaile JM, Fitzcharles MA. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome. Arthritis Rheum. 1995; 38(2):235-41.

[41] Walker EA, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Bernstein D, Katon WJ. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical and emotional abuse and neglect. Psychosom Med. 1997; 59(6):572-77.

[42] Imbierowicz K, Egle UT. Childhood adversities in patients with fibromyalgia and Somatoform pain disorder. European J Pain. 2003; 7(2):113-19.

[43] Taylor ML, Trotter DR, Csuka ME. The prevalence of sexual abuse in women with fibromyalgia. Arthritis Rheum. 1995; 38(2):229-34.

[44] Castro I, Barrantes F, Tuna M, et al. Prevalence of abuse in fibromyalgia and other rheumatic disorders at a specialized clinic in rheumatic diseases in Guatemala City. J Clin Rheumatol. 2005; 11(3):140-45.

[45] Goldberg RT, Pachas WN, Keith D. Relationship between traumatic events in childhood and chronic pain. Disabil Rehabil. 1999; 21(1):23-30.

[46] Ciccone DS, Elliott DK, Chandler HK, Nayak S, Raphael KG. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome: a test of the trauma hypothesis. Clin J Pain. 2005; 21(5):378-86.

[47] Raphael KG, Natelson BH, Janal MN, Nayak S. A community-based survey of fibromyalgia-like pain complaints following the World Trade Center terrorist attacks. Pain. 2002; 100(1-2):131-39.

[48] Dailey PA, Bishop GD, Rusell IJ, et al. Psychological stress and the fibrositis/fibromyalgia syndrome. J Rheumatol. 1990; 17:1380.

[49] White KP, Nielson WR, Harth M, Ostbye T, Speechley M. Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia: psychological distress in a representative community adult sample. J Rheumatol. 2002; 29:588-94.

[50] Hudson JI, Hudson MS, Pliner LF, Goldenberg DL, Pope Jr HG. Fibromyalgia and major affective disorder: a controlled phenomenology and family history study. Am J Psychiatry. 1985; 142:441-46.

[51] Walker EA, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Katon WJ, Bernstein D. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: I. Psychiatric diagnoses and functional disability. Psychosom Med. 1997; 59:565-71.

[52] Kirmayer LJ, Robbins JM, Kapusta MA. Somatization and depression in fibromyalgia syndrome. Am J Psychiatry. 1988; 145:950-54.

[53] Ahles TA, Khan SA, Yunus MB, Spiegel DA, Masi AT. Psychiatric status of patients with primary fibromyalgia, patients with rheumatoid arthritis, and subjects without pain: a blind comparison of DSM-III diagnoses. Am J Psychiatry. 1991; 148:1721-26.

[54] Malt EA, Berle JE, Olafsson S, Lund A, Ursin H. Fibromyalgia is associated with panic disorder and functional dyspepsia with mood disorders. A study of women with random sample population controls. J Psychosom Res. 2000; 49:285-89.

[55] Bradley LA, Alarcon GS, Triana M, Aaron LA, Alexander RW, Stewart K, et al. Health care seeking behavior in fibromyalgia: associations with pain thresholds, symptom severity, and psychiatric morbidity. J Musculoskelet Pain. 1994; 104:79-87.

[56] Aaron LA, Bradley LA, Alarcon GS, Alexander RW, Triana-Alexander M, Martin MY, et al. Psychiatric diagnoses in patients with fibromyalgia are related to health care-seeking behavior rather than to illness. Arthritis Rheum. 1996; 39:436-45.

[57] Macfarlane GJ, Morris S, Hunt IM, Benjamin S, McBeth J, Papageorgiou AC, Silman AJ: Chronic widespread pain in the community: the influence of psychological symptoms and mental disorder on healthcare seeking behavior. J Rheumatol. 1999; 26:413-19.

[58] Raphael KG, Janal MN, Nayak S, Schwartz JE, Gallagher RM. Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. Pain. 2006 Sep; 124(1-2):117-25.

[59] Raphael KG, Janal MN, Nayak S, Gallagher RM, Schwartz JE. Familial aggregation of depression in fibromyalgia: a community-based test of alternate hypotheses. Pain. 2004; 110:449-60.

[60] Lautenbacher S, Rollman GB, McCain GA. Multi-method assessment of experimental and clinical pain in patients with fibromyalgia. Pain. 1994 Oct; 59(1):45-53.

[61] Granges G, Littlejohn G. Pressure pain threshold in pain-free subjects, in patients with chronic regional pain syndromes, and in patients with fibromyalgia syndrome. Arthritis Rheum 1993; 36:642-6.

[62] Gibson SJ, Littlejohn GO, Gorman MM, Helme RD, Granges G. Altered heat pain thresholds and cerebral event-related potentials following painful CO_2 laser stimulation in subjects with Fibromyalgia syndrome. Pain. 1994; 58:185-93.

[63] Hurtig IM, Raak RI, Kendall SA, Gerdle B, Wahren LK. Quantitative sensory testing in fibromyalgia patients and in healthy subjects: identification of subgroups. Clin J Pain. 2001; 17:316-22.

[64] Smith BW, Tooley EM, Montague EQ, Robinson AE, Cosper CJ, Mullins PG. Habituation and sensitization to heat and cold pain in women with fibromyalgia and healthy controls. Pain. 2008; 140:420-8.

[65] Banic B, Petersen-Felix F, Andersen OK, Radanov BP, Villiger PM, Arendt-Nielsen L, et al. Evidence for spinal cord hypersensitivity in chronic pain after whiplash injury and in fibromyalgia. Pain. 2004; 107(1-2):7-15.

[66] Desmeules JA, Cedraschi C, Rapiti E, Baumgartner E, Finckh A, Cohen P, et al. Neurophysiologic evidence for a central sensitization in patients with fibromyalgia. Arthritis Rheum. 2003; 48(5):1420-29.

[67] Staud R, Vierck CJ, Cannon R, Mauderli AP, Price DD. Abnormal sensitization and temporal summation of second pain (wind up) in patients with fibromyalgia syndrome. Pain. 2001; 91(1-2):165-75.

[68] Yunus MB. The Concept of central Sensitivity Syndromes. En Fibromyalgia and Other central Pain Syndromes. DJ Wallace and DJ Claw Eds. Lippincott Williams & Wilkims 2005:29-44.

[69] Gracely RH, Petzke F, Wolf JM, Clauw DJ. Functional Magnetic Resonance Imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgia. Arthritis Rheum. 2002; 46(5):1333-43.

[70] Pujol J, Soriano C, Bofill J, Cámara E, Villanueva A, Cardoner N, et al. Resonancia Magnética Funcional de la respuesta cerebral al dolor en pacientes con diagnóstico de Fibromialgia. Psiquiat Biol. 2006; 13(2):39-46.

[71] Pujol J, López-Sola M, Ortiz H, et al. Mapping brain response to pain in Fibromialgia patients using temporal analysis of FMRI. PLoS ONE. 2009; 4(4):e5224.

[72] Burgmer M, Pogtzki-Zahn E, Gaubitz M, Wessoleck E, Heuft G, Pfleiderer B. Altered brain activity during pain processing in fibromyalgia. Neuroimage. 2009; 44:502-08.

[73] Harris RE, Sundgren PC, Craig AD, Kirshenbaum E, Sen A, Napadow V, et al. Elevated insular glutamate in Fibromyalgia is associated with experimental pain. Arthritis and Rheumatism. 2009; 60:3146-52.

[74] Valdés M, Collado A, Bargallo N, Vázquez M, Rami L, Gómez E, Salamaro M. Increased Glutamate/ Glutamine compounds in the brains of patients with Fibromyalgia. Arthritis Rheum. 2010; 62(6):1829-36.

[75] Fayed N, García-Campayo J, Magallón R, Andrés-Bergareche H, Luciano JV, Andrés E, Beltrán J: Localized 1H-NMR spectroscopy in patients with fibromyalgia: a controlled study of changes in cerebral glutamate/glutamine, inositol, choline, and N-acetylaspartate. Arthritis Res Ther 2010; 12:R134.

[76] Sarchielli P, Mancini ML, Floridi A, Coppola F, Rossi C, Nardi K, et al. Increased levels of neurotrophins are not specific for chronic migraine: evidence from primary fibromyalgia syndrome. J Pain. 2007 Sep; 8(9):737-45.

[77] Giovengo SL, Russell I, Larson A. Increased concentrations of nerve growth factor in cerebrospinal fluid of patients with fibromyalgia. J Rheumatol. 1999; 26:1564-69.

[78] Russell IJ, Orr MD, Littman B, et al. Elevated cerebrospinal fluid levels of substance P in patients with the fibromyalgia syndrome. Arthritis Rheum. 1994; 37:1593-01.

[79] Russell IJ, Vaeroy H, Javors M, Nyberg F. Cerebrospinal fluid biogenic amine metabolites in fibromyalgia/fibrositis syndrome and rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 1992; 35:550-56.

[80] Julien N, Goffaux Ph, Arsenault P, marchand S. Widespread pain in Fibromyalgia is related to deficit of endogenous pain inhibition. Pain. 2005; 114:295-02.

[81] Montoya P, Sitges C, García-Herrera M, Rodríguez-Cotes A, Izquierdo R, Truyols M, Collado D. Reduced brain habituation to somatosensory stimulation in patients with fibromyalgia. Arthritis Rheum. 2006 Jun; 54(6):1995-03.

[82] Jensen KB, kosek E, Petzke F, Carville S, Fransson P, Marcus H, et al. Evidence of dysfunctional pain inhibition in Fibromyalgia reflected in rACC during provoked pain. Pain. 2009; 144:95-100.

[83] Martínez-Lavín M, Hermosillo AG. Autonomic nervous system dysfunction may explain the multisystem features of fibromyalgia. Semin Arthritis Rheum. 2000; 29(4):197-99.

[84] Dessein PH, Shipton EA, Stanwix AE, Joffe BI. Neuroendocrine deficiency-mediateddevelopment and persistence of pain in fibromyalgia: a promising paradigm? Pain. 2000; 86(3):213-15.

[85] Kuchinad A, Schweinhardt P, Seminowicz DA, Wood PB, Chizh BA, Bushnell MC. Accelerated brain gray matter loss in fibromyalgia patients: Premature aging of the brain? J Neurosci. 2007; 27:4004-07.

[86] Markus B, Markus G, Carsten K, Marco W, Sebastian H. Decreased Gray Matter Volumes in the Cingulo-Frontal Cortex and the Amygdala in Patients With Fibromyalgia. Psychosomatic Medicine. 2009; 71:566-73.

[87] Wood PB, Glabus MF, Simpson R, Patterson JC. Changes in Gray Matter Density in Fibromyalgia: Correlation with Dopamine Metabolism. Journal of Pain. 2009; 10(6): 609-18.

[88] Giesecke T, Gracely RH, Grant MA, Nachemson A, Petzke F, Williams DA, et al. Evidence of augmented central pain processing in idiopathic chronic low back pain. Arthritis Rheum. 2004; 50:613-23.

[89] Zhou Q, Fillingim RB, Riley III JL, Malarkey WB, Verne GN. Central and peripheral hypersensitivity in the irritable bowel síndrome. Pain. 2010; 148:454-61.

[90] Mhalla A, Ciampi de Andrade D, Baudic S, Perrot S, Bouhassira D. Alteration of cortical excitability in patients with fibromialgia. Pain. 2010, doi:10.1016/j.pain.2010.03.009.

[91] Carbonell Abelló J. FM. Medicina Clínica. 2005; 125(20):778-79.

[92] Collado A. Fibromialgia. Semiología de las Enfermedades Reumáticas. Ed Panamericana. Madrid; 2005.

[93] Watson NF, Buchwald D, Goldberg J, Noonan C, Ellenbogen RG. Neurologic Signs and Symptoms in Fibromyalgia. Arthritis Rheum. 2009; 60(9):2839-44.

[94] Okifuji A, Turk DC, Sinclair JD, Starz TW, Marcus DA. A standardized manual tender point survey. I. Development and determination of a threshold point for the identification of positive tender points in fibromyalgia syndrome. J Rheumatol. 1997 Feb; 24(2):377-83. http://fmaware.org/doctor/tenderpt.htm.

[95] Cott A, Parkinson W, Bell MJ, Adachi J, Bedard M, Cividino A, et al. Interrater reliability of the tender points criterion for fibromyalgia J Rheumatol. 1992; 19:1955-59.

[96] Tunks E, McCain GA, Hart LE, Teasell RW, Goldomel CH, Rodman GB et al. The reliability of examination for tenderness in patients with myofascial pain, chronic fibromyalgia and controls. J Rheumatol. 1995; 22:944-52.

[97] Lautenbacher S, Rollman GB, McCain GA. Multi-method assessment of experimental and clinical pain in patients with fibromyalgia. Pain. 1994; 59:45-53.

[98] Yusta A, Laguna P, Ballina J. Criterios diagnósticos y exploración. En: C. Muriel (Ed.), Fibromialgia reunión de expertos. Salamanca: Cátedra Extraordinaria del Dolor "Fundación Grünenthal" de la Universidad de Salamanca; 2002.

[99] Yunus MB, Masi AT. Juvenile primary fibromyalgia syndrome. En clinical study of thirty-three patients and matched normal controles. Arthritis Rheum. 1985; 28(2):138-45.

[100] Wolfe F. The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: evidence that fibromyalgia is not a discrete disorder in the clinic. Ann Rheum Dis. 1997 Apr; 56(4):268-71.

[101] Bidari A, Ghavidel-Parsa B, Ghalehbaghi B. Reliability of ACR criteria over time to differentiate classic fibromyalgia from nonspecific widespread pain syndrome: a 6-month prospective cohort study. Mod Rheumatol. 2009; 19(6):663-69.

[102] Wolfe F. Stop using the American College of Rheumatology criteria in the clinic. J Rheumatol. 2003; 30(8):1671-72.

[103] Burckhardt CS. Educating patients: self-management approaches. Disabil Rehabil. 2005; 27(12):703-09.

[104] Carmona L. Revisión sistemática: ¿el diagnóstico en sí de fibromialgia tiene algún efecto deletéreo sobre el pronóstico?. Reumatol Clin. 2006; 2(2):52-7.

[105] Burckhardt CS, Mannerkorpi K, Hedenberg L, Bjelle A. A randomized, controlled clinical trial of education and physical training for women with fibromyalgia. J Rheumatol. 1994; 21(4):714-20.

[106] Oliver K, Cronan TA, Walen HR, Tomita M. Effects of social support and education on health care costs for patients with fibromyalgia. J Rheumatol. 2001; 28(12):2711-19.

[107] Bosch E, Sáenz N, Valls M, Viñolas S. Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. Atención Primaria. 2002; 30(1):26-21.

[108] Jones KD, Burckhardt CS, Bennett JA. Motivational interviewing may encourage exercise in persons with fibromyalgia by enhancing self efficacy. Arthritis Rheum. 2004 15; 51(5):864-67.

[109] Rooks DS, Gautam S, Romeling M, Cross ML, Stratigakis D, Evans B, et al. Group exercise, education, and combination self-management in women with fibromyalgia: a randomized trial. Arch Intern Med. 2007 12; 167(20):2192-00.

[110] Bieber C, Müller KG, Blumenstiel K, Hochlehnert A, Wilke S, Hartmann M, Eich W. A shared decision-making communication training program for physicians treating fibromyalgia patients: effects of a randomized controlled trial. J Psychosom Res. 2008; 64(1):13-20.

[111] Arnold LM, Keck Jr PE & Welge JA. Antidepressant treatment of fibromyalgia. A meta-analysis and review. Psychosomatics. 2001; 41:104-13.

[112] O'Malley PG, Balden E, Tomkins G et al. Treatment of fibromyalgia with antidepressants: a metaanalysis. J Gen Inter Med. 2000; 15:659-66.

[113] Uçeyler N, Häuser W, Sommer C. A systematic review on the effectiveness of treatment with antidepressants in fibromyalgia syndrome. Arthritis Rheum. 2008 15; 59(9):1279-98.

[114] Häuser W, Bernardy K, Uçeyler N, Sommer C. Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis. JAMA. 2009 14; 301(2):198-09.

[115] Nishishinya B, Urrútia G, Walitt B, Rodríguez A, Bonfill X, Alegre C, Darko G. Amitriptyline in the treatment of fibromyalgia: a systematic review of its efficacy. Rheumatology (Oxford). 2008; 47(12):1741-46.

[116] Carette S, McCain GA, Bell DA, Fam AG. Evaluation fo amitryptiline in primary in primary fibrositis: a double-blind, placebo-controlled study. Arthritis Rheum. 1986; 29(5):655-59.

[117] Kempenaers C, Simenon G, Vander Elst M, et al. Effect of an antidiencephalon inmune serum on pain and sleep in primary fibromyalgia. Neuropsychobiology. 1994; 30(2-3):66-72.

[118] Carette S, Oakson G, Guimont C, Steriade M. Sleep electroencephalography and the clinical response to amitryptiline in patients with fibromyalgia. Arthritis Rheum. 1995; 38(9):1211-17.

[119] Ginsberg F, Mancaux A, Joos E, Vanhove P, Famaey JP. A randomized placebo-controlled trial of sustained-release amitriptyline in primary fibromyalgia. J Musculoskeletal Pain. 1996; 4:37-47.

[120] Goldenberg D, Mayskly M, Mossey C, Ruthazer R, Schmid C. A randomized, double-blind crossover trial of fluoxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia. Arthritis Rheum 1996; 39(11):1852-59.

[121] Hannonen P, Malminiemi K, Yii-Kertula U, Isomeri R, Roponen P. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of moclobemide and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia in females without psychiatric disorder. Br J Rheumatol. 1998; 37(12):1279-86.

[122] Heymann RE, Helfenstein M, Feldman D. A double-blind, randomized, controlled study of amitriptyline, nortriptyline and placebo in patients with fibromyalgia: an analysis of outcome measures. Clin Exp Rheumatol. 2001; 19(6):697-02.

[123] Wolfe F, Cathey MA, Hawley DJ. A double-blind placebo controlled trial of fluoxetine in fibromyalgia. Scand J Rheumatol. 1994; 23(5):255-59.

[124] Arnold LM, Hess EV, Hudson JI, Welge JA, Berno SE, Keck PE Jr. A randomized, placebo-controlled, double-blind, flexible-dose study of fluoxetine in the treatment of women with fibromyalgia. Am J Med. 2002; 112(3):191-97.

[125] Arnold LM, Lu Y, Crofford LJ, et al. A double-blind, multicenter trial comparing duloxetine with placebo in the treatment of fibromyalgia patients with or without major depressive disorder. Arthritis Rheum. 2004; 50(9):2974-84.

[126] Arnold LM, Rosen A, Pritchett YL, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of duloxetine in the treatment of women with fibromyalgia with o without major depressive disorder. Pain. 2005; 119(1-3):5-15.

[127] Russell IJ, Mease PJ, Smith TR, et al. Efficacy and safety of duloxetine for treatment of fibromyalgia in patients with or without major depressive disorder: Results from a 6-month, randomized, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose trial. Pain. 2008; 136(3):432-44.

[128] Chappell AS, Bradley LA, Wiltse C, et al. A 27-week, placebo-controlled clinical trial of duloxetine for the treatment of fibromyalgia. Int J Gen Med. 2008; 1:91-02.

[129] Lunn MP, Hughes RA, Wiffen PJ. Duloxetine for treating painful neuropathy or chronic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2009 7; (4):CD007115.

[130] Arnold LM, Clauw DJ, Wohlreich MM, et al. Efficacy of duloxetine in patients with fibromyalgia: pooled analysis of 4 placebo-controlled clinical trials. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2009; 11(5):237-44.

[131] Clauw DJ, Mease P, Palmer RH, Gendreau RM, Wang Y. Milnacipran for the treatment of fibromyalgia in adults: a 15-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, multiple-dose clinical trial. Clin Ther. 2008; 30(11):1988-04.

[132] Branco JC, Zachrisson O, Perrot S, Mainguy Y. A European Multicenter Randomized Double-blind Placebo-controlled Monotherapy Clinical Trial of Milnacipran in the Treatment of Fibromyalgia. J Rheumatol. 2010 Apr; 37(4):851-59.

[133] Tofferi JK, Jackson JL, O'Malley PG. Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine: A meta-analysis. Arthritis Rheum. 2004 15; 51(1):9-13.

[134] Moore RA, Straube S, Wiffen PJ, Derry S, McQuay HJ. Pregabalin for acute and chronic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jul 8; (3):CD007076.

[135] Straube S, Derry S, Moore RA, McQuay HJ. Pregabalin in fibromyalgia: meta-analysis of efficacy and safety from company clinical trial reports. Rheumatology (Oxford). 2010 Apr; 49(4):706-15.

[136] Häuser W, Bernardy K, Uçeyler N, Sommer C. Treatment of fibromyalgia syndrome with gabapentin and pregabalin - A meta-analysis of randomized controlled trials. Pain. 2009; 145(1-2):69-81.

[137] Crofford LJ, Mease PJ, Simpson SL, Young Jr JP, Martin SA, Haig GM, Sharma U. Fibromyalgia relapse evaluation and efficacy for durability of meaningful relief (FREEDOM): a 6-month, double-blind, placebo-controlled trial with pregabalin. Pain. 2008; 136(3):419-31.

[138] Bennett RM, Kamin M, Karim R, Rosenthal N. Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibromyalgia pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. Am J Med. 2003; 114(7):537-45.

[139] Russell IJ, Kamin M, Bennett RM, Schnitzer TJ, Green JA, Katz WA. Efficacy of Tramadol in Treatment of Pain in Fibromyalgia. J Clin Rheumatol. 2000; 6(5):250-57.

[140] Biasi G, Manca S, Manganelli S, Marcolongo R. Tramadol in the fibromyalgia syndrome: a controlled clinical trial versus placebo. Int J Clin Pharmacol Res. 1998; 18(1):13-9.

[141] Wolfe F, Zhao S, Lane N. Preference for nonsteroidal antiinflammatory drugs over acetaminophen by rheumatic disease patients: a survey of 1.799 patients with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and fibromyalgia. Arthritis Rheum. 2000; 43(2):378-85.

[142] Bennett RM, Jones J, Turk DC, Russell IJ, Matallana L. An internet survey of 2.596 people with fibromyalgia. BMC Musculoskelet Disord. 2007 9; 8:27.

[143] Clark S, Tindall E, Bennett RM. A double blind crossover trial of prednisone versus placebo in the treatment of fibrositis. J Rheumatol. 1985; 12:980-83.

[144] Yunus MB, Masi AT, Aldag JC. Short term effects of ibuprofen in primary fibromyalgia syndrome: a double blind, placebo-controlled trial. J Rheumatol. 1989; 16:527-32.

[145] Goldenberg DL, Felson DT, Dinerman H. A randomized, controlled trial of amitriptline and naproxen in the treatment of patients with fibromyalgia. Arthritis Rheum. 1986; 29:1371-77.

[146] Fossaluza V, De Vita S. Combined therapy with cyclobenzaprine and ibuprofen in primary fibromyalgia syndrome. Int J Clin Pharmacol Res. 1992; 12:99-02.

[147] Russell IJ, Fletcher EM, Michalek JE, et al. Treatment of primary fibrositis/fibromyalgia syndrome with ibuprofen and alprazolam. A double-blind, placebo-controlled study. Arthritis Rheum. 1991; 34:552-60.

[148] Rao SG, Bennett RM. Pharmacological therapies in fibromyalgia. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2003; 17(4):611-27.

[149] Arnold LM, Goldenberg DL, Stanford SB et al. Gabapentin in the treatment of fibromyalgia. A randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial. Arthritis Rheum. 2007; 56(4):1336-44.

[150] Holman AJ, Myers RR. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pramipexole, a dopamine agonist, in patients with fibromyalgia receiving concomitant medications. Arthritis Rheum. 2005; 52(8):2495-05.

[151] Russell IJ, Perkins AT, Michalek JE. Oxybate SXB-26 Fibromyalgia Syndrome Study Group. Sodium oxybate relieves pain and improves function in fibromyalgia syndrome: a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter clinical trial. Arthritis Rheum. 2009; 60(1):299-09.

[152] 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.

[153] Cuatrecasas G, González MJ, Alegre C, Sesmilo G, Fernández-Solà J, Casanueva FF, et al. High Prevalence of Growth Hormone Deficiency in Severe Fibromyalgia Syndromes. J Clin Endocrinol Metab. In press 2010 Jul 14.

[154] Skrabek RQ, Galimova L, Ethans K, Perry D. Nabilone for the treatment of pain in fibromyalgia. J Pain. 2008; 9(2):164-73.

[155] Ware MA, Fitzcharles MA, Joseph L, Shir Y. The effects of nabilone on sleep in fibromyalgia: results of a randomized controlled trial. Anesth Analg. 2010; 110(2):604-10.

[156] Hassett AL, Gevirtz RN. Nonpharmacologic treatment for fibromyalgia: patient education, cognitive-behavioral therapy, relaxation techniques, and complementary and alternative medicine. Rheum Dis Clin North Am. 2009; 35(2):393-07.

[157] Casale R, Cazzola M, Arioli G, Gracely RH, Ceccherelli F, Atzeni F, et al. Non pharmacological treatments in fibromyalgia. Reumatismo. 2008; 60 Suppl 1:59-69.

[158] Sueiro Blanco F, Estévez Schwarz I, Ayán C, Cancela J, Martín V. Potential benefits of non-pharmacological therapies in fibromyalgia. Open Rheumatol J. 2008; 2:1-6.

[159] Imamura M, Cassius DA, Fregni F. Fibromyalgia: from treatment to rehabilitation. European J Pain Supplements. 2009; 3(2):17-122.

[160] Mannerkorpi K, Henriksson C. Non-pharmacological treatment of chronic widespread musculoskeletal pain. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2007; 21(3):513-34.

[161] Nishishinya MB, Rivera J, Alegre C, Pereda CA. Intervenciones no farmacológicas en fibromialgia. Med Clin (Barc). 2006;127(8):295-09.

[162] Gur A. Physical therapy modalities in management of fibromyalgia. Curr Pharm Des. 2006; 12(1):29-35.

[163] Adams N, Sim J. Rehabilitation approaches in fibromyalgia. Disabil Rehabil. 2005 17; 27(12):711-23.

[164] Sim J, Adams N. Physical and other non-pharmacological interventions for fibromyalgia. Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol. 1999; 13(3):507-23.

[165] Jones KD, Liptan GL. Exercise interventions in fibromyalgia: clinical applications from the evidence. Rheum Dis Clin North Am. 2009; 35(2):373-91.

[166] Busch AJ, Barber KA, Overend TJ, Peloso PM, Schachter CL. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2007; (4):CD003786.

[167] Jones KD, Adams D, Winters-Stone K, Burckhardt CS. A comprehensive review of 46 exercise treatment studies in fibromyalgia (1988-2005). Health Qual Life Outcomes. 2006 25; 4:67.

[168] Maquet D, Demoulin C, Croisier JL, Crielaard JM. Benefits of physical training in fibromyalgia and related syndromes. Ann Readapt Med Phys. 2007; 50(6):356-62,363-68.

[169] Brosseau L, Wells GA, Tugwell P, Egan M, Wilson KG, Dubouloz CJ, et al. Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for aerobic fitness exercises in the management of fibromyalgia: part 1. Phys Ther. 2008; 88(7):857-71.

[170] Brosseau L, Wells GA, Tugwell P, Egan M, Wilson KG, Dubouloz CJ, et al. Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for strengthening exercises in the management of fibromyalgia: part 2. Phys Ther. 2008; 88(7):873-86.

[171] Van Koulil S, Effting M, Kraaimaat FW, Van Lankveld W, Van Helmond T, Cats H, et al. Cognitive-behavioural therapies and exercise programmes for patients with fibromyalgia: state of the art and future directions. Ann Rheum Dis. 2007; 66(5):571-81.

[172] Kurtais Y, Kutlay S, Ergin S. Exercise and cognitive-behavioural treatment in fibromyalgia syndrome. Curr Pharm Des. 2006; 12(1):37-45.

[173] Häuser W, Klose P, Langhorst J, Moradi B, Steinbach M, Schiltenwolf M, Busch A. Efficacy of different types of aerobic exercise in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Arthritis Res Ther. 2010 May 10; 12(3):R79.

[174] McCain GA, Bell DA, Mai FM, Halliday PD. A controlled study of the effects of a supervised cardiovascular fitness training program on the manifestations of primary fibromyalgia. Arthritis Rheum. 1988; 31(9):1135-41.

[175] Valim V, Oliveira L, Suda A, Silva L, de Assis M, Barros Neto T, et al. Aerobic fitness effects in fibromyalgia. J Rheumatol. 2003; 30(5):1060-69.

[176] Richards SC, Scott DL. Prescribed exercise in people with fibromyalgia: parallel group randomised controlled trial. BMJ. 2002; 325(7357):185.

[177] Bircan C, Karasel SA, Akgün B, El O, Alper S. Effects of muscle strengthening versus aerobic exercise program in fibromyalgia. Rheumatol Int. 2008; 28(6):527-32.

[178] Busch AJ, Thille P, Barber KA, Schachter CL, Bidonde J, Collacott BK. Best practice: E-Model-prescribing physical activity and exercise for individuals with fibromyalgia. Physiother Theory Pract. 2008; 24(3):151-66.

[179] Gusi N, Tomas-Carus P, Häkkinen A, Häkkinen K, Ortega-Alonso A. Exercise in Waist-High Warm Water Decreases Pain and Improves Health-Related Quality of Life and Strength in the Lower Extremities in Women With Fibromyalgia Arthritis Rheum. 2006; 55(1):66-73.

[180] Tomás-Carusa P, Gusi N, Leal A, García Y, Ortega-Alonso A. El tratamiento para la fibromialgia con ejercicio físico en agua caliente reduce el impacto de la enfermedad en la salud física y mental de mujeres afectadas. Reumatol Clin. 2007; 3(1):33-7.

[181] Gusi N, Parraca JA, Olivares PR, Leal A, Adsuar JC. Tilt Vibratory Exercise and the Dynamic Balance in Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. Arthritis Care & Research. 2010 Aug; 62(8):1072-78.

[182] Bengtsson A. The muscle in fibromyalgia. Rheumatology (Oxford). 2002; 41:721-24.

[183] Da Costa D, Abrahamowicz M, Lowensteyn I, Bernatsky S, Dritsa M, Fitzcharles MA, Dobkin PL. A randomized clinical trial of an individualized home-based exercise programme for women with fibromyalgia. Rheumatology (Oxford). 2005; 44(11):1422-27.

[184] Gowans SE, Dehueck A, Voss S, Silaj A, Abbey SE. Six-month and one-year followup of 23 weeks of aerobic exercise for individuals with fibromyalgia. Arthritis Rheum. 2004; 51(6):890-98.

[185] Buckelew SP, Conway R, Parker J, Deuser WE, Read J, Witty TE, et al. Biofeedback/relaxation training and exercise interventions for fibromyalgia: a prospective trial. Arthritis Care Res. 1998; 11(3):196-09.

[186] Rooks DS. Talking to patients with fibromyalgia about physical activity and exercise. Curr Opin Rheumatol. 2008 Mar; 20(2):208-12.

[187] Gür A, Karakoç M, Nas K, Cevik R, Sarac J, Ataoglu S. Effects of low power laser and low dose amitriptyline therapy on clinical symptoms and quality of life in fibromyalgia: a single-blind, placebo-controlled trial. Rheumatol Int. 2002; 22(5):188-93.

[188] Gür A, Karakoç M, Nas K, Cevik R, Saraç J, Demir E. Efficacy of low power laser therapy in fibromyalgia: a single-blind, placebo-controlled trial. Lasers Med Sci. 2002; 17(1):57-61.

[189] Armagan O, Tascioglu F, Ekim A, Oner C. Long-term efficacy of low level laser therapy in women with fibromyalgia: a placebo-controlled study. J Back Musculoskeletal Rehabil. 2006; 19:135-40.

[190] Matsutani LA, Marques AP, Ferreira EA, Assumpção A, Lage LV, Casarotto RA, Pereira CA. Effectiveness of muscle stretching exercises with and without laser therapy at tender points for patients with fibromyalgia. Clin Exp Rheumatol. 2007; 25(3):410-15.

[191] Brockow T, Wagner A, Franke A, Offenbächer M, Resch KL. A randomized controlled trial on the effectiveness of mild water-filtered near infrared whole-body hyperthermia as an adjunct to a standard multimodal rehabilitation in the treatment of fibromyalgia. Clin J Pain. 2007; 23(1):67-75.

[192] Löfgren M, Norrbrink C. Pain relief in women with fibromyalgia: a cross-over study of superficial warmth stimulation and transcutaneous electrical nerve stimulation. J Rehabil Med. 2009; 41(7):557-62.

[193] Di Benedetto P, Iona LG, Zidarich V. Clinical evaluation of s-adenosyl-L-methionine versus transcutaneous electrical nerve stimulation in primary fibromyalgia. Curr Ther Res. 1993; 35(2):222-29.

[194] Gomes da Silva T, Suda E, Marculo A, Paes F, Pinheiro G. Comparaçao dos efeitos da estimulaçao elétrica nervosa tanscutânea e da hidroterapia na dor, flexibilidade e qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. Fisioterapia Pesquisa Sao Paulo. 2008; 15(2):118-24.

[195] Sunshine W, Field TM, Quintino O, Fierro K, Kuhn C, Burman I, Schanberg S. Fibromyalgia benefits from massage therapy and transcutaneous electrical stimulation. J Clin Rheumatol. 1996; 2:18-22.

[196] González-Viejo MA, Avellanet M, Hernández-Morcuende MI. A comparative study of fibromyalgia treatment: ultrasonography and physiotherapy versus sertralina treatment. Ann Readapt Med Phys. 2005; 48(8):610-15.

[197] Almeida TF, Roizenblatt S, Benedito-Silva AA, Tufik S. The effect of combined therapy (ultrasound and interferential current) on pain and sleep in fibromyalgia. Pain. 2003; 104(3):665-72.

[198] Colbert AP, Markov MS, Banerji M, Pilla AA. Magnetic mattress pad use in patients with fibromyalgia: a randomized double-blind pilot study. J Back Muculoskeletal Rehabil. 1999; 13:19-31.

[199] Alfano AP, Taylor AG, Foresman PA, Dunkl PR, McConnell GG, Conaway MR et al. Static magnetic fields for treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial. J Altern Complement Med. 2001; 7:53-64.

[200] Thomas AW, Graham K, Prato FS, McKay J, Forster PM, Moulin DE, Chari S. A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial using a low-frequency magnetic field in the treatment of musculoskeletal chronic pain. Pain Res Manag. 2007; 12(4):249-58.

[201] Shupak NM, McKay JC, Nielson WR, Rollman GB, Prato FS, Thomas AW. Exposure to a specific pulsed low-frequency magnetic field: a double-blind placebo-controlled study of effects on pain ratings in rheumatoid arthritis and fibromyalgia patients. Pain Res Manag. 2006; 11(2):85-90.

[202] Sutbeyaz ST, Sezer N, Koseoglu F, Kibar S. Low-frequency pulsed electromagnetic field therapy in fibromyalgia: a randomized, double-blind, sham-controlled clinical study. Clin J Pain. 2009; 25(8):722-28.

[203] Passard A, Attal N, Benadhira R, Brasseur L, Saba G, Sichere P, et al. Effects of unilateral repetitive transcranial magnetic stimulation of the motor cortex on chronic widespread pain in fibromyalgia. Brain. 2007; 130(Pt 10):2661-70.

[204] Carretero B, Martín MJ, Juan A, Pradana ML, Martín B, Carral M, et al. Low-frequency transcranial magnetic stimulation in patients with fibromyalgia and major depression. Pain Med. 2009; 10(4):748-53.

[205] Fregni F, Gimenez R, Valle AC, Ferreira MJ, Rocha RR, Natalle L, et al. A randomized, sham-controlled, proof of principle study of transcranial direct current stimulation for the treatment of pain in fibromyalgia. Arthritis Rheum. 2006; 54(12):3988-98.

[206] Roizenblatt S, Fregni F, Gimenez R, Wetzel T, Rigonatti SP, Tufik S, et al. Site-specific effects of transcranial direct current stimulation on sleep and pain in fibromyalgia: a randomized, sham-controlled study. Pain Pract. 2007; 7(4):297-06.

[207] Schneider M, Vernon H, Ko G, Lawson G, Perera J. Chiropractic management of fibromyalgia syndrome: a systematic review of the literature. J Manipulative Physiol Ther. 2009; 32:25-40.

[208] Ernst E. Chiropractic treatment for fibromyalgia: a systematic review. Clin Rheumatol 2009; 28:1175-8.

[209] Blunt Kl, Rajwani MH, Guerriero RC. The effectiveness of Chiropractic management of fibromyalgia patients: a pilot study. J Manipul Physiol Ther. 1997; 20:389-99.

[210] Pantom LB, Figueroa A, Kingsley JD, Hornbuckle L, Wilson J, StJohn N, et al. Effects of resistance training and chiropractic treatment in women with fibromyalgia. J Alt Comp Med. 2009; 15:321-28.

[211] Wise P, Walsh M, Littlejohn G. Efficacy of chiropractic treatment on fibromyalgia syndrome: a randomized controlled trial. Eur J Chiropract. 2002; 49:198-99.

[212] Tyers S, Smith RB. A comparison of cranial electrotherapy stimulation alone or with chiropractic therapies in the treatment of fibromyalgia. Am Chiropractor. 2001; 23:39-41.

[213] Bronfort G, Haas M, Evans R, Leininger B, Triano J. Effectiveness of manual therapies: the UK evidence report. Chiropr Osteopat. 2010; 18(1):3.

[214] Field T, Diego M, Cullen C, Hernandez-Reif M, Sunshine W, Douglas S. Fibromyalgia pain and substance P decrease and sleep improves after massage therapy. J Clin Rheumatol. 2002; 8:72-76.

[215] Alnigenis M, Bradley JD, Wallick J, Emsley CL. Massage therapy in the management of fibromyalgia: a pilot study. J Musculoskeletal Pain. 2001; 9:55-67.

[216] Brattberg G. Connective tissue massage in the treatment of fibromyalgia. Eur J Pain. 1999; 3:235-44.

[217] Ekici G, Bakar Y, Akbayrak T, Yuksel I. Comparison of manual lymph drainage therapy and connective tissue massage in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. J Manipulative Physiol Ther. 2009; 32:127-33.

[218] Tsao JC. Effectiveness of massage therapy for chronic, non-malignant pain: a review. Evid Based Complement Alternat Med. 2007; 4:165-79.

[219] Bennett R, Nelson D. Cognitive behavioral therapy for fibromyalgia. Nat Clin Prac. 2006; 2:416-24.

[220] Thieme K, Gracely RH. Are psychological treatments effective for fibromyalgia pain? Current Rheumatol Reports. 2009; 11:443-50.

[221] Thieme K, Turk DC, Flor H. Responder criteria for operant and cognitive-behavioral treatment of fibromyalgia syndrome. Arthritis Rheum. 2007; 57:830-36.

[222] Bernardy K, Füber N, Köllner V, Haüser W. Efficay of Cognitive-Behavioral Therapies in Fibromyalgia Syndrome - A Systematic Review and metaabalysis of Randomized Controlled trials. J Rheumatol. 2010; 37(10):1-15, doi:10.3899/j rheum. 100104

[223] Glombiewski JA, Sawyer AT, Gutermann J, Koening K, Rief W & Hofmann. Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. Pain. 2010 Nov; 151(2):280-95, doi:10.1016/j.pain.2010.06.011

[224] Cedraschi C, Desmeules J, Rapiti E, et al. Fibromyalgia: a randomised, controlled trial of a treatment programme based on self management. Ann Rheum Dis. 2004; 63:290-96.

[225] Zijlstra TR, Van der Laar MA, Bernelot Moens HJ, Taal E, Zakraoui L, Rasker JJ. Spa treatment for primary fibromyalgia syndrome: a combination of thalassotherapy, exercise and patient education improves symptoms and quality of life. Rheumatology. 2005; 44:539-46.

[226] Lera S, Gelman SM, López MJ, Abenoza M, et al. Multidisciplinary treatment of fibromyalgia: does cognitive behavior therapy increase the response to treatment? J Psychosom Res. 2009; 67(5):433-41.

[227] Sarzi-Puttini P, Buskila D, Carrabba M, Doria A, Atzeni F. Treatment strategy in fibromyalgia syndrome: where are we now? Semin Arthritis Rheum. 2008; 37(6):353-65.

[228] Karjalainen K, Malmivaara A, Van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, Koes B. Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults. Cochrane Database Syst Rev. 2000; (2):CD001984.

[229] Häuser W, Bernardy K, Arnold B, Offenbächer M, Schiltenwolf M. Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. Arthritis Rheum. 2009; 61(2):216-24.

[230] Lind BK, Lafferty WE, Tyree PT, Diehr PK, Grembowski DE. Use of complementary and alternative medicine providers by fibromyalgia patients under insurance coverage. Arthritis Rheum. 2007; 57:71-76.

[231] Baranowsky J, Klose P, Musial F, Haeuser W, Dobos G, Langhorst J. Qualitative systemic review of randomized controlled trials on complementary and alternative medicine treatments in fibromyalgia. Rheumatol Int. 2009; 30(1):1-21.

[232] Mayhew E, Ernst E. Acupuncture for fibromyalgia - a systematic review of randomized clinical trials. Rheumatology (Oxford). 2007; 46(5):801-04.

[233] Martín-Sánchez E, Torralba E, Díaz-Domínguez E, Barriga A, Martín JL. Efficacy of acupuncture for the treatment of fibromyalgia: systematic review and meta-analysis of randomized trials. Open Rheumatol J. 2009; 3:25-29.

[234] Langhorst J, Klose P, Musial F, Irnich D, Häuser W. Efficacy of acupuncture in fibromyalgia syndrome - a systematic review with a meta-analysis of controlled clinical trials. Rheumatology (Oxford). Epub 2010 Jan 25.

[235] Perry R, Terry R, Ernst E. A systematic review of homoeopathy for the treatment of fibromyalgia. Clin Rheumatol. Epub 2010 Jan 23.

[236] Consejería de Salud. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Tratamiento de la Fibromialgia mediante Ozonoterapia. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es

[237] De Silva V, El-Metwally A, Ernst E, Lewith G, Macfarlane GJ; on behalf of the Arthritis Research Campaign working group on complementary and alternative medicines. Evidence for the efficacy of complementary and alternative medicines in the management of fibromyalgia: a systematic review. Rheumatology (Oxford). Epub 2010 Mar 3.

[238] Astin JA, Berman BM, Bausell B, Lee WL, Hochberg M, Forys KL. The efficacy of mindfulness meditation plus Qigong movement therapy in the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial. J Rheumatol. 2003; 30:2257-62.

[239] Assefi N, Bogart A, Goldberg J, Buchwald D. Reiki for the treatment of Fibromyalgia: a randomized controlled trial. J Altern Complement Med. 2008; 14(9):1115-22.

[240] Wang C, Schmid CH, Rones R, et al. A randomized trial of tai chi for fibromyalgia. N Engl J Med. 2010; 363:743-54.

[241] Hall A, Maher C, Latimer J, Ferreira M. The effectiveness of Tai Chi for chronic musculoskeletal pain conditions: a systematic review and meta-analysis. Arthritis Rheum. 2009; 61:717-24.

[242] Mease PJ, Lesley M. A, Choy EH, et al. Fibromyalgia Syndrome Module at OMERACT 9: Domain Construct. J Rheumatol. 2009; 36:2318-29.

[243] Turk DC, Dworkin RH, Allen RR, et al. Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. Pain. 2003; 106:337-45.

[244] Arnold LM, Crofford LJ, Mease PJ, Burgess SM, Palmer SC, Abetz L, Martin S. Patient perspectives on the impact of Fibromyalgia. Patient Education & Counseling. 2008; 73:114-20.

[245] Tugwell P, Boers M, Brooks P, Simons L, Strand V, Idzerda L.OMERACT: An international initiative to improve outcome measurement in rheumatology. Trials. 2007; 8:38-43.

[246] Mease PJ, Arnold LM, Crofford LJ, et al. Identifying the clinical domains of fibromyalgia: Contributions from clinical and patients delphi exercises. Arthritis Care Res. 2008;59:952-60.

[247] Mease PJ, Arnold LM, Bennett R, et al. Fibromyalgia syndrome. J Rheumatol. 2007;34:1415-25.

[248] Carville SF, Choy EH. Systematic review of discriminating power of outcome measures used in clinical trials of fibromyalgia. J Rheumatol. 2008; 35:2094-05.

[249] Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: Development and validation. J Rheumatol. 1991; 12(5):728-33.

[250] Esteve-Vives J, Batlle E. Evaluación de pacientes con Fibromialgia. Estudio comparativo de 4 versiones españolas de Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). Reumatología Clínica. 2006; 2(6).

[251] Esteve-Vives J, Rivera J, Salvat MI, de Gracia M, Alegre C. Propuesta de una versión de consenso del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) para la población española. Reumatología Clínica. 2007; 3(1):21-24.

[252] Bennet R, Bushmakin A, Cappelleri J, Zlateva G, Sadosky A. Minimal clinically important difference in the fibromyalgia impact questionnaire. J Rheumatol. 2009; 36(6):1304-11.

[253] Vallejo MA, Rivera J, Esteve-Vives J, Rejas J, Grupo ICAF. A confirmatory study of the Combined Index of Severity of Fibromyalgia (ICAF): factorial structure, reliability and sensitivity to change. Health and Quality of Life Outcomes 2011, 9:39.

[254] Whitehead L. The measurement of fatigue in chronic illness: a systematic review of unidimensional and multidimensional fatigue measures. J Pain Symptom Manage. 2009; 37(1):107-28. Review.

[255] Jensen M, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. Pain. 1986; 27:117-26.

[256] Gusttafsson M, Gaston-Johansson F. Pain intensity and health locus of control: A comparison of patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. Patient Education and Counseling. 1996; 29(2),179-88.

[257] Neumann L, Berzak A, Buskila D. Measuring health status in israeli patients with fibromyalgia syndrome and widespread pain and healthy individuals: Utility of the short form 36-item health survey (sf-36). Sem Arthritis and Rheum. 2000; 29(6):400-08.

[258] Zelman DC, Hoffman DL, Seifeldin R, Dukes EM. Development of a metric for a day of manageable pain control: Derivation of pain severity cut-points for low back pain and osteoarthritis. Pain. 2003; 106(1-2):35-42.

[259] García-Campayo J, Pascual A, Alda M, Marzo J, Magallon R, Fortes S. The Spanish versión of the FibroFatigue Scale: validation of a questionnaire for the observer´s assessment of fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. Gen Hosp Psych. 2006; 28: 154-60.

[260] Wolfe F, Rasker JJ. The Symptom Intensity Scale, Fibromyalgia, and the Meaning of Fibromyalgia-like Symptoms. J Rheumatol. 2006; 33:2291-99.

[261] Esteve-Vives J, Batlle E, Reig A; Grupo para la adaptación del HAQ a población española. Spanish versión of the Health Assessment Questionnaire: reliability, validity and transcultural equivalency. J Rheumatol. 1993; 20:2116-22.

[262] Wolfe F, Hawley DJ, Goldenberg DL, Russell IJ, Buskila D, Neumann L. The assessment of functional impairment in fibromyalgia (FM): Rasch analysis of 5 functional scales and the development of the FM Health Assessment Questionnaire. J Rheumatol. 2000; 27:1989-99.

[263] Esteve-Vives J, Rivera J, Vallejo MA; Grupo ICAF. Evaluación de la capacidad funcional en Fibromialgia. Análisis comparativo de la validez de constructo de tres escalas. Reumatología Clínica. 2010. doi:10.1016/j reuma.2009.10.008.

[264] Mannerkorpi K, Svantesson U, Broberg C. Relationships between performance-based tests and patients' ratings of activity limitations, self-efficacy, and pain in fibromyalgia. Arch Phys Med Rehabil. 2006;87(2):259-64.

[265] Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psych Scand. 1983; 67:361-70.

[266] Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pinro L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. Gen Hosp Psych. 2003; 25: 277-83.

[267] López-Roig S, Terol MC, Pastor MA, et al. Ansiedad y Depresión. Validación de la Escala HAD en pacientes oncológicos. Revista de Psicología de la Salud. 2000; 2(12), 127-57.

[268] Terol MC, López-Roig S, Rodríguez-Marín J, Martín-Aragón M, Pastor MA, Reig MT. Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en población española. Ansiedad y Estrés. 2007; 13(2-3):163-76.

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

[270] Abásolo L, Carmona L, Lajas C, Candelas G, Blanco M, Loza E, Hernández-García C, Jover J. Prognostic factors in short-term disability due to Musculoskeletal Disorders. Arthritis & Rheum. 2008; 59(4):489-96.

[271] Sicras-Mainar A, Rejas J, Navarro R, Blanca M, Morcillo A, Larios R, Velasco S, Villaroya C. Treating patients with fibromylagia in primary care settings under routine medical practice: a claim database cost and burden of illness study. Arthritis Research & Therapy. 2009; 11(2):R54.

[272] Rivera J, Rejas J, Vallejo MA, Esteve-Vives J; Grupo ICAF. Situación laboral y gasto sanitario en pacientes con Fibromialgia. Reumatología Clínica. 2009; 5:145 doi: 10.3252/pso.es.35ser.2009

[273] Henriksson CM, Liedberg GM, Gerdle B. Women with fibromyalgia: work and rehabilitation. Disability and Rehabilitation. 2005; 27(12):685-95.

[274] Robinson RL, Birnbaum HG, Morley MA, Sisitsky T, Greenberg PE, Wolfe F. Depression and fibromialgia: treatment and cost when diagnosed separately or concurrently. J Rheumatol. 2004; 31:1621-29.

[275] Álvarez-Blázquez Fernández F, Jardon Dato E, Carbajo Sotillo MD, Terradillos García MJ, Valero Muñoz MR, Robledo Muga F, y col. Guía de Valoración de Incapacidad Laboral para Médicos de Atención Primaria. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid. 2009. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/publicaciones/documentos/GUIA_DE_VALORACION_DE_INCAPACIDAD_LABORAL_PARA_AP.pdf

[276] Annemans L, Wessley S, Spaepen E, et al. Health economics consequences related to the diagnosis of Fibromyalgia Syndrome. Arthritis & Rheum. 2008; 58(3):895-02.

[277] Rivera J, Rejas J, Esteve-Vives J, Vallejo MA; Grupo ICAF. Resource utilisation and health care costs in patients diagnosed with fibromialgia in Spain. Clin Exp Rheum. 2009; 27(suppl. 56):S39-45.

[278] Lledó A, Pastor MA, Pons N, López-Roig S, Terol MC. Comparing Fibromyalgia patients from Primary Care and Rheumatology settings: clinical and psychosocial features. Rheum Int Clin Exp Invest. 2009; 29(10):1551-60.

[279] Sicras-Mainar A, Blanca-Tamayo M, Navarro-Artieda R, Rejas, J. Perfil de uso de recursos y costes en pacientes que demandan atención por fibromialgia o trastorno de ansiedad generalizada en el ámbito de atención primaria de salud. Atención Primaria. 2009; 41(2):77-84.

[280] García Campayo J, Rodero B, Alda M, Sobradiel N, Montero J, Moreno S. Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. Med Clin (Barc). 2008; 131:487-93.

[281] Martín-Aragón M, Pastor MA, Rodríguez-Marín J, March MJ, Lledó A, López-Roig S, Terol MC. Percepción de Autoeficacia en dolor crónico. Adaptación y Validación de la Chronic Pain Self-efficacy Scale. Revista de Psicología de la Salud. 1999; 11(1-2):53-75.

[282] Häuser W, Eich W, Herrmann M, Nutzinger DO, Schiltenwolf M, Henningsen P. Fibromyalgia syndrome: classification, diagnosis, and treatment. Dtsch Arztebl Int. 2009; 106:383-91.

[283] García-Campayo J, Magdalena J, Magallón R, Fernández-García E, Salas M, Andrés E. A meta-analysis of the efficacy of fibromyalgia treatment according to level of care. Arthritis Res Ther. 2008; 10(4):R81.

[284] Organización Mundial de la salud (OMS). "Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud". Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Buenos Aires: Journal. 2009. Disponible en: http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/9789_spa/9789_spa.html.

[285] Encuesta Nacional de Salud. 2003 y 2006. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

[286] Observatorio de Salud de la Mujer. Informe Salud y Género 2006: Las edades centrales de la vida. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008. Disponible en: http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/informeSaludGenero2006.pdf [Consultado: 18 de junio de 2010].

[287] Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Cáliz-Cáliz R, Rodríguez-Calvo I, García-Sánchez A, Ferrer-González MA, et al. Risk factors for Fibromialgia: the role of violence against women. Clin Rheumatol. 2009; 28:777–86.

[288] Grossi G, Soares JF, Lundberg U. Gender differences in coping with musculoskeletal pain. International Journal of Behavioral Medicine. 2000; 7(4):305-21.

[289] Hong-You G, Pascal M, Arendt-Nielsen L. Gender differences in pain modulation evoked by repeated injections of glutamate into the human trapezius muscle Pain. 2005; 113:134-40.

[290] Bernaards CM, Ariens GAM, Knol DL, Hildebrandt VH. The effectiveness of a work style intervention and a lifestyle physical activity intervention on the recovery from neck and upper limb symptoms in computer workers. Pain. 2007; 132:142-53.

[291] Ruiz Pérez I, Ubago Linares MC, Bermejo Pérez MJ, Plazaola Castaño J, Olry de Labry-Lima A, Hernández Torres E. Diferencias en características sociodemográficas, clínicas y psicológicas entre hombres y mujeres diagnosticados con fibromialgia. Rev Clin Esp. 2007; 207(9):433-39.

[292] Ubago Linares MC, Ruiz Pérez I, Bermejo Pérez MJ, Olry de Labry-Lima A, Plazaola Castaño J. Características Clínicas y psicosociales de personas con Fibromialgia. Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. Rev Esp Salud Pública. 2005; 79(6)683-95.

[293] Velasco Arias S. Sexos, Género y Salud: teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud. Madrid: Minerva Ediciones. 2009.

[294] Rohlfs I. Presentación: la complejidad del estudio de las desigualdades sociales en el sistema sanitario. Gac Sanit. 2004; supl 1(18). Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v18s1/03presentacion.pdf [Consultado: 18 de junio de 2010].

[295] Ruiz Cantero MT. Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinante de la salud de la Comunidad. En: Miqueo, Consuelo; Tomás, Concepción; Tejero, Cruz; Barral, Mª José; Fernández, Teresa; Yago, Teresa, ed. Perspectivas de género y salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas. Madrid: Minerva Ediciones. 2001. [Texto parcialmente extraído de la traducción de Ruiz MT, Verbrugge LM. A two-way view of gender bias in medicine. J Epidem Commun Health. 1997; 51:106-09].

[296] Ruiz Cantero MT, Verdú Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. Gac Sa nit. 2004; 18 (Supl 1):118-25. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v18s1/03sesgo.pdf [Consultado: 21 de abril de 2010].

[297] Vallejo MA, Rivera J, Esteve-Vives J and Grupo ICAF. Development of a self-reporting tool to obtain a Combined Index of Severity of Fibromyalgia (ICAF). Health and Quality of Life Outcomes 2010,8:2. Disponible en: (http://www.hqlo.com/content/8/1/2)).

Resumen operativo

Para hacer más práctico el uso de este documento, fundamentalmente a los profesionales sanitarios, se hace un resumen proponiendo una secuencia práctica para el manejo de la Fibromialgia en el día a día de atención primaria, incluyendo todas las figuras y tablas necesarias para ello. Los anexos se recogen en el apartado de anexos y la bibliografía que se desee consultar, se refleja en el apartado correspondiente del documento.

Contenido:

- Sospecha diagnóstica.
- Diagnóstico.
- Diagnóstico diferencial y de otros posibles procesos asociados.
- Tratamiento.

1. Sospecha diagnóstica

Pacientes, especialmente mujeres de 30 a 60 años (sin olvidar mujeres más jóvenes u hombres), que se quejan de dolor generalizado, sin signos inflamatorios articulares ni musculares, sin signos sistémicos y con buen estado general.

El dolor se refiere a zonas musculares amplias; también puede referirse a articulaciones o al raquis.

Al ser preguntados sobre qué les pasa son frecuentes las expresiones como: "me duele todo", "mejor le digo lo que no me duele", "me duele de los pies a la cabeza", "me duele desde siempre".

2. Diagnóstico

El diagnóstico es clínico, no se apoya en ninguna prueba de laboratorio ni hallazgo radiológico específico.

El "American College of Rheumatology" publicó unos criterios de clasificación que son utilizados ampliamente para diagnosticar la FM. Estos criterios caracterizan la FM por la presencia conjunta de dos hechos:

2.1. Anamnesis

Historia de dolor generalizado durante, al menos, tres meses que está presente en todas las áreas siguientes: lado derecho e izquierdo del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura y en el esqueleto axial (columna cervical, pared torácica anterior, columna dorsal o columna lumbar).

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

El dolor se acompaña frecuentemente de rigidez articular matutina, parestesias en manos y pies, fatiga-astenia, alteraciones del sueño, cefaleas, acúfenos, inestabilidad, alteraciones de la concentración o de la memoria, disfunción temporomandibular, dolor miofascial y clínica compatible con colon irritable.

2.2. Exploración

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

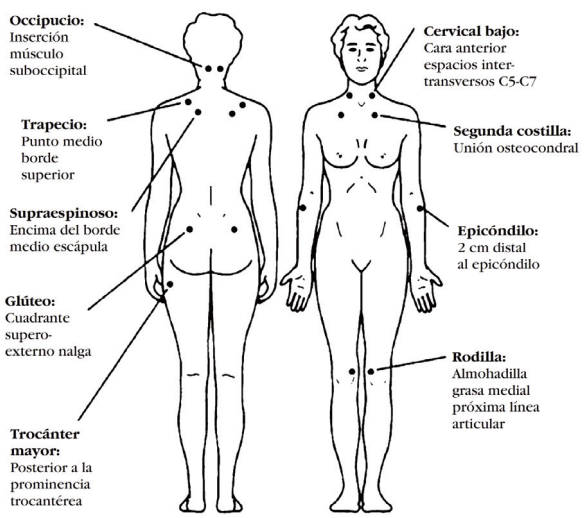
- Occipucio: en las inserciones de los músculos suboccipitales (entre apófisis mastoide y protuberancia occipital externa).
- Cervical bajo: en la cara anterior de los espacios intertransversos a la altura de C5-C7.
- Trapecio: en el punto medio del borde posterior.
- Supraespinoso: en sus orígenes, por encima de la espina de la escápula, cerca de su borde medial.
- Segunda costilla: en la unión osteocondral.
- Epicóndilo: distal a 2 cm y lateralmente al epicóndilo.
- Glúteo: en el cuadrante supero-externo de la nalga.
- Trocánter mayor: en la parte posterior de la prominencia del trocánter.
- Rodilla: en la almohadilla grasa medial próxima a la línea articular.

La presión digital sobre los puntos debe realizarse con una fuerza aproximada de 4 kg que, de forma práctica, suele corresponder al momento en que cambia la coloración subungueal del dedo del explorador. Debe efectuarse con los dedos pulgar o índice, presionando de forma gradual durante varios segundos, ya que si la presión es excesivamente breve se puede obtener un falso resultado negativo.

Para que un punto se considere «positivo» la persona explorada tiene que afirmar que la palpación es dolorosa. No se considera positiva la palpación sensible.

Es frecuente encontrar la provocación de dolor a los estiramientos laterales en las zonas cervicales y lumbares. En una parte de los enfermos se detecta alodinia dinámica al roce cutáneo o al pellizco suave de zonas musculares, generalmente en zona de trapecios, parte proximal de brazos y muslos, realizado con los dedos de la mano, pulgar y 2º a 5. El paciente lo define como una sensación de ardor o escozor.

Figura 1. Localización de los puntos dolorosos en la FM



3. Diagnóstico diferencial y de otros posibles procesos asociados

Como se ha señalado anteriormente, el diagnóstico de FM es clínico, no apoyándose en ninguna prueba de laboratorio ni hallazgo radiológico específico de FM. Es conveniente realizar, sin embargo, determinadas exploraciones complementarias con objeto de descartar la coexistencia de otros procesos asociados. La valoración de pacientes con FM debe incluir el hemograma, la bioquímica básica y los reactantes de fase aguda. La petición de otras pruebas complementarias debe ser individualizada, en función del cuadro clínico, la exploración física y la sospecha de una enfermedad asociada.

En la *Tabla 1* se recogen algunas de las enfermedades que pueden compartir manifestaciones clínicas con la FM.

Tabla 1. Enfermedades más frecuentes que pueden compartir manifestaciones clínicas con la FM

Lupus eritematoso sistémico	Miopatía (metabólica o inflamatoria)
Artritis reumatoide	Polimialgia reumática
Espondiloartropatías	Trastorno depresivo mayor
Esclerosis múltiple	Poliartrosis
Hipotiroidismo	Afectaciones musculares por fármacos.
Neuropatías periféricas	Hiperparatiroidismo
Alteraciones estructurales mecánicas o degenerativas del raquis	

En la *Tabla 2* se relacionan otras posibles patologías asociadas cuyo tratamiento debe abordarse.

Tabla 2. Otras posibles patologías asociadas a FM

Síndrome de fatiga crónica
Síndrome del colon irritable
Disfunción témporo-mandibular
Síndrome de las piernas inquietas
Lumbalgia inespecífica

Dismenorrea primaria
Sensibilidad química múltiple
Cefalea (de tensión, migraña, mixta)
Síndrome de vejiga irritable
Dolor pélvico crónico y dismenorrea
Síndrome de dolor miofascial

4. Tratamiento

4.1 Consideraciones generales

El objetivo del manejo de la FM es el alivio de los síntomas y el mantenimiento de la capacidad funcional en los ámbitos personal, familiar y profesional de la persona que la padece, impidiendo que se deteriore su calidad de vida o que lo haga lo menos posible.

Para el médico

- Acordar con el paciente los objetivos a alcanzar, que deben ser realistas.
- Planificar las visitas de seguimiento y la actuación ante agudizaciones junto con el paciente, evitando indicarlas solo en función del empeoramiento.
- Para seleccionar el tipo de medicación hay que identificar los síntomas principales (dolor, alteraciones del sueño, fatiga...), graduar su intensidad y la repercusión funcional.
- Evitar la polimedicación en la medida de lo posible.
- Comenzar el tratamiento con dosis bajas e ir incrementándolas de forma gradual hasta llegar a las dosis terapéuticas recomendadas o la aparición de efectos secundarios inaceptables.
- Evaluar regularmente los efectos secundarios del tratamiento, con mayor frecuencia al inicio del mismo.
- Valorar regularmente la eficacia de los fármacos en el control de los síntomas del paciente, con el fin de saber si son útiles o no. La mayoría de los ensayos con fármacos analizan su eficacia a corto o medio plazo por lo que se desconoce la acción a medio o largo. Reducien-

do gradualmente la dosis de un fármaco podemos valorar su eficacia al observar si el paciente empeora o no con la reducción.

– Comprobar la adhesión a las recomendaciones de autocuidado y ejercicio físico.
– El tratamiento eficaz puede mantenerse a largo plazo pese a la falta de evidencia, reforzando los autocuidados y el ejercicio. También puede intentarse un período sin fármacos.

4.2. Manejo práctico

Una vez diagnosticada la FM, se debe valorar sistemáticamente los siguientes aspectos que suponen elementos básicos que facilitarán su manejo:

A. Presencia o no de otras patologías asociadas al dolor, tanto físicas como psíquicas (principalmente depresión y ansiedad), con repercusión en la capacidad funcional del paciente y cuyo tratamiento debe abordarse (*Tabla 2*).

B. Existencia de factores agravantes y aquellos otros que **alivian** la sintomatología (*Tabla 3*):

Tabla 3. Posibles factores agravantes y aliviantes

Agravantes	Aliviantes
Frío	Calor
Tiempo húmedo	Tiempo seco
Inactividad o exceso de actividad	Actividad física moderada
Estrés mental	Relajación
Estrés físico	Descanso
Dormir mal	Sueño reparador

C. Valoración de la limitación o interferencia -afectación de la calidad de vida- que la sintomatología ocasiona en la persona afectada mediante escalas adecuadas.

Se propone la versión de consenso adaptada al castellano del cuestionario FIQ/CIF, que es un instrumento rápido de cumplimentar (en torno a 3 minutos) (Anexo 4).

Recientemente, utilizando la puntuación total del FIQ, se han establecido tres intervalos de gravedad del impacto que, aunque no están validados en nuestra población, pueden servir de guía para el clínico:

- Leve: <39
- Moderado: ≥39 y <59
- Grave: ≥59

D. Valoración de factores psicológicos como estados emocionales, pensamiento catastrofista y percepción de autoeficacia que han mostrado su influencia en el mayor o menor impacto de la FM:

- Ansiedad y Depresión (HAD) (Anexo 8)
- Catastrofismo (Anexo 9)
- Percepción de autoeficacia (Anexo 10)

E. Decidir qué pacientes tratar y cuáles derivar desde atención primaria y a quién (Tabla 4)

Tabla 4. Criterios de derivación desde atención primaria

Criterio	Derivación
– Duda diagnóstica o necesidad de diagnóstico diferencial que no se puede hacer en atención primaria. – Control inadecuado de la sintomatología tras inicio del tratamiento adecuado.	Reumatología
– Enfermedad depresiva grave previa a la enfermedad o reactiva a ésta. – Pensamiento catastrofista ante el dolor (Anexo 9). – Inadaptación a la enfermedad con repercusión grave en la calidad de vida. – Identificación de sucesos emocionales en la vida del paciente que puedan estar condicionando el desarrollo de la enfermedad.	Equipo de salud mental
– Enfermedad con afectación moderada o grave al inicio o durante la evolución de la enfermedad (ver "manejo" Tabla 5).	Especialistas relacionados con la atención al dolor (Reumatología, Rehabilitación y Medicina Física, Medicina Interna, Unidades de Dolor[a])
– Presencia de morbilidad que no se puede resolver en atención primaria.	Digestivo, Ginecología, Otras.

[a] Pacientes con dolor crónico complejo en el que pueda sospecharse comorbilidad con otros procesos susceptibles de ser tratados en las unidades del dolor.

F. Informar al paciente.

Es el elemento básico del manejo de la FM. Debe incluir: qué es la enfermedad y cómo se diagnostica; alternativas terapéuticas; consejos para afrontar la enfermedad correctamente y minimizar sus consecuencias.

La entrega de material impreso puede ayudar en su participación en los autocuidados y logro de los objetivos.

Las ideas clave a trasmitir son:

- La FM es un conjunto de síntomas no graves, de curso crónico, de los cuales el más frecuente es el dolor muscular.
- Se desconoce la causa de la FM. Se sabe que existen factores agravantes y otros que alivian el dolor.
- El diagnóstico es clínico y no necesita pruebas especiales.
- A pesar de que es una enfermedad crónica, en muchos casos se logra un control aceptable de la enfermedad. En algunos casos la enfermedad es refractaria y conduce a limitaciones funcionales significativas.
- Con un tratamiento adecuado y la colaboración del paciente, una gran parte de personas afectadas de FM mejora sustancialmente.
- Se trata con fármacos y medidas no farmacológicas entre las cuales la más importante es el ejercicio físico adecuado para cada paciente.
- Los consejos para el autocuidado (Anexo 11) son muy importantes en el alivio de la sintomatología: evitar los factores desencadenantes, favorecer los aliviantes y hacer el ejercicio físico con regularidad.

G. Tratar a las y los pacientes que no se deriven

Iniciar tratamiento no farmacológico y farmacológico en función de las características clínicas del paciente (*Tablas 5 y 6*).

Tabla 5. Medidas para el manejo escalonado del paciente con FM según su grado de afectación

Afectación*	Intervención
Afectación leve FIQ< 39	Manejo: Atención primaria. Medidas no farmacológicas – Información. – Consejos en autocuidados (Anexo 11). – Ejercicio aeróbico (Anexo 12). Fármacos: Considerar sólo si fracasan los autocuidados y el ejercicio o mientras estos hacen efecto, en función de la sintomatología predominante (Tabla 7).
Afectación moderada FIQ ≥39 y <59	Manejo: En función de las necesidades del paciente, de la puntuación de la afectación, recursos disponibles y la formación del profesional, los pacientes de este grupo pueden iniciar el tratamiento en atención primaria o derivarse. Iniciar con medidas no farmacológicas – Información – Consejos en autocuidados (Anexo 11). – Ejercicio aeróbico supervisado (Anexo 12). – Terapia cognitivo conductual o conductual. Fármacos: Considerar tratar en función de la sintomatología (Tabla 7).
Afectación grave FIQ≥59	Manejo: Tratamiento en escalón secundario por personal especializado. Puede ser necesario el tratamiento multidisciplinar.

* Grado de la recomendación D.

Tabla 6. Fármacos utilizados en el tratamiento de la FM en función de la sintomatología predominante

Fármaco	Síntomas sobre los que puede ser eficaz	Grado de recomendación	Rango terapéutico
Amitriptilina[a]	Dolor, sueño, fatiga, limitación funcional	A	25-50 mg/día
Ciclobenzaprina[b]	Sueño, dolor[c]	A	10-40 mg/día
Duloxetina	Dolor, sueño, depresión, limitación funcional	A	60-120 mg/día
Pregabalina	Dolor, sueño, limitación funcional, ansiedad	A	300-450 mg/día
Fluoxetina	Dolor[d], sueño[d], fatiga[d], depresión, limitación funcional	B	20-70 mg/día
Paracetamol[e]	Dolor	D	2-4 g/día
Tramadol[f]	Dolor	B	150-300 mg/día

[a.] Utilizar en dosis única por la noche. Puede asociarse con otros antidepresivos y/o analgésicos.

[b.] Utilizar en dosis única por la noche o partida, con la dosis principal por la noche.

[c.] Tiende a disminuir con el tiempo.

[d.] Acción controvertida.

[e.] No hay estudios controlados que avalen su uso. Por su seguridad y tolerancia es razonable utilizarlo; un tercio de pacientes que lo toman consideran que les es útil.

[f.] Se puede utilizar solo o asociado a paracetamol (se comercializa en comprimidos de 37,5 mg de tramadol y 325 mg de paracetamol -dosis 4.0 ± 2 comp./día-)

La Fibromialgia (FM) es una afección crónica de etiología desconocida, caracterizada por la presencia de dolor crónico musculoesquelético generalizado, que suele coexistir con otros síntomas, fundamentalmente fatiga y problemas de sueño, pero también pueden estar presentes parestesias, rigidez articular, cefaleas, sensación de tumefacción en manos, ansiedad y depresión, problemas de concentración y memoria.

El curso natural de la FM es crónico, con fluctuaciones en la intensidad de los síntomas a lo largo del tiempo. La FM puede ocasionar importantes consecuencias en el estado de salud y la calidad de vida de la persona que la padece.

El diagnóstico de la FM es clínico, por la falta de una prueba objetiva y no se apoya, por tanto, en ninguna prueba analítica, de imagen o anatomopatológica específica. Se basa, exclusivamente, en la clínica que manifiesta el paciente, ya que, hasta ahora, se carece de datos objetivos analíticos, de imagen o anatomopatológicos específicos.

El tratamiento de la FM es sintomático, ya que no se conoce la etiología. Los tratamientos van encaminados básicamente a disminuir el dolor y la fatiga, a mejorar el sueño y los niveles de actividad, la adaptación y calidad de vida de las y los pacientes, así como a mantener la funcionalidad e incrementar la capacidad de afrontar la enfermedad y mejorar el bienestar psicológico.

Este documento, basado en la mejor evidencia científica disponible y en el consenso entre personas expertas, pretende ofrecer unas pautas comunes de actuación en el Sistema Nacional de Salud para una atención sanitaria más equitativa y de mayor calidad a las personas afectadas por esta patología y que puedan disfrutar de una mejor calidad de vida.

El objetivo de este documento es contribuir a un mayor conocimiento de la FM por los profesionales sanitarios que ayude, principalmente a los de los equipos de atención primaria, en la toma de las decisiones sobre el diagnóstico, tratamiento y otros aspectos relacionados con la FM , contribuyendo a un manejo más eficaz de estos pacientes.

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

www.mspsi.gob.es