

**PROTOCOLO AUTONOMICO EN ARAGON PARA EL
ABORDAJE DE LA FIBROMIALGIA EN EL ÁMBITO DE LA
ATENCIÓN PRIMARIA DEL SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN
Y CRITERIOS PARA SU DERIVACIÓN A LA ATENCIÓN
ESPECIALIZADA**



Autores revisión del protocolo:

Coordinación revisión:

María Bestué Cardiel

Neurólogo

Dirección General Asistencia Sanitaria

Reumatología:

Dra Ángela Pecondón. Hospital Universitario Miguel Servet

Dra. Pilar del Rio Martínez. Hospital Clínico Universitario

Dr. Jesus Marzo Gracia. Hospital Universitario Miguel Servet

Medicina de familia:

Teresa García Ruiz

Dr Javier Marzo Arana

Dirección General Asistencia Sanitaria

Neurología

Jesús Martín Martínez

Rehabilitación:

Carlos Aragués Bravo

Maria José García Galan

Psiquiatría

Javier García Campayo

PROTOCOLO AUTONOMICO EN ARAGON PARA EL ABORDAJE DE LA FIBROMIALGIA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DEL SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN Y CRITERIOS PARA SU DERIVACIÓN A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

La Fibromialgia (FM) es un síndrome de evolución crónica caracterizado por dolor generalizado no articular, cansancio, sueño de mala calidad, así como alteraciones del estado de ánimo y cognitivas que, en algunos casos, puede llegar a ser invalidante. Es de etiología desconocida, evolución variable y con frecuencia va asociado a otras patologías. Pertenece a los cuadros definidos como de dolor difuso y se han implicado múltiples mecanismos en su origen.

La prevalencia estimada en diferentes estudios sobre la presencia de la FM en la población general se sitúa entre el 2 y el 3%. La prevalencia calculada en la población general española utilizando los criterios de la American College of Rheumatology (ACR) es del 2,73% para ambos sexos, siendo de un 4,2% para el sexo femenino y de un 0,2% para el masculino.

El tratamiento de la FM implica, en muchos casos, a múltiples profesionales, dado que afecta al enfermo en el área física y psicológica, provocando un gran número de dificultades para la vida diaria. No hay ningún tratamiento que haya demostrado efectividad en todos los dominios de este proceso.

En la actualidad constituye un importante problema de salud por su elevada prevalencia, morbilidad y por el alto índice de frecuentación y consumo de recursos sanitarios que origina. Se estima que representan del 10-15% de las consultas de atención primaria.

La FM fue reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1992 y tipificada en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con el código M79.0 (en la CIE-9-MC es el 729.0). En 1994 también fue reconocida por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) y clasificada con el código X33.X8a.

El actual documento es una actualización del protocolo desarrollado en Aragón en el año 2006 (Z-2513/06) que tiene el objetivo de incorporar de forma breve las principales actualizaciones.

<https://www.aragon.es/documents/20127/674325/FOLLETO+FIBROMALGIA.PDF/2a0f2dcf-8fa0-a033-3358-2810779b0ce1>.

Ampliar información:

Para ampliar información hacemos referencia a los siguientes documentos:

Protocolo Nacional de fibromialgia del Ministerio de Sanidad y Política social e igualdad 2011.

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>

Documento de **Recomendaciones SER 2020 sobre fibromialgia en el que han participado miembros de:** *Sociedad Española de Reumatología (SER), Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud (SEPCyS), Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España (CGE) y Sociedad Española de Fibromialgia y Fatiga Crónica (SEFIFAC).*

https://www.ser.es/wp-content/uploads/2020/11/Recomendaciones_SER_FM_DEF.pdf

Recomendaciones EULAR 2017

<https://ard.bmj.com/content/annrheumdis/76/2/318.full.pdf>

<https://ard.bmj.com/content/annrheumdis/76/2/318.full.pdf?with-ds=yes>

1. DIAGNÓSTICO

1.1. DIAGNOSTICO DE SOSPECHA

La historia clínica es fundamental para el diagnóstico de la FM. Hay que poner énfasis en el síntoma clave, **el dolor**, y preguntar sobre su inicio y evolución sintomática, los **desencadenantes**, si los hubiere, ya sean traumáticos, físicos o psicológicos, las situaciones que lo empeoran o mejoran y los cuadros acompañantes. En atención primaria se puede utilizar como ayuda el cuestionario FIRST (Fibromyalgia Rapid Screening Tool) (tabla 1)

Tabla 1. CUESTIONARIO FIRST (Fibromialgia Rapid Screening Tool)

CUESTIONARIO FIRST (Fibromialgia Rapid Screening Tool)		
¿Tiene dolores por todo el cuerpo?	SI	NO
¿Los dolores vienen acompañados de una fatiga permanente?	SI	NO
¿Los dolores son como quemaduras, descargas eléctricas o calambres?	SI	NO
¿Los dolores vienen acompañados de otras sensaciones anormales como pinchazos, entumecimiento, adormecimiento u hormigueos en todo el cuerpo?	SI	NO
¿Los dolores vienen acompañados de otros problemas de salud, como problemas digestivos, urinarios, dolor de cabeza o piernas inquietas?	SI	NO
¿Tienen estos dolores una repercusión importante en su vida diaria, especialmente en el sueño, en la capacidad de concentración o en la sensación de realizar sus actividades con lentitud?	SI	NO

(Puntuación=SI:1, NO=0)

El punto de corte de este cuestionario es 5-6 está validado en castellano, es autoaplicable y consume menos de tres minutos con una sensibilidad alta (89%) aunque con una baja especificidad (59%). Evidentemente no sería aplicable al diagnóstico, pero sí que **permitiría identificar a pacientes en riesgo**.

1.2. DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN

Actualmente se recomienda realizarlo a través de los **criterios diagnósticos ACR 2010**, que no requieren examen de puntos dolorosos, y que proporcionan una escala de gravedad de síntomas que son característicos de la FM, **reconociendo la importancia de los problemas cognitivos y síntomas somáticos** que frecuentemente presentan y que no eran recogidos en los criterios de clasificación del año 1990.

Estos criterios combinan distintos índices:

1. **Índice de dolor generalizado** (*Widespread Pain Index [WPI]*) (Tabla-2), y
2. **Escala de gravedad de síntomas** (*Symptom Severity Score [SS-Score]*) (Tablas 3 y 4)

Se considera que un/una paciente tiene una fibromialgia si:

- Dolor generalizado ≥ 7 y gravedad ≥ 5
- Dolor generalizado 3-6 y gravedad ≥ 9

ACTUALIZACION PROTOCOLO AUTONOMICO 2021

Se basan fundamentalmente en la información aportada por los pacientes, no requieren del examen físico y no necesita un entrenamiento especializado del observador, por lo que son muy útiles Atención Primaria.

Tabla 2. Índice de dolor generalizado

Ponga una cruz sobre cada área en la que ha sentido dolor durante la semana pasada			
	Trapezio/cintura izquierda	escapular	Muslo izquierdo
	Trapezio/cintura derecha	escapular	Muslo derecho
	Brazo izquierdo		Mandíbula izquierda
	Brazo derecho		Mandíbula derecha
	Antebrazo izquierdo		Pecho (tórax)
	Antebrazo derecho		Abdomen
	Nalga izquierda		Cuello
	Nalga derecha		Espalda parte alta (región dorsal)
	Pierna izda		Espalda parte baja (región lumbar)
	Pierna dcha		
Puntuación total			
Cuente cada una de las áreas que ha marcado y anótelos aquí _____			
El valor del índice del dolor oscila entre 1 y 19			

Tabla 3. Escala de gravedad de síntomas (SS-score) (parte 1)

Indique la gravedad de sus síntomas durante la semana pasada, utilizando las siguientes escalas, que se puntúan del 0 (leve) al 3 (grave):
<p>Fatiga</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0: No ha sido un problema • 1: Leve, ocasional • 2: Moderada, presente casi siempre • 3: Grave, persistente, ha tenido grandes problemas
<p>Sueño no reparador</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0: No ha sido un problema • 1: Leve, intermitente • 2: Moderada, presente casi siempre • 3: Grave, persistente, ha tenido grandes problemas
<p>Trastornos cognitivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0: No ha sido un problema • 1: Leve, intermitente • 2: Moderada, presente casi siempre • 3: Grave, persistente, ha tenido grandes problemas
<p>Instrucciones puntuación SS-Score parte 1: Sume el valor de todas las casillas marcadas y anótelos aquí _____ (El valor de la parte 1, oscila entre 0 y 9)</p>

Tabla 4. Escala de gravedad de síntomas (SS-Score) (parte 2): Síntomas somáticos

Marque cada casilla que corresponda a un síntoma que ha sufrido durante la semana pasada	
Dolor muscular	Respiración entrecortada
Pitidos al respirar	Estreñimiento
Estreñimiento y/o diarreas	Pérdida de apetito
Cambios de coloración en las manos	Dolor en la parte alta del abdomen
Fatiga/agotamiento	Erupciones/Rash
Urticaria	Nauseas
Problemas de comprensión o memoria	Intolerancia al sol
Zumbidos en los oídos	Ansiedad
Debilidad muscular	Trastornos auditivos
Vómitos	Dolor torácico
Dolor de cabeza*	Moretones frecuentes
Acidez de estomago	Visión borrosa
Calambres en el abdomen *	Caída de cabello
Ulceras orales	Orinar frecuentemente
Entumecimiento/hormigueos	Boca seca
Perdida o cambios del gusto	Dolor al orinar
Mareo o convulsiones	Picor
Insomnio	Dificultad para empezar a orinar.
(sensación de arenillas en los ojos	
Depresión*	

Instrucciones puntuación SS-Score parte 2:

- Si se evalúan todos los síntomas somáticos, la puntuación se asignará de la siguiente forma:
0-10=1 punto, 11-24=2, ≥25=3
- Como alternativa a todos los síntomas somáticos, se pueden emplear solamente 3 de ellos (*):
1-Dolor de cabeza (0-1) 2-Depresión (0-1) 3-Dolor/calambres en la parte baja del abdomen (0-1)

Para el resultado total de la SS-Score:

**Sume la puntuación de la SS-Parte 1 (tabla 3) y la SS-Parte 2 (tabla 4)
(Comprobar que la puntuación se encuentre entre 0 y 12 puntos)**

Pruebas complementarias:

En caso de duda y para excluir otras enfermedades asociadas se aconseja realizar las siguientes pruebas complementarias:

Laboratorio	
Hemograma	Parámetros hepáticos (GOT, GPT, GGT, fosfatasa alcalina, albumina)
VSG	PCR (proteína C reactiva)
Glucemia	CK (creatininasa)
Urea y creatinina	Hormonas tiroideas
Calcio y fósforo	
Radiología	
Estudio radiológico convencional de columna lumbar en dos proyecciones.	

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN de ACR 1990:

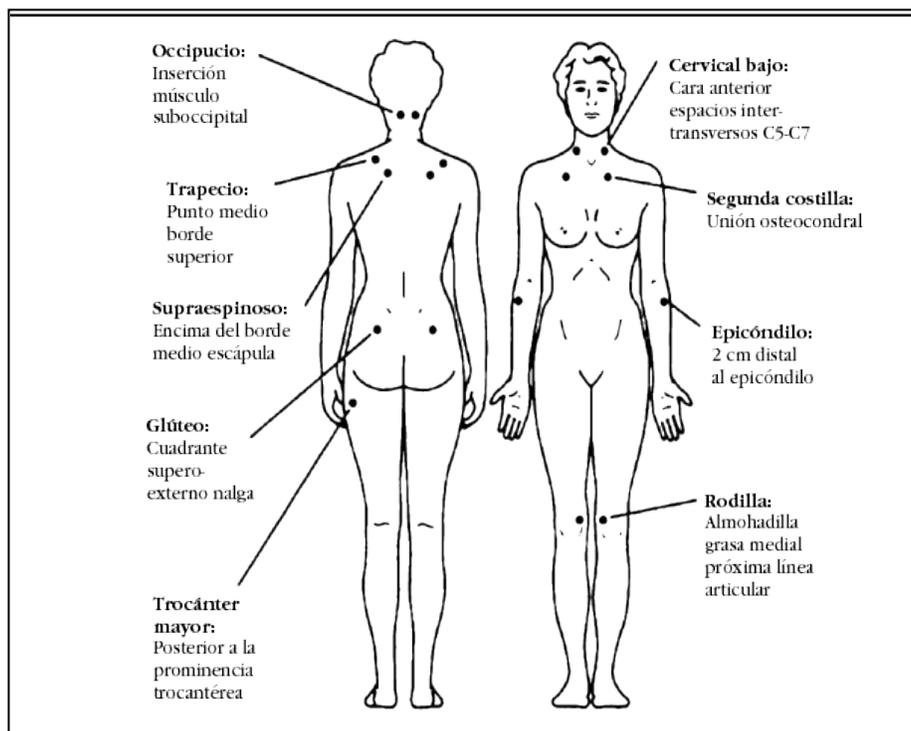
Estos criterios presentan una sensibilidad del 84,4% y una especificidad del 81,1%), para realizar el diagnóstico de FM no se requieren pruebas complementarias, bastando la constatación de que el paciente presenta los siguientes síntomas principales:

- **Historia de dolor generalizado durante, al menos, tres meses.**
El dolor se considera generalizado cuando está presente en el lado derecho e izquierdo del cuerpo, y por encima y por debajo de la cintura, es decir en los cuatro cuadrantes. Además, debe existir dolor en el esqueleto axial (columna cervical, pared torácica anterior, columna dorsal o columna lumbar). En esta definición, el dolor de hombro o nalga se considera como dolor para cada lado implicado.
- **Dolor a la presión de, al menos, 11 de los 18 puntos** (nueve pares)
Determinados por la ACR, que corresponden a áreas muy sensibles para estímulos mecánicos, es decir, con bajo umbral para el dolor mecánico. Los puntos (bilaterales) que deben valorarse son los que se relacionan a continuación y que se muestran en la 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.
- **Trapezio:** en el punto medio del borde posterior.
- **Supraespinoso:** en sus orígenes, por encima de la espina de la escápula, cerca del borde medial.
- **Segunda costilla:** en la unión osteocondral.
- **Epicóndilo:** a 2 cm lateralmente al epicóndilo.
- **Glúteo:** en el cuadrante superoexterno de la nalga.
- **Trocánter mayor:** en la parte posterior de la prominencia trocantérea.
- **Rodillas:** en la almohadilla grasa medial próxima a la línea articular.

Se considera que un paciente padece FM cuando presenta dolor generalizado y dolor a la presión de, al menos, 11 de los 18 puntos anteriormente definidos

Figura 1



Los puntos dolorosos no deben presentar signos inflamatorios. La presión puede ser digital o realizarse mediante un algómetro y debe practicarse con una fuerza aproximada de 4 kg, que suele corresponder al momento en el que cambia la coloración subungueal del dedo del explorador. Para que un punto se considere «positivo» el sujeto explorado tiene que afirmar que la palpación es dolorosa, no bastando considerarla sensible o molesta. 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.

¿Qué aportan los criterios ACR 2010?

Los criterios diagnósticos de 2010 clasifican correctamente la gran mayoría de los casos y, mediante la SS-Score, **permiten evaluar la gravedad y la evolución de los pacientes**. Estos criterios son superiores a los del ACR 1990, ya que estos no son útiles para el seguimiento cronológico de los pacientes; la pérdida de un punto o área dolorosa por cualquier razón, incluso una mejoría sintomática, pueden hacer que erróneamente dejen de cumplirse los criterios requeridos para el diagnóstico.

Los criterios ACR 2010 **resultan fáciles de aplicar** y constituyen una manera simple de evaluar el estado de salud general en pacientes con FM. **Pueden descubrir una depresión concomitante y permiten detectar la FM en pacientes que tienen otras enfermedades**. El

diagnóstico de la FM no es de exclusión, ya que el padecimiento de cualquier otra patología no excluye que, además, el paciente sufra este proceso.

La recomendación actual 2020 de la SER respecto al diagnóstico:

Recomendación 2: Se recomienda establecer el diagnóstico de fibromialgia en todos los pacientes **que reúnan criterios ACR 1990/2010**, con el fin de reducir ingresos hospitalarios, las visitas médicas, las interconsultas a reumatología, el consumo de AINE y otros fármacos no indicados y las pruebas diagnósticas innecesarias

2. SEGUIMIENTO¹

Debe de hacerse desde atención primaria, se recomienda utilizar los índices (Tablas 2, 3 y 4) de los criterios de clasificación ACR 2010, ya que al tener una lectura numérica sirven para dicho seguimiento:

1. **Índice de dolor generalizado** (*Widespread Pain Index [WPI]*) (Tabla-2), y
2. **Escala de gravedad de síntomas** (*Symptom Severity Score [SS-Score]*) (Tablas 3 y 4)

3. ENTREVISTA CLÍNICA DEL PACIENTE CON FIBROMIALGIA

La comunicación del diagnóstico de FM es el primer paso de su tratamiento. Esta comunicación debe basarse en la explicación clara del cuadro que el paciente padece. Esta explicación debe de ser veraz y objetiva, basada en los datos y en el nivel actual de conocimientos, sin aumentar el grado de ansiedad del paciente. Es preciso asegurarse de que el paciente comprende su enfermedad y sus implicaciones futuras. Debe saber que la enfermedad no le va conducir nunca a “una silla de ruedas”, pero que tiene una evolución crónica con crisis de agudización en muchos casos. Los datos de que se dispone implican que la situación funcional de los pacientes permanece estable a lo largo del tiempo. Esta primera fase de afrontamiento de la enfermedad es la adecuada para evitar la “crisis existencial” que muchos pacientes sufren.

¹ Además de utilizar los índices de gravedad de síntomas y de dolor generalizado, es importante reflejar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Para ello, las escalas más utilizadas en los ensayos clínicos que valoran la respuesta a distintos tratamientos son la SF-36 y el cuestionario FIQ (cuestionario de impacto de la fibromialgia)

http://oml.eular.org/sysModules/obxOml/docs/ID_23/FIQ_sp.pdf

<https://ginvestigaciontmo.files.wordpress.com/2018/07/sf-36-cuestionario.pdf>

Poner en duda la existencia de la enfermedad sólo conduce a provocar dudas en el paciente, obligándole a un peregrinaje buscando la explicación de su sintomatología, realización de pruebas innecesarias y retrasando su diagnóstico.

Se ha discutido si la comunicación del diagnóstico convierte en enfermos a personas que no lo son. Los datos de que se dispone en la actualidad, según la conferencia de consenso de la Sociedad Española de Reumatología, son claros en el sentido de la necesidad de hacerlo y en el de que dicha comunicación no empeora el pronóstico. La cordialidad y la empatía son el primer e imprescindible paso en el tratamiento del paciente.

Como cualquier otro, el paciente diagnosticado de fibromialgia necesita, sobre todo, sentirse entendido y comprendido en su proceso de enfermedad, de ahí que deban tenerse muy en cuenta los modales del profesional y el modelo de entrevista aplicado. Cordialidad, calidez y respeto en la acogida. El paciente debe percibir que es bien recibido, seguido de una actitud empática, poniéndonos en su lugar.

Es aconsejable proporcionar una reactividad baja (permitir expresarse al paciente sin dar sensación de prisa) que, lejos de alargar la entrevista, la acorta, ayudando a que el paciente se sienta cómodo y acomodado para **“escucharse”** y poder integrar su enfermedad.

El modelo “centrado en el paciente”, nos ayuda a explorar la enfermedad y las vivencias que ocasiona en el paciente, permitiéndonos conocer la idea que él tiene sobre la naturaleza de su enfermedad, así como las atribuciones, preocupaciones, miedos y las repercusiones en su vida familiar, laboral y social. También nos permitirá conocer las expectativas que el paciente tiene puestas en nosotros como profesionales.

Los enfermos deben conocer que las limitaciones físicas y psicológicas que soportan dependen, en parte, de su capacidad de control sobre el estado emocional y la sintomatología dolorosa. También deben tener conocimiento de las líneas de trabajo de los terapeutas, de la importancia del cumplimiento de los tratamientos y de su propia disciplina con los programas.

El paciente fibromiálgico debe ser comprendido como persona completa, teniendo en cuenta su contexto familiar, laboral, cultural, etc., lo que nos llevará a buscar acuerdos con él en la toma de decisiones en lo que al proceso de su enfermedad se refiere (diagnóstico, tratamiento, estilo de vida...).

El médico debe intentar como objetivo importante que la relación con el paciente fibromiálgico sea mejor en cada encuentro clínico, incorporando elementos como la creación de un ámbito de intimidad adecuado, el autoconocimiento, la búsqueda de pacto frente a contrato y el uso del efecto placebo que la relación tiene en sí.

El modelo de entrevista clínica aconsejable ante un paciente con fibromialgia se muestra en el [Anexo 1](#).

4. TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA

No existe un tratamiento definitivo para la FM que haya demostrado eficacia en todos los dominios de este proceso. Como ya se ha expuesto anteriormente, la comunicación del diagnóstico de la FM y la correcta comprensión de su enfermedad por parte del paciente son el primer paso de su tratamiento. Las medidas posteriores que se aconsejan van dirigidas a mejorar la calidad de vida, la capacidad de afrontar los síntomas y el bienestar psicológico, que constituyen en realidad un tratamiento sintomático. Son medidas farmacológicas y no farmacológicas.

El tratamiento no farmacológico debe ser la terapia de primera línea. Si no es efectivo, entonces se debe pasar al tratamiento farmacológico, dependiendo del dominio más sintomático (depresión/dolor/alteraciones sueño, etc.) y según necesidades y tolerancia del paciente.

4.1. Tratamiento no farmacológico general e Información:

- **Intervenciones educativas y de información²:** Explicar que es la enfermedad, explicar que el dolor, las alteraciones cognitivas, la alteración del sueño y la astenia van a estar presentes continuamente en diversos grados de intensidad y combinación.

Recomendación 2020 de la SER Intervenciones educativas y formación	Grado
Recomendación 28: <i>Se recomienda que los pacientes con fibromialgia reciban información sobre su enfermedad o realicen intervenciones educativas como parte del tratamiento, para mejorar algunas de las manifestaciones clínicas como el dolor, calidad de vida, impacto de la enfermedad, ansiedad, conocimiento de la enfermedad y su tratamiento, automanejo y aceptación de la enfermedad.</i>	A
Recomendación 29: <i>Se recomienda que las intervenciones educativas añadidas a los tratamientos convencionales contengan varias sesiones sobre neurofisiología del dolor, afrontamiento, relajación y autogestión de la enfermedad, y que no queden simplemente reducidas a folletos informativos.</i>	B
Recomendación 30: <i>Se recomienda que las intervenciones educativas se realicen semanalmente, y que tengan una duración entre 4 y 12 semanas para que resulten más eficaces</i>	B

²Acceso al documento completo de las recomendaciones de la SER (Sociedad Española de Reumatología). https://www.ser.es/wp-content/uploads/2020/11/Recomendaciones_SER_FM_DEF.pdf

- **Indicar ejercicio preferentemente aeróbico:** Caminar u otra actividad en ambiente rico en oxígeno (parques) evitando cansarse y si es preciso con descansos frecuentes. Gimnasia en agua o caminar en agua. (ver anexo 2)
- Indicar terapia cognitiva, valorar terapias que se han mostrado en ocasiones favorables como el mindfulness.
- Explicar que las técnicas de evitación no mejoran e incluso empeoran la situación basal
- Para saber más se incluye acceso a la guía para pacientes de la EULAR año 2016 y guía 2020 de la SER:
 - ✓ https://www.eular.org/myUploadData/files/2016_Mgt_Fibromyalgia_lay_summary.pdf
 - ✓ https://www.ser.es/wp-content/uploads/2020/11/Informacion-pacientes_FM_WEB.pdf

4.2. Tratamiento adicional farmacológico de la enfermedad a individualizar:

El objetivo va encaminado a disminuir el dolor y el manejo de otros síntomas acompañantes para mejorar la calidad de vida. Este tratamiento se debe individualizar.

Los medicamentos que han mostrado en ensayos clínicos aleatorizados alguna eficacia han sido antidepresivos como los tricíclicos y los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN), determinados antiepilépticos (gabapentinoides: pregabalina y gabapentina) y analgésicos tipo tramadol a dosis bajas, que en la actualidad son los más recomendados por las sociedades científicas para el tratamiento de estos pacientes. Según la sintomatología predominante se utilizarán unos u otros:

Fármacos utilizados en el tratamiento de la 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	A	150-450 mg/día
Fluoxetina	Dolor ^d , sueño ^d , fatiga ^d , depresión, limitación funcional	C	20-70 mg/día
Paracetamol ^e	Dolor	D	2-4 gr/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.

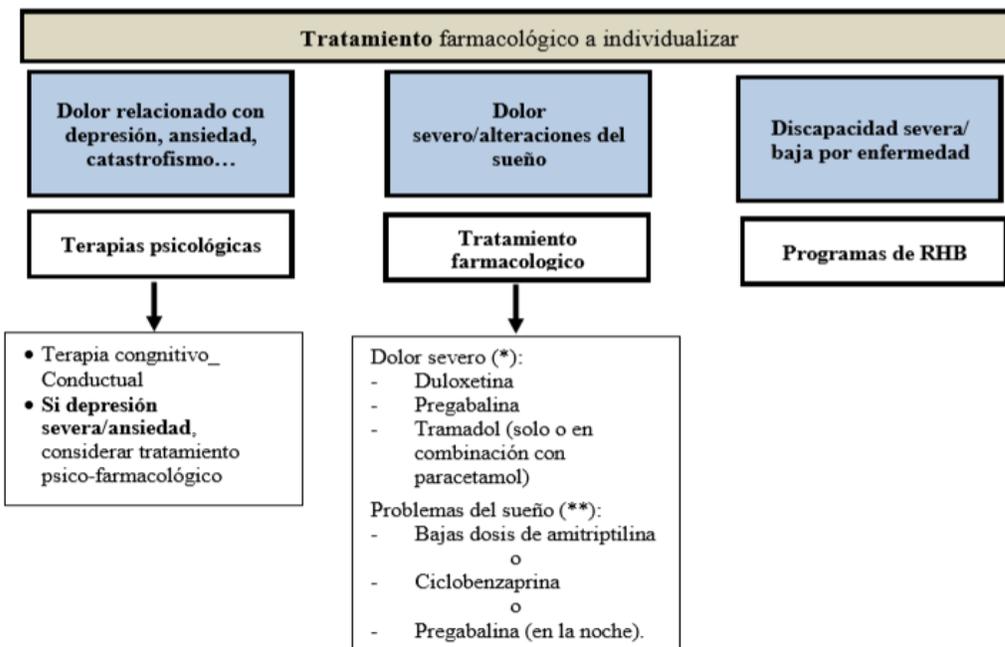
b. Utilizar en dosis única por la noche o partida, con la dosis principal por la noche

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)



(**) Mejorar la calidad del sueño y el dolor con dosis bajas de amitriptilina por ej: Tryptizol 25 (0-0-1) o (0-0-2).

(*) Analgesia simple: Paracetamol 1g según necesidad o Paracetamol/tramadol 325/37,7. En este último caso indicar no sobrepasar la dosis de 2-2-2 y tan solo de forma controlada y por poco espacio de tiempo. Si el dolor tiene características neuropáticas (pinchazos hormigueo etc..) quizá el paciente pueda beneficiarse de pregabalina, duloxetina o fluoxetina a las dosis recomendadas y valorando que no incrementen las alteraciones cognitivas.

Orientación terapéutica en atención primaria

Como ya se ha expuesto, el primer paso es explicar la enfermedad y asegurarse de que paciente tiene unas expectativas correctas respecto a su enfermedad y a su tratamiento. Se abordará según la sintomatología predominante y con mayor repercusión para el paciente. Además, es importante conocer aquellos fármacos e intervenciones que no se han mostrado eficaces y que incrementan el riesgo de efectos adversos:

- **Tratamiento farmacológico del dolor, el cansancio y las alteraciones del sueño**

Existen fármacos que mejoran el cansancio y las alteraciones del sueño. Tratar las alteraciones del sueño con una correcta higiene, e iniciar una pauta baja de Amitriptilina (10-50 mgr) en toma única dos horas antes de acostarse o Ciclobenzaprina (10-30 mgr/día) antes de acostarse puede mejorar la calidad del sueño, el cansancio y el dolor.

En caso de dolor severo: Analgesia simple: Paracetamol 1 gramo o asociado a tramadol 325/37,7 sin sobrepasar la dosis de 2-2-2

• **Tratamientos ineficaces:**

Alrededor de un 40% de pacientes con FM consumen 5 o más fármacos. Entre los medicamentos más frecuentemente utilizados se encuentran los AINE, benzodiacepinas, fármacos Z³, algunos anticonvulsivantes y opioides mayores. Es necesario evaluar qué medicamentos, o combinaciones de medicamentos, utilizados de forma más frecuente no han demostrado eficacia o seguridad en estos pacientes para evitar su uso.

Recomendación 2020 SER Intervenciones terapéuticas no eficaces ni seguras	Grado
Recomendación 6: No hay suficientes estudios que permitan recomendar el uso de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) para el tratamiento del dolor en pacientes adultos con Fibromialgia.	A
Recomendación 7: El grupo elaborador no recomienda la utilización de los opioides mayores, para el tratamiento del dolor en pacientes con fibromialgia, porque la evidencia sobre la efectividad es insuficiente y por el posible riesgo de efectos adversos.	✓
Recomendación 8: No se puede recomendar ni desaconsejar ninguna combinación farmacológica en el tratamiento de pacientes adultos con Fibromialgia, ante la ausencia de evidencia suficiente sobre la eficacia y seguridad de las mismas.	C
Recomendación 9: No se recomienda utilizar anticonvulsivantes como la lacosamida o lamotrigina para reducir el dolor ante la falta de eficacia. En el caso de otros medicamentos antiepilépticos como la carbamazepina, clonazepam, fenitoína o valproato, no existe evidencia de su efectividad o la evidencia existente sobre su efectividad es insuficiente para hacer una recomendación a favor o en contra.	B ✓
Recomendación 13: Se necesita más estudios que evalúen la eficacia de cannabinoides (nabilona) en la mejoría del dolor y calidad de vida para recomendar su uso en pacientes con fibromialgia	✓
Recomendación 14: Aunque en algunos estudios parece que la nabilona puede ser más eficaz que la amitriptilina para mejorar la calidad de sueño, no se recomienda su uso en pacientes con fibromialgia debido a una mayor frecuencia de efectos adversos	✓
Recomendación 15: En el tratamiento de la fibromialgia, no se recomienda la utilización de homeopatía, quiropraxia, osteopatía ni manipulaciones, debido a la falta de estudios que confirmen la eficacia y seguridad de estas técnicas	✓

³ Los fármacos Z son un grupo de [análogos de benzodiazepinas](#) con efectos similares a las [benzodiazepinas](#) utilizados en el tratamiento del [insomnio](#), cuyos nombres empiezan la mayoría por la letra "Z". Ej: zolpidem

5. DERIVACIÓN A ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Por ser la puerta de entrada al sistema y por su capacidad para la integración, el papel predominante en el diagnóstico, control y orientación terapéutica del paciente con FM reposan en el médico de atención primaria.

En caso de falta de respuesta, de afectación grave, de intolerancia al tratamiento o por valorar que sea precisa una confirmación diagnóstica, está indicado remitir al paciente a consultas de atención especializada.

Criterios de derivación a Reumatología:

- En caso de que el médico de atención primaria tenga dudas diagnósticas o se sospeche otra enfermedad reumática. En este sentido es aconsejable que se haya realizado previamente una valoración: clínica, analítica y/o radiológica, según su caso, antes de su derivación.
- En la evolución debería ser el origen de una consulta a reumatología la aparición de una duda diagnóstica de un proceso del aparato locomotor sobreañadido y lógicamente documentando dicha sospecha desde Atención Primaria.

Otras especialidades en las que pueden ser necesaria su consulta son **Psiquiatría**, **Neurología** (alteraciones estado de ánimo y cognitivas, alodinia, alteraciones del sueño como **disomnias intrínsecas**⁴ y **parasomnias** bien del despertar (sonambulismo, despertar confusional) o asociadas a sueño REM (parálisis del sueño, trastorno de conducta asociado a REM) y de cara a orientar el tratamiento físico también estaría indicada la evaluación en una consulta de **Medicina Física y Rehabilitación**.

El médico de atención primaria, coordinando el control de los tratamientos propuestos por los diversos especialistas, junto con la orientación psicológica y el control y contacto estrecho con los fisioterapeutas, puede suponer un paso importante para el control de la enfermedad.

⁴ Disomnias intrínsecas: hipersomnia, narcolepsia, Síndrome de movimientos periódicos de las piernas, S de piernas inquietas;

BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolo Nacional de fibromialgia. NIPO CDRom: 860-11-211-1 ISBN: 978-84-7670-717- Edición: Ministerio de Sanidad y Política social e igualdad 2011.
<https://www.msbs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>
2. Guía de actualización en la valoración de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, sensibilidad química múltiple y electrosensibilidad. 2019. Segunda edición. Ministerio de trabajo, migraciones y seguridad social. Edita: Instituto Nacional de la Seguridad social NIPO: 271-18-090-7.
https://www.semg.es/images/documentos/guia_fibromialgia_2019.pdf
3. Font Gayà T, Bordoy Ferrer C, Juan Mas A, Seoane-Mato D, Álvarez Reyes F, Delgado Sánchez M, et al. Prevalence of fibromyalgia and associated factors in Spain. *Clin Exp Rheumatol*. 2020;38 Suppl 123(1):47-52
4. Lewin S, Glenton C, Munthe-Kaas H, Carlsen B, Colvin CJ, Gulmezoglu M, et al. Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: an approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS Med*. 2015;12(10):e1001895
5. Casanueva B, Belenguer R, Moreno-Muelas JV, Urriaga J, Urriaga B, Hernández JL, Pina T, GonzálezGay MA. Validation of the Spanish version of the fibromyalgia rapid screening tool to detect fibromyalgia in primary care health centres. *Clin Exp Rheumatol*. 2016;34(2 Suppl 96):S125-8.
6. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: A modification of the ACR preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia. *J Rheumatol* 2011; 38:1113-22.
7. Wolf F, Smythe HA, Yunus MB et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicentre Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-72.
8. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res* 2010; 62:600-10.
9. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum*. 2016; 46(3):319-329.
10. **Macfarlane GJ, Kronisch C, Atzeni F, et al. EULAR recommendations for management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(12): 318-328.**
11. Rossy LA, Buckelew SP, Dorr N et al. A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Ann Rehab Med* 1999; 21:180-91.
12. Ángel García D, Martínez Nicolás I, Saturno Hernández PJ. "Clinical approach to fibromyalgia: Synthesis of Evidence-based recommendations, a systematic review". *Reumatol Clin*. 2016;12(2):65-71
13. Valverde M. Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Estudio EPISER. *Rev Esp Reumatol* 2000; 27:157.
14. Collado A, Torres A, Arias A et al. Descripción de la eficacia del tratamiento multidisciplinar del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Med Clin* 2001; 117:401-5.
15. Goldenberg DL. Pathogenic mechanisms of fibromyalgia. *Ageing Research Reviews* 2002;243-55.

ACTUALIZACION PROTOCOLO AUTONOMICO 2021

16. Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección General de Ordenación de Prestaciones. Fibromialgia. Centro de Publicaciones del MSC. Madrid 2003.
17. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Clinical review: management of fibromyalgia syndrome. JAMA 2004.
18. Borrell i Carrió F. Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas. Semfyc 2004.
19. Balint E. The possibilities of patient-centred medicine. J Roy Coll Gen Pract 1969; 17:269.
20. Rogers C. Client-centred therapy, its current practice, implications and theory. Cambridge, Massachusets; Riverside Press, 1951.
21. Brown JB, Weston W, Stewart MA. Patient-centred interviewing. Part II: Finding common ground. Can Fam Physician 1989, 35: 153-157.
22. Stewart M, Brown JB, Weston W. Patient-centred interviewing. Part III: Five provocative questions. Can Fam Physician 1989; 35: 159-161.
23. Gur A. Physical Therapy modalities in management of fibromyalgia. Curr Pharm Des 2006; 12 (1): 29-35.
24. M D. Hoffman, L M Sheldahl and W J Kraemer. Therapeutic Exercise. En J A DeLisa. Physical Medicine and Rehabilitation.Principles and Practice.Lippincott Willians & Wilkins; 2005: 389-434.
25. Adams N, Sim J. Rehabilitation approaches in fibromyalgia. Disabil Rehabil. 2005 Jun 17; 27 (12): 711-23.
26. Clark S, Burkhardt CS, Campbell, O'Reilly C, Bennett RM. Effectiveness of exercise in management of fibromyalgia. Curr Opin Rheumatol 2004; 16 (2):138-142.
27. B.Alonso Álvarez. Rehabilitación musculoponeurótica. Síndrome miofascial. Fibromialgia. En J.L. Miranda Mayordomo. Rehabilitación Médica. Grupo Aula Médica 2004: 199-210.
28. J A Conejero Casares y E Bautista Alpañes. Prevención de la discapacidad y la cronificación de pacientes con dolor musculoesquelético. Atención Primaria y Rehabilitación en los desórdenes musculoesqueléticos benignos. Medicina Integral 1999; 10: 423-432.
29. Monterde S, et al. Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. Rev Esp Reumatol 2004; 31(9):507-13.
30. 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 or without major depressive disorder. Pain 2005; 119: 5-15.
31. 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: 2974-8

ANEXO 1

MODELO DE ENTREVISTA CLÍNICA DEL PACIENTE CON FM

Como cualquier otro, el paciente diagnosticado de fibromialgia necesita, sobre todo, sentirse entendido y comprendido en su proceso de enfermedad, de ahí que deban tenerse muy en cuenta los modales del profesional frente al paciente y el modelo de entrevista aplicado.

Actitudes del profesional

- Cordialidad: calidez y respeto en la acogida, el paciente debe percibir que es bien recibido.
- Empatía: ponerse en el lugar del otro, y que el otro perciba que nos hemos puesto en su lugar, al contrario de la simpatía la empatía entraña profesionalidad.
- Baja reactividad: Dejar un espacio de tiempo entre 2-3 segundos desde que el paciente deja de hablar y empezamos nosotros, no interrumpir.
- Asertividad: capacidad del profesional para hacer en cada momento lo que debe hacer, de una manera activa sin avasallar

Modelo “centrado en el paciente”

1. Explorar la enfermedad y las vivencias que ocasiona en el paciente

- La idea que el paciente tiene sobre la naturaleza de su enfermedad: “¿a que lo atribuye? ¿hay algo a lo que le esté dando vueltas en la cabeza sobre lo que puede estar ocasionando todos estos síntomas?”
- Los sentimientos que le produce (especialmente los miedos): “Le veo preocupada”. ¿Hay algo que le preocupe de todo este problema?
- El impacto que toda su sintomatología tiene en su función: ¿Cómo afecta todo esto a su vida diaria? o ¿le impide realizar las tareas de su trabajo o de la casa?
- Las expectativas que tiene con respecto al profesional: ¿hay alguna otra cosa que piense usted que podemos hacer para ayudarle? Esta pregunta debe hacerse al final de la entrevista ya que si se hace a destiempo el paciente puede pensar que el médico no sabe que hacer, que no controla la situación.

2. Comprendiendo a la persona completa

El abordaje del paciente con fibromialgia debe incorporar al mismo y su contexto familiar, social, laboral, cultural, etc. En este sentido el médico de atención primaria está en una posición de lujo por la perspectiva longitudinal de su acción.

3. Búsqueda de acuerdos

El paciente debe participar en la toma de decisiones en todos los aspectos implicándose en todo el proceso de salud enfermedad relacionado con él. El profesional debe buscar activamente la aceptación del propio paciente en los siguientes aspectos:

- Diagnóstico o pauta diagnóstica propuesta. Difícilmente un paciente se someterá a algunas pruebas si no es consciente de su necesidad.
- En el tratamiento o pauta terapéutica. La participación del paciente en la decisión sobre cual es la mejor manera de actuar con el asesoramiento cualificado del médico es la mejor manera de asegurar una actuación correcta.
- En los papeles que representa cada uno en la relación.

4. Incorporando prevención y promoción de la salud

Mejora de la actividad nociva para la salud, reducción de riesgos, detección temprana de la enfermedad y disminución de su efecto. Entrevista motivacional.

5. Cuidando la relación médico - paciente

Esta debe ser una tarea del profesional en cada entrevista. El médico debe intentar como objetivo importante que la relación con el paciente sea mejor en cada encuentro clínico.

Para ello, incorporará los siguientes elementos: avance en la relación, creación del ámbito de intimidad adecuado, autoconocimiento, pacto frente a contrato y uso del efecto placebo que la relación tiene en sí.

6. Siendo realista

Todo esto debe hacerse en el marco de los recursos reales que se tienen, con el tiempo de entrevista real del profesional y los medios que se encuentran a su alcance.

Para ello incorporará los siguientes elementos: aproximación del problema a largo plazo, planificación y organización adecuada de los recursos, aproximación en equipo, establecimiento de prioridades, objetivos razonables y uso de tiempo y de energía emocional razonable.

<p style="text-align: center;">ANEXO 2 MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN EN EL SÍNDROME FIBROMIÁLGICO</p>
--

En el Síndrome de Fibromialgia encontraremos:

- **Deficiencias:** dolor, debilidad, rigidez, cansancio, sueño no reparador, etc.)
- Si los anteriores déficits no son controlados pueden causar **discapacidad** en diferentes áreas: alteración en el rol familia, en las tareas del hogar, en el movimiento corporal y destreza
- Y, en ultima instancia desembocar en **minusvalía:** marginación ocupacional, social, pérdida de autosuficiencia económica

El objetivo del tratamiento será prevenir la cronicidad, la discapacidad y, en ultima instancia, **la minusvalía. Para conseguir este objetivo se proponen una serie de actuaciones que pueden llevarse a cabo tanto en consulta médica como de enfermería.**

1. EDUCACIÓN SANITARIA:

La mayor preocupación de estos enfermos es el temor a la invalidez, la persistencia del dolor, la imposibilidad de llevar una vida normal y el agravamiento de sus afecciones.

Los programas de educación deben incluir:

- Información acerca de la enfermedad
- Relajación y control del estrés
- Medidas para afrontar los síntomas

2. RECOMENDACIONES GENERALES:

- Evitar sobrecargas en actividades de la vida diaria (AVD) y/o el trabajo: medidas de ergonomía para paliar el sobreuso muscular, corregir malos hábitos posturales, evitar actividades que sistemáticamente produzcan dolor o tensión muscular.
- Higiene postural: Instruir sobre posturas correctas en bipedestación y sedestación. Evitar almohadas demasiado altas para el reposo nocturno, así como dormir en decúbito prono.
- Evitar sedentarismo e inactividad.
- Evitar obesidad.
- Identificar factores de riesgo implicados en perpetuación de los síntomas.
- Realizar regularmente un programa de ejercicio aeróbico y de estiramientos musculotendinosos.
- Las asociaciones de pacientes con FM pueden ser de gran ayuda para los enfermos.

3. EJERCICIO

El ejercicio es quizás la primera estrategia no farmacológica recomendada en la FM, dados los resultados positivos encontrados en numerosos estudios.

Los pacientes con FM suelen tener un bajo rendimiento físico al compararlos con sujetos sanos, perciben una excesiva sensación subjetiva de esfuerzo con el ejercicio, pero su capacidad aeróbica es similar a otros sujetos y la fuerza muscular y resistencia son normales, según la mayoría de los estudios, lo que indica un “**desentrenamiento**” más que una alteración del sistema neuromuscular o cardiorespiratorio.

Los pacientes con FM suelen experimentar algún grado de dolor después del ejercicio inicial, con lo cual son reacios a seguir, lo que conduce a una pérdida de forma física posterior. Los músculos no ejercitados están sujetos al “**mal muscular postejercicio**”: dolor, rigidez, sensibilidad local y pérdida de fuerza de 24 a 48 horas de duración. Este fenómeno influye en la idea que tiene el paciente de que la enfermedad no se puede controlar.

Los efectos beneficiosos del ejercicio y sus razones para prescribirlos:

1. Acción analgésica
2. Efecto euforizante
3. Mejora de la capacidad física y salud cardiorespiratoria con disminución de la fatiga
4. Tratamiento de la debilidad y de la rigidez
5. Recuperación del patrón de sueño normal.

En cuanto a la pauta de tratamiento a seguir, no hay descrito ningún protocolo de ejercicio físico concreto para esta patología.

Existen diversos estudios publicados en los que se demuestra el beneficio de programas de ejercicio o entrenamiento aeróbico, entrenamiento de la fuerza y resistencia y/o de la flexibilidad.

Los ejercicios en piscina, la hidrocinesiterapia, mejor en agua caliente, son recomendados con mucha frecuencia en la FM.

Las recomendaciones generales a tener en cuenta al establecer una pauta de ejercicio en un paciente con FM están basadas en las **Recomendaciones de 1990 del Colegio Americano de Medicina Deportiva:**

1. Entrenamiento aeróbico/cardiovascular:

- Frecuencia: Al menos 2 días/semana
- Intensidad: 55-90% de la FC máxima
- Duración: 20-60 minutos

2. Entrenamiento de fuerza:

- Frecuencia: 2-3 días/semana
- Repeticiones: 8-12.

3. Flexibilidad:

- Frecuencia: Igual o mayor a dos días/semana
- Intensidad: Posición de ligero malestar.
- Repeticiones: 3-4 de cada estiramiento.
- Duración de cada repetición: 10-30 segundos

Normas generales al prescribir ejercicio en pacientes con FM:

- Seguir recomendaciones del Colegio Americano de Medicina Deportiva (1990)
- Elegir un ejercicio fácil de realizar y cómodo
- Individualizar la intensidad, duración y frecuencia del ejercicio según la capacidad de cada paciente. En general ejercicio aeróbico submáximo al 60-75% de la frecuencia cardiaca máxima
- Revisiones periódicas de las pautas elegidas.
- Incrementos progresivos.
- Pausas frecuentes pero cortas entre los diferentes ejercicios para evitar fatiga
- Recomendar ejercicio aeróbico de baja intensidad de carga como andar, o usar una bicicleta estática, o ejercicios en piscina de agua caliente. Otras formas pueden ser: Tai Chi o Yoga
- Evitar el trabajo excéntrico e isométricos
- Estiramientos al principio y final de los ejercicios.
- Buscar estrategias que ayuden a mantener la adherencia a los programas terapéuticos, recomendar ejercicios en grupo.
- Considerar efectos secundarios de fármacos sobre el ejercicio.

4. OTRAS TERAPIAS DE LA MEDICINA FISICA Y REHABILITADORA

El numero de trabajos describiendo las siguientes terapias es todavía escaso a pesar de los resultados positivos encontrados. Es necesario resaltar la necesidad de estudios sistematizados que demuestren la eficacia de estos tratamientos en la FM. Los programas de tratamiento multidisciplinar incluyen algunas de estas formas de tratamiento:

- Termoterapia superficial y profunda.
- Crioterapia
- Láser, Biofeedback y Campos magnéticos
- Electroterapia analgésica de baja y media frecuencia: TENS, interferenciales...
- Ultrasonidos pulsantes o iontoforesis puede ser una alternativa a la infiltración sobre puntos gatillo.

En la mayor parte de los casos el diagnóstico, tratamiento y el seguimiento de estos pacientes lo realiza el médico de Atención Primaria.

La remisión al médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación se justifica ante debilidad y rigidez notables, mal nivel de forma física o discapacidad significativa.

Es importante resaltar que el tratamiento de esta enfermedad precisa de un esfuerzo activo por parte del paciente y que no se puede mejorar solo con técnicas pasivas.