

Papel del médico de Atención Primaria en la Fibromialgia

1ª Parte



Dr. Pedro Juan Ibor Vidal. Médico de AP.
Coordinador Nacional Grupo Dolor SEMERGEN



En caso de necesidades :
Variadas manifestaciones clínicas
Dificultades diagnosticas
Falta de respuesta al tratamiento

* ESPECIALIDADES :

REUMATOLOGIA

REHABILITACION

PSICOLOGIA

MEDICINA INTERNA

PSIQUIATRIA

UNIDADES DEL DOLOR.....

MANTENIENDO SIEMPRE
LA VINCULACION CON
ATENCION PRIMARIA

NO HAY DIFERENCIA ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Research article

Open Access

A meta-analysis of the efficacy of fibromyalgia treatment according to level of care

Javier Garcia-Campayo^{1,7}, Jesus Magdalena^{2,7}, Rosa Magallón^{3,7}, Esther Fernández-García^{4,7}, Montserrat Salas^{5,7} and Eva Andrés^{6,7}

¹Miguel Servet Hospital, University of Zaragoza, Zaragoza, Spain

²Letux Health Centre, Letux, Zaragoza, Spain

³Arrabal Health Centre, Zaragoza, Spain

⁴Miguel Servet Hospital, University of Zaragoza, Zaragoza, Spain

⁵Government of Aragon, Zaragoza, Spain

⁶University of Zaragoza, Zaragoza, Spain

⁷Grupo Aragonés de Investigación en Atención Primaria, Red de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (REDIAPP) (G06/128), Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), Zaragoza, Spain

Corresponding author: Javier Garcia-Campayo, jgarcamp@arrakis.es

Received: 21 Mar 2008 Revisions requested: 30 Apr 2008 Revisions received: 20 May 2008 Accepted: 15 Jul 2008 Published: 15 Jul 2008

Arthritis Research & Therapy 2008, **10**:R81 (doi:10.1186/ar2455)

This article is online at: <http://arthritis-research.com/content/10/4/R81>


© 2008 Garcia-Campayo *et al.*; licensee BioMed Central Ltd.

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

OBJETIVOS

- * ALIVIO SINTOMAS
- * MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL :
 - * Personal
 - * Familiar
 - * Laboral

CON UN ENFOQUE ADECUADO , GRAN PARTE DE
LOS PACIENTES MEJORAN



**ELEMENTOS BÁSICOS , A DETECTAR
EN ATENCION PRIMARIA QUE
FACILITARAN EL MANEJO DE LA
FIBROMIALGIA**

SOSPECHA DIAGNOSTICA

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”.

DIAGNOSTICO. 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.

DIAGNOSTICO. 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.

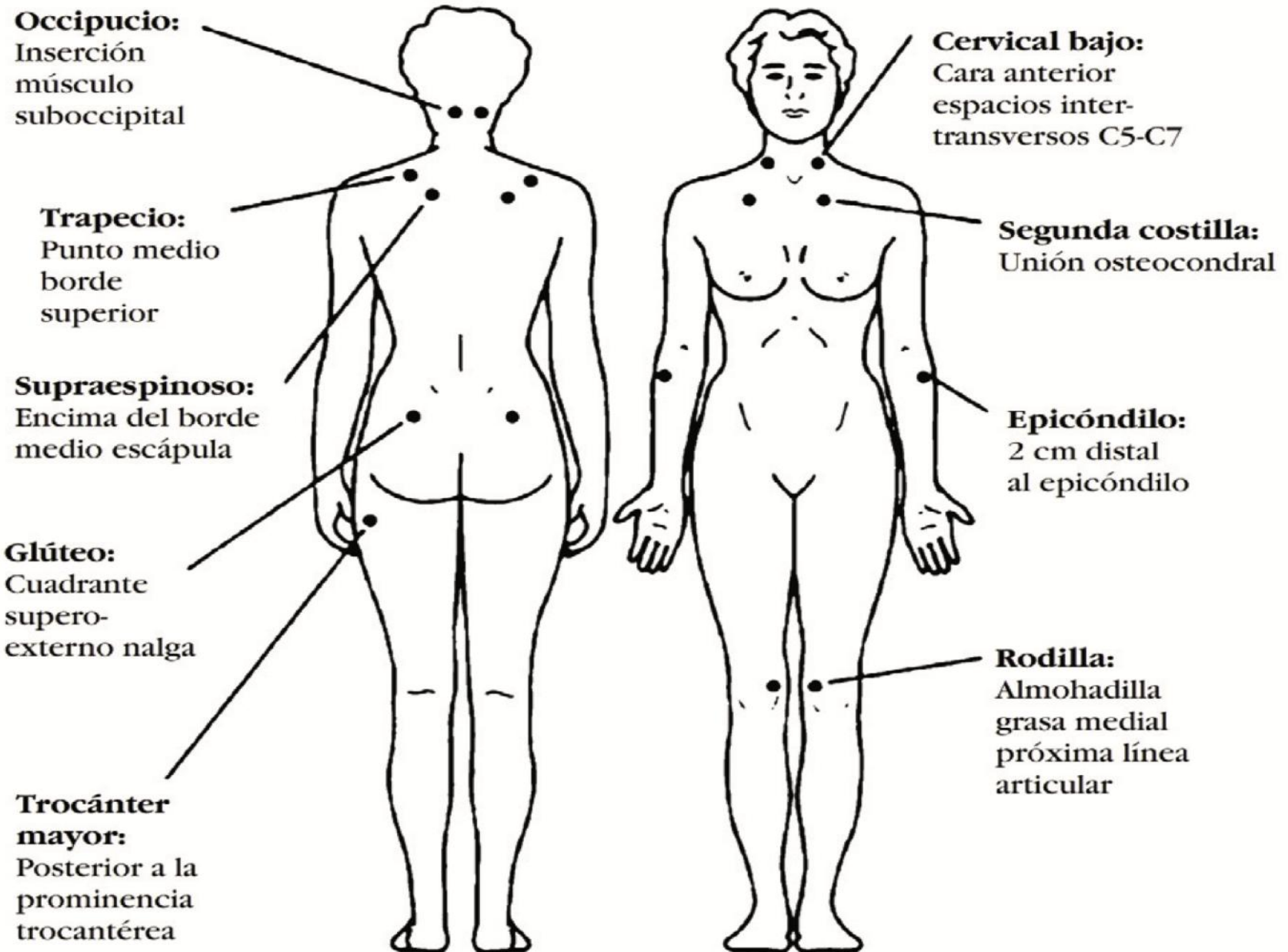
DIAGNOSTICO. ANAMNESIS

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.

Localización de los puntos dolorosos en la FM



DIAGNOSTICO DIFRENCIAL

- * La valoración será con : Hemograma, bioquímica básica y reactantes de fase aguda
- * Otras pruebas: serán individualizadas, en función de sospecha

Diagnostico diferencial

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	

Diagnostico Diferencial

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


TRATAMIENTO. Para el MEDICO

- * ACORDAR OBJETIVOS: SER REALISTA
- * PLANIFICAR VISITAS DE SEGUIMIENTO
- * IDENTIFICAR SINTOMAS PRINCIPALES, GRADUAR Y VER REPERCUSION FUNCIONAL
- * EVITAR POLIMEDICACION
- * INICIAR TRATAMIENTO CON DOSIS BAJAS
- * EVALUAR EFECTOS SECUNDARIOS
- * VALORAR EFICACIA TRATAMIENTO FARMACIOLOGICO
- * COMPROBAR ADHESION A LAS RECOMENDSACIONES Y EJERCICIO FÍSICO
- * PUEDE MANTENERSE A LARGO PLAZO ,REFORZANDO AUTOCUIDADOS Y EJERCICIO
- * INTENTAR PERIODO SIN FARMACOS

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/CIF²⁵¹, 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 impacto²⁵² 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 Depresión²⁶⁵ (Anexo 8)
- Catastrofismo²⁸⁰ (Anexo 9)
- Percepción de autoeficacia²⁸¹ (Anexo 10)

Cuestionario de Impacto de la FM (CIF²⁵¹/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 ...

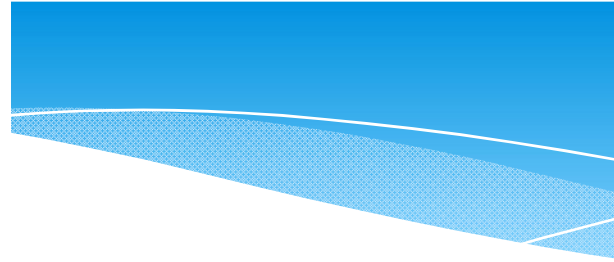
	Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones	Nunca
Hacer la compra?	0	1	2	3
Hacer la colada, con lavadora?	0	1	2	3
Preparar la comida?	0	1	2	3
Lavar a mano los platos y los cacharros de cocina?	0	1	2	3
Pasar la fregona, la mopa o la aspiradora?	0	1	2	3
Hacer las camas?	0	1	2	3
Caminar varias manzanas?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

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 ha incluido el doméstico, por causa de la fibromialgia?

0 1 2 3 4 5 6 7



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



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



Puntuación

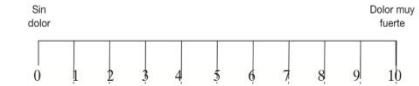
- Cuanto mayor es la puntuación peor es el estado de salud del paciente y su capacidad funcional.
- El rango de puntuación se encuentra entre 0 y 100 y cada uno de sus 10 ítems puede alcanzar valores entre 0 y 10.
- El ítem número 1 tiene 10 subítems que hacen referencia a la función física. Cada uno 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.

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

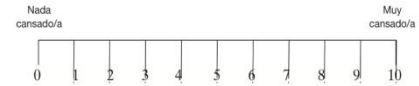
4. En su trabajo habitual, incluido el doméstico, ¿hasta qué punto el dolor y otros síntomas de la fibromialgia dificultaron su capacidad para trabajar?



5. ¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?



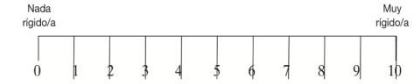
6. ¿Cómo se ha encontrado de cansado/a?



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



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



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

Anexo 9

Escala para la valorar el pensamiento catastrofista ante el dolor²⁸⁰

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 CADC²⁸¹

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.

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
<ul style="list-style-type: none"> – 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
<ul style="list-style-type: none"> – 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
<ul style="list-style-type: none"> – 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)
<ul style="list-style-type: none"> – 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.

Tabla 5. Medidas para el manejo escalonado del paciente con FM según su grado de afectación

Afectación*	Intervención
Afectación leve FIQ < 39	<p>Manejo: Atención primaria.</p> <p>Medidas no farmacológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> – Información. – Consejos en autocuidados (Anexo 11). – Ejercicio aeróbico (Anexo 12). <p>Fármacos: Considerar sólo si fracasan los autocuidados y el ejercicio o mientras estos hacen efecto, en función de la sintomatología predominante (Tabla 7).</p>
Afectación moderada FIQ ≥39 y <59	<p>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.</p> <p>Iniciar con medidas no farmacológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> – Información – Consejos en autocuidados (Anexo 11). – Ejercicio aeróbico supervisado (Anexo 12). – Terapia cognitivo conductual o conductual. <p>Fármacos: Considerar tratar en función de la sintomatología (Tabla 7).</p>
Afectación grave FIQ ≥59	<p>Manejo: Tratamiento en escalón secundario por personal especializado. Puede ser necesario el tratamiento multidisciplinar.</p>

* Grado de la recomendación D.