

# Papel del médico de Atención Primaria en la Fibromialgia

## 2ª Parte



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




# 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*).

<b>Tabla 4. Posibles factores agravantes y aliviantes</b>	
<b>Agravantes</b>	<b>Aliviantes</b>
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<sup>251</sup>, 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<sup>252</sup> que, aunque no están validados en nuestra población, pueden servir de guía para el clínico:

- Leve:  $< 39$
- Moderado:  $\geq 39$  y  $< 59$
- Grave:  $\geq 59$

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<sup>265</sup> (Anexo 8)
- Catastrofismo<sup>280</sup> (Anexo 9)
- Percepción de autoeficacia<sup>281</sup> (Anexo 10)

**Cuestionario de Impacto de la FM (CIF<sup>251</sup>/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 ...

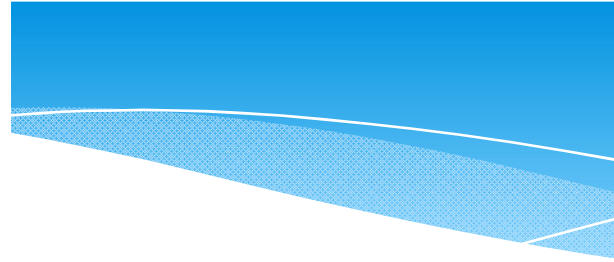
	Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones	Nunca
Hacer la compra?	0	1	2	3
Hacer la colada, con lavadora?	0	1	2	3
Preparar la comida?	0	1	2	3
Lavar a mano los platos y los cacharros de cocina?	0	1	2	3
Pasar la fregona, la mopa o la aspiradora?	0	1	2	3
Hacer las camas?	0	1	2	3
Caminar varias manzanas?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

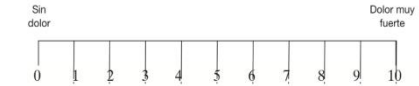
- Cuanto mayor es la puntuación peor es el estado de salud del paciente y su capacidad funcional.
- El rango de puntuación se encuentra entre 0 y 100 y cada uno de sus 10 ítems puede alcanzar valores entre 0 y 10.
- El ítem número 1 tiene 10 subítems que hacen referencia a la función física. Cada uno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

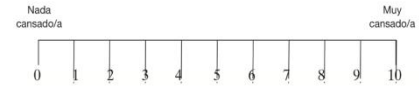
4. En su trabajo habitual, incluido el doméstico, ¿hasta qué punto el dolor y otros síntomas de la fibromialgia dificultaron su capacidad para trabajar?



5. ¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?



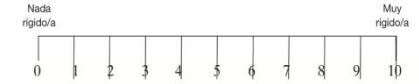
6. ¿Cómo se ha encontrado de cansado/a?



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)<sup>266,267,268</sup>

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 dolor<sup>280</sup>

#### 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<sup>281</sup>

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"> <li>– Duda diagnóstica o necesidad de diagnóstico diferencial que no se puede hacer en atención primaria.</li> <li>– Control inadecuado de la sintomatología tras inicio del tratamiento adecuado.</li> </ul>	Reumatología
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Enfermedad depresiva grave previa a la enfermedad o reactiva a ésta.</li> <li>– Pensamiento catastrofista ante el dolor (Anexo 9).</li> <li>– Inadaptación a la enfermedad con repercusión grave en la calidad de vida.</li> <li>– Identificación de sucesos emocionales en la vida del paciente que puedan estar condicionando el desarrollo de la enfermedad.</li> </ul>	Equipo de salud mental
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Enfermedad con afectación moderada o grave al inicio o durante la evolución de la enfermedad (ver “manejo” Tabla 5).</li> </ul>	Especialistas relacionados con la atención al dolor (Reumatología, Rehabilitación y Medicina Física, Medicina Interna, Unidades de Dolor <sup>a</sup> )
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Presencia de morbilidad que no se puede resolver en atención primaria.</li> </ul>	Digestivo, Ginecología, Otras.

<sup>a</sup>. 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><b>Manejo:</b> Atención primaria.</p> <p><b>Medidas no farmacológicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Información.</li> <li>– Consejos en autocuidados (Anexo 11).</li> <li>– Ejercicio aeróbico (Anexo 12).</li> </ul> <p><b>Fármacos:</b> 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><b>Manejo:</b> 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><b>Iniciar con medidas no farmacológicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Información</li> <li>– Consejos en autocuidados (Anexo 11).</li> <li>– Ejercicio aeróbico supervisado (Anexo 12).</li> <li>– Terapia cognitivo conductual o conductual.</li> </ul> <p><b>Fármacos:</b> Considerar tratar en función de la sintomatología (Tabla 7).</p>
Afectación grave FIQ ≥59	<p><b>Manejo:</b> Tratamiento en escalón secundario por personal especializado. Puede ser necesario el tratamiento multidisciplinar.</p>

\* Grado de la recomendación D.

## **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 transmitir 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*).

## 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.

**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 <sup>a</sup>	Dolor, sueño, fatiga, limitación funcional	A	25-50 mg/día
Ciclobenzaprina <sup>b</sup>	Sueño, dolor <sup>c</sup>	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 <sup>d</sup> , sueño <sup>d</sup> , fatiga <sup>d</sup> , depresión, limitación funcional	B	20-70 mg/día
Paracetamol <sup>e</sup>	Dolor	D	2-4 g/día
Tramadol <sup>f</sup>	Dolor	B	150-300 mg/día

<sup>a</sup> Utilizar en dosis única por la noche. Puede asociarse con otros antidepresivos y/o analgésicos.

<sup>b</sup> Utilizar en dosis única por la noche o partida, con la dosis principal por la noche.

<sup>c</sup> Tiende a disminuir con el tiempo.

<sup>d</sup> Acción controvertida.

<sup>e</sup> 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.

<sup>f</sup> 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-)

# MANEJO PRÁCTICO: INFORMACION AL PACIENTE

- \* Inicial y compartida: Elemento BASICO
- \* Que es? Como se diagnostica? Alternativas terapeuticas?
- \* Consejos para afrontar y minimizar consecuencias
- \* Ideas clave:
  - \* Síntomas no graves, de curso crónico, el mas frecuente dolor muscular
  - \* No se conoce causa si factores agravantes o que alivian
  - \* No necesita pruebas , es diagnostico clínico
  - \* Se puede lograr control aceptable. En algunos casos es refractaria
  - \* Se trata con farmacos y no farmacos: ejercicio físico

**EVITAR FACTORES DESENCADENANTES, FAVORECER LOS  
ALIVIANTES Y HACER EJERCICIO FÍSICO CON  
REGULARIDAD**

# MANEJO PRACTICO: CONSIDERACIONES AL MÉDICO

- \* Acordar objetivos: REALISTAS
- \* PLANIFICAR VISITAS de seguimiento, evitando visitas a demanda por empeoramiento
- \* Fomentar factores aliviantes y detectar, y corregir posibles factores agravantes
- \* Identificar síntomas principales (dolor, sueño, fatiga... ) para seleccionar terapéutica
- \* Morbilidad asociada (depresión y ansiedad)
- \* Evitar la polimedicación, en lo posible
- \* Inicio con dosis bajas y aumentar gradualmente
- \* Evaluar efectos secundarios, sobre todo al inicio
- \* Valorar efectividad
- \* Comprobar la adhesión a las recomendaciones: autocuidado y ejercicio
- \* Duración tratamiento farmacológico: Si es eficaz, se puede mantener, reforzando siempre autocuidados y ejercicio .

# MANEJO PRACTICO

- \* PRESENCIA O NO DE OTRAS PATOLOGIAS ASOCIADAS, al dolor, tanto físicas como psíquicas

# RECOMENDACIONES DESDE AP

- \* Diagnostico : LO ANTES POSIBLE Y TRATADA POR PROFESIONALES DE AP.
- \* Casos especiales a A. Especializada: Diagnostico y estabilizacion → AP : PROTOCOLOS
- \* INDIVIDUALIZAR TRATAMIENTO: Basado en la evidencia y en las recomendaciones
- \* BUENA INFORMACION POSITIVA INICIAL



## 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 cardíaca máxima a alcanzar.
- La frecuencia cardíaca máxima se puede calcular de dos formas:  $220 - \text{edad}$  o  $206,9 - (0,67 \times \text{edad})$ . La intensidad máxima del ejercicio se corresponde con el 40-60 % de la frecuencia cardíaca 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.

# RECOMENDACIONES DESDE AP

- \* FORMACION: Biopsicosocial de los profesionales
- \* FORMACION: en el abordaje del dolor crónico

# Fibromialgia

SANIDAD 2011

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

1 de 152

## 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, M<sup>a</sup> 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, M<sup>a</sup> 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).

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.



