

Abordaje integrado de la fibromialgia

Francisco Buitrago Ramírez^{a,*}, Manuel Tejero Mas^b, Cristina Gato Núñez^b, Nuria Rivera Jiménez^b y Francisco Luis Pérez Caballero^a

^aMédico de familia. Centro de salud Universitario La Paz. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Badajoz. España.

^bResidente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Universitario La Paz. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Badajoz. España.

*Correo electrónico: fbuitragor@gmail.com

Puntos clave

- La fibromialgia es una enfermedad mal conocida, de diagnóstico principalmente basado en síntomas, de tratamiento complejo, pronóstico incierto y seguimiento mal definidos.
- Se caracteriza clínicamente por la presencia de un dolor crónico generalizado, acompañado de una amplia gama de manifestaciones somáticas y psicológicas (fatiga, trastornos del sueño, rigidez, ansiedad y disfunción cognitiva).
- La aproximación inicial a la fibromialgia incluye la educación del paciente respecto a su enfermedad, a las opciones de tratamiento disponibles y a la importancia del ejercicio físico regular y de una buena higiene del sueño.
- Los fármacos son mejor tolerados cuando su prescripción se inicia a dosis bajas y se sube lentamente hasta alcanzar la dosis efectiva.
- Amitriptilina, duloxetina, pregabalina, ciclobenzaprina y milnaciprán son los fármacos considerados de primera línea y más prescritos, pero generalmente con un efecto modesto.
- El abordaje integrado de la fibromialgia combina ejercicio físico y terapia cognitivo-conductual con la prescripción de fármacos considerados de primera línea.
- El uso de fármacos se fundamenta en estudios con resultados a corto plazo. Su prescripción, por lo tanto, debería ser puntual, en respuesta a síntomas no controlados o a la aparición de un dolor irruptivo intenso.
- La terapia cognitivo-conductual es una aproximación terapéutica que busca cambiar el patrón de pensamientos y actitudes negativas, a fin de mejorar el manejo del dolor, la capacidad funcional física y las habilidades de autocuidado.
- No existe evidencia suficiente respecto a la utilidad de las medicinas complementarias y alternativas. Tampoco hay evidencia de que el uso combinado de fármacos aporte beneficio, a pesar de su amplio uso.
- Es fundamental la participación de enfermería en la atención y educación de los pacientes con fibromialgia, porque una remisión completa de los síntomas es rara y es muy frecuente la aparición de efectos adversos con la medicación.

Palabras clave: Fibromialgia • Dolor crónico • Ejercicio • Calidad de vida • Comorbilidad • Atención primaria.

Introducción

La *fibromialgia* es una enfermedad crónica de etiología desconocida, de diagnóstico principalmente clínico basado en síntomas, tratamiento complejo y seguimiento mal definido. Se caracteriza por la presencia de dolor crónico musculoesquelético generalizado, con hiperalgesia (respuesta incrementada a estímulos dolorosos) y alodinia (dolor resultante de estímulos normalmente indoloros). El dolor suele agravarse con el estrés, la activación emocional, el frío o la actividad física mantenida y coexistir con una amplia gama de manifestaciones somáticas y psicológicas asociadas,

incluyendo fatiga, trastornos del sueño, rigidez articular, debilidad muscular, ansiedad y disfunción cognitiva (dificultades de concentración, atención, olvidos y problemas de memoria). Una considerable proporción de pacientes con FM presenta también una o más condiciones comórbidas, incluyendo trastornos de ánimo, migraña, cefaleas tensionales, síndrome de intestino irritable, síndrome de fatiga crónica, disfunción de la articulación temporomandibular, síndrome de las piernas inquietas, parestesias, vejiga hiperactiva, vulvodinia, dispareunia y múltiples sensibilidades químicas¹⁻⁸.

El desconocimiento aún persistente de mecanismos fisiopatológicos específicos, junto al hecho de compartir sínto-

mas con otros procesos de dolor crónico, mantiene la controversia entre los profesionales de si la fibromialgia se corresponde realmente con una enfermedad independiente, con una fisiopatología diferenciada, e incluso se duda de la validez del síndrome⁹. Sin embargo, lo cierto es que existe un grupo de personas con este problema de salud, y la Organización Mundial de la Salud lo recoge y tipifica en su *Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades*¹.

Prevalencia

Se estima que la fibromialgia afecta al 2-8% de la población mundial, con una media del 2,7%, y está considerada la tercera enfermedad reumatológica en frecuencia^{2,10}. En España, la prevalencia en población adulta es del 2,4%¹, y en Estados Unidos la padecen unos 15 millones de personas⁷. Es más frecuente en mujeres (relación mujer/hombre de 2-3:1)^{2,6,12,13}.

Pronóstico

El amplio perfil sintomático, junto con la alta tasa de comorbilidad acompañante, hace de la fibromialgia un síndrome de pronóstico incierto, con una importante repercusión en la calidad de vida del paciente y de sus familiares y con un incremento de los costes sociosanitarios^{2,3,7}. La mayoría de los pacientes, a pesar del dolor crónico y de la fatiga persistente a través de los años, continúan integrados en su trabajo, aunque con más posibilidades de obtener una pensión de incapacidad laboral¹⁴. El sexo femenino, el bajo nivel socioeconómico, el desempleo y la obesidad se asocian con una peor evolución, y el pronóstico de los pacientes atendidos en el ámbito de la atención primaria es mejor que el de los asistidos en centros terciarios¹⁴. La fibromialgia no incrementa la mortalidad, aunque en algunos estudios se ha asociado con mayor riesgo de suicidio y de accidentes¹⁵.

Fisiopatología

La etiología y patogenia de esta enfermedad se desconocen. Los estudios sugieren que el principal mecanismo fisiopatológico podría consistir en una disfunción del sistema nociceptivo (la conocida como sensibilización central), caracterizada por un aumento de la respuesta neuronal central, que ocasiona alodinia, dolor referido e hiperalgesia a lo largo de los segmentos espinales, con una hipersensibilidad no solo a estímulos de presión, sino también mecánicos, eléctricos, térmicos y auditivos, lo que conduciría a un dolor crónico generalizado^{1,3,16}. Sin embargo, también se ha señalado un significativo componente neuropático periférico, con una reducida densidad de fibras nerviosas epidérmicas, fundamentalmente de pequeñas fibras sensoriales, lo que originaría dolor, parestesias y disfunción autonómica^{17,18}. También la

isquemia se ha sugerido como posible causa del dolor muscular en la fibromialgia, por una acumulación de lactato, aunque existe escasa evidencia a favor de esta hipótesis³.

Otros autores piensan que la fibromialgia se origina por interacciones del sistema nervioso, endocrino e inmunológico. Estos sistemas, de manera aislada o conjunta, pueden verse influidos por una miríada de factores que incrementan el riesgo de fibromialgia o perpetúan sus síntomas. Tales factores incluyen historia familiar, sexo femenino, factores ambientales (accidentes de tráfico), infecciones varias (enfermedad de Lyme, hepatitis vírica, etc.), así como estresores psicosociales (estado de ánimo, entorno sociocultural, historia de maltrato físico, agresión sexual, etc.) y otros síndromes de dolor regional crónico (cefalea, lumbalgia, dolor miofascial, dolor pélvico, síndrome de intestino irritable, etc.)^{1-4,7,18}.

Diagnóstico

Actualmente se carece de datos analíticos, de imagen o anatomopatológicos específicos de esta enfermedad, sin que tampoco exista un patrón de referencia para su diagnóstico clínico^{1,8,19}. El diagnóstico se basa exclusivamente en la clínica que manifiesta el paciente: dolor y su provocación mediante presión de puntos sensibles establecidos en 1990 por el American College of Rheumatology^{1,8,19}. Con estos criterios, el diagnóstico de fibromialgia quedaría realizado con la presencia simultánea de:

1. Historia de *dolor generalizado* durante al menos 3 meses y que está presente en todas las áreas siguientes: lado derecho e izquierdo del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura y en el esqueleto axial (columna cervical, pared torácica anterior, columna dorsal o columna lumbar).

Por tanto, se cumplen las condiciones de dolor generalizado si existe dolor en alguna región del esqueleto axial y en al menos tres de los cuatro cuadrantes corporales (dividiendo el cuerpo con una línea vertical longitudinal que separe dos hemisferios derecho e izquierdo y una línea transversal que pase por la cintura y separe dos mitades, superior e inferior).

2. *Dolor a la presión* de al menos 11 de los 18 puntos (nueve pares), que corresponden a áreas muy sensibles a los estímulos mecánicos, es decir, con bajo umbral para el dolor por estímulos mecánicos (fig. 1).

Durante los 20 años siguientes, estos criterios, fundamentalmente el uso de puntos gatillo, han sido muy utilizados para el diagnóstico clínico, aunque con una exploración física incorrecta o incompleta que hacía de este examen una herramienta diagnóstica poco fiable. Por este motivo se propuso su modificación, eliminando el recuento de puntos gatillo y añadiendo un índice de dolor generalizado (*Widespread Pain Index*, WPI) y una escala de gravedad de los síntomas (*Symptom Severity scale*, SS)²⁰ (tabla 1). Según estas reco-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8758503>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8758503>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)