

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Práctica Clínica

Diagnóstico y Tratamiento de
Fibromialgia en el Adulto

Evidencias y Recomendaciones

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-075-08

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Ave. Reforma Nos 450 piso 13 Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC.

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento de Fibromialgia en el Adulto**. México, Secretaría de Salud; 2009

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

ISBN: 978-607-7790-36-5

M797 Fibromialgia

Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Fibromialgia en el Adulto.

Autores:

Victor Jesús Guerrero Montenegro	Medicina Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad de Medicina Familiar No. 29 UMA/Delegación Chihuahua Coordinación Salud en el Trabajo
Verónica López Roldan	Medicina Física y Rehabilitación	Instituto Mexicano del Seguro Social	
Yadhira Mejía Holguín	Reumatología	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMAE Hospital de Especialidades No. 25 Monterrey N.L.
Juan Ismael Parrilla Ortiz	Medicina Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad Medicina Familiar No. 21/ Delegación DF Sur
Alberto Pérez Rojas	Medicina Física y Rehabilitación	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad de Medicina Física Región Norte /Delegación 1 Norte México DF
Erik Ramos Garzón	Medicina Interna	Instituto Mexicano del Seguro Social	Hospital General de Zona No. 1/ Tapachula Chiapas
Antonio Barrera Cruz	Medicina Interna/Reumatología Coordinador de Programas Médicos	Instituto Mexicano del Seguro Social	División de Excelencia Clínica/ Coordinación de Unidad Médicas de Alta Especialidad.
Maria Isabel Chi Lem Dora	Medicina Familiar / Geriatría	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"
Validación Interna:			
Miriam Ruiz Alva	Medicina Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad de Medicina Familiar No. 95/ Delegación Estado de México Oriente
Rodolfo Rivera Zumaya	Medicina Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad de Medicina Familiar No. 64/ Delegación Estado de México Oriente
Eduardo Escobar Barrios	Medicina Física y Rehabilitación	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Centro
Rosa Elena Prieto Parra	Médico Reumatólogo	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente/ Guadalajara, Jalisco
Validación Externa:			
Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Medicina Interna/Reumatología		

Academia Nacional de Medicina de Mexico

Índice

1. Clasificación.....	5
2. Preguntas a responder por esta Guía.....	6
3. Aspectos Generales.....	7
3.1 Introducción.....	7
3.2 Objetivo de esta Guía.....	8
3.3 Definición.....	8
4. Evidencias y Recomendaciones.....	9
4.1. Evaluación Inicial y Diagnóstico.....	10
4.2. Tratamiento No Farmacológico.....	15
4.2.1. Educación, orientación, ejercicio, terapia cognitivo - conductual y rehabilitación.....	15
4.3. Tratamiento Farmacológico.....	19
4.3.1. Analgésicos, antiinflamatorios no esteroides, antidepresivos, inhibidores de la recaptura de serotonina y opiáceos.....	19
4.4. Criterios de Referencia.....	24
4.4.1. Técnicos - Médicos.....	24
4.5. Vigilancia, Pronóstico Y Seguimiento.....	25
Algoritmos.....	27
5. Definiciones Operativas.....	28
6. Anexos.....	29
7. Bibliografía.....	35
8. Agradecimientos.....	37
9. Comité Académico.....	38
10. Directorio.....	39
11. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.....	40

1. CLASIFICACIÓN

Registro: IMSS-075-08	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Médico Familiar, Médico Internista, Reumatólogo, Geriatría, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Del Trabajo.
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	CIE10: M79.7
GRD	Primer y segundo nivel de atención
CATEGORÍA DE GPC	Diagnóstico, Tratamiento, Prevención y Rehabilitación
USUARIOS POTENCIALES	Médico Familiar, Médico Internista, Reumatólogo, Traumatología y Ortopedia, Psicología, Psiquiatría, Neurología, Trabajo Social, Medicina Física y Rehabilitación.
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Instituto Mexicano del Seguro Social Delegaciones o UMAE participantes Unidades Médicas participantes
POBLACIÓN BLANCO	Hombres y Mujeres 18 años
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR	Instituto Mexicano del Seguro Social
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Orientación y Educación para la salud. Ejercicio, Rehabilitación Evaluación clínica Apoyo psicosocial: grupos de apoyo, técnicas de relajación Tratamiento no farmacológico y farmacológico Rehabilitación Fármacos: analgésicos, AINEs, antidepresivos, opiáceos
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Diagnóstico temprano y oportuno Tratamiento médico óptimo Mejora de la calidad de la atención médica Disminución del tiempo de reincorporación laboral e incapacidades médicas Disminución en la mala utilización de recursos innecesarios para su diagnóstico y manejo
METODOLOGÍA¹	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 2 Guías seleccionadas: 3 del período 2000-2008 ó actualizaciones realizadas en este período Revisión sistemática Ensayos controlados aleatorizados Reporte de casos Validación del protocolo de búsqueda por el Instituto Nacional de Salud Pública de México Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *
MÉTODO DE VALIDACIÓN	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Instituto Mexicano del Seguro Social Validación Externa: Academia Nacional de Medicina de México
CONFLICTO DE INTERES	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	REGISTRO IMSS-075-08 Fecha de Publicación: 2009, Fecha de actualización: de 3 a 5 años a partir de la fecha de publicación

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Qué es la fibromialgia?
2. ¿Cómo se clasifica la fibromialgia?
3. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas y los criterios para establecer el diagnóstico de Fibromialgia?
4. ¿Cómo se establece el protocolo de abordaje del paciente adulto con FM?
5. ¿Cuál es el diagnóstico diferencial de un paciente con Fibromialgia?
6. ¿Cuáles son los estudios de laboratorio e imagen que deben solicitarse ante un paciente adulto con Fibromialgia?
7. ¿Cuáles son las opciones de tratamiento no farmacológicas recomendadas en el paciente adulto con Fibromialgia?
8. ¿Cuáles son las opciones de tratamiento farmacológico recomendadas en el paciente adulto con Fibromialgia?
9. ¿Cómo se realiza la evaluación y el seguimiento de paciente con Fibromialgia?
10. ¿Cuáles son los criterios de referencia para el segundo nivel de atención de un paciente con Fibromialgia?
11. ¿Cuál es el curso y pronóstico de los pacientes con Fibromialgia?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM) es un síndrome doloroso, no articular, crónico e idiopático, caracterizado por dolor musculoesquelético e hipersensibilidad en sitios anatómicos específicos (puntos dolorosos) (Alarcón G, 2003, Chakrabarty S, 2007). Se estima que afecta al 2% de la población general, con predominio en el sexo femenino (80-90%), con una relación mujer:hombre 10:1 y presentación clínica en niños, adolescentes y adultos. (Wolfe F,1995). La prevalencia e incidencia real de FM, a nivel internacional como en nuestro medio es desconocida; sin embargo, constituye uno de los principales motivos de consulta reumatológica, registrándose un total de 42,837 consultas por este padecimiento en el primer nivel de atención (DTIES, 2007).

El diagnóstico de la FM, es eminentemente clínico; situación clave que ofrece una ventana de oportunidad para que el médico de primer nivel de atención establezca un diagnóstico oportuno y eficiente. Existen Criterios de Clasificación para FM, oficialmente aceptados por el Colegio Americano de Reumatología (Wolfe F, 1990) es importante destacar, que dichos criterios fueron desarrollados con propósitos de investigación e identificar población homogénea, por lo que se les debe situar como una herramienta de apoyo diagnóstico y limitar su alcance en la clínica. Aunado a los datos clínicos cardinales de dolor difuso de más de 3 meses de duración y positividad de al menos 11 de los 18 puntos diagnósticos establecidos, el médico debe reconocer que el diagnóstico correcto precisa de un interrogatorio y exploración física orientado a identificar síntomas comúnmente asociados (fatiga, sueño no reparador, ansiedad, parestesias, mareo, colón irritable, fenómeno de Raynaud, disautonomía, alteraciones neuroendocrinas, ginecológicas, entre otros). Un dato negativo para confirmar el diagnóstico, es la ausencia de artritis. La atención integral de un paciente con FM, requiere de la participación de un equipo transdisciplinario, ante la evidencia de alteraciones neuroendocrinas, cardiovasculares, en la actividad funcional cerebral y en la percepción del dolor, que en su conjunto tienen repercusión en la salud, calidad de vida, desarrollo en el ámbito laboral, social y familiar de este grupo de pacientes. Derivado de lo anterior, el propósito del presente documento es proporcionar evidencias y recomendaciones razonadas y sustentadas sobre el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de un paciente adulto con Fibromialgia.

OBJETIVOS

1. Definir el abordaje de diagnóstico del paciente adulto con fibromialgia en el primer nivel de atención
2. Identificar los factores de riesgo asociados con dolor crónico en pacientes adultos con fibromialgia
3. Proporcionar recomendaciones razonadas y sustentadas en la mejor evidencia científica disponible sobre el tratamiento no farmacológico y farmacológico del paciente adulto con fibromialgia
4. Disminuir la variabilidad de la práctica clínica en el manejo clínico del paciente adulto con fibromialgia
5. Establecer los criterios de referencia oportuna al segundo nivel de atención de un paciente adulto con fibromialgia
6. Formular recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica sobre el seguimiento del paciente adulto con fibromialgia

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica **“Para el Diagnóstico y Tratamiento de Fibromialgia en el Adulto”** Forma parte de las Guías que integrarán el **Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica**, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción **Específico de Guías de Práctica Clínica**, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**.

La finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del 1er. Y 2do. Nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 DEFINICIÓN

La fibromialgia es un síndrome doloroso, no articular, crónico e idiopático, caracterizado por dolor musculoesquelético e hipersensibilidad en sitios anatómicos específicos (puntos dolorosos). Se caracteriza por dolor crónico generalizado por más de tres meses de duración y presencia de puntos hipersensibles en el examen físico. Se acompaña por otros síntomas tales como: fatiga, trastornos del sueño, cefalea, parestesias, síndrome de colon irritable, trastornos conductuales, neuroendocrinos y del sistema nervioso autónomo.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación

E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud

Nivel / Grado

2++
(GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Evidencia / Recomendación

E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada

Nivel / Grado

la
[E: Shekelle]
Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.1.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:

	EVIDENCIA
	RECOMENDACIÓN
	BUENA PRÁCTICA

4.1. EVALUACIÓN INICIAL Y DIAGNÓSTICO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



La fibromialgia es un síndrome doloroso, no articular e idiopático, caracterizado por dolor crónico generalizado por más de tres meses de duración y presencia de puntos hipersensibles en el examen físico, puede acompañarse por síntomas como fatiga, trastornos del sueño, cefalea, parestesias, síndrome de colon irritable, trastornos conductuales, neuroendocrinos y del sistema nervioso autónomo. Constituye una condición multifactorial, en la que existe un proceso anormal del dolor.

Staud R, 2006
Nivel IV

R

La fibromialgia puede presentarse de forma aislada a otra enfermedad reumática (fibromialgia primaria), mientras que la fibromialgia secundaria es un término utilizado en la práctica clínica para definir la asociación o coexistencia de otra enfermedad (usualmente inflamatoria, por ejemplo artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, síndrome Sjogren, entre otras).

Ablin J, 2008
Nivel D

E

Los factores de riesgo con evidencia identificados para fibromialgia son: sexo femenino y edad entre la cuarta y quinta década de la vida.

Sociedad Española de Reumatología, 2006
Nivel II

E

En la actualidad no se conoce la etiología pero se ha encontrado que:

1. El riesgo de padecer fibromialgia entre familiares es 8.5 veces mayor que en la población general
2. Es más frecuente en pacientes con algunos fenotipos genéticos (gen que regula la enzima catecol-O- metiltransferasa o el gen regulador de la proteína transportadora de serotonina).

Sociedad Española de Reumatología, 2006
Nivel III

E

Existe evidencia de disfunción autonómica en pacientes con fibromialgia, describiéndose consistentemente hiperactividad simpática. La disfunción autonómica puede explicar algunas de las manifestaciones no relacionadas con el dolor.

Martínez-Lavin , 2007
Nivel IV

E

La hiperactividad simpática puede estar relacionada con la constante fatiga, trastornos de del sueño, ansiedad, síndrome de colón irritable, ojo seco e incluso fenómeno de Raynaud.

Martínez-Lavin , 2007
Nivel IV

E

Se ha observado mayor prevalencia en pacientes con antecedentes de situaciones traumáticas en la infancia y trastornos del estado de ánimo, como ansiedad (estos últimos con una base genética claramente demostrada).

Sociedad Española de Reumatología, 2006
Nivel III

E

Algunos pacientes con mayor predisposición son aquellos que tienen antecedente de traumatismos, accidentes, infecciones, cirugías, estrés postraumático y laboral.

Sociedad Española de Reumatología, 2006
Nivel III
Ablin J, 2008
Nivel IV

E

Las alteraciones presentes en el eje hipotálamo hipófisis adrenal pueden estar relacionados con algunos trastornos endocrinos observados en estos pacientes.

Sociedad Española de Reumatología, 2006
Nivel III

E

Existe evidencia de elevación de citocinas, péptidos proinflamatorios y reactantes de fase aguda en algunos pacientes con fibromialgia.

Sociedad Española de Reumatología, 2006
Nivel III

E

En pacientes con bajo umbral al dolor se ha encontrado un desequilibrio neuromodulador del sistema nervioso central (requieren un menor estímulo para presentar dolor).

Sociedad Española de Reumatología, 2006
Nivel III

E

Uno de los hallazgos más consistentes es el incremento de la sustancia P en el líquido céfalo raquídeo, lo cual favorece la transmisión de estímulos dolorosos.

Sociedad Española de Reumatología, 2006
Nivel II

R

La exploración física que el médico de primer nivel de atención debe realizar, implica una evaluación del sistema musculoesquelético, cardiovascular, neurológico y psicológico.

Guideline for the Management of Fibromyalgia, 2005
Grado D

R

La evaluación inicial de un paciente con fibromialgia requiere de un interrogatorio y exploración física completa, identificando una serie de enfermedades que pueden simular o complicar a la fibromialgia, tales como hipotiroidismo, espondilitis anquilosante, tendinitis, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide u osteoartritis.

Guideline for the Management of Fibromyalgia, 2005
Consenso

R

El diagnóstico clínico se realiza con base en la presencia de dolor generalizado, por al menos 3 meses consecutivos, mientras que el único criterio en la exploración física para el diagnóstico, se basa en la presencia de hipersensibilidad en al menos 11 de los 18 puntos hipersensibles (ver figura 1).

Guideline for the Management of Fibromyalgia, 2005
Grado B

R

Se recomienda investigar otros síntomas asociados al dolor en la FM, estos son:

1. Neurológicas (hipo e hipertonia muscular, fasciculaciones, cefalea, disfunción temporomandibular,

Canadian Consensus Document Fibromyalgia Síndrome, 2003
Grado D

inestabilidad espacial y debilidad generalizada).

2. Manifestaciones neuro-cognitivas (disminución en la concentración, afectación de la memoria de corto plazo, bradipsiquia, distracción).
3. Fatiga.
4. Alteraciones del sueño (insomnio, sueño no reparador, despertar nocturno, mioclonos nocturnos, síndrome de piernas inquietas).
5. Alteraciones autonómicas y neuroendocrinas (arritmias, hipotensión mediada neurológicamente, vértigo, inestabilidad neuromotora, alteraciones respiratorias, colon irritable, pobre respuesta al estrés, labilidad emocional).
6. Sensación de tumefacción matutina que puede ser generalizado o regional que dura horas y con periodos de disminución durante el día e incremento por las tardes noches.

La evaluación clínica debe enfocarse en el tipo, duración, localización, presentación, evolución del dolor y sus efectos en la calidad de vida, debiendo registrarse y utilizar el mismo instrumento para el evaluar el dolor en las consultas subsecuentes.

Guideline for the Management of Fibromyalgia, 2005
Grado B

Los hallazgos clínicos que caracterizan a la fibromialgia son el dolor e hipersensibilidad, sin embargo la fatiga y los trastornos del sueño son datos frecuentemente observados en este grupo de pacientes.

Ablin J, 2008
Grado D

Se recomienda evaluar la presencia y severidad de otros síntomas asociados de la fibromialgia: fatiga, insomnio, alteraciones cognitivas, síndrome de colón irritable, cefalea, trastornos de la articulación temporomandibular y del estado de ánimo.

Guideline for the Management of Fibromyalgia, 2005
Consenso

El médico debe evaluar la función física del paciente desde la primera consulta y en forma subsecuente, midiendo el impacto que la enfermedad produce en la ámbito funcional, emocional y calidad de vida.

Guideline for the Management of Fibromyalgia, 2005
Consenso

R

La exploración física de los puntos hipersensibles debe realizarse con una presión suficiente para producir un cambio de coloración del lecho ungueal de rosado a pálido (4 kg/cm²) (Sensibilidad de 88.4% y especificidad de 81.15).

Ablin J, 2008
Grado D

R

La exploración de los puntos hipersensibles debe realizarse de forma simétrica en:

- Occipucio: bilateral, en la inserción del músculo suboccipital.
- Cervical bajo: bilateral, en el espacio intertransverso en C5-C7.
- Trapecio: bilateral, en la parte media del borde superior del músculo.
- Supraespinoso: bilateral, en su origen arriba de la espina de la escápula, cerca del borde medial.
- Segunda costilla: bilateral, en la segunda unión condrocostal en la zona superior.
- Epicóndilo lateral: bilateral, 2 centímetros distal al epicóndilo lateral .
- Glúteo: bilateral, en el cuadrante superior externo de los glúteos.
- Trocánter mayor: bilateral, posterior al trocánter mayor.
- Rodilla: bilateral, en el cojinete graso medial, cerca de la línea articular.

Ablin J, 2008
Grado D

R

Independiente de los puntos hipersensibles, generalmente el resto de la exploración física se encuentra dentro de límites normales. No hay evidencia de artritis ni evidencia objetiva de debilidad muscular.

Ablin J, 2008
Grado D

E

No hay estudios de laboratorio específicos en el paciente con fibromialgia primaria. La solicitud de estudios como reactantes de fase aguda, factor reumatoide, anticuerpos antinucleares, enzimas musculares, pruebas de función tiroidea y pruebas serológicas virales, pueden solicitarse en el segundo nivel de atención para la exclusión fundamentada de diagnósticos diferenciales.

Ablin J, 2008
Grado D

E

En el paciente con fibromialgia primaria la biometría hemática, velocidad de sedimentación globular y la proteína C reactiva se encuentran dentro de límites normales.

Ablin J, 2008
Grado D



En un paciente con probable fibromialgia secundaria se sugiere solicitar biometría hemática completa, velocidad de sedimentación globular, enzimas musculares, pruebas de función hepática y tiroidea. Sin embargo, es importante señalar que éstos tienen una indicación precisa y sólo se justifican ante la evidencia clínica de síntomas y signos que sugieran una entidad nosológica.

Guideline for the Management of Fibromyalgia, 2005
 Consenso
 ✓
 Buena Practica



No se recomienda la solicitud os estudios de gabinete, debido a que no aportan resultados y, en ocasiones distraen la atención del médico y del paciente.

✓
 Buena Practica

4.2. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

4.2.1. EDUCACIÓN, ORIENTACIÓN, EJERCICIO, TERAPIA COGNITIVO - CONDUCTUAL Y REHABILITACIÓN

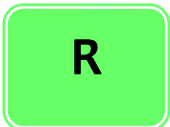
Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



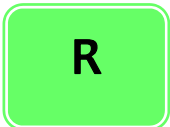
Existe evidencia de que la terapia cognitivo-conductual puede beneficiar al paciente con fibromialgia.

EULAR 2008
 Nivel IV



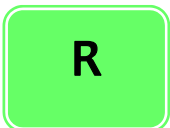
Se recomienda la terapia cognitiva para mejorar la función y los trastornos del sueño en el paciente con fibromialgia. La terapia cognitivo conductual aislada solo ha demostrado efectividad en algunos pacientes.

Guía de Práctica Clínica
 Rehabilitación en dolor de espalda, 2006
 Grado B



La educación del paciente frente a la enfermedad es fundamental. Se le debe enseñar que tiene una enfermedad real, de muy larga duración y para la cual no hay tratamiento curativo

Guía de Práctica Clínica
 Rehabilitación en dolor de espalda, 2006
 Nivel I



Se debe proporcionar educación básica al paciente y la familia sobre la FM, las opciones de tratamiento, evolución del dolor y programas de autoayuda como una parte inicial del tratamiento, con el propósito de aumentar las habilidades de autoeficacia, mejorar la comprensión de la relación que existe entre dolor, estado de ánimo, estrés y ejercicio

Guideline for the Management of Fibromyalgia, 2005
 Grado A

R

Se debe enseñar al paciente a identificar los factores desencadenantes o responsables de las crisis o de empeoramiento como el frío, la humedad, el sedentarismo o hiperactividad física, el estrés físico o mental y las alteraciones del sueño especialmente el insomnio

Guía de Práctica Clínica
Rehabilitación en dolor de espalda, 2006
Grado A

R

Antes de iniciar el tratamiento debe confirmarse el diagnóstico, explicar al paciente qué es la enfermedad, ya que la educación del paciente es crítica para el manejo

Guideline for the Management of Fibromyalgia,
2005
Grado B

R

Deben emplearse estrategias de tratamiento no farmacológicas y farmacológicas en el manejo del paciente con fibromialgia

Guideline for the Management of Fibromyalgia,
2005
Grado A

R

Se deben incorporar terapia cognitivo-conductual para reducir el dolor, aumentar la autoeficacia y mejorar la función

Guideline for the Management of Fibromyalgia,
2005
Grado A

E

Existe evidencia de que un programa de ejercicio individualizado, incluyendo ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento puede ser benéfico en algunos pacientes con fibromialgia

EULAR 2008
Nivel IIb

R

Se debe fomentar realizar ejercicio aeróbico moderadamente intenso (60-75% de la frecuencia cardiaca máxima ajustada para la edad [210 menos la edad de la persona]) dos a tres veces por semana. En personas que no se encuentren en condición física óptima, este porcentaje puede ser logrado de forma gradual. El nivel de ejercicio debe orientarse para adquirir salud y no para competencia deportiva, debe ser de bajo impacto, de 30 minutos de duración, tres veces por semana, incorporarlo al estilo de vida y practicarlo por tiempo indefinido

Guideline for the Management of Fibromyalgia,
2005
Grado A

R

Se recomienda evitar los ejercicios que induzcan dolor. Esto es especialmente importante en el subgrupo de individuos que tienen hipermovilidad articular

Guía de Práctica Clínica
Rehabilitación en dolor de espalda, 2006
Grado B

R

Guideline for the Management of Fibromyalgia,
2005
Grado B

R

Los programas de ejercicio deben iniciarse con niveles justo por debajo de su capacidad e incrementar de forma progresiva la frecuencia, duración o intensidad conforme aumenten los niveles de flexibilidad y acondicionamiento físico. La progresión del ejercicio debe ser lenta y gradual, aquellos pacientes que experimenten dolor o exacerbación del mismo pueden discontinuar el programa de ejercicio

Guideline for the Management of Fibromyalgia, 2005
 Consenso

R

Se sugiere recomendar a los pacientes desarrollar ejercicios de fortalecimiento muscular dos veces por semana

Guideline for the Management of Fibromyalgia, 2005
 Grado B

R

Se sugiere recomendar al paciente mantener el ritmo de ejercicio para conservar la mejoría inducida por el mismo

Guideline for the Management of Fibromyalgia, 2005
 Grado B

E

Las terapias alternativas (masaje quiropráctico, relajación, hipnoterapia, acupuntura, hidroterapia) como terapia sola, no son de utilidad en el tratamiento del paciente con fibromialgia

Guía de Práctica Clínica
 Rehabilitación en dolor de espalda, 2006
 Nivel III

R

No se recomienda el uso de aislado de terapias alternativas en el tratamiento de pacientes con fibromialgia

Guía de Práctica Clínica
 Rehabilitación en dolor de espalda, 2006
 Grado D

E

Existe evidencia de que la hidroterapia con o sin ejercicio es efectiva en el tratamiento

EULAR 2008
 Nivel Iia

E

El empleo de acupuntura y las técnicas de masaje proporcionan alivio paliativo de corta duración

Guía de Práctica Clínica
 Rehabilitación en dolor de espalda, 2006
 Nivel III

R

Se pueden ofrecer tratamientos como: hipnosis y bioretroalimentación, acupuntura, manipulación quiropráctica o masaje terapéutico como estrategias de ayuda para el alivio del dolor

Guideline for the Management of Fibromyalgia, 2005
 Grados A, B, C

R

Se sugiere enfatizar en la higiene del sueño como parte del plan de tratamiento empleando técnicas farmacológicas y no farmacológicas

Guideline for the Management of Fibromyalgia, 2005
 Consenso

E

Hay evidencia de que la terapia de relajación, rehabilitación, fisioterapia y soporte psicosocial puede emplearse con base en las necesidades individuales del paciente

EULAR 2008
 Nivel IIB

R

El abordaje transdisciplinario que incorpora dos o más estrategias para la reducción del dolor y capacidad funcional, debe ser empleado en pacientes que no responden al abordaje habitual

Guideline for the Management of Fibromyalgia, 2005
 Grado A

R

El tratamiento óptimo de un paciente con fibromialgia requiere un abordaje transdisciplinario aunado a un tratamiento farmacológico y no farmacológico, acorde con la intensidad del dolor, función y síntomas asociados como depresión, fatiga y alteraciones del sueño

EULAR, 2008
 Grado D

✓/R

Es fundamental tener en cuenta 3 objetivos en el tratamiento del paciente adulto con fibromialgia: mejorar el sueño, suprimir o disminuir la fatiga y quitar o modular el dolor

✓
 Buena Práctica

4.3. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

4.3.1. ANALGÉSICOS, ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES, ANTIDEPRESIVOS, INHIBIDORES DE LA RECAPTURA DE SEROTONINA Y OPIÁCEOS.

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



A pesar de que la fibromialgia ocasiona incremento en la morbilidad y discapacidad, no existen tratamientos aprobados por la Food and Drug Administration (FDA)

Arnold L, 2006
Nivel IV



Se recomienda como meta de tratamiento en el paciente con fibromialgia, un enfoque individualizado, que considere la naturaleza de los síntomas, severidad, factores desencadenantes, función física del paciente y la presencia de enfermedades asociadas

✓
Buena Practica



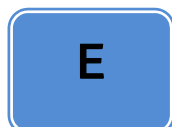
Existe evidencia de que las alteraciones del sueño se relacionan con alteraciones del metabolismo de serotonina en el sistema nervioso central, como bajos niveles de serotonina y secreción de la hormona del crecimiento, los cuales se relacionan con depresión, dolor muscular y fatiga.

Fibromyalgia Treatment Guideline, University of Texas, 2005
Nivel I



Existe evidencia de que la administración de antidepresivos tricíclicos promueven el sueño reparador, incrementa los movimientos oculares no rápidos (Fase 4 no-REM) del sueño y el efecto de las endorfinas para el alivio del dolor.

Fibromyalgia Treatment Guideline, University of Texas, 2005
Nivel I



Existe evidencia de que la administración de amitriptilina y fluoxetina reducen el dolor y mejoran la función del paciente con fibromialgia.

EULAR 2008
Nivel Ib



La amitriptilina, es un antidepresivo tricíclico, que inhibe la captación de serotonina y de la norepinefrina, mejora la calidad del sueño, disminuye el dolor y la fatiga, sin embargo produce taquifilaxis debido a un uso continuo, mayor de 2 meses.

Guía de Práctica Clínica
Rehabilitación en dolor de espalda, 2006
Nivel II

E

Existe evidencia de que la administración de fluoxetina y paroxetina (inhibidores de la recaptura de serotonina) producen moderada mejoría del sueño, alivio del dolor y de la sensación de bienestar en el paciente con fibromialgia

Arnold LM, 2002
Nivel I

E

Evidencia procedente de ensayos clínicos controlados destacan que citalopram (Inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina) no es efectivo en el tratamiento de pacientes con fibromialgia.

Anderberg UM, 2000
Nivel I

E

Existe evidencia de que ciclobenzaprina produce mejoría moderada en los trastornos del sueño y modesta mejoría en alivio del dolor. No mejora la fatiga y la hipersensibilidad de los puntos dolorosos.

Tofferi Jk, 2004
Nivel I

R

Se recomienda como tratamiento de primera línea para mejorar los síntomas asociados con los trastornos del sueño la administración de antidepresivos tricíclicos como amitriptilina en dosis de 25-50 mg 2-3 horas antes de acostarse.

Guideline for the Management of Fibromyalgia, 2005
Grado A
Fibromyalgia Treatment Guideline, University of Texas, 2005
Nivel I

✓/R

Se recomienda vigilar la tolerabilidad de los antidepresivos tricíclicos, debido a los efectos anticolinérgicos, antiadrenérgicos, y antihistaminérgicos que produce en los pacientes.

✓
Buena Práctica

R

Se recomienda el uso de antidepresivos benzodiazepínicos como segunda alternativa para alivio de los trastornos del sueño

Fibromyalgia Treatment Guideline, University of Texas, 2005
Grado A

R

Se recomienda para el tratamiento de la fatiga y depresión, la administración de inhibidores de la recaptura de serotonina como fluoxetina, 20 mg por la mañana, de no existir respuesta terapéutica con antidepresivos tricíclicos

Fibromyalgia Treatment Guideline, University of Texas, 2005
Grado A

E

Existe evidencia de que la administración de fluoxetina mejora los síntomas asociados con trastornos del sueño, ya que incrementa los niveles de serotonina cerebral

Fibromyalgia Treatment Guideline, University of Texas, 2005
Nivel I

R

Se recomienda el uso de inhibidores de recaptura de la serotonina como fluoxetina, solo o en combinación con antidepresivos tricíclicos para el alivio del dolor. La combinación de fluoxetina 20 mgs en la mañana y amitriptilina 10 a 25 mg., por la noche, es muy eficaz

Guideline for the Management of Fibromyalgia, 2005
Grado B

Fibromyalgia Treatment Guideline, University of Texas, 2005
Grado A

E

Existe evidencia de que duloxetine (inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina y norepinefrina) es seguro y efectivo en el tratamiento de mujeres con Fibromialgia con y sin trastornos depresivos, produciendo mejoría en alivio del dolor y el umbral al dolor de los puntos hipersensibles

Arnold LM, 2005
Nivel 1

R

Se recomienda dosis bajas de benzodiazepinas como clonazepam para el tratamiento del espasmo muscular

Fibromyalgia Treatment Guideline, University of Texas, 2005
Grado A

E

El ondasetron es un antagonista del receptor 3 de la 5 hidroxitriptamina, el cual es muy útil para el control del dolor, especialmente porque disminuye el número de puntos sensibles en la mitad de los casos

Guía de Práctica Clínica Rehabilitación en dolor de espalda, 2006
Nivel II

✓/R

No se puede recomendar el uso amplio de ondasetron para el alivio del dolor en pacientes con fibromialgia, debido a insuficiente evidencia y resultados no predecibles

✓
Buena Práctica

E

No hay evidencia de que la administración de antiinflamatorios no esteroideos sea útil como terapia única para el tratamiento del dolor en pacientes con fibromialgia

Guideline for the Management of Fibromyalgia, 2005
Nivel II

E

Varios antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), tienen acción específica sobre la médula espinal, bloqueando la sensibilidad excesiva al dolor, inducida por activación de los receptores de la sustancia P y del glutamato y por tanto podrían ser de utilidad en el manejo de fibromialgia, pero nunca solos, sino en el contexto de una terapia combinada

Guía de Práctica Clínica Rehabilitación en dolor de espalda, 2006
Nivel II

R

No se recomienda el uso de antiinflamatorios no esteroides, como un medicamento de primera elección para el tratamiento de pacientes con fibromialgia

Guideline for the Management of Fibromyalgia, 2005
Grado A

R

La administración de antiinflamatorios no esteroides, incluyendo inhibidores de COX-2 y paracetamol, pueden proporcionar alivio del dolor, cuando se administran en conjunto con otros fármacos

Guideline for the Management of Fibromyalgia, 2005
Grado C

E

Hay evidencia de que la administración de tramadol reduce la intensidad del dolor

EULAR 2008
Nivel Ib

R

Se recomienda la administración de tramadol solo o en combinación con paracetamol para alivio del dolor

Guideline for the Management of Fibromyalgia, 2005
Grado B

E

Existe evidencia de que el paracetamol y opioides débiles pueden ser considerados en el tratamiento de fibromialgia

EULAR 2008
Nivel IV

E

Existe evidencia de que la combinación de tramadol + paracetamol (comparado con placebo) produce una reducción en la severidad el dolor y mejoría en la calidad de vida, sin embargo produce: náusea, mareo, somnolencia, constipación y dependencia

Bennett RM, 2003
Nivel I

R

Se recomienda el uso de opioides como estrategia para el alivio del dolor, sólo después de agotar la repuesta de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos básicos recomendados

EULAR 2008
Grado D

E

Existe evidencia de que el uso de medicamentos antidepresivos benzodiazepínicos y no benzodiazepínicos mejoran las alteraciones del sueño

Guideline for the Management of Fibromyalgia, 2005
Grado A

E

Los esteroides no sólo no tienen efecto terapéutico, sino que están contraindicados en el manejo del paciente con fibromialgia

Guía de Práctica Clínica
Rehabilitación en dolor de espalda, 2006
Nivel I

R

No se recomienda la administración de esteroides como tratamiento de primera línea en pacientes con fibromialgia, a excepción de evidencia clínica de inflamación en bursas y tendones

Guideline for the Management of
Fibromyalgia, 2005
Grado A

E

Pregabalina (ligando alfa 2 delta) tiene propiedades analgésicas y anticonvulsiantes. Es aprobado por la FDA en el tratamiento de pacientes adultos con dolor neuropático periférico, neuralgia postherpética y neuralgia

Arnold LM, 2006
Nivel IV

E

Existe evidencia de que la administración de topiramato y pregabalina reducen el dolor

EULAR 2008
Nivel Ib

E

La administración de pregabalina comparado con placebo produce mejoría en la reducción del dolor, trastornos del sueño y calidad de vida en pacientes con fibromialgia, sin embargo se ha descrito dentro de sus principales efectos adversos mareo y somnolencia

Crofford LJ, 2005
Nivel I

✓/R

La administración de topiramato y pregabalina no puede recomendarse de forma general en el tratamiento de fibromialgia, su indicación requiere la evaluación crítica en forma individualizada

✓
Buena Práctica

R

Se recomienda interrogar al paciente sobre el uso de terapias alternativas, debido a la posibilidad de interacciones negativas con el tratamiento prescrito

Guideline for the Management of
Fibromyalgia, 2005
Grado C

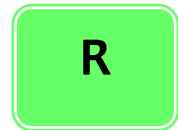
4.4. CRITERIOS DE REFERENCIA

4.4.1. TÉCNICOS - MÉDICOS.

4.4.1.1. Referencia al segundo nivel de atención

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Duda diagnóstica razonable para confirmación y orientación terapéutica

Consenso de la Sociedad Española de Reumatología
Grado D



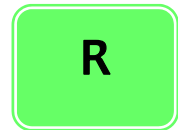
Enviar a endocrinología ante la evidencia de enfermedad endocrina asociada

✓
Buena Práctica



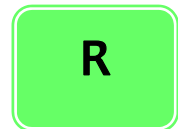
Enviar a Infectología ante la evidencia de enfermedad infecciosa asociada

✓
Buena Práctica



Ante el paciente con falta de respuesta, discapacidad grave e intolerancia al tratamiento

Consenso de la Sociedad Española de Reumatología
Grado D



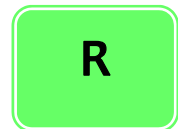
Evidencia clínica de enfermedad del estado de ánimo, alodinia intensa y trastorno del sueño

Consenso de la Sociedad Española de Reumatología
Grado D



Evidencia clínica de enfermedad inflamatoria articular

✓
Buena Práctica



Coordinación con otro especialista para el tratamiento transdisciplinario

Consenso de la Sociedad Española de Reumatología
Grado D

4.5. VIGILANCIA, PRONÓSTICO Y SEGUIMIENTO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Los pacientes refieren una gran repercusión en su calidad de vida.

Consenso de la Sociedad Española de Reumatología
Nivel III

E

La fibromialgia afecta la calidad de vida del paciente y de la familia

Consenso de la Sociedad Española de Reumatología
Nivel III

E

La evolución del cuadro clínico depende en gran medida del grado de afección del paciente, ya que se ha podido comprobar que los pacientes con manifestaciones más severas atendidos en servicios hospitalarios tienen un pronóstico menos favorable, mientras los casos leves atendidos en primer nivel tienen una evolución mejor

Consenso de la Sociedad Española de Reumatología
Nivel III

E

Un mejor nivel educacional, la profesión remunerada y la ausencia de trastornos psiquiátricos son variables predictoras de un mejor pronóstico en el paciente con fibromialgia

Consenso de la Sociedad Española de Reumatología
Nivel II

E

La evaluación de la discapacidad laboral en la fibromialgia es un proceso controvertido debido a la incredulidad diagnóstica de los médicos, la concurrencia de anomalías psicológicas y la deficiencia en los instrumentos de evaluación. Es posible que determinadas condiciones laborales contribuyan a la discapacidad laboral en la fibromialgia

Consenso de la Sociedad Española de Reumatología
Nivel III

E

Los costos en instituciones de salud son aproximadamente el doble que los ocasionados por pacientes con otras enfermedades y los costos no institucionales, provocados por el ausentismo laboral y las pensiones por discapacidad, suponen el doble que en la población general

Consenso de la Sociedad Española de Reumatología
Nivel III
Canadian Consensus Document Fibromyalgia Síndrome, 2003
Nivel III

E

En la actualidad no existe ningún cuestionario, prueba analítica o exploración complementaria que permita hacer una clasificación de los pacientes con FM según el grado de afección. Existe un instrumento validado denominado FIQ, que ayuda en la valoración clínica del paciente y se recomienda para su empleo en el desarrollo de ensayos clínicos

Se recomienda realizar evaluaciones de calidad de vida (FIQ) para brindar un apoyo y seguimiento de la evolución de la FM

Se recomienda dar una orientación y educación al paciente, familia ya que se trata de una patología crónica que puede presentar exacerbaciones con afectación en la calidad de vida del paciente y familia con repercusiones económicas y sociales

Consenso de la Sociedad Española de Reumatología
Nivel I

✓

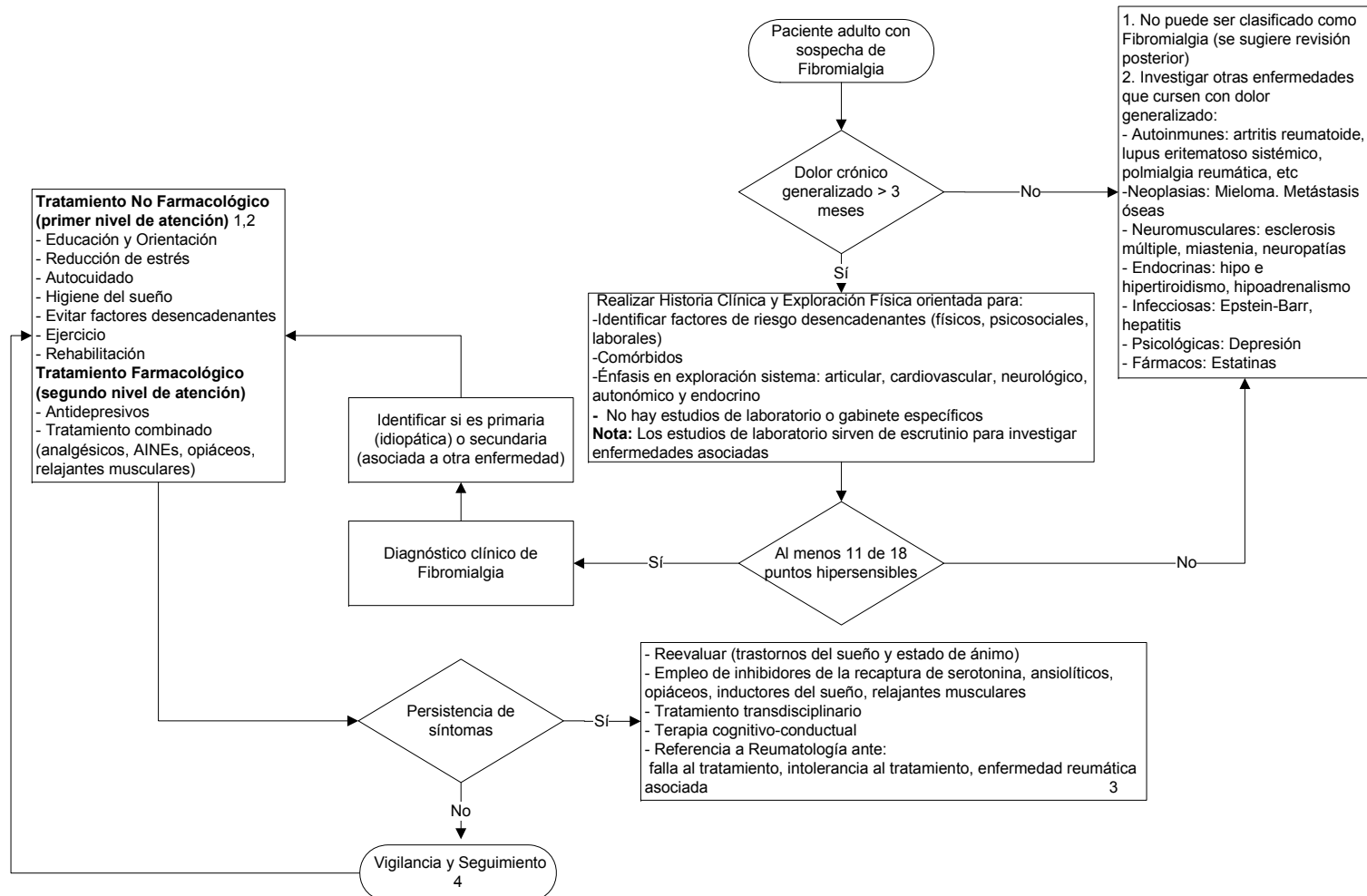
Buena Práctica

✓

Buena Práctica

ALGORITMOS

Algoritmo 1. . Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento del paciente adulto con Fibromialgia



5. DEFINICIONES OPERATIVAS

Alodinia: percepción incrementada del dolor (reducción del umbral al dolor) ante estímulos que normalmente no ocasionan dolor (hiperexcitabilidad y supersusceptibilidad)

Artralgia: dolor articular sin evidencia de inflamación en la articulación

Artritis: es la inflamación articular que se manifiesta como rigidez articular, aumento de volumen articular, aumento de temperatura local y limitación de la función de la articulación afectada

Auto-eficacia: creencia en la propia habilidad de llevar a cabo comportamientos específicos

Dolor generalizado: es el dolor que se percibe de forma bilateral tanto por arriba como por debajo de la cintura

Dolor persistente: persistencia del dolor por una duración mayor a lo normal, después de un estímulo doloroso

Educación del paciente: cualquier combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar la adaptación voluntaria de comportamientos propicios para la salud

Higiene del Sueño: técnica que consiste en la aplicación de medidas para favorecer el “buen dormir”, como: evitar tomar siestas, establecer una rutina fija para acostarse, evitar consumo de bebidas con cafeína antes de dormir, evitar el ejercicio aeróbico 2 horas antes de dormir, no encender la televisión en la habitación antes de dormir, no tomar alimentos 2 horas antes de dormir, evitar alteraciones emocionales antes de dormir y controlar los horarios de administración de medicamentos inductores del sueño.

Hiperalgesia: es la sensibilidad anormalmente alta. Ante la aplicación de un estímulo que ordinariamente es doloroso, la persona percibe una intensidad mayor de dolor del que se esperaría produjera el estímulo (superreactividad)

Punto control: área normalmente indolora al aplicar presión. Se localizan en la línea media de la frente, uña del pulgar, superficie volar de la porción media del antebrazo y cara anterior de la porción media del muslo

Punto hipersensible: regiones específicas de la anatomía superficial muy sensibles cuando se aplica una presión suficiente para blanquear la uña del pulgar (4 kg/cm²)

Terapia cognitivo-conductual: modalidad de tratamiento no farmacológico que incluye el uso de las siguientes técnicas: 1.- Estrategias de relajación (respiración profunda, meditación y visualización). 2.- Estrategias de afrontamiento. 3.- Reestructuración cognitiva (reinterpretación de sensaciones, cambio de percepción de negativo a positivo, disminución del pensamiento catastrófico)

Tratamiento farmacológico: intervención médica basada en la prescripción de medicamentos para la atención de un padecimiento

Tratamiento no farmacológico: intervención multidisciplinaria cuyo objetivo es mejorar el dolor, la calidad de vida del paciente usando recursos como el diseño de programas de ejercicio, terapia cognitivo conductual, relajación, rehabilitación, fisioterapia, soporte psicológico o psiquiátrico

6. ANEXOS

6.1. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, "la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett, et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero, et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ, et al. 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se utilizan las escalas de evidencia de cada una de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

Guideline for the management of Fibromyalgia syndrome pain in adults and children Glenview (IL).
American Pain Society (APS); 2005

<i>La evidencia se clasificó de acuerdo al tipo e intensidad del dolor</i>
<i>I. Meta-análisis de múltiples estudios controlados</i>
<i>II. Estudios experimentales</i>
<i>III. Estudios cuasi-experimentales, estudios controlados, cohortes y serie de casos</i>
<i>IV. Estudios no experimentales, comparativos, correlaciones y estudios de casos</i>
<i>V. Reportes de casos</i>
<i>Fuerza de las Recomendaciones</i>

A. Evidencia tipo I, consistió en la búsqueda de múltiples estudios tipo II, III o IV
B. Evidencia de tipo II, III o IV se analizó y fue generalmente consistente
C. Evidencia de tipo II, III o IV, pero con inconsistencias
D. Poca o nula evidencia o la tipo V sin evidencia
Consenso
Recomendación práctica basada en las opiniones de expertos en el manejo del dolor.

University of Texas, School of Nursing, Family Nurse Practitioner Program, Fibromyalgia treatment guideline. Austin (TX): University of Texas, School of Nursing; 2005.

Niveles de Evidencia
Nivel 1: Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico controlado aleatorizado
Nivel II-1: Evidencia obtenida de ensayos clínicos controlados bien diseñados sin aleatorización
Nivel II-2: Evidencia obtenida de estudios analíticos de cohorte o caso-controles bien diseñados preferentemente de más de un centro o grupo de investigación
Nivel III: Opinión de expertos basados en la experiencia clínica, estudios descriptivos, reporte de casos o reporte de comité de expertos
Método usado para evaluar la fuerza de las Recomendaciones
Buena evidencia que soporta la recomendación
Evidencia moderada para soportar la recomendación
C. Evidencia insuficiente para recomendar a favor o en contra.

Journal of Musculoskeletal Pain. University of Texas Health Science Center, San Antonio, TX, USA. (2002)

Niveles de evidencia
I.-Grandes estudios doble ciego, controlados, aleatorizados o meta-análisis de pequeños estudios controlados, aleatorizados con resultados clínicamente relevantes.
II.- Pequeños estudios controlados, aleatorizados, no cegados; estudio controlados, aleatorizados usando marcadores de validez subrogada.
III.-Estudios controlados no aleatorizados, estudios observacionales (cohortes), casos y controles, o estudio transversales.
IV.- Opinión de comité de expertos.
V.-Opinión de expertos.
VI.-Opinión clínica no sustentada.
VII.-Mostró no ser mejor que placebo

Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la Fibromialgia. Reumatol Clin 2006

Niveles de Evidencia
I Revisiones sistemáticas
Ensayos Clínicos Controlados
II Cohortes
III Series de Casos
IV Opinión de Expertos

I	Grandes estudios doble ciego, controlados, aleatorizados o meta análisis de pequeños estudios controlados, aleatorizados con resultados clínicamente relevantes.
II	Pequeños estudios controlados, aleatorizados, no cegados; estudio controlados, aleatorizados usando marcadores de validez subrogada.
III	Estudios controlados no aleatorizados, estudios observacionales (cohortes), casos y controles, o estudio transversales.
IV	Opinión de comité de expertos.
V	Opinión de expertos.
VI	Opinión clínica no sustentada.
VII	Mostró no ser mejor que placebo

6.2. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE FIBROMIALGIA EN EL ADULTO

Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Interacciones
ANALGÉSICOS				
Paracetamol	500-1gr. c/6 horas	Tableta	30 días	Alcohol, anticonvulsivantes, ácido acetilsalicílico, isoniazida, anticoagulantes orales, fenotiazidas
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS				
Diclofenaco	100 mg c/12 hrs	Tableta	30 días	Ketorolaco, ácido acetilsalicílico, metrotexate, anticoagulantes orales y ciclosporina
Naproxeno	250-500 mg c/12 hrs	Tableta	30 días	
Sulindaco	200 mg c/12 hrs	Tableta	21 días	
ANALGESICOS OPIOIDES SOLOS O EN COMBINACIÓN				
Dextropropoxifeno	65 mg c/8 hrs	Cápsula	14 días	Aumentan sus efectos depresivos con alcohol y con los antidepresivos tricíclicos.
Tramadol-paracetamol	37.5 mg /325 mg a 75 mg / 650 mg cada 6 a 8 horas.	Tableta	14 días	Tríclicos, Inhibidores de la recaptura de serotonina, antipsicóticos, carbamazepina, warfarina
RELAJANTE MUSCULAR BENZODIAZEPINICOS				Efectos adversos
Diazepam	5-10 mg c/24 hrs	Tableta	7 días	Sedación, mareo, temblor, utilizar el menor tiempo posible. Posibilidad de desarrollo y dependencia
Clonazepam	2 mg c/24 hrs	Tableta	7 días	

ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS				Efectos adversos
<i>Amitriptilina</i>	25-50 mg día, 2-3 horas antes de acostarse	Tableta	3 meses	Estreñimiento, retención urinaria, sequedad de boca, visión borrosa, somnolencia, sedación, debilidad, cefalea, hipotensión ortostática.
<i>Imipramina</i>	75-150 mg día	Grageas	3 meses	Estreñimiento, retención urinaria, sequedad de boca, visión borrosa, somnolencia, menos efecto sedante, debilidad, cefalea, hipotensión ortostática.
INHIBIDORES DE RECAPTURA DE SEROTONINA				Efectos adversos
<i>Fluoxetina</i>	20 mg por la mañana, para depresión, para mejoría del dolor se requieren dosis altas 40-60 mg/d	Capsula o tableta 20 mg	3 meses	Se potencian efectos de digoxina y warfarina, incrementa el efecto de los depresores del sistema nervioso central
<i>Corhidrato de Sertralina</i>	50mg /día dosis máxima 200 mg	Capsula o tableta	3 meses	Aumenta efecto de warfarina, disminuye eliminación de diazepam y sulfonilureas, no se recomienda la administración con triptanos
AGONISTA DE RECEPTOR GABA				Efectos adversos
<i>Gabapentina</i>	300 a 600 mg c/8 hr	Capsula 300 mg	30 días	Aumenta el efecto de los depresores del sistema nervioso central como el alcohol, antiácidos con aluminio y magnesio disminuyen su biodisponibilidad
OTROS				Efectos adversos
<i>Tropicsetrón</i>	5mg/d	Cápsula	3-6 meses	Cefalea, diarrea y pérdida de apetito
<i>Pregabalina</i>	150 mg/d	Cápsula	8 semanas	Mareo. Somnolencia, euforia, boca seca, edema periférico, ganancia de peso

Cuadro 1. Resumen de las evidencias disponibles sobre las distintas terapias en fibromialgia

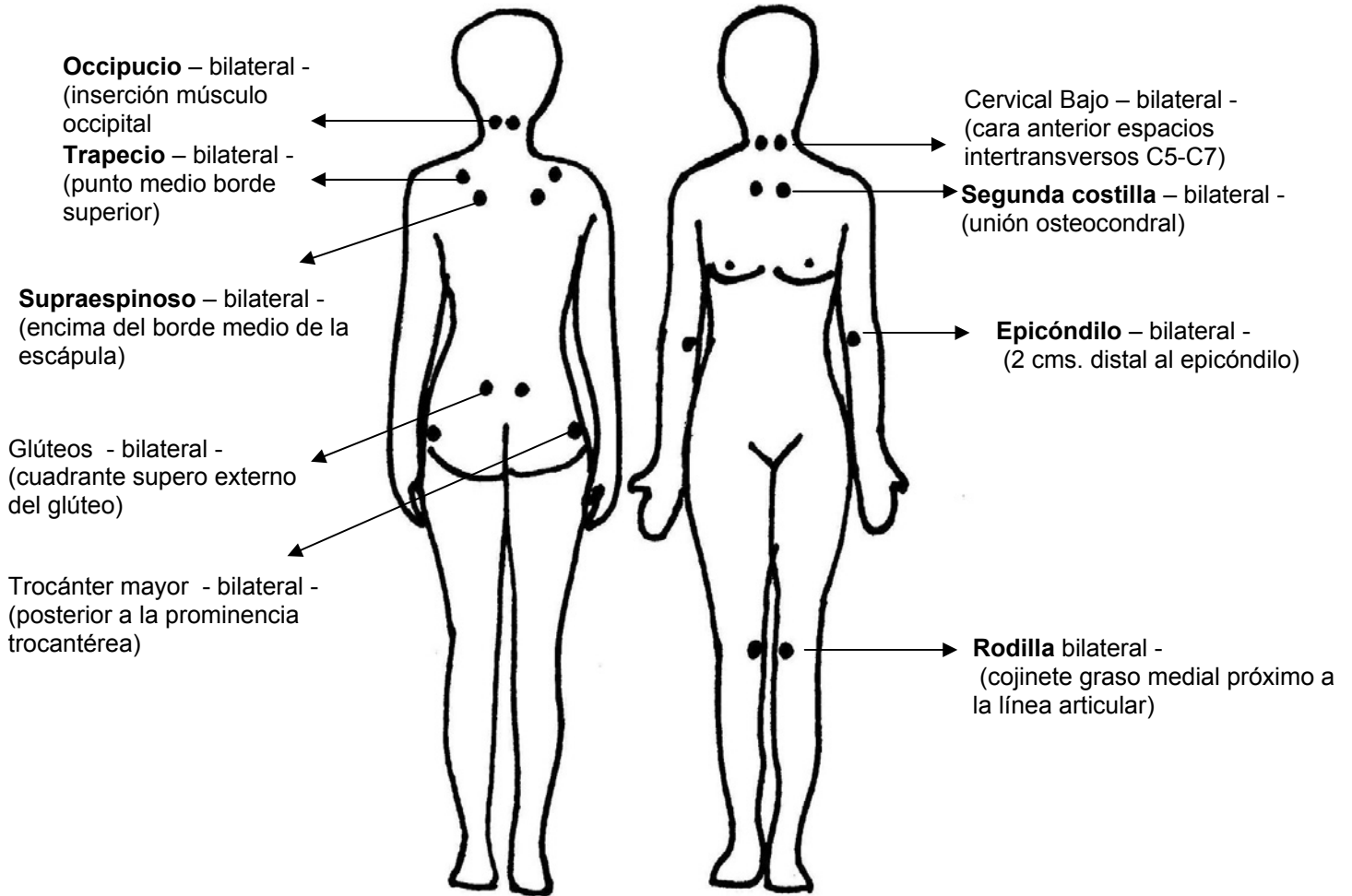
Tipo de evidencia	Intervención
Evidencia fuerte	Antidepresivos tricíclicos y ciclobenzaprina. Ejercicio aeróbico+ psicoterapia (impacto vital) Tratamiento psicológico (autoeficacia)
Evidencia moderada	Analgésicos (tramadol con o sin paracetamol), Inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (fluoxetina) Ejercicio aeróbico
Evidencia limitada o incongruente	Inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (citalopram) Inhibidores duales de recaptura de serotonina y noradrenalina (duloxetina, milnacipram). Topisetron, ritanserina, 5-hidroxitriptofano, pregabalina, oxibato sódico, hormona de crecimiento, Campos electromagnéticos, acupuntura, homeopatía, suplementos dietéticos
Ausencia de evidencia	AINEs Opioides mayores Benzodiacepinas S-adenosil metionina, esteroides, melatonina, dehidroepiandrosterona. Quiropraxia, osteopenia, ozonoterapia

Tomado de: Rivera J, Alegre C, Nishishinya M, et al. Evidencias Terapéuticas en Fibromialgia. I Simposio de Dolor en Reumatología. Reumatol Clin 2006, 2:S34-S37

CUADRO 2. RECOMENDACIONES DE EJERCICIO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

<i>Se recomienda repetir de 5 a 10 veces los siguientes ejercicios:</i>
<i>Acostado boca arriba, con las rodillas en semiflexión.</i>
Levantar el tronco del suelo.
<i>Levantar las piernas al aire, simultáneamente o alternativamente, llevando las rodillas hacia el pecho.</i>
<i>Hacer movimientos de las piernas en el aire como pedaleo, batidos, tijeras y círculos.</i>
Acostado boca abajo.
<i>Levantar la parte alta del cuerpo.</i>
<i>Después levantar las piernas del suelo.</i>
<i>Finalmente levantar estirados un brazo y la pierna contraria.</i>
Sobre rodillas y palmas.
<i>Levantar alternativamente un brazo y la pierna contraria estirados.</i>
<i>Levantar por el lado un brazo hasta apuntar con los dedos el techo. Hacer flexiones de los brazos acercando la cara al suelo.</i>
<i>Adelantar las manos en paralelo y estirar la espalda, haciendo flexiones hacia el suelo con el tronco.</i>

Localización de los 18 puntos hipersensibles establecidos por el Colegio Americano de Reumatología en los Criterios de Fibromialgia



7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ablin J, Neumann L, Buskila D. Pathogenesis of Fibromyalgia- A review. *Joint Bone Spine* 2008;75:273-279
2. Anderberg UM, Marteinsdottir I, von Knorring L, Citalopram in patients with Fibromyalgia – a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Eur J Pain* 2000;4:27-35
3. Arnold LM, Hess EV, Hudson JI, et al. A randomized, placebo-controlled. Double-blind, flexible-dose study of fluoxetine in the treatment of women with Fibromyalgia. *Am j Med* 2002;112:191-197
4. 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
5. Arnold LM. Biology and therapy of Fibromyalgia. *New therapies in fibromyalgia. Arthritis Res Ther* 2006;8:212
6. Bennett RM, Kamin M, Karin R, et al. Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibromyalgia pain: A double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Am J med* 2003;114:537-545
7. Buckhardt CS, Goldenberg D, Crofford L, et al Guideline for the management of fibromyalgia syndrome pain in adults and children Glenview (IL). *American Pain Society (APS);2005.109p*
8. Cardiel MH et al. Community Based Study to Estimate Prevalence, Burden of illness and Help Seeking Behavior in Rheumatic diseases in México city. A COPCPRD Study. *Clin Exp Rheumatol* 2002;20:617-24
9. Crofford LJ, Rowbotham MC, Mease PJ, et al. Pregabalin for the treatment of Fibromyalgia syndrome. Results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum* 2005,52:1264-1273
10. División Técnica de Información Estadística en Salud (DTIES). *Motivos de Demanda de Consulta Externa. Unidad de Investigación, Educación y Políticas de Salud. División de Prestaciones Médicas, IMSS 2007*
11. *EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome, 2008*
12. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420-2425
13. Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. *Med Clin (Barc)* 1996;107:377-382.
14. *Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia. Rehabilitación en dolor de espalda. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Colombia, 2006*
15. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. *JAMA* 1993; 270: 2096-2097
16. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ.* 2001; 323 (7308):334-336. [acceso 26 de junio de 2006]. Disponible en:<http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.
17. *Journal of Musculoskeletal Pain. University of Texas Health Science Center, San Antonio, TX, USA. (2002)*
18. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 1995;105:740-743
19. Martínez Lavin M. Biology and therapy of fibromyalgia. *Arthritis Res Ther* 2007;9:416
20. Monterde S, et al. Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rev Esp Reumatol* 2004;31(9):507-513
21. *Protocolo para el abordaje de la Fibromialgia en el ámbito de la atención primaria. Consenso, 2006. Gobierno de Aragón Departamento de Salud y Consumo.*

22. Rivera J, Alegre C, Ballina F, et al. Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la Fibromialgia. *Reumatol Clin* 2006, 2:S55-S66
23. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-72.
24. Staud Roland. Biology and therapy of Fibromyalgia: pain in Fibromyalgia syndrome. *Arthritis Res Ther* 2006;8: 208
25. The Fibromialgia Syndrome: A Clinical Case Definition for Practitioners. *Journal of Musculoskeletal Pain* 2003;11:1-118
26. Toffery JK, Jackson JL, O'Malley PG. Treatment of Fibromyalgia with cyclobenzaprine: A meta-analysis. *Arthritis rheum* 2004;51:9-13
27. University of Texas, School of Nursing, Family Nurse Practitioner Program. Fibromyalgia treatment guideline. Austin (TX): University of Texas, School of Nursing; 2005 May.13 p.
28. Wolf F, Smythe H, Yunus M, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicentre Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33:160-172

8. AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

NOMBRE	CARGO/ADSCRIPCIÓN
Srita. Laura Fraire Hernández	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Srita. Alma Delia García Vidal	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. Cecilia Esquivel González	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionada UMAE HE CMNR)
Lic. Uri Iván Chaparro Sánchez	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HO CMN S.XXI)

9. COMITÉ ACADÉMICO

**Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad/ CUMAE
División de Excelencia Clínica
Instituto Mexicano del Seguro Social/ IMSS**

Dr. Alfonso A. Cerón Hernández	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniestra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Encargado del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	
Dr. Antonio Barrera Cruz	
Dra. Aidé María Sandoval Mex	
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	Coordinadores de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	
Dr. Carlos Martínez Murillo	
Dra. Sonia P. de Santillana Hernández	
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Comisionadas a la División de Excelencia Clínica
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO

DIRECTORIO SECTORIAL Y DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh

Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares

Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin

Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza

Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad General

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno

Director de Prestaciones Médicas

Dr. Francisco Javier Méndez Bueno

Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. Alfonso Alberto Cerón Hernández

Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

Coordinadora de Áreas Médicas

11. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

	Presidenta
Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Innovación y Calidad	
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
Gral. Bgda. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante Secretaría de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado de Tabasco	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simón Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Secretario Técnico