

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

## Guía de Referencia Rápida

### Diagnóstico y Tratamiento de Fibromialgia en el Adulto

# GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo 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

## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

**M79.7 Fibromialgia**

**GPC**

**Diagnóstico y Tratamiento de fibromialgia en el Adulto**

**ISBN en trámite**

### 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.

### EVALUACIÓN INICIAL Y FACTORES DE RIESGO

- La atención integral de un paciente con FM, requiere de la participación de un equipo multidisciplinario, 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.
- Puede presentarse de forma aislada a otra enfermedad reumática (fibromialgia primaria) o bien estar asociada o coexistir con otra enfermedad, usualmente de índole inflamatoria, por ejemplo artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, síndrome Sjogren, entre otras (fibromialgia secundaria)
- Es importante destacar que 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
- En pacientes con bajo umbral al dolor se ha encontrado un desequilibrio neuromodulador del sistema nervioso central (requieren un menor estímulo para presentar dolor). 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
- El sexo femenino y una edad entre la cuarta y quinta década de la vida son factores de riesgo identificados para la presentación de fibromialgia. El riesgo de padecer fibromialgia entre familiares es 8.5 veces mayor que en la población general
- Es más frecuente en pacientes con algunos fenotipos genéticos (gen que regula la enzima catecol-O-metil- transferasa o el gen regulador de la proteína transportadora de serotonina)
- Algunos pacientes con mayor predisposición son aquellos que tienen antecedente de traumatismos, accidentes, infecciones, cirugías, estrés postraumático y laboral
- 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

## EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- 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
- 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
- Se recomienda dar una orientación y educación al paciente y su familia, enfatizando que la fibromialgia es una condición crónica que puede presentar exacerbaciones recurrentes que afectan la calidad de vida del paciente y su familia e incluso tiene importantes repercusiones en el aspecto económica y social
- Se debe informar sobre 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

## DIAGNÓSTICO CLÍNICO

- El diagnóstico de fibromialgia 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.
- 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)
- Un dato negativo para confirmar el diagnóstico, es la ausencia de artritis.
- 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
- 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

## INTERROGATORIO

- Se requiere de un interrogatorio y exploración física completa, que permita identificar 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
- 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 la identificación de síntomas comúnmente asociados (fatiga, sueño no reparador, ansiedad, parestesias, mareo, colón irritable, fenómeno de Raynaud, disautonomía, alteraciones neuroendocrinas, ginecológicas, entre otros).
- Otros síntomas asociados al dolor en Fibromialgia, incluyen:
- Neurológicas (hipo e hipertonia muscular, fasciculaciones, cefalea, disfunción temporomandibular, inestabilidad espacial y debilidad generalizada).
- Manifestaciones neuro-cognitivas (disminución en la concentración, afectación de la memoria de corto plazo, bradipsiquia, distracción).
- Fatiga
- Alteraciones del sueño (insomnio, sueño no reparador, despertar nocturno, mioclonos nocturnos, síndrome de piernas inquietas)

- Alteraciones autonómicas y neuroendocrinas (arritmias, hipotensión mediada neurológicamente, vértigo inestabilidad neuromotora, alteraciones respiratorias, colon irritable, pobre respuesta al estrés, labilidad emocional)
- 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

## EXPLORACIÓN

- La exploración física que el médico de primer nivel de atención debe realizar, implica una evaluación del sistema musculoesquelético, cardiovascular, neurológico y psicológico
- 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/cm<sup>2</sup>) (Sensibilidad de 88.4% y especificidad de 81.15)
- 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
- 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

## EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

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

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- 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
- 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
- La administración de antidepresivos tricíclicos promueve 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
- La administración de amitriptilina y fluoxetina reducen el dolor y mejoran la función del paciente con fibromialgia
- 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
- 
- 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
- Existe evidencia de que ciclobenzaprine 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
- 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 o ciclobenzaprine en dosis de 10-30 mg al acostarse
- Se recomienda vigilar la tolerabilidad de los antidepresivos tricíclicos, debido a los efectos anticolinérgicos, antiadrenérgicos, y antihistaminérgicos que produce en los pacientes
- Se recomienda el uso de antidepresivos benzodiazepínicos como segunda alternativa para alivio de los trastornos del sueño
- 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
- 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
- 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
- Con base en los ensayos clínicos realizados con duloxetine se recomienda vigilar los siguientes efectos adversos: boca seca, constipación, insomnio y náusea
- Se recomienda dosis bajas de benzodiazepinas como clonazepam para el tratamiento del espasmo muscular
- El ondasentrón 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. Sin embargo, no se puede recomendar el uso amplio de ondasentrón para el alivio del dolor en pacientes con fibromialgia, se requieren estudios prospectivos que demuestren su efectividad clínica
- La administración de antiinflamatorios no esteroides no es útil como terapia única para el tratamiento del dolor en pacientes con fibromialgia

- 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
- La administración de antiinflamatorios no esteroideos, incluyendo inhibidores de COX-2 y paracetamol, pueden proporcionar alivio del dolor, cuando se administran en conjunto con otros fármacos
- Existe evidencia de que la combinación de tramadol + paracetamol (comparado con placebo) produce una reducción en la severidad del dolor y mejoría en la calidad de vida, sin embargo produce: náusea, mareo, somnolencia, constipación y dependencia
- Se recomienda la administración de tramadol solo o en combinación con paracetamol para alivio del dolor
- Se recomienda el uso de opiodes como estrategia para el alivio del dolor, sólo después de agotar la repuesta de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos básicos recomendados
- Los esteroides no sólo no tienen efecto terapéutico, sino que están contraindicados en el manejo del paciente con fibromialgia
- 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
- Existe evidencia de que la administración de topiramato y pregabalina reducen el dolor. 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
- La administración de topiramato y pregabalina no puede recomendarse de forma general en el tratamiento de fibromialgia, ante la evidencia limitada de los estudios sobre su eficacia.

## TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- Deben emplearse estrategias de tratamiento no farmacológicas y farmacológicas en el manejo del paciente con fibromialgia
- 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
- 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
- Se deben incorporar terapia cognitivo- conductual para reducir el dolor, aumentar la autoeficacia y mejorar la función
- 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
- Antes de iniciar el tratamiento debe confirmarse el diagnóstico, explicar al paciente qué es la enfermedad, ya que la educación del paciente es crítica en la atención integral del paciente
- Existe evidencia de que un programa de ejercicio individualizado, incluyendo ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento puede ser benéfico en algunos pacientes con fibromialgia
- Se debe fomentar realizar ejercicio aeróbico moderadamente intenso (60-75% de la frecuencia cardíaca 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. Se recomienda evitar los ejercicios que induzcan dolor. Esto es especialmente importante en el subgrupo de individuos que tienen hiper movilidad articular
- 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
- Se sugiere recomendar a los pacientes desarrollar ejercicios de fortalecimiento muscular dos veces por semana y mantener el ritmo de ejercicio para conservar la mejoría inducida por el mismo
- No se recomienda el uso de aislado de terapias alternativas en el tratamiento de pacientes con fibromialgia. Hay evidencia de que la terapia de relajación, rehabilitación, fisioterapia y soporte psicosocial puede emplearse con base en las necesidades individuales del paciente
- El empleo de acupuntura y las técnicas de masaje proporcionan alivio paliativo de corta duración
- Se pueden ofrecer tratamientos como: hipnosis y bio-retroalimentación, acupuntura, manipulación quiropráctica o masaje terapéutico como estrategias de ayuda para el alivio del dolor
- Se sugiere enfatizar en la higiene del sueño como parte del plan de tratamiento empleando técnicas farmacológicas y no farmacológicas

## Algoritmos

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

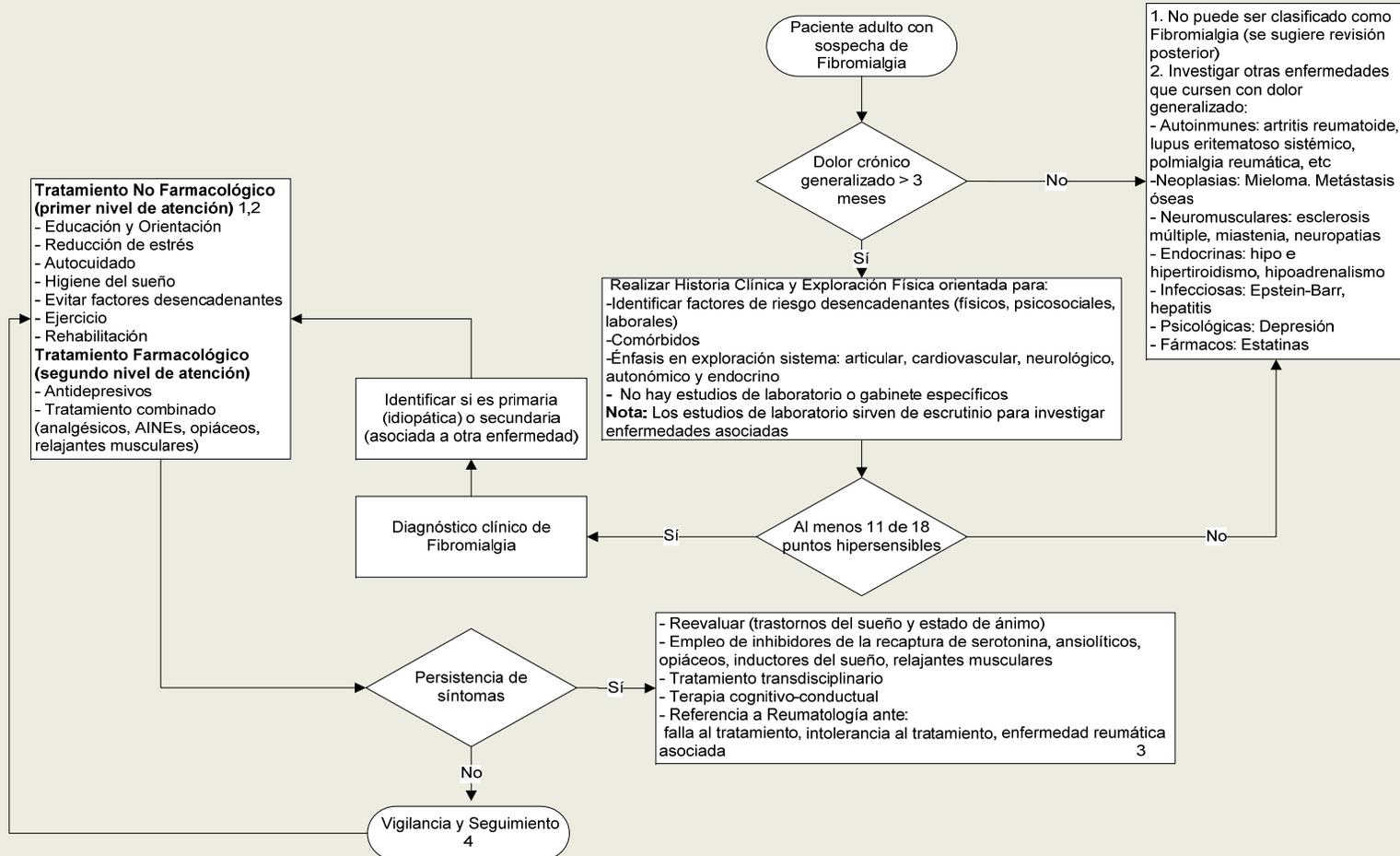


Figura 1. Localización de los 18 puntos hipersensibles establecidos por el Colegio Americano de Reumatología en los Criterios de Fibromialgia

