

Nucleo cmp FORTE

RESTORING CONNECTIONS

Tratando el origen del problema

- Regenerando la vaina de mielina
- Restableciendo el impulso nervioso
- Mejorando la inflamación de la zona afectada



Fibromialgia

-nuevos criterios para su diagnóstico-

Dr. Miguel Albanese

Médico Reumatólogo. Mutualista Hospital Evangélico.
Ex Presidente de la Sociedad Uruguaya de Reumatología.
Integrante de GEOSUR



Resumen: La fibromialgia es una patología crónica y compleja que provoca dolor muscular generalizado que puede llegar a ser invalidante, se asocia a un mal descanso nocturno y fatigabilidad, afecta las esferas biológica, psicológica y social de los pacientes.

Un dificultad añadida es el hecho de que sus criterios diagnósticos únicamente son clínicos y su etiopatogenia todavía no ha sido aclarada, lo que dificulta aún más su estudio y por supuesto su abordaje terapéutico.

Se presentan las últimas guías diagnósticas para su incorporación a la práctica clínica como una herramienta útil y concreta para facilitar el abordaje de la fibromialgia.

Palabras clave: Fibromialgia, síntomas cardinales, guía diagnóstica.

Abstract: Fibromyalgia is a chronic and complex pathology that provokes muscular pain which may become invalidant, associated to a badly night rest and fatigue that affects the biological, psychological and social environment of the patients.

The fact that its diagnostic criteria is only clinical, and that its aetiopathogenesis has not yet been clarified. This makes very difficult the study and therapeutical approach of the disease. In this pages we give the 2010 guides which can help for an accurate clinical diagnosis.

Keywords: Fibromyalgia, cardinal symptoms, diagnostic guide.

Breve reseña histórica

“Un problema en la consulta diaria del médico, un tormento permanente en la vida del paciente”

Históricamente la fibromialgia o “reumatismo tisular” como la denominaban los autores alemanes se conoce desde hace más de 150 años (Frioriep, 1843) ⁽¹⁾

En 1904, Gowers acuñaría el término “*fibrositis*” para describir este cuadro de dolor de origen muscular, que pensaba se debía a cambios inflamatorios en la estructura fibrosa muscular ⁽¹⁾.

A finales de los años treinta aparecieron dos términos relacionados “*Síndrome miofascial*” (Travell y Simons) y “*reumatismo psicógeno*” (Boland) y es a partir de aquí cuando se define el punto gatillo o “triggerpoint” como un hallazgo característico ⁽¹⁾.

El concepto “fibromialgia” (FM) se acuñó en la década de los setenta gracias a los estudios de Smythe y Moldofsky ⁽²⁾, que describieron un cuadro caracterizado por **dolor crónico** de origen musculoesquelético con la existencia de lugares específicos en donde el umbral del dolor es más bajo (< 4 kg) que en los controles, que llamarían “**puntos dolorosos**”, asociándolos a una alteración de la fase 4 del sueño.

En 1990 se establecieron los criterios diagnósticos por el Colegio Americano de Reumatología lo que permitió por fin, establecer un diagnóstico más certero, mejorar los estudios y avanzar en el tratamiento de estos pacientes ⁽³⁾.

En 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Declaración de Copenhague reconoce la fibromialgia como una enfermedad y la tipifica con el código M79.0 en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10), ⁽⁴⁾ y en 1994 también la reconoce la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) clasificándola con el código X33.X8a ⁽⁵⁾.

En 1994, Yunus englobó a la fibromialgia dentro de los síndromes disfuncionales junto a otras patologías como *el síndrome de intestino irritable, el síndrome de fatiga crónica, el síndrome de piernas inquietas, la cefalea tensional*, etc., ya que todos estos síndromes presentan características clínicas comunes y responden a los agentes serotoninérgicos o noradrenérgicos, proponiendo entonces como hipótesis la existencia de una disfunción neuroendocrina-inmune (alteraciones de neurotransmisores y hormonas) estableciendo un nexo común entre todas ellas ⁽⁶⁾.

En 1999, SimonWessely incluye esta patología en el término genérico de síndromes somático funcionales (SSF), basado en la fuerte asociación que presentan los síntomas somáticos

o el estrés emocional, presentando todas ellas una serie de elementos comunes, incluso se señalan factores psicosociales (Barsky y Borus, 1999) que los caracterizan⁽⁷⁾.

Prevalencia

La fibromialgia afecta del 2 al 4 % de la población con una prevalencia que ha aumentado dramáticamente desde los años 90, cuando la American College of Rheumatology (ACR) publica los nuevos criterios de clasificación y utiliza el término de *fibromialgia*.⁽³⁾

La prevalencia de la fibromialgia en el consultorio de Reumatología llega al 10% de la consulta, con una afectación de 8 mujeres por 1 varón, con una edad de aparición entre los 25 y los 65 años, con una edad media de 49 años. Si bien es más común en el individuo añoso, también puede verse en la infancia, aunque este diagnóstico es remoto por debajo de los 7 años. Hay un riesgo 8 veces mayor de esta patología entre familiares consanguíneos.^(8,9)

En Uruguay hay cerca de 100.000 personas con fibromialgia.

Definición

El síndrome de *fibromialgia* está caracterizado por *dolor crónico difuso*, con la presencia de múltiples puntos dolorosos.

Se suele acompañar de fatiga, sueño no reparador, depresión, ansiedad y otros síntomas como: dolores de tórax, palpitaciones, cefaleas, náuseas, vómitos, dolores abdominales, síndrome de intestino irritable, dismenorrea, dolores pélvicos difusos, pérdida inexplicable o ganancia de peso.

Por todo esto es que muchas veces es necesario descartar otras patologías antes de realizar el diagnóstico positivo.

Abordaje Clínico

“Doctor, Usted es una nueva esperanza a mi sufrimiento, hace meses que vengo padeciendo y nadie encuentra algo digno de tratar en mí...”
“a esta altura no se si estoy realmente enferma, ni yo lo sé...”

Esta es una realidad a la que frecuentemente se ven enfrentados quienes se dedican al tratamiento de las afecciones del aparato locomotor.

El paciente con un síndrome fibromiálgico necesita primero ser entendido, que sienta que se cree en su padecimiento, que realmente su patología existe. Debe lograrse que crea en el médico, para luego intentar direccionar el abordaje terapéutico multidisciplinario que esta afección requiere.

El tema de la fibromialgia siempre genera controversias en el ambiente médico, y las discusiones van desde una simple forma de depresión, otra forma de histeria, una entidad creada por la industria, a la iatrogenia del diagnóstico, etc.

Sin duda la enfermedad existe y cuanto más precoz sea la intervención terapéutica mejor será el pronóstico. Muchas veces hay dificultades diagnósticas, pero debe ser reconocida y tratada en su justa medida.

La fibromialgia es una entidad de *diagnóstico solamente clínico* en donde la paraclínica, que muchas veces se utiliza, genera costos innecesarios y en todo caso descarta diagnósticos diferenciales.

Se destacan en esta presentación conceptos de la clínica, los criterios diagnósticos clásicos y las nuevas guías diagnósticas para que sean de utilidad para el médico del primer nivel de atención que se ve enfrentado a esta patología, cada vez más frecuente en su práctica profesional.

Características Clínicas de Fibromialgia ^{(10) (11)}

De acuerdo a lo señalado por Wolfé⁽¹⁰⁾, así como Schochat y Raspe⁽¹¹⁾, son elementos clínicos característicos de la fibromialgia:

Síntomas cardinales:

- Dolor generalizado,
- puntos gatillo (sensibles a baja presión).

Manifestaciones características

(observadas en más del 75 % de los pacientes):

- Fatiga,
- sueño no reparador,
- desórdenes del sueño,
- entumecimiento matinal.

Manifestaciones frecuentes

(en más del 25% de los pacientes):

- Trastornos psicológicos (ansiedad, depresión),
- colon irritable,
- fenómeno de Raynaud,
- cefaleas,
- inflamación subjetiva (reportada por el paciente pero no detectada por el observador),
- parestesias,
- impotencia funcional,
- sensibilidad sintomática por ej. al frío o al stress.

Dolor

El dolor es el síntoma capital. Puede estar localizado o universalmente extendido en el cuerpo. Presenta una duración de por lo menos 3 meses y es resistente a tratamientos con esteroides o antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y agravado muchas veces por el frío, la fatiga y el stress.

El dolor en la presentación difusa es predominantemente *axial* afectando las regiones cervicocapular y lumboglútea. Puede aparecer también en articulaciones periféricas en cualquier región, en cualquier momento, incluso simulando un efecto pseudoinflamatorio que puede confundir por el corto envaramiento matinal.

En alguna oportunidad puede presentarse como una historia de dolor lumbar que luego se universaliza.

El dolor es una queja muchas veces difícil de interpretar. Se lo define como urente, con desasosiego, “como una llaga”, con un ritmo diario no muy claro y que en el día puede cambiar de ubicación, y empeora francamente con el intento de cualquier actividad física.

Muchas veces es de aparición espontánea, sin una causa precipitante y con una evolución insidiosa con frecuentes

agravaciones paroxísticas. Muchos pacientes relatan tensión muscular como si estuvieran “*atados con nudos*”.

Otra de las características del dolor es su aparición al más mínimo contacto, refiriendo que “*hasta las caricias me despiertan dolor*”.

Son muy comunes en el cuadro de estos pacientes, otras situaciones de dolor como cefaleas, migraña, dolor torácico no cardíaco, dismenorrea y síndrome de intestino irritable.

Fatiga

La fatiga es queja muy común en estos pacientes y es el segundo síntoma en frecuencia. Puede aparecer sin que tengan una depresión establecida. Suele ser peor en las primeras horas de la mañana, a veces se asocia con mínimo esfuerzo físico o mental y dificulta cualquier actividad.

Su severidad varía en general y es menos invalidante que en el síndrome de fatiga crónica, aunque muchos de los pacientes tienen su actividad de vida diaria sensiblemente disminuida por este motivo.

Sueño no reparador

El sueño no reparador es un síntoma de extrema importancia y hay que buscarlo pues los pacientes no lo relatan. En las estadísticas más del 65 % de los pacientes lo padecen. El sueño es descrito como liviano, entrecortado y básicamente no reparador. Las personas “*no se sienten descansadas*” luego de una noche entera de dormir con

Criterios diagnósticos de la fibromialgia ACR 1990⁽¹⁶⁾

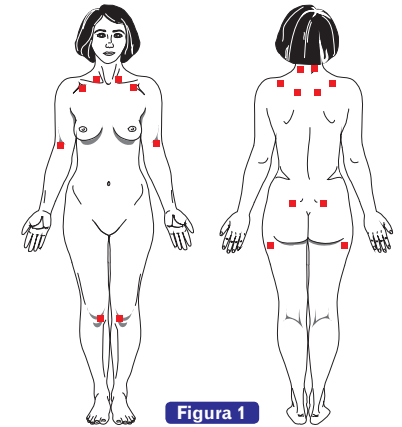


Figura 1

- Dolor difuso generalizado y crónico, de más de 3 meses de duración, en los cuadrantes del cuerpo, en ambos lados del cuerpo, por encima y debajo de la cintura y el esqueleto axial.
- Dolor en 11 de los 18 puntos sensibles cuando se aplica una presión de 4 Kg/cm²

Contra el dolor y la fiebre...

Matydol[®]

Paracetamol

Analgésico - Antipirético

- Fiebre.
- Dolor de cabeza.
- Dolores musculares.
- Dolores articulares.
- Dolor de muelas.
- Dolor de espalda.

Llévate siempre **Matydol[®]**

indexpharma

Boquerón 676 c/ Misiones - Tel.: +595 21 203 860
www.indexpharma.com.py

la consecuente sensación de fatiga, cansancio y astenia matinal para abordar las tareas cotidianas.

Muchos pacientes se mantienen gran parte del día con somnolencia y se sienten muy flojos sobre todo aquellos que presentan apnea del sueño (*tener presente esta asociación si el paciente manifiesta ser un roncadador fuerte*).

Otra causa de sueño no reparador es el *síndrome de pierna inquieta* que se puede observar hasta en un 30 % de los pacientes, lo que provoca sensación implacentera dolorosa y con calambres en la noche con los resultados negativos sobre el descanso.

Depresión y ansiedad

La depresión y la ansiedad están presentes en el 50 % de los pacientes. Puede instalarse como consecuencia del sufrimiento doloroso crónico, pero también en algunos pacientes puede ser el prólogo del cuadro de dolor crónico sugiriendo que el dolor es consecuencia de la tristeza.

La depresión a menudo es acompañada de fatiga, altos scores de dolor y pobre calidad del sueño.

Siempre se debe buscar sensaciones de tristeza, de desesperanza o vacío, o falta de interés, incluso pensamientos suicidas, lo que motiva la consulta psiquiátrica urgente. Recordar que la ansiedad frecuentemente ocurre con depresión en el paciente con FM.

La ansiedad puede desarrollar muchos de los síntomas que existen en la enfermedad como el dolor muscular, la rigidez articular y de movimientos, síntomas que muchas veces son peores previo al diagnóstico dada la frustración que produce la sintomatología no resuelta. En casos severos podemos observar verdaderas crisis de ataques de pánico.

Los síntomas asociados con la ansiedad incluyen *vértigos, aturdimiento, mareos, suspiros, sudoración, disfagia, palpitaciones, hormigueos, etc.*

Problemas cognitivos

Dentro de los síntomas se incluyen problemas de memoria, incapacidad para concentrarse en las actividades, en retener nueva información, dificultades en las tareas aritméticas y problemas en la resolución de nuevas tareas. Tiene mayor impacto en aquellas personas cuyo trabajo es mental, con el stress que esta discapacidad le agrega. Estos problemas cognitivos frecuentemente llevan a tener problemas en el normal cuidado del hogar.

Entumecimiento matinal

Los pacientes con fibromialgia con frecuencia manifiestan envaramiento matinal. Su duración es variable y muchas veces puede llevar a confusión con otras patologías que presentan dolor y entumecimiento de manos y pies como sucede en la Poliartritis reumatoidea. En la FM no se encuentran evidencias de sinovitis.

Trastornos digestivos

Los problemas digestivos son frecuentes, casi 1/3 de los pacientes presentan cuadros de colitis crónica o de intestino irritable. Son comunes los episodios de náuseas, vómitos,

distensión y dolor abdominal. También son frecuentes episodios de estreñimiento asociado, al igual que la diarrea al intestino irritable.

Trastornos urogenitales

Son muy comunes como la dismenorrea, urgencia miccional, incontinencia y dolor pélvico difuso.

Desórdenes vasomotores

Los desórdenes vasomotores son comunes, como la acrocianosis rememorando un síndrome de Raynaud, acroparestesias o síndrome de túnel carpiano y livedo-reticulares en miembros inferiores.

Dolores dentales

Se encuentran también presentes en la FM.

Examen físico

El examen físico es fundamental para el diagnóstico. Va a permitir confirmar la sospecha diagnóstica y descartar probables enfermedades sistémicas, por lo tanto un examen clínico lo más completo posible debe ser la regla.

Diagnóstico diferencial de Fibromialgia

Enfermedades reumáticas
Polimiositis y dermatomiositis
Polimialgia reumática
Lupus eritematoso sistémico
Artritis reumatoide
Síndrome de Sjögren
Enfermedades musculares
Miopatías inflamatorias
Miopatías de causa metabólica
Enfermedades endocrinometabólicas
Hipotiroidismo
Hipertiroidismo
Hiperparatiroidismo
Insuficiencia suprarrenal
Enfermedades infecciosas
Enfermedad de Lyme
Síndrome postviral (Epstein-Barr, VIH)
Enfermedades neurológicas
Enfermedad de Parkinson
Miastenia gravis
Síndrome miasteniformes
Enfermedades neoplásicas
Enfermedad metastásica/paraneoplásica
Enfermedades psiquiátricas
Síndrome depresivo
Trastorno por somatización
Síndrome de fatiga crónica
Síndrome miofascial

Tabla 1

Score 1 WPI

Cintura escapular izquierda	
Cintura escapular derecha	
Brazo superior izquierdo	
Brazo superior derecho	
Brazo inferior izquierdo	
Brazo inferior derecho	
Nalga izquierda	
Nalga derecha	
Pierna superior izquierda	
Pierna superior derecha	
Pierna inferior izquierda	
Pierna inferior derecha	
Mandíbula izquierda	
Mandíbula derecha	
Pecho, tórax	
Abdomen	
Cuello	
Espalda superior	
Espalda inferior	

Tabla 2

SS Score Parte 1

Fatiga	
0	No ha sido un problema
1	Leve, intermitente
2	Moderado presente casi siempre
3	Grave: persistente, grandes problemas
Sueño no reparador	
0	No ha sido un problema
1	Leve, intermitente
2	Moderado presente casi siempre
3	Grave: persistente, grandes problemas
Trastornos cognitivos	
0	No ha sido un problema
1	Leve, intermitente
2	Moderado presente casi siempre
3	Grave: persistente, grandes problemas

Tabla 3

El diagnóstico de fibromialgia se hará si el paciente satisface los criterios diagnósticos:

- Índice de dolor generalizado (WPI) mayor o igual a 7 y puntuación de gravedad de síntomas (SS) mayor o igual a 5 o WPI entre 3 y 6 y SS mayor o igual a 9.
- Los síntomas han estado presentes a un nivel similar durante por lo menos 3 meses.
- El paciente no tiene una patología que pueda explicar el dolor.

Score 1. WPI (Widespread Pain Index)

Cuenta el número de áreas que ha marcado, asignando 1 punto por cada área y anótelas aquí.

Observará que el valor WPI oscila entre 0 y 19.

En el paciente con FM se debe controlar el paso, el rango de movimientos articulares y eventuales deformaciones.

El hallazgo de una marcada debilidad muscular, así como sinovitis, reflejos osteotendinosos apagados, deben orientar al encare de otras patologías.

Tender points, hiperalgesia y alodinia

El hallazgo de múltiples *puntos gatillo* es típico de esta afección. Cuando con un estímulo o presión no muy intenso aplicado sobre una parte del cuerpo se experimenta dolor desproporcionado, podríamos estar ante un paciente con FM.

El paciente con FM tiene reducida la capacidad de resistencia al dolor, provocándolo situaciones inocuas *-alodinia-*. Si el estímulo es más fuerte el paciente con FM experimenta una sensación mayor de dolor *-hiperalgesia-*.

Criterios diagnósticos clásicos de fibromialgia

Historia de dolor generalizado

Definición: el dolor es considerado generalizado cuando hay dolor en el lado derecho e izquierdo del cuerpo y dolor por encima y por debajo de la cintura, además debe haber dolor en

Score 2. Índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score – SS Score)

SS-Parte 1 (Tabla 3)

Indique la gravedad de sus síntomas durante la semana pasada, utilizando las siguientes escalas, que se puntúan del 0 (leve) al 3 (grave):

Observará que el valor SS-Parte 1 oscila entre 0 y 9.

SS-Parte 2 (Tabla 4)

Si tiene 0 síntomas, su puntuación es 0; entre 1 y 10, su puntuación es 1; Entre 11 y 24, su puntuación es 2; 25 o más, su puntuación es 3.

Observará que el valor SS-Parte 1 oscila entre 0 y 3.

Suma de su puntuación

SS-Parte 1		SS-Parte 2		
	+		=	

Compruebe que la puntuación se encuentre entre 0 y 12 puntos.

SS Score Parte 2

Marque cada casilla que corresponda a un síntoma que ha sufrido durante la semana pasada.

Dolor muscular	Pitidos al respirar: Sibilancias
Síndrome de Colon irritable	Fenómeno de Raynaud
Fatiga/Agotamiento	Urticaria
Problemas de comprensión o memoria	Zumbidos en los oídos
Debilidad muscular	Vómitos
Dolores de cabeza	Acidez de Estómago
Calambres abdominales	Aftas orales
Entumecimiento/ Hormigueos	Pérdida o cambios en el gusto
Mareos	Convulsiones
Insomnio	Ojo seco
Depresión	Respiración entrecortada
Estreñimiento	Pérdida de apetito
Dolor en la parte alta del abdomen	Erupciones / Rash
Nauseas	Intolerancia al Sol
Ansiedad	Trastornos auditivos
Dolor torácico	Moretones frecuentes (hematomas)
Visión borrosa	Caída del cabello
Diarrea	Micción frecuente
Boca seca	Micción dolorosa
Picores	Espasmos vesicales

Tabla 4

esqueleto axial (columna cervical, o región anterior del tórax, o columna dorsal, o parte inferior de la espalda).

En esta definición el dolor de hombro y nalga se considera dentro de dolor del lado derecho o izquierdo del cuerpo. Dolor en parte baja de la espalda se considera como dolor del segmento inferior.^(17,18,19,20)

Dolor en 11 de 18 puntos sensibles a la palpación digital

Definición: dolor a la palpación digital que debe estar presente en al menos 11 de los 18 puntos sensibles siguientes:

- **Occipital:** A nivel bilateral, en las inserciones del músculo suboccipital.
- **Cervical inf.:** bilateral, en las porciones anteriores de los espacios interapofisarios transversos de C5- C7.
- **Trapezio:** bilateral, en la mitad del borde superior.
- **Supraespinoso:** bilateral, en su origen, encima de la espina de la escápula cercano al borde medial.
- **2ª costilla:** bilateral, en la 2ª unión costo-condral, justamente lateral en relación a las uniones de las superficies localizadas por encima.
- **Epicóndilo lateral:** bilateral, 2 cm distal a los epicóndilos.
- **Glúteo:** bilateral, en el cuadrante supero-externo de nalga, en el pliegue anterior del músculo.
- **Trocánter mayor:** bilateral, posterior a la prominencia trocánterea.

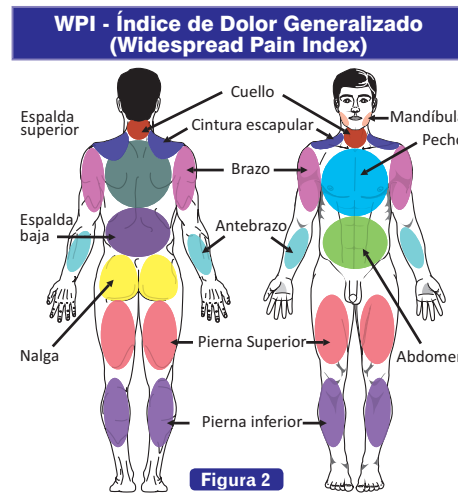


Figura 2

El paciente con FM tiene reducida la capacidad de resistencia al dolor, provocándolo situaciones inocuas -alodinia-. Si el estímulo es más fuerte el paciente con FM experimenta una sensación mayor de dolor -hiperalgesia-.

- **Rodilla:** bilateral, en la bolsa adiposa medial próxima a la línea articular. (Ver Figura 1)

La palpación digital debería llevarse a cabo con una fuerza aproximada de 4 kg para que el punto sensible pueda ser considerado positivo, el paciente tiene que indicar aquella palpación que es dolorosa. Sensible no debe ser considerada dolorosa.

El paciente con fibromialgia debe cumplir ambos criterios. El dolor generalizado debe estar presente **por lo menos 3 meses**. La presencia de una segunda enfermedad clínica no excluye el diagnóstico de FM.

Diagnóstico diferencial

Siempre antes de hacer diagnóstico de fibromialgia se debe tener presente otras entidades. En la *Tabla 1* se presentan los diagnósticos diferenciales que siempre se deben plantear.

Nuevos criterios diagnósticos para fibromialgia (2010)⁽²¹⁾

En mayo del 2010 el Colegio Americano de Reumatología publicó nuevos criterios de diagnóstico de fibromialgia que complementan a los clásicos utilizados, ya que con estos aproximadamente un 25 % de los pacientes quedaban fuera del diagnóstico.

Este nuevo cambio **no** requiere que se cuenten los puntos dolorosos.

En este modelo se contemplan otros síntomas hasta ahora no ponderados y se utilizan 2 scores mediante los cuales se completa el diagnóstico y se evalúa su severidad^(22,23):

- **WPI (Widespread Pain Index)** y
- **SSS (Symptom Severity Scale)**

Todos estos datos serán recabados por reumatólogo y todos los síntomas se valoran si estuvieron presentes en la última semana, incluso se evalúa si el paciente está tomando medicación.

WPI: Widespread Pain Index

El Score 1, WPI, evalúa el número de áreas en las que el paciente ha tenido dolor en la última semana. El valor debe estar entre 0 y 19. Las 19 áreas a evaluar se describen en la *Figura 2*.

SS Score: Symptom Severity Score

El Score 2, SS Score, consta de dos partes:

Parte 1 del Score SS

Evalúa 3 síntomas y para cada uno se elige el nivel de gravedad de la semana pasada, en función de la escala y se le asigna un puntaje (Ver *Tabla 3*):

- **Fatiga,**
- **Sueño no reparador y**
- **Síntomas cognitivos.**

El puntaje asignado es el siguiente, con un valor máximo de 9:

- 0 = Sin problemas.
- 1 = Leve: casi siempre leve o intermitente.

- 2 = Moderado: produce problemas considerables, casi siempre presente a nivel moderado.
- 3 = Grave: persistente afectación continua. Gran afectación de la calidad de vida.

Parte 2 del Score SS

Considera los síntomas somáticos en general, evaluando si el paciente presenta los síntomas que se describen en la *Tabla 4*. De acuerdo a la cantidad de síntomas constatados, se asigna un puntaje según la siguiente escala:

- 0 = Asintomático (0 Síntomas)
- 1 = Pocos síntomas (entre 1 y 10)
- 2 = Número moderado de síntomas (entre 11 y 24)
- 3 = Un gran cúmulo de síntomas (25 o más)

El SS Score es la suma de la gravedad de los tres síntomas: *fatiga, sueño no reparador y síntomas cognitivos* (parte 1), más la valoración de los síntomas somáticos (parte 2).

La puntuación debe estar entre 0 y 12.

Tablas para el diagnóstico de Fibromialgia

Requieren que el paciente coloque una cruz sobre cada área en la que ha sentido dolor durante la semana pasada, teniendo en cuenta que no debe incluir dolores producidos por otras enfermedades que sepa que sufre, p.e. artritis, lupus, artrosis, tendinitis.

Conclusiones

Debido a su elevada prevalencia, la fibromialgia debe ser considerada un problema sanitario de primera magnitud. Dado que su diagnóstico es exclusivamente clínico, se espera que la revisión de los síntomas principales que integran el cuadro clínico, junto con los criterios clásicos y los nuevos criterios publicados en 2010, puedan ser una herramienta útil en la práctica clínica diaria.

Recibido: 10/09/13

Aprobado: 11/10/13

Bibliografía

- Villanueva VL, Valía JC, Cerdá G, Monsalve V, Bayona MJ, de Andrés J. Fibromialgia: diagnosis and treatment. Current knowledge. Rev Soc Esp Dolor 2004;11:430-443.
- Smythe HA, Moldofsky H. Two contributions to understanding of the "fibrositis" syndrome. Bull Rheum Dis 1977;28:928-31.
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum 1990;33:160-72.
- Consensus Document on Fibromyalgia: The Copenhagen Declaration (1993). Journal of Musculoskeletal Pain. Vol. 1. Nueva York: The Haworth Press Inc., 1993
- Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms. 2th ed. Seattle: International Association for Study of Pain (IASP Press), 1994.
- Yunus MB. Fibromyalgia syndrome: clinical features and spectrum. En: Pillemer SR, ed. The fibromyalgia syndrome: current research and future directions in epidemiology, pathogenesis, and treatment. Nueva York: Haworth Medical Press, 1994. p. 23-9.
- Martínez E, González O, Crespo JM. Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos. Salud Global. 2003; 3(4):2-7.
- Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russel JJ, Hebert L, White KP, Speechley M, Marti M, Ostbye T. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population- Arthritis and Rheumatism 1995;38:19-28.
- White KP, Speechley M, Mati M, Ostbye T. The London Fibromyalgia Epidemiology Study: the prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. J Rheumatol. 1999;26:1570-6.
- Wolfe F. Fibromyalgia: the clinical syndrome. Rheum Dis Clin North Am. 1989;15:1-18.
- Schochat T, Raspe H. Elements of fibromyalgia in an open population. Br J Rheumatol. 1994;33:783-6.
- De Felipe García Bardona V, Castel Bernal B, Vidal Fuentes J. Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. Reumatol Clin. 2006;2:38-43.
- María José Escudero-Carretero, Noelia García-Toyos, María Angeles Prieto-Rodríguez, Olivia Pérez-Corral, Joan Carles March-Cerdá, Manuela López-Doblas. Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud. Estudio de investigación cualitativa. Reumatol Clin. 2010;6:16-22.
- Avellaneda Fernández A, Pérez Martín A, Izquierdo Martínez M, Arruti Bustillo M, Barbado Hernández FJ, de la Cruz Labrador J, et-al. Chronic fatigue syndrome: aetiology, diagnosis and treatment. BMC Psychiatry. 2009;9(Suppl 1):S1.
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Fibromyalgia. Arthritis Rheum 1990;33:160-172.
- De Andrés J, Monsalve V. Diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia. En: Diagnóstico y tratamiento en Patología Reumática 2001. p. 159-77.
- Carmona L. Revisión sistemática: ¿el diagnóstico en sí de fibromialgia tiene algún efecto deletéreo sobre el pronóstico? Reumatol Clin. 2006;2:52-7.
- Yunus MB. A comprehensive medical evaluation of patients with fibromyalgia syndrome. Rheum Dis Clin N Ame. 2002;28:201-217.
- Mease P. Fibromyalgia Síndrome: review of clinical presentations pathogenesis, outcome measures and treatment. Journal of Rheumatology 2005;75: (6):21.
- Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American college rheumatology preliminary diagnostic criteria for Fibromyalgia and Measurement of symptom severity. Arthritis Care & Research 2010; 62: 600-610.
- Joaquín Esteve-Vives, Javier Rivera, Miguel A Vallejo. Evaluación de la capacidad funcional en fibromialgia. Análisis comparativo de la validez de constructo de tres escalas. Reumatol Clin. 2010;6:141-4.
- Rubén Fernández García, José Damián Suárez Holgado, Israel Formejes Ortiz, Félix Zurita Ortega, Matías Valverde Cepeda, Manuel Fernández Sánchez. Utilización de un programa con láser en pacientes diagnosticados de fibromialgia. Reumatol Clin. 2011;07:94-7.

Sertal[®]

COMPUESTO

EL ANTIESPASMÓDICO PARA TODA LA FAMILIA



El más prescrito



- Efecto rápido, seguro y sostenido
- Mayor potencia antiespasmódica y analgésica
- Elevada eficacia en niños y ancianos
- Óptima tolerancia

Pensando en el valor de la salud...

Para mayor información comunicarse a nuestras oficinas en Paraguay
Teléfonos: 595 21 210 779 (RA)
Pitiantuta Nº 613 esquina Juan de Salazar, Asunción

Su receta es fundamental

Medicamentos confiables y accesibles

ROEMMERS
CONCIENCIA POR LA VIDA