

DOCUMENTO DE CONSENSO DE LA SER SOBRE
TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA

El estrés puede actuar como desencadenante de la **Fibromialgia**

La fibromialgia es una de las enfermedades que más insatisfacción causa a los profesionales y a los pacientes en su abordaje terapéutico. Debido a ello la Sociedad Española de Reumatología, ha elaborado un documento de consenso donde se analizan los diversos aspectos de la enfermedad, epidemiología, factores que predisponen a la enfermedad y la desencadenan, aspectos psicológicos, familiares, sociales y laborales, costes sanitarios, incapacidades y tratamientos, tanto farmacológicos como psicológicos y terapias alternativas.

“Con este documento pretendemos dar un soporte a los reumatólogos de nuestra sociedad para enfrentarse a este síndrome multisintomático señalan los coordinadores del documento de consenso, los doctores Cayetano Alegre, del Hospital Universitario Val d’Hebrón de Barcelona y Javier Rivera, del Instituto Provincial de Rehabilitación de Madrid.

Se calcula que en nuestro país están afectadas más de 700.000 personas, con una prevalencia mucho mayor en la mujer que en el hombre (9 a 1). Por ahora no se conocen el origen ni los mecanis-

mos por los que actúa la fibromialgia (FM).

HIPÓTESIS E INDICIOS DE ETIOLOGÍA

Existen indicios de que algunos fenotipos genéticos son más frecuentes en los enfermos con FM, como es el caso del gen que regula la expresión de la enzima catecol-o-metil-transferasa o el gen regulador de la proteína transportadora de serotonina.

Algunos grupos de pacientes tienen una serie de factores comunes que pudieran actuar como predisponentes para la aparición de la FM. Tal es el caso de antecedentes de situaciones traumáticas en la infancia o trastorno de ansiedad, estos últimos con una base genética claramente demostrada. Aunque se

las situaciones de estrés postraumático, tanto de índole físico como psicológico. El estrés laboral puede contribuir a la aparición de la FM

ha intentado demostrar la existencia de una personalidad bien definida en los pacientes con FM, los estudios no han sido concluyentes.

En muchos pacientes el cuadro clínico de la FM aparece de forma brusca después de algunos acontecimientos: accidentes de tráfico, infecciones, cirugías mayores y, en general, las situaciones de estrés postraumático, tanto de índole físico como psicológico. El estrés laboral puede contribuir a la aparición de la FM

MECANISMOS PATOGENÉTICOS

En cuanto a los mecanismos patogénicos, se ha investigado en varios campos. Según los autores, se han encontrado diversas alteraciones morfológicas y funcionales en biopsias de músculo y de tejidos blandos en estos pacientes. Sin embargo, los hallazgos hasta la actualidad son bastante inespecíficos. También se han observado alteraciones del eje hipotálamo hipofiso adrenal (HHA) que se acompañan de múltiples trastornos endocrinos.

La disfunción del sistema nervioso autónomo, puesta de manifiesto mediante las alteraciones en la variabilidad de la frecuencia cardíaca, es un hallazgo mucho más

consistente y reproducible.

Los datos más recientes sugieren que en los pacientes con FM existe una alteración de los mecanismos de procesamiento del dolor probablemente debida a un desequilibrio en los neuromoduladores del sistema nervioso central.

Según los autores del consenso, uno de los hallazgos más consistentes en los estudios sobre la FM ha sido un incremento de la sustancia

P en líquido cefalorraquídeo. La presencia de este péptido favorece la transmisión de los estímulos dolorosos a través de facilitar la estimulación de las vías dolorosas por otros neurotransmisores.

También se han hallado alteraciones en la concentración, precursores o metabolitos de otros neurotransmisores cerebrales como serotonina, noradrenalina, encefalina, ácido gama amino butírico. En la

actualidad el significado de estas alteraciones centran la mayor parte de investigaciones sobre su origen.

La FM es una afección crónica en la que el dolor persiste, generalmente sin cambios, a lo largo de muchos años y que además produce un gran impacto sobre la calidad de vida, la capacidad funcional, estado emocional, relaciones personales ... En la actualidad no existe ninguna prueba analítica o exploración complementaria que permita hacer una clasificación de los pacientes con fibromialgia según el grado de afectación. Sin embargo, existen instrumentos de evaluación disponibles para la valoración de diversos aspectos del paciente con fibromialgia (consultar página www.ser.es).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El conocimiento que el paciente adquiera sobre su enfermedad, el tratamiento farmacológico, la realización diaria de ejercicio físico moderado y la terapia psicológica, son los principios básicos del tratamiento en estos pacientes. La utilización de fármacos está dirigida a la mejoría de aspectos parciales de la FM, y no a la curación de la misma. En la actualidad no existe ningún medicamento aprobado por la Agencia Europea del Medicamento o la FDA americana para el tratamiento de la FM.

Una afección crónica en la que el dolor persiste, generalmente sin cambios, a lo largo de muchos años y que además produce un gran impacto sobre la calidad de vida



En la actualidad no hay ningún fármaco aprobado por la Agencia Europea del Medicamento o la FDA americana para el tratamiento de la FM

Basándonos en la revisión sistemática realizada por los revisores de la SER, pasamos revista a los fármacos más utilizados y al grado de evidencia disponible sobre su uso.

■ Analgésicos y antiinflamatorios

No existe ninguna evidencia de la eficacia de los antiinflamatorios en el tratamiento de la FM. Existe una evidencia débil en la actualidad sobre la eficacia del derivado opiáceo tramadol para el control del dolor en la FM. No existe ninguna evidencia de la eficacia de los opioides mayores.

■ Relajantes musculares

La ciclobenzaprina, a dosis bajas, ha mostrado utilidad en la mejoría del dolor y el sueño, pero su efecto se atenúa con el paso del tiempo.

■ Antidepresivos tricíclicos

este tipo de fármacos, a corto plazo, produce una mejoría clínica

significativa hasta en el 30% de los pacientes. La mejoría es moderada en el dolor, calidad del sueño y sensación de bienestar, leve en la sensación de fatiga y mínima en el número de puntos dolorosos. No existen diferencias entre la amitriptilina y la nortriptilina.

■ Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

Fármacos como la fluoxetina son útiles para tratar los síntomas depresivos, pero apenas son eficaces para el tratamiento del dolor si no existe depresión asociada, lo cual sugiere que el efecto noradrenérgico es tan importante como el serotoninérgico en el tratamiento de estos pacientes. En este sentido, los inhibidores duales de la recaptación de serotonina y noradrenalina, como la venlafaxina, minalcipram y duloxetina, parece que son

más eficaces que los inhibidores selectivos. La combinación de fluoxetina y amitriptilina, también ha mostrado cierto efecto analgésico.

■ Otros fármacos

Hay un gran número de fármacos de diversa índole estructural como los antagonistas de los receptores 5HT₃, hormona de crecimiento, oxibato sódico, calcitonina, melatonina, ketamina, gabapentina, interferon γ , s-denosil-metionina 5-hidroxitriptofano, etc...), que no han demostrado hasta la fecha una eficacia que avale su uso en la FM. Recientemente, otro ECA con pregabalina ha mostrado también su superioridad frente al placebo.

RECOMENDACIONES DE LA SER

La SER recomienda utilizar los siguientes fármacos y a las dosis expuestas, como fármacos de elección para tratar las principales manifestaciones de los pacientes con FM. (V. tabla a pie de página)

Según el documento de consenso, es importante racionalizar al máximo el uso de fármacos, en especial si presentan efectos centrales, ya que los síntomas como el cansancio, inestabilidad, mareos, dificultad de concentración y trastornos de memoria pueden exacerbarse con estos fármacos. Es común que se atienda a pacientes polimedicados sin que el propio paciente ni el profesional que lo trata puedan discernir su utilidad y sí la extrema dificultad que entraña el eliminarlos.

El ejercicio aeróbico, en cualquiera de sus modalidades (natación, bicicleta, ejercicios en el suelo, danza, etc.), ha mostrado en ensayos clínicos un efecto beneficioso por sí mismo en el síntoma dolor, la salud mental en términos generales, el grado de ansiedad y el impacto global que la enfermedad produce sobre la vida del paciente.

El objetivo del tratamiento psicológico es controlar los aspectos emocionales de ansiedad y depresión, cognitivos, comportamentales y

Fármacos recomendados por la SER

	DOSIS	HORARIO
ANALGÉSICOS		
Paracetamol	1 gr	6-8 hr
Tramadol	50 mg	8 hr
Paracetamol + Tramadol	350 mg/12.5 mg	6-8 hr
INDUCTORES DEL SUEÑO/RELAJANTES		
Amitriptilina	25-50 mg	noche
Ciclobenzaprina	10-30 mg	noche (ttos. cortos)
Zolpidem	10 mg	noche (ttos. cortos)
Zopiclona	7,5 mg	noche (ttos. cortos)
ANTIDEPRESIVOS		
Fluoxetina	20-40 mg	mañana
ANSIOLÍTICOS		
Alprazolam	1 mg	12-24 hr
Otras benzodiazepinas	variable	variable



Los doctores Cayetano Alegre, del Hospital Universitario Val d'Hebrón de Barcelona y Javier Rivera, del Instituto Provincial de Rehabilitación de Madrid.

sociales que agravan el cuadro clínico de estos pacientes.

El tratamiento cognitivo-conductual es la intervención psicológica que ha demostrado una mayor eficacia para el tratamiento de la ansiedad y la depresión, el dolor crónico, el dolor inflamatorio y la FM. Existe un grado fuerte de evidencia de que los tratamientos combinados de tratamiento psicológico y ejercicio físico reducen el impacto global que la FM produce en la vida de los pacientes.

Algunos estudios muestran la eficacia del tratamiento multidisciplinar en pacientes con FM. Sin embargo, en una revisión sistemática no se ha podido encontrar una buena evidencia sobre la eficacia de dicha estrategia, aunque los propios autores reconocen no haber hallado ningún ensayo clínico de alta calidad, lo que merma considerablemente el grado de evidencia disponible.

No obstante, parece lógico pensar, señalan los autores del consenso, que la combinación de varias de las modalidades terapéuticas disponibles para el tratamiento de estos pacientes debe ser superior al uso de cualquiera de ellas en solitario. En este sentido, proponemos como tratamiento básico en los pacientes con FM una combinación de ejercicios físicos, terapia cognitivo-conductual y tratamiento farmacológico a base de analgésicos, amitriptilina a dosis bajas y relajantes musculares.

En cuanto a las medicinas complementarias, algunos estudios existentes sobre acupuntura, homeopatía y masajes, en la actualidad no se pueden obtener conclusiones sobre la eficacia de estas modalidades terapéuticas en los pacientes con FM.