

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Gestión del conocimiento y calidad. Medicina basada en la evidencia

Evaluación y abordaje de la fibromialgia. Actualización de las evidencias científicas

20/06/2019

Jesús Vicente García González. Facultativo Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Jefe de Servicio de Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Sanidad

INTRODUCCIÓN

En el año 2017 la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) ha publicado un Informe analizando y actualizando las evidencias científicas en torno al abordaje de la fibromialgia (FM). Se trata de una actualización, con el objetivo de incorporar la evidencia actual y mantener la vigencia de un informe previo publicado en 2011 (AQuAS 2011) que fundamentó un documento de consenso más amplio desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

A pesar de que se considera a la fibromialgia como la causa principal de dolor crónico, afectando de forma significativa la salud y la calidad de vida de las personas que la padecen, existen múltiples lagunas de conocimiento, tanto en sus aspectos epidemiológicos (prevalencia), etiología, mecanismos desencadenantes y abordaje clínico. En este aspecto, se menciona la dificultad para establecer un correcto diagnóstico diferencial con otras patologías similares, ante la imposibilidad de objetivar la clínica mediante las pruebas complementarias, y una valoración condicionada por el grado de dolor subjetivo de la persona.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

En cuanto a su prevalencia se estima que el dolor crónico (incluyendo el dolor musculoesquelético y articular, dolor de cuello y espalda, dolor a causa de una neoplasia, dolor postraumático y postquirúrgico y cefalea crónica) afecta al 20% (10-55%) de la población. Dentro de este, la FM es una de las principales causas de dolor crónico. La prevalencia global de la FM es del 2,7%, tomando datos de 26 estudios en todo el mundo. La prevalencia media es de 3,1 % en las Américas, 2,4 % en Europa y 1,4 % en Asia.

En España, la prevalencia puntual fue del 2,4 % (IC 95% 1,5 a 3,2). La FM es más prevalente en mujeres que en hombres (4,2 y 0,2 %, respectivamente), con una OR para las mujeres de 22,5, principalmente en el

intervalo de 40 a 49 años, en personas mayores de 50 años, en sujetos con bajo nivel de educación y bajo nivel socioeconómico, y en los que viven en áreas rurales. La FM se acompaña de otras comorbilidades, como el colon irritable, depresión, ansiedad, ataques de pánico y trastornos de estrés postraumático.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los criterios de clasificación American College of Rheumatology 1990 (ACR 1990), basados en un examen de puntos dolorosos se considera que constituía en realidad una barrera, ya que rara vez se realizaban en la atención primaria, donde se diagnostican el mayor número de casos de FM, y cuando éstos son valorados por un médico de familia o generalista, frecuentemente son valorados en forma incorrecta. Muchos médicos desconocen cómo realizar el examen de los puntos dolorosos o, simplemente, omiten el procedimiento. En consecuencia, en la práctica, el diagnóstico de FM ha sido fundamentalmente un diagnóstico basado en la sintomatología referida por los pacientes. Esto ha dado lugar a los nuevos criterios diagnósticos de FM propuestos por el ACR 2010. A diferencia de los criterios previos de 1990, los de la ACR 2010 no consideran el recuento de puntos dolorosos como elemento fundamental del diagnóstico de FM y únicamente contemplan la valoración cuantitativa del dolor generalizado y de otras manifestaciones de la FM como cansancio, sueño no reparador, síntomas cognitivos y síntomas orgánicos. Para medir la intensidad del dolor y de otros síntomas característicos de la FM, se proponen dos tipos de escala: Índice de dolor generalizado (número de áreas en las que el paciente ha tenido dolor durante la última semana) y Escala de gravedad de síntomas para cada uno de los tres síntomas (fatiga, sueño no reparador, y síntomas cognitivos). La puntuación obtenida en ambas escalas, junto a la presencia de los síntomas durante al menos 3 meses, y la inexistencia de otra patología que pueda explicar el dolor, permite determinar si un paciente cumple con los criterios diagnósticos sobre la presencia de FM.

Se considera que este nuevo método clasifica correctamente el 88,1% de los casos diagnosticados por los criterios del ACR 1990 y, dado que fundamentalmente se basan en la información aportada por los pacientes, no requiere del examen físico y no necesita un entrenamiento especializado del observador, se adapta muy bien al campo de la Atención Primaria de la salud.

Respecto al diagnóstico de FM en población infantil, no se han encontrado estudios que evalúen o propongan nuevos criterios específicos para esta población.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Con respecto a las pruebas diagnósticas recomendadas por las Guías de Práctica Clínica (GPC), todas ellas coinciden en que no existen pruebas de laboratorio ni biomarcadores disponibles para el diagnóstico de la FM. En consecuencia, la base del diagnóstico sigue siendo la historia clínica junto con la evaluación física y pruebas de laboratorio básicas para descartar otras patologías. Para una mayoría de los pacientes, el diagnóstico puede establecerse en el nivel de la Atención Primaria, debiéndose limitar la participación del nivel de la atención especializada (reumatología, neurología o endocrinología) para situaciones donde exista una razonable sospecha de otras patologías que puedan confundirse con FM o bien cuando el tratamiento presenta desafíos particulares. En este sentido, las guías evaluadas enfatizan que el diagnóstico de FM puede coexistir con otras patologías somáticas o trastornos mentales, por lo que recomiendan la evaluación activa de síntomas de ansiedad y depresión como parte de la evaluación inicial, o el cribado de trastornos mentales y su remisión a especialista en caso positivo o de afrontamiento maladaptativo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL INFORME

El informe ha identificado la evidencia más actual sobre la FM, y la ha contrastado con las recomendaciones formuladas en el informe AQuAS 2011. Esto ha permitido identificar aquellas recomendaciones que siguen vigentes, y aquellas que serían susceptibles de ser modificadas a la luz de la nueva evidencia, pese a lo cual, la evidencia identificada a fecha de mayo de 2016 es de calidad metodológica variable siendo el volumen de evidencia limitado. Cabe destacar también la incertidumbre existente alrededor de esta patología, derivada de su controvertida definición y clasificación, que se manifiesta por la falta de consensos internacionales y guías de práctica clínica actuales que integren la evidencia existente con el criterio experto de los profesionales que atienden a las personas con FM. Igualmente, se manifiesta por la falta de estudios de calidad que proporcionen evidencia robusta sobre las limitadas opciones terapéuticas disponibles. Todos estos factores dificultan el establecimiento de pautas de valoración de la patología, y hacen necesario el llamamiento a una mayor investigación y un mayor nivel de discusión y consenso en el área.

Es por ello que no se han observado nuevas evidencias convincentes sobre el diagnóstico, pruebas complementarias y el tratamiento efectivo de este amplio conjunto de síntomas agrupados en la fibromialgia. En consecuencia, al no haberse producido avances relevantes y significativos en el conocimiento de las causas de esta enfermedad y en su tratamiento, las recomendaciones de los anteriores documentos publicados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - MSSSI (MSPSI 2011) y AQuAS (AQuAS 2011) mantienen su vigencia.

Se mantienen las recomendaciones relativas al tratamiento multidisciplinar (la combinación de ejercicio físico, estrategias de intervención cognitivo conductual y fármacos en el tratamiento de pacientes con FM, ya que se ha demostrado eficaz en el manejo del dolor y en la mejora de la calidad de vida y la capacidad física). También se sigue recomendando la educación del paciente como parte del tratamiento de la FM, en combinación con otras intervenciones basadas en el ejercicio terapéutico. Existe evidencia suficiente para recomendar las intervenciones psicológicas para la FM a corto y largo plazo (Terapia cognitivo conductual). Su eficacia es comparable al efecto a corto plazo del tratamiento farmacológico. Los efectos de los tratamientos psicológicos son pequeños, pero robustos comparado con otros tipos de tratamientos.

Se recomiendan programas de ejercicio físico aeróbico (o cardiovascular) de bajo impacto o programas mixtos (combinando ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento muscular), con una intensidad inicial baja y adaptados a las características de los pacientes y la evolución de la enfermedad. En cambio en el nuevo informe se modifica la recomendación anterior respecto al ejercicio físico en piscina de agua caliente ya que no existe ahora suficiente evidencia para recomendar la balneoterapia como tratamiento de rutina de la FM. Tampoco existe, en el nuevo informe, suficiente evidencia para recomendar la incorporación rutinaria de la vibroterapia como parte de un programa de ejercicios.

En cuanto al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedad moderada-grave que no responden a ejercicio y medidas educacionales, se recomienda añadir tratamiento con antidepresivos (especialmente, amitriptilina, duloxetina o pregabalina) para tratar los síntomas, comenzando con dosis bajas. No hay suficiente evidencia para recomendar la gabapentina en el tratamiento del dolor en FM. Hay moderada evidencia sobre el efecto beneficioso del tramadol para el manejo del dolor como fármaco único o combinado con el paracetamol. Respecto a este último, aunque no hay ningún ECA comparado con placebo que analice la eficacia del paracetamol en FM, parece razonable la utilización de este fármaco por razones de tolerancia y seguridad. No se recomiendan los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) administrados en solitario para el tratamiento de los síntomas de la FM por falta de evidencia sobre su efecto beneficioso. Pueden ser útiles como adyuvantes analgésicos cuando se combinan con antidepresivos tricíclicos, ciclobenzaprina o benzodiacepinas. No se recomiendan los glucocorticoides para el tratamiento de los síntomas de la FM por falta de evidencia sobre su efecto beneficioso, y se alerta que, en tratamientos continuados, la aparición de efectos secundarios es frecuente. No hay suficiente evidencia para recomendar la lidocaína inyectable para el tratamiento de los síntomas de FM ni para recomendar los opioides mayores, la ketamina, y el cannabis.

En el nuevo informe se modifica la recomendación anterior respecto Fluoxetina ya que no se recomienda su uso como único fármaco. También en pacientes con FM y depresión no respondedores a antidepresivos tricíclicos, se sugiere la terapia combinada con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina - ISRS (como fluoxetina) o un IRSN (inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina) junto con dosis bajas de amitriptilina. En cuanto a otros inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, existe evidencia limitada de que la venlafaxina parece ser moderadamente efectiva para el tratamiento de la FM, con buena tolerabilidad. Por su bajo coste, podrían ser una alternativa a otros antidepresivos más caros, pero se necesitan más estudios de calidad.

En cuanto a otros tratamientos, no hay evidencia para recomendar la ozonoterapia para el tratamiento de los síntomas la FM. Los métodos de relajación utilizados de forma aislada con el único objetivo de controlar el dolor no han demostrado eficacia. No hay todavía suficiente evidencia científica para recomendar la hipnosis, la imaginería guiada o la intervención mediante escritura. Igualmente no es posible recomendar la acupuntura como tratamiento en pacientes con FM, ya que la evidencia sobre su posible efecto beneficioso sobre el dolor no es concluyente. No hay suficiente evidencia para recomendar el tratamiento quiropráctico y el masaje, el reiki, el qijong, la homeopatía, los suplementos dietéticos y nutricionales, el Taichi, las Técnicas de cinesiterapia dirigida (ejercicio terapéutico), el láser, la termoterapia, la estimulación nerviosa transcutánea (TENS), los ultrasonidos, la magnetoterapia y los tratamientos bioeléctricos.

Bibliografía:

La propia del Informe original

Palabras clave:

fibromialgia
epidemiología
criterios diagnósticos
pruebas complementarias
terapia

Autores:

Nishishinya Aquino B, Requeijo Lorenzo C, Roqué Fíguls M, Salas Gama K, UrrútiarnCuchí G. Evaluación y abordaje de la fibromialgia. Actualización de las evidencias científicas. Barcelona.rnMinisterio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de

Catalunya.rnDepartament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017 (Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias)

Nº:9 de 2019