



# **FIBROMIALGIA**

## **Tratamiento**

***Dr. Antonio Collado***

# ¿Cual es el Tratamiento de la Fibromialgia?

---

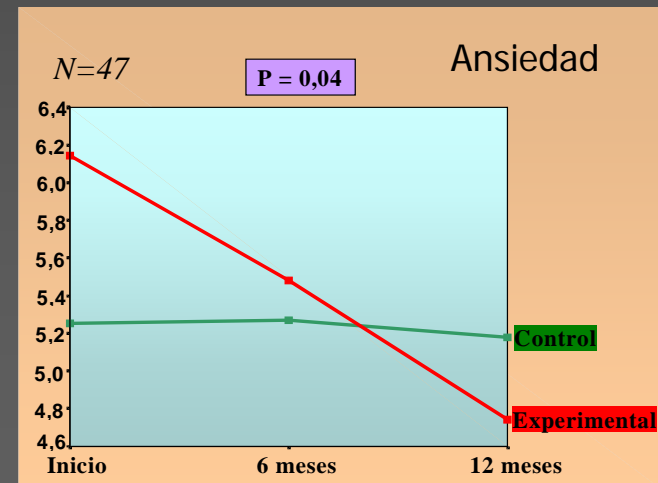
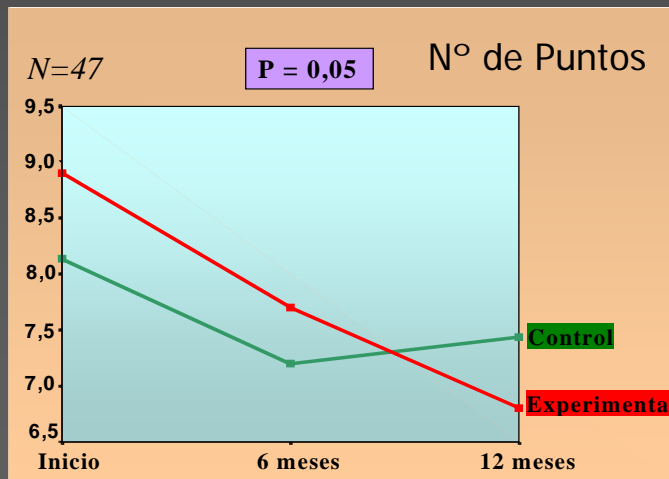
- *No disponemos de un tratamiento definitivo, pero con un tratamiento adecuado es posible obtener beneficios significativos.*
- *El Tratamiento debe sustentarse en las siguientes áreas:*
  - **Educacional:** *Conocimiento sobre la Enfermedad*
  - **Farmacológica:** *Tratamiento de los síntomas*
  - **Rehabilitadora ó Física:** *Recuperación de la condición física*
  - **Psicológica:** *Mejora del estado emocional y Control de los estresores relacionados con el dolor*
  - **Ocupacional:** *Abordaje de las dificultades funcionales*
- *El tratamiento debe ser individualizado y precoz*

# Relación Médico-Paciente y Fibromialgia

## Atención Comunicativa Centrada en el Paciente

- Aquella en la que el médico intenta comprender no sólo la naturaleza física de la dolencia, sino también al propio paciente, y el significado que la dolencia tiene para él.
- Aquella en la que médico y paciente buscan llegar a acuerdos sobre el problema y el plan de actuación.
- Aquella en la que se ofrece una información adaptada a las necesidades reales del paciente

*Ruiz Moral et al. Fam Pract 2001;18:60-3*



*Muñoz M, Ruiz Moral R, Pérula T. Pat Edu Couns 2002;48:23-31*

# EDUCACIÓN

No dramatizar sobre la enfermedad ni su evolución, aportando expectativas positivas y potenciar la colaboración del paciente con la terapia. Se recomienda dar respuesta en estas cinco preguntas:

- ¿Qué es la Fibromialgia?
- ¿Cómo se diagnostica?
- ¿Qué se conoce de esta enfermedad?
- ¿cuál es su tratamiento?
- ¿cuál es su evolución i pronostico?

Es recomendable que en la entrevista, en los casos mas afectados esté presente la familia.

- **TRATAMIENTO EDUCACIONAL:** *La explicación de la naturaleza de la Fibromialgia es fundamental para un óptimo tratamiento. El paciente debería conocer entre otras cosas:*
  - *Anatomía y Fisiología Corporal y su relación con el dolor*
  - *Definición y Mecanismos de Dolor en la Fibromialgia*
  - *Utilización de Fármacos*
  - *Relación entre Estrés y Dolor. Factores de riesgo*
  - *Biomecánica corporal, Ergonomía y Actividades*
  - *Actividad Laboral y Discapacidad en la Fibromialgia*
  - *Evolución de la Fibromialgia*
  - *El papel de la familia frente al dolor*
  - *etc.....*

# TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Tratamiento con *Diferentes Fármacos*:
  - Dirigidos a mejorar la función
  - Dirigidos a reducir los síntomas (Dolor, Fatiga, Alteración del Sueño, Disautonomía, Estado de Animo)
  - Iniciar muy bajas dosis e incrementar lentamente
  - Revisión de la medicación y retiradas periódicas ó cíclicas
- Tratamiento de los *Síntomas asociados*
- Tratamiento de los *Generadores periféricos del dolor* ( puntos gatillo, bursitis, tendinitis, artrosis, artritis, dolor visceral, dolor neuropático, .....)

# Fármacos utilizados

## Dolor:

Amitriptilina, Doxepin, Duloxetina, Minalcipran  
Tramadol, Pregabalina, Pramipexole

A veces: Paracetamol o AINEs, Gabapentina

Experimentales: Anti-NMDA, anti 5-HT<sub>3</sub>,

## Fatiga:

Experimentales: Modifilina, Sales Minerales

## Sueño:

Aantihistamínicos: Hidroxicina

Hipnóticos: Zolpidem, Zopiclona

Benzodiazepinas: Clonazepam

Relajantes Musculares: Ciclobenzaprina, arisoprodol, Tizanidina  
Baclofeno

## Disautonomía:

Propanolol, Oxibutinina, Disapiramida

## Estado de Animo:

IRSS y IRSN(Fluoxetina, Sertralina, Venlafaxina, etc...),

Otros síntomas: Carbidopa, Clonazepam, Gabapentina, Alprazolam, etc..

# Ensayos Terapéuticos

## **TREATMENT OF FIBROMYALGIA WITH CYCLOBENZAPRINE: A META-ANALYSIS**

Jeanne K. Tofferi,<sup>1</sup> Jeffrey L. Jackson,<sup>2</sup> And Patrick G. O'malley<sup>1</sup> *Arthritis & Rheumatism*  
*Vol. 51, No. 1, February 15, 2004, pp 9–13*

**ANTIDEPRESSANT TREATMENT OF FIBROMYALGIA: A META-ANALYSIS AND REVIEW.** Arnold  
LM, Keck PE Jr, Welge JA *Psychosomatics* 2000;41:104-13.

## **A RANDOMIZED, DOUBLE-BLIND, PLACEBO-CONTROLLED TRIAL OF DULOXETINE IN THE TREATMENT OF WOMEN WITH FIBROMYALGIA WITH OR WITHOUT MAJOR DEPRESSIVE DISORDER**

Lesley M. Arnolda,\* , Amy Rosenb, Yili Lu Pritchettb, Deborah N. D'Souzab, David J. Goldsteinc, Smriti Iyengarb,  
Joachim F. Wernicke *Pain* 119 (2005) 5–15

## **A DOUBLE-BLIND PLACEBO-CONTROLLED TRIAL OF MILNACIPRAN IN THE TREATMENT OF FIBROMYALGIA**

Vitton O, Gendreau M, Gendreau J, Kranzler J, Rao SG *Hum Psychopharmacol.* 2004 Sep 20;19(S1):S27

**A RANDOMIZED, DOUBLE-BLIND, PLACEBO-CONTROLLED TRIAL OF PRAMIPEXOLE, A  
DOPAMINE AGONIST, IN PATIENTS WITH FIBROMYALGIA RECEIVING CONCOMITANT  
MEDICATIONS** Andrew J. Holman and Robin R. Myers *Arthritis & Rheumatism* Vol. 52, No. 8,  
*August 2005, pp 2495–2505*

# Ensayos Terapéuticos

**OPERANT BEHAVIORAL TREATMENT OF FIBROMYALGIA: A CONTROLLED STUDY**

*Thieme K, Gromnica-Ihle E, Flor H. Arthritis Rheum 2003;49(3):314-20*

**EXERCISE FOR TREATING FIBROMYALGIA SÍNDROME. (COCHRANE REVIEW).** Busch A,  
Schachter CL, Peloso PM, Bombardier C. *En: The Cochrane Library, issue 1, 2003. Oxford:Update Software.*

**A RANDOMIZED CONTROLLED CLINICAL TRIAL OF EDUCATION AND PHYSICAL TRAINING FOR WOMEN WITH FIBROMIALGIA** *Burckhardt C y cols ... J Rheumatol 1994; 21:4: 714-720*

# TERAPIA FISICA

## \* *Ejercicio Físico:*

- *Los ejercicios aeróbicos son superiores a los de flexibilización.*
- *Ejercicio de alto esfuerzo puede ser mal tolerado*
- *Utilizar Programas de acondicionamiento progresivo (Programas ejercicio cardiovascular 70% max FC)*
- *Evidencia Moderada Fuerte de que los ejercicios producen mejora del dolor, salud mental y calidad de vida.*
- *No evidencia de que empeore las manifestaciones clínicas*

## • *Terapia Pasiva*

- *Ultrasonido de puntos tender*
- *TENS , Masoterapia*

## • *Biofeedback*



Pain 118 (2005) 176–184

---

---

**PAIN**

---

---

[www.elsevier.com/locate/pain](http://www.elsevier.com/locate/pain)

## Isometric exercise has opposite effects on central pain mechanisms in fibromyalgia patients compared to normal controls

Roland Staud<sup>a,\*</sup>, Michael E. Robinson<sup>b</sup>, Donald D. Price<sup>c,d</sup>

<sup>a</sup>*Departments of Medicine, McKnight Brain Institute, University of Florida, Gainesville, FL 32610-0221, USA*

<sup>b</sup>*Clinical and Health Psychology, McKnight Brain Institute, University of Florida, Gainesville, FL 32610-0221, USA*

<sup>c</sup>*Departments of Oral and Maxillofacial Surgery, McKnight Brain Institute, University of Florida, Gainesville, FL 32610-0221, USA*

<sup>d</sup>*Neuroscience, McKnight Brain Institute, University of Florida, Gainesville, FL 32610-0221, USA*

Received 17 February 2005; received in revised form 6 June 2005; accepted 8 August 2005

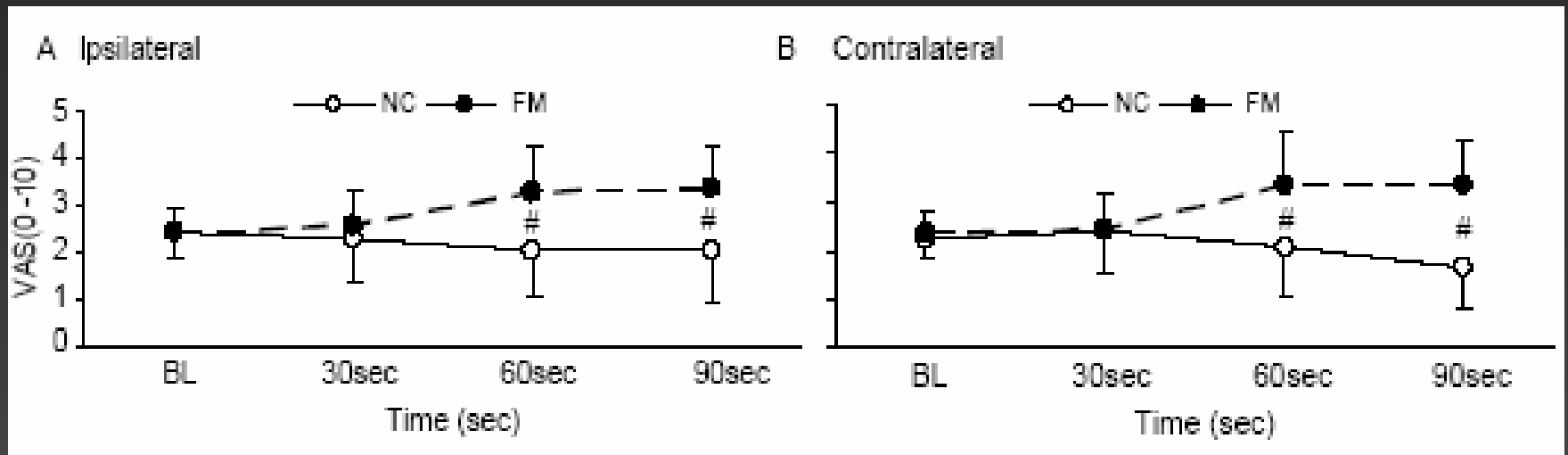


Fig. 1. Effects of Isometric Hand Grip Exercise on Thermal Pain Ratings of NC and FM Subjects.

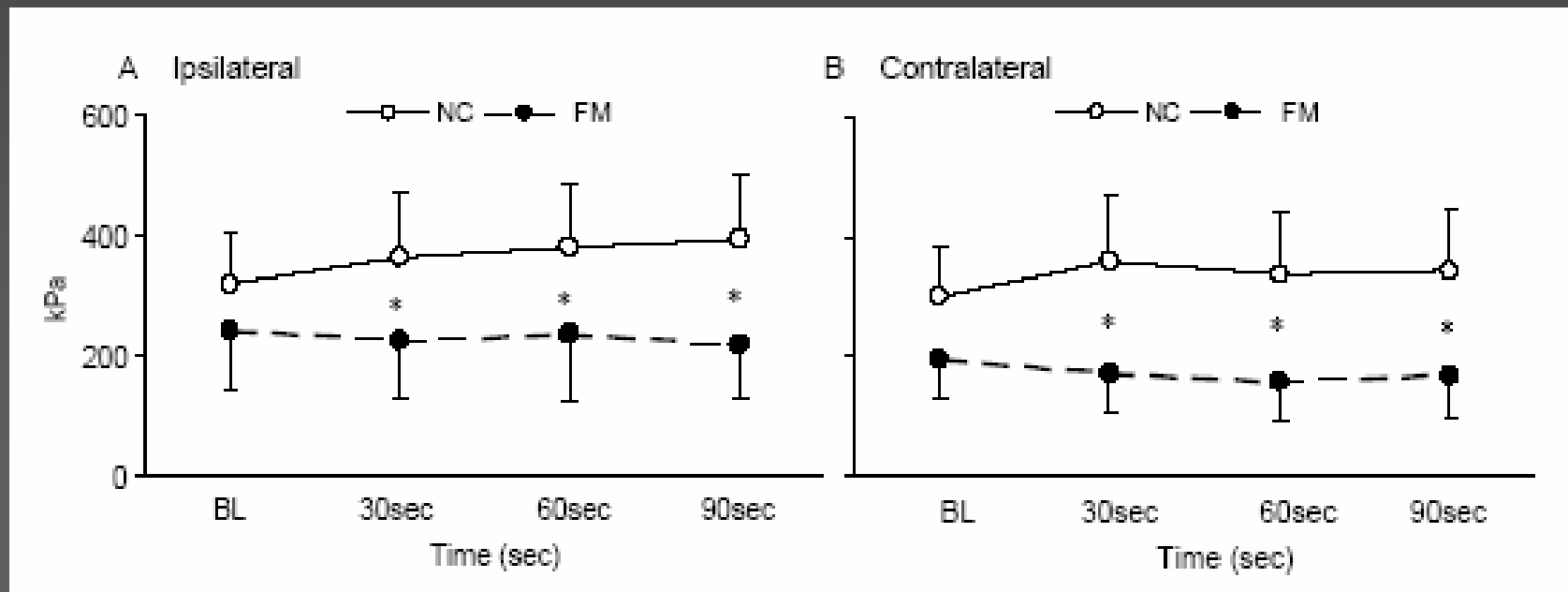


Fig. 2. Effects of Isometric Hand Grip Exercise on PPTs of NC and FM Subjects.

# Terapia Cognitivo-Conductual

- *Evidencia Fuerte que el TCC junto con el ejercicio físico reducen el impacto global que la FM produce en la vida de los pacientes*
- *Evidencia Moderada que la TCC mejora la Capacidad Funcional*
- *Evidencia limitada que la TCC mejora la Ansiedad, Fatiga y Conductas de afrontamiento*
- *No evidencia de que la TCC mejore la intensidad del dolor*

# Tratamiento del Insomnio

Sateia MJ, Nowell PD. *Lancet* 2004;364:1959

	Morin and colleagues <sup>55</sup>	Murtagh and Greenwood <sup>238</sup>
<b>Stimulus control</b>		
SLat	0.81	1.16
WASO	0.70	..
TST	0.41	0.38
<b>Sleep restriction</b>		
SLat	0.98	0.85
WASO	0.76	..
TST	-1.06	0.37
<b>Sleep hygiene</b>		
SLat	0.71	..
WASO	..	..
TST	1.16	..
<b>Paradoxical intention</b>		
SLat	0.63	0.73
WASO	0.81	..
TST	0.46	0.10
<b>Relaxation</b>		
SLat	0.83	0.81
WASO	0.06	..
TST	0.25	0.52
<b>Biofeedback</b>		
SLat	1.00	..
WASO	0.70	..
TST	0.38	..
<b>Multicomponent</b>		
SLat	1.05	1.00
WASO	0.92	..
TST	0.75	0.78

Data are pretreatment to post-treatment difference. SLat=time to onset of sleep. WASO=time awake after onset of sleep. TST=total sleep time.

**Table 1: Mean effect sizes × treatment × sleep variable**

## Tratamiento Conductual

## Tratamiento farmacológico

	Dose (mg)*	Elimination half-life (h)†	Tmax (h)†	Active metabolites	Indications and comments‡
<b>Rapid elimination</b>					
Triazolam§¶	0.125/0.25	2-3	1.0	No	Mainly for sleep onset and possibly sleep maintenance; less accumulation of drug over time; possibly more rebound insomnia, anterograde amnesia, untoward drug reactions described with triazolam
Zolpidem§	5/10	1.5-4	1.0-1.5	No	
Zaleplon§	5/10	1.0	0.5-1.0	No	
Zopiclone	3.75/7.5	5-6	0.5-2.0	*	
<b>Intermediate elimination</b>					
Temazepam§	15/30	8-15	1.0-1.5	No	Possibly sleep onset, may be preferred for sleep maintenance; less accumulation compared with longer-acting agents
Lorazepam	0.5/1.0	12-15	2.0	No	
<b>Slow elimination</b>					
Flurazepam§	15/30	48-120 (n-desalkyl-flurazepam)	1.0	Yes	Possibly sleep onset but more typically for sleep maintenance; higher risk for daytime sedation and related complications due to drug accumulation, especially in elderly people or those with delayed metabolism
Quazepam§	7.5/15	40-120 (n-desalkyl-flurazepam)	2.0	Yes	

\*Recommended starting dose in elderly and medically ill patients/usual recommended dose. †Elimination half-life and Tmax represent estimated averages for healthy adults. ‡All benzodiazepines carry potential for dose escalation and for psychological and physical dependence. §US Food and Drug Administration approved hypnotic. ¶Not available in Norway or the UK. \*Active metabolite (S)-desmethylzopiclone currently in development as a hypnotic drug

**Table 2: Hypnotic drugs**

# TERAPIAS ALTERNATIVAS

---

	<i>Evidencia científica*</i>
– <i>Acupuntura</i>	<i>Nivel B</i>
– <i>Suplementos Nutricionales (Magnesio, SaL-metionina)</i>	<i>Nivel C</i>
– <i>Homeopatía</i>	<i>Nivel C</i>
– <i>Quiropráctica</i>	<i>Nivel C</i>
– <i>Balneoterapia</i>	<i>Nivel C</i>
– <i>Magnetoterapia</i>	<i>Nivel C</i>
– <i>Modificaciones dietéticas</i>	<i>Nivel C</i>

*Niveles A: Fuerte. B: Moderada C: Limitada D: No evidencia*

# *Crterios Terapéuticos*

# Criterios Terapéuticos

- *¿Todos los pacientes necesitan Tratamiento?*
- *¿Todos los pacientes necesitan el mismo Tratamiento?*
- *¿En todos los pacientes se pueden establecer los mismos Objetivos Terapéuticos?*
- *¿Todos los pacientes responden igual al Tratamiento?*

# Factores a tener en cuenta en el Tratamiento

- Edad
- Presencia y nivel de síntomas
- Presencia de comorbilidad
  - Generadores periféricos de Dolor
  - Patología Médica asociada
  - Psicopatología
- Grado de Disfunción

# Factores a tener en cuenta en el Tratamiento

- Factores pronósticos
- Presencia de limitaciones residuales irreversibles ó barreras insalvables en la adaptación (Handicaps)
- Objetivos Terapéuticos realistas

## Gravedad de Síntomas

- EAV Dolor y Extensión del Dolor
- EAV Fatiga
- Sueño
- Nivel de síntomas Cognitivos (MASQ)
- Presencia de Síntomas Autonómicos
- Síntomas Afectivos (BDI, HARS,HADS..)

## Alteración Física

*Grado de limitación movilidad raquídea o articular pasiva asociada al dolor*

*Presencia y extensión de las Bandas de Tensión*

*Presencia y extensión de Alodinia táctil*

*Presencia y extensión del Dolor a los movimientos: Homo y Contra-laterales*

*Umbral Nociceptivo: N° de puntos sensibles ó Algometría*

*Frecuencia Cardíaca Basal*

*Presencia de temblor en reposo y/o acción*

*Test de Tolerancia al Esfuerzo: Test de 6 minutos marcha*

# Generadores periféricos de Dolor

**puntos gatillo**

**bursitis**

**tendinitis**

**artrosis**

**artritis**

**dolor neuropático**

**dolor visceral**



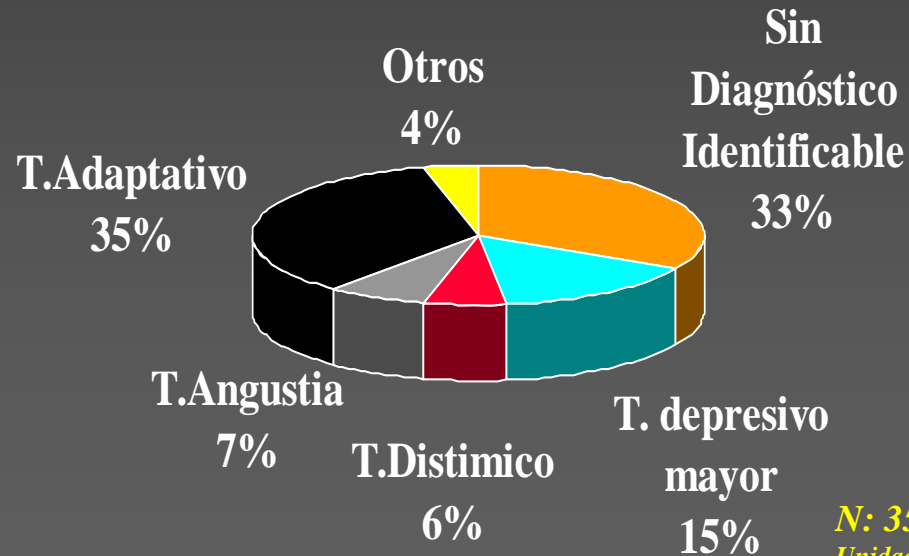
# Comorbilidad

- *Cefalea de Tensión i/ó Migraña* 10-80%
- *Síndrome Intestino Irritable* 32-80%
- *Disfunción Temporo-mandibular* 35%
- *Dolor pélvico crónico* 18%
- *Urgencia Miccional* 13-21%
- *Síndrome de piernas inquietas* 9-30%

# Psicopatología

## *Diagnósticos según DSM-IV*

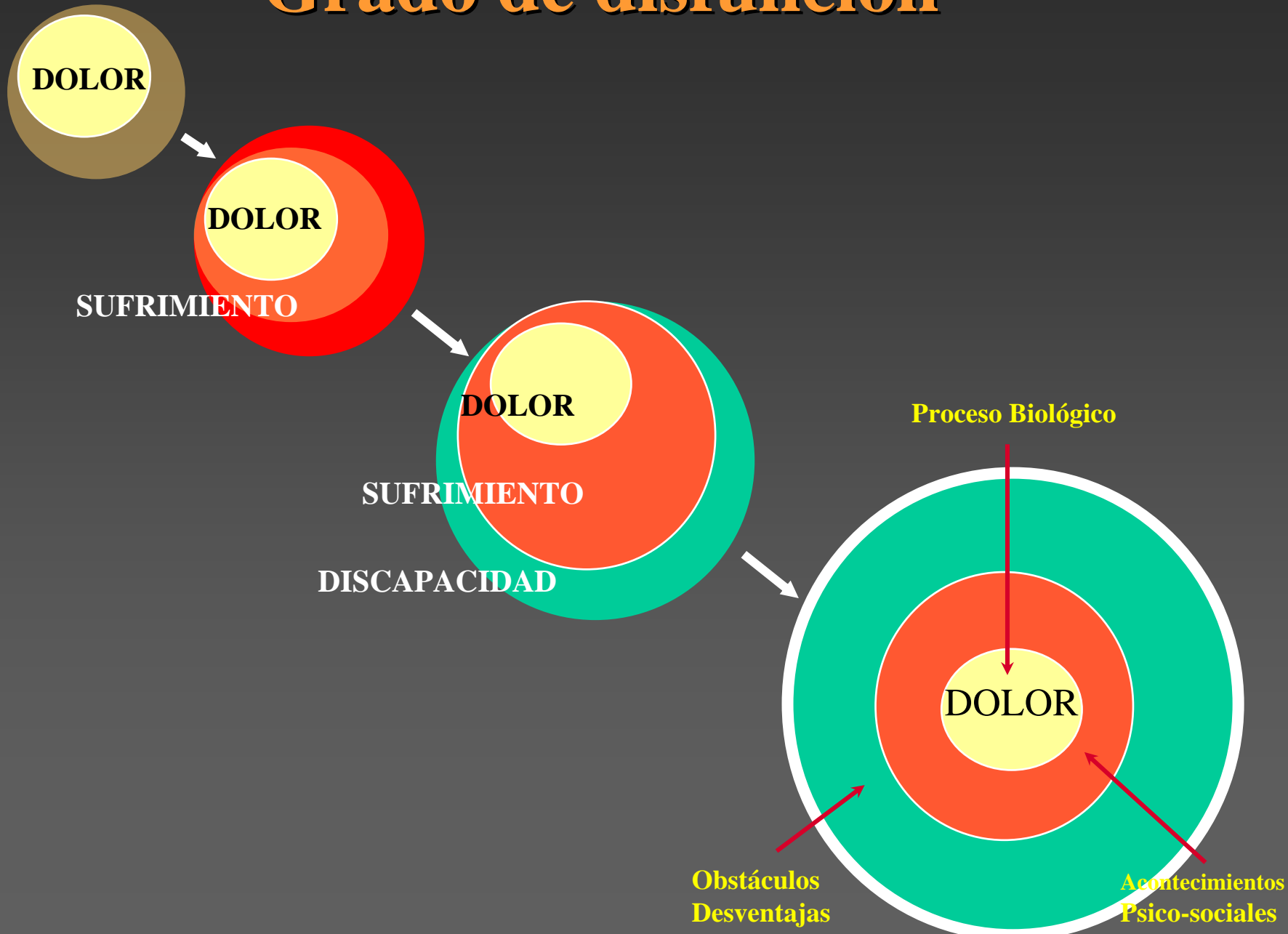
**Grado de Depresión (Nivel HADS)**  
**Grado de Ansiedad (Nivel HADS)**  
**Grado de Salud mental (SCL 90R)**  
**Presencia de Psicopatología Mayor \***



*N: 355 pacientes*  
*Unidad Fibromialgia*  
*Hospital Clínic Barcelona*

\* *Trastornos de la personalidad, Trastorno depresivo mayor grave, Trastorno bipolar, Trastorno de somatización, Trastornos de conversión, Trastornos facticios, Trastornos psicóticos*

# Grado de disfunción



# Determinantes de Severidad y Estado Funcional en FM

- Nivel de Dolor (EAV)
- Distres psicológico
- Discapacidad percibida (HAQ)
- Situación de Litigio
- Nivel Educativo
- Desamparo
- Estrategias de afrontamiento (Catastrofización,..)

# Factores pronósticos

## *Recuperación laboral*

- Duración de la Baja laboral
- Existencia de actividades laborales incompatibles con las limitaciones residuales físicas del paciente
- Presencia de ciclos de trabajo de larga duración
- Presencia de intentos y fracasos previos a la reincorporación laboral
- Percepción subjetiva de discapacidad no recuperable
- Creencias desadaptativas (p.e. “no puedo retomar mis actividades hasta la remisión completa de mi dolor”, etc.)
- Presencia de un Locus de Control Externo
- Existencia de factores familiares que refuercen la discapacidad

# Objetivos Terapéuticos

## *Crterios Incompatibles con la Vuelta al Trabajo*

*Unidad de Fibromialgia. Hospital Clínic*

- **Edad 18 años y 60 años**
- **Presencia de trastornos mentales graves no compensados:**  
Trastorno cognoscitivo (delirium, demencia,..) Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, Trastorno bipolar, Trastorno depresivo mayor grave, Trastorno de somatización, Trastornos de conversión, Trastornos facticios, Trastornos disociativos y Trastornos de la personalidad
- **Contraindicación de asumir como objetivo la reincorporación o vuelta a la actividad laboral anterior, por las limitaciones residuales secundarias a la situación psico-física del paciente**
- **Situación de Solicitud para un reconocimiento legal de Invalidez ó presencia de un Litigio**

# Objetivos Terapéuticos

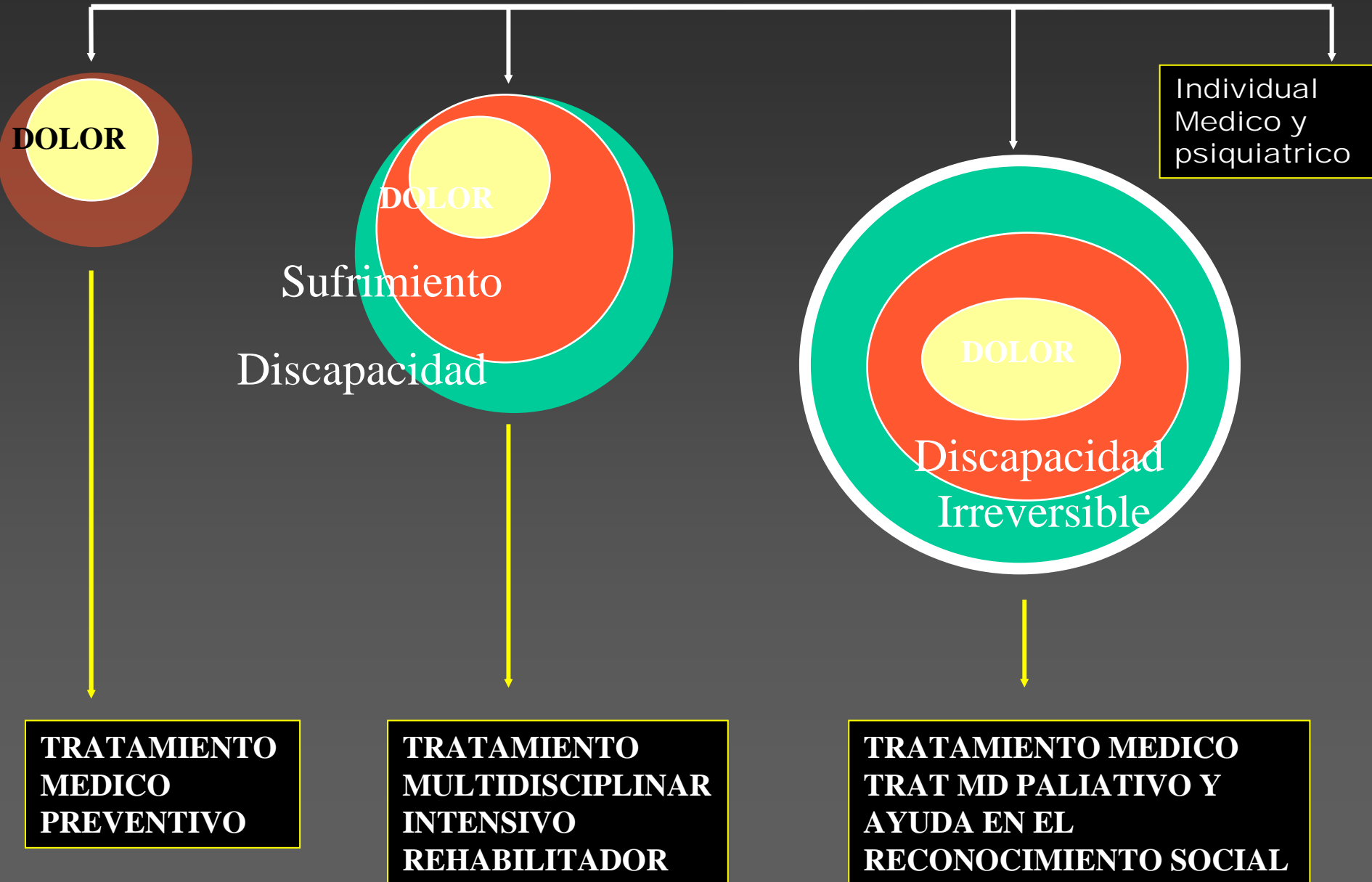
- Mejoría del dolor y otros síntomas
- Alivio del sufrimiento asociado
- Mejora de la Capacidad Funcional
  - Vuelta a una Vida Laboral Activa ó no
  - Recuperación de Actividades del Hogar / Lúdicas
- Mejora del Autocontrol / Auto-eficacia
- Mejora de los sistemas de apoyo familiar y comunitario (Reconocimiento social)

# ***EVALUACION MULTIDISCIPLINAR***

## ***Reunión Multidisciplinar***

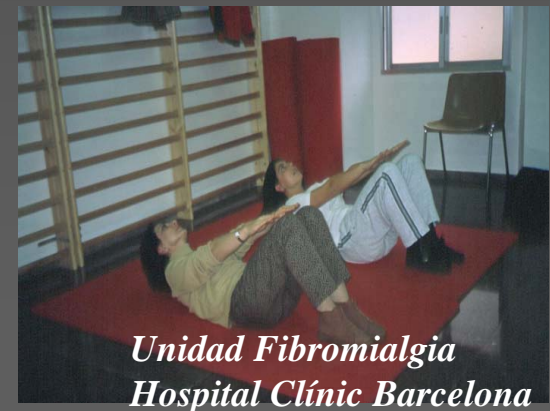
- Establecimiento del diagnóstico y la Situación del Proceso doloroso
- Análisis de Factores pronósticos y Posibilidades de Mejora en la Capacidad Funcional para la realización de la Tarea principal y secundarias
- Establecimiento de Objetivos Terapéuticos
- Informe y Contacto con Médicos o Instituciones implicadas
- Protocolización

# Estrategia terapéutica

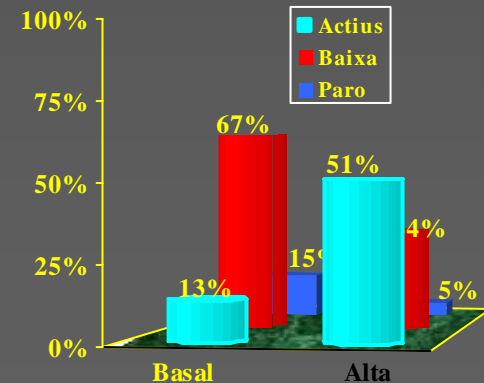
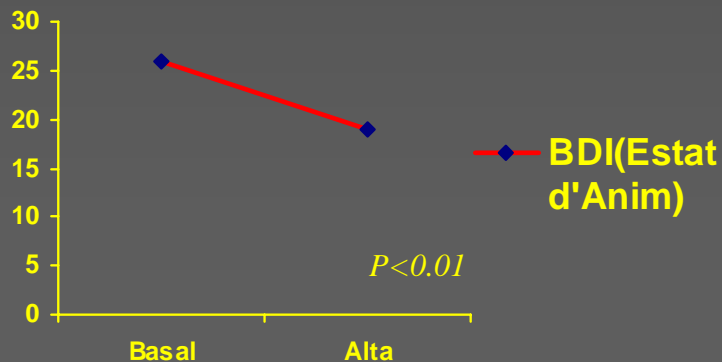
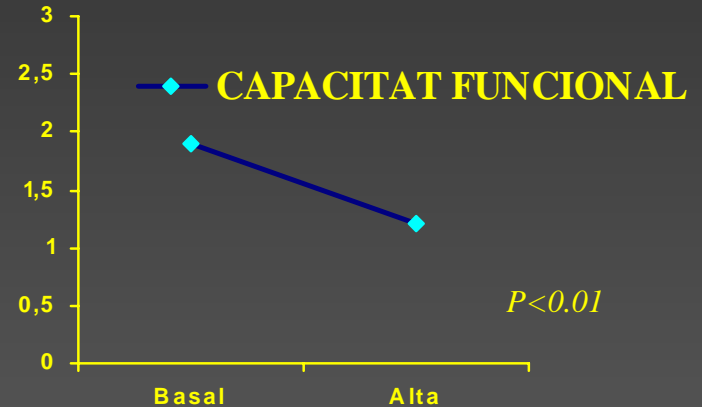
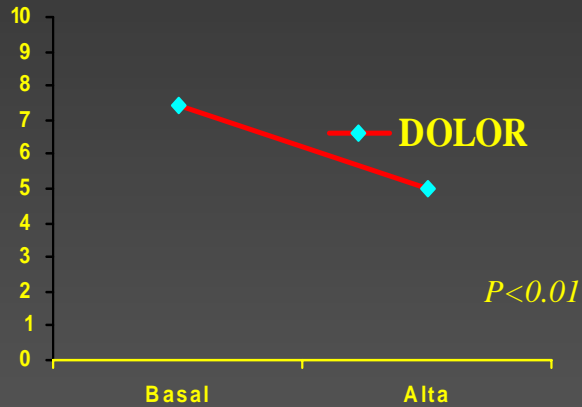


# Tratamiento Multidisciplinar

- Programa Intensidad Variable
  - 5 h / días alternos /4 semanas
  - 5h /semanal / 6 semanas
- Programa Individual y en Grupo
- Tratamiento Médico dirigido al dolor
- Terapia Física
- Tratamiento psicológico (Personal y Familiar)
- Terapia Ocupacional (Individual y Empresa).

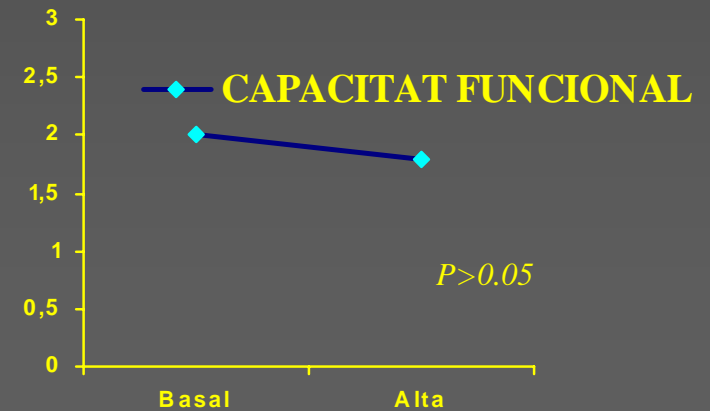
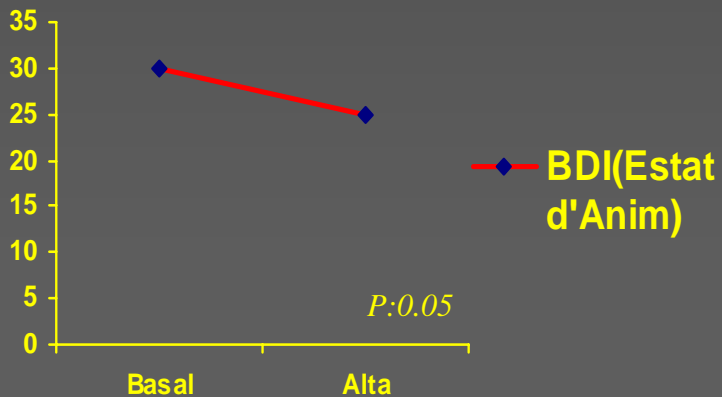
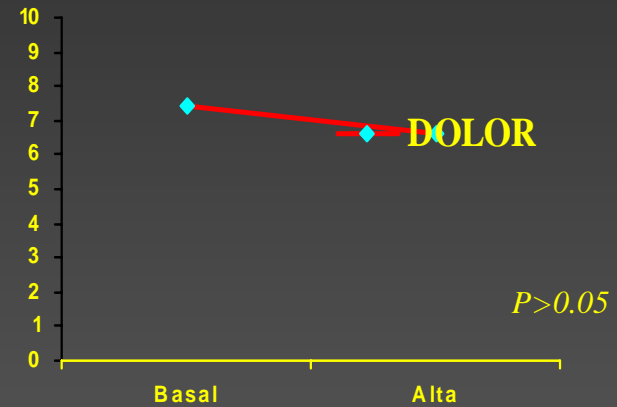
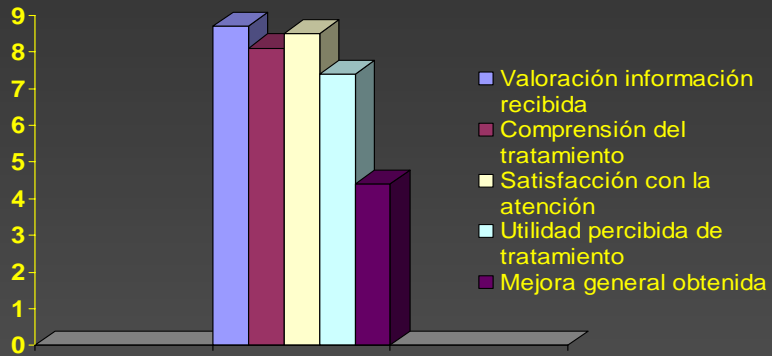


# Resultados de Tratamiento Multidisciplinar Rehabilitador



$N = 264$  *pacientes*

# Resultados de Tratamiento MD Paliativo



N=94 pacientes

A photograph of a pond filled with lily pads. A single pink flower bud is visible among the green leaves. The scene is captured during a rain shower, with numerous water droplets falling and splashing across the water and lily pads. The text "Muchas gracias" is overlaid in the center of the image.

**Muchas gracias**