

CONFERENCIA SOBRE FIBROMIALGIA Y MEDICO DE FAMILIA

POR JESÚS NAVAS (médico de familia)

Presentación:

El Médico de familia es la puerta de entrada al sistema sanitario. Recibe a las personas por muy diferentes motivos relacionados con la Salud. Pero podíamos decir que las diversas razones por las que una persona acude a su médico tienen que ver con aspectos físicos o somáticos, con aspectos de índole psicológica o “mental”, con motivos fundamentalmente sociales o por razones relacionadas con la prevención de enfermedades. Por su puesto que las consultas con el Médico de APS pueden tener motivos mixtos...

El Médico de APS intenta atender a las personas de una forma conjunta, es decir integradora: *psico-bio-social*.

La OMS hace una definición de lo que es Salud: “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedades”

¿Qué es la enfermedad?

Cualquier proceso que afecte a nuestro estado de bienestar físico, mental o social. Pero si reflexionamos un poco nos damos cuenta de que como seres vivos que somos nuestra situación no es estática, sufrimos un cambio continuo y una variación en nuestro estado global. Nuestra salud va a depender de múltiples variables: ambientales, sociales, de estilo de vida, de actitud psicológica, etc.

¿Qué es la Fibromialgia?

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, capacidad funcional, estado emocional y relaciones personales.

¿Qué implica etiquetar a una persona?

Me han dicho que enfermedad tengo, puedo saber la gravedad, es decir el pronóstico. Es posible saber como se puede tratar. Puedo tener beneficios sociales por incapacidad o minusvalía.

Pero una etiqueta puede estigmatizar a una persona y abocarla a desempeñar el rol de enfermo.

Como he comentado anteriormente la salud no es estática y por lo tanto, tampoco la enfermedad. Una enfermedad crónica es duradera en el tiempo y ahí es donde entran todos los factores que influyen en el bienestar o calidad de vida de las personas.

El dolor es una sensación subjetiva, los médicos solo se hacen una idea de la intensidad del dolor por signos o síntomas que el paciente presenta y es difícil de cuantificar, existen escalas, pero una vez más son subjetivas.

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 ciertas sustancias del sistema nervioso central.

Según los autores del consenso para la FM, 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 esta sustancia favorece la transmisión de los estímulos dolorosos provocando una sensibilización anormal en las vías que procesan la información del dolor.

Por otro lado, el hecho de que factores externos, como la presencia de una persona próxima, puedan modificar la percepción del dolor subraya el carácter multidimensional que posee el fenómeno del dolor y el papel relevante que juegan otros factores psicosociales en su mantenimiento de forma crónica.

Investigaciones recientes han revelado que:

1) Las respuestas cerebrales ante la estimulación táctil repetida son mayores entre los pacientes con FM que entre las personas sanas.

2) Los pacientes con FM presentan una respuesta cerebral más marcada y una percepción del dolor más intensa cuando la estimulación táctil tiene lugar en un contexto emocionalmente negativo (por ejemplo, durante la visión de imágenes desagradables), comparado con un contexto emocionalmente positivo (visión de imágenes relajantes).

En definitiva, todos estos datos sugieren una importante influencia de factores emocionales negativos y sociales sobre la percepción del dolor y el procesamiento cerebral de la información táctil entre los pacientes con FM.

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.

Fármacos más utilizados y 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 clínicamente 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.

- 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 α , s-adenosil-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.

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.

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 polimedcados 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 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.

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.

Sobre la quiropraxia y la utilización de campos electromagnéticos, no existen evidencias, según el consenso de la SER, para recomendarlas en el tratamiento de la FM. Según este documento no existen publicaciones sobre la eficacia de la ozonoterapia en FM ni en dolor crónico.