

Original

Nuevos criterios diagnósticos de fibromialgia: ¿vinieron para quedarse?


 Sebastián Moyano^{a,*}, Jorge Guillermo Kilstein^a y Cayetano Alegre de Miguel^b
^a Servicio de Clínica Médica, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, Argentina

^b Unidad de Reumatología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de marzo de 2014

Aceptado el 31 de julio de 2014

On-line el 23 de octubre de 2014

Palabras clave:

Fibromialgia

Criterios

Diagnóstico

R E S U M E N

Objetivos: Evaluar el grado de concordancia entre los criterios antiguos de fibromialgia (FM) y los criterios del American College of Rheumatology (ACR) 2010, valorar si hay correlación entre puntos y áreas dolorosas, así como los signos y los síntomas que permitan predecir un tipo específico de FM (depresivo, hiperalgésico o somatizador) e identificar aquellos que presenten mayor correlación con la afectación vital de la enfermedad.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio transversal comparativo en el que se incluyó a 206 pacientes con diagnóstico clínico previo de FM. Las variables evaluadas fueron: edad, sexo, años de evolución de la enfermedad, puntos dolorosos, puntos control, áreas dolorosas, presencia de fatiga, alteraciones del sueño y trastornos cognitivos, síntomas somáticos, tipo de FM, presencia de otras enfermedades reumatológicas y la puntuación promedio del cuestionario de impacto de la fibromialgia (FIQ).

Resultados: Los nuevos criterios diagnósticos clasificaron correctamente el 87,03% de los casos que cumplían con la antigua definición. Ningún criterio fue superior al otro para valorar el impacto de la enfermedad. El 74,87% de los pacientes presentó una afectación vital severa. Se evidenció un predominio del tipo de FM somatizador. El tipo hiperalgésico presentó un promedio de FIQ más bajo que los tipos depresivo y somatizador.

Conclusión: Los criterios del ACR 2010 constituyen una manera simple de evaluar pacientes con FM y tienen en cuenta las manifestaciones subjetivas de la enfermedad. Los nuevos criterios deberían convivir con los criterios antiguos; aportan una mayor comprensión y facilitan el manejo de esta patología tan prevalente.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

New diagnostic criteria for fibromyalgia: Here to stay?

A B S T R A C T

Objectives: To assess the percentage of patients that fulfill the American College of Rheumatology (ACR) 1990 as well as the ACR 2010 classification criteria, to evaluate whether there is a correlation between tender points and the Widespread Pain Index (WPI) as well as signs and symptoms that predict a fibromyalgia (FM) subtype and to identify those which have greater impact on functioning.

Materials and methods: We performed a cross-sectional comparative study of 206 patients with previous clinical diagnosis of FM. The studied variables were age, sex, years of disease, tender points, control points, WPI, Symptom Severity Score, subtype of FM, presence of other rheumatic disorders and the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) score.

Results: The new diagnostic criteria of FM correctly classified 87,03% of patients who satisfied the ACR 1990 criteria. Both criteria were equally effective in assessing the impact of the disease. FM had a severe

Keywords:

Fibromyalgia

Criteria

Diagnosis

* Autor para correspondenci.

 Correos electrónicos: seba_moyano@hotmail.com, sebamoyano@yahoo.com.ar (S. Moyano).

impact on the quality of life in 74,87% of patients. Somatoform disorder was the predominant subtype. Hyperalgesic FM had a significantly lower FIQ score than the somatoform disorder and depressive subtypes.

Conclusion: The ACR 2010 criteria are a simple evaluation tool to use in the primary care setting, that incorporate both peripheral pain and somatic symptoms. New and old criteria should coexist; they enable a major comprehension and ease the management of this prevalent disease.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La fibromialgia (FM) es un síndrome caracterizado por dolor músculo-esquelético difuso, crónico, de origen no articular, que se pone en evidencia con la palpación de puntos dolorosos en áreas anatómicas específicas y se acompaña, habitualmente, de sueño no reparador, cansancio, rigidez matutina y alteraciones cognitivas. La FM afecta aproximadamente al 0,5 -5% de la población y se caracteriza por la ambigüedad en el diagnóstico, la incertidumbre en la comprensión de su fisiopatología y las dificultades de los médicos para abordarla globalmente¹.

En 1990, el American College of Rheumatology (ACR) publicó los criterios de clasificación, basados en un examen de puntos dolorosos, que requerían la evaluación por especialistas². Se valoraba la presencia de dolor crónico (más de 3 meses de duración) y generalizado (en al menos 3 de los 4 cuadrantes corporales), junto con 11 o más de 18 puntos dolorosos específicos.

Erróneamente, se creó la impresión de que la FM era exclusivamente una enfermedad músculo-esquelética. Con el correr del tiempo, aparecieron una serie de objeciones (prácticas y filosóficas) a los criterios de clasificación del ACR 1990. En primer lugar, se hizo cada vez más evidente que el recuento de puntos dolorosos constituía una barrera y rara vez se realizaba en la atención primaria, donde se diagnosticaba el mayor número de casos de FM, y cuando así ocurría, estos eran frecuentemente valorados en forma incorrecta. Muchos médicos desconocían cómo realizar el examen de los puntos dolorosos o, simplemente, omitían el procedimiento. Entonces, en la práctica, el diagnóstico de FM ha sido fundamentalmente un diagnóstico basado en la sintomatología referida por los pacientes.

En segundo lugar, a pesar de que los síntomas de la FM (fatiga, sueño no reparador, trastornos cognitivos, etc.) no fueron considerados por el ACR 1990, últimamente se ha jerarquizado su importancia. La FM, entonces, ha dejado de considerarse una enfermedad periférica músculo-esquelética y ha habido un reconocimiento cada vez mayor de la sensibilización central del dolor como la base neurobiológica subyacente que explica la mayoría de los síntomas sistémicos.

Los nuevos criterios diagnósticos de FM propuestos en el año 2010 consisten en un Índice de dolor generalizado (*Widespread Pain Index* [WPI]) y una Escala de gravedad de síntomas (*Symptom Severity Score* [SS-Score]). Según la literatura, 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 salud³.

Por otro lado, la heterogeneidad del cuadro implica que no todas las pacientes con FM se presentan y evolucionen de la misma manera; por estos motivos, Giesecke et al. han emitido la recomendación de clasificar la FM en 3 grupos, según estén asociados a depresión, exista un importante trastorno funcional somatomorfo o no tengan alteraciones psicopatológicas. Esta clasificación permite homogeneizar grupos de enfermos con características similares y posibles enfoques terapéuticos comunes^{4,5}.

El objetivo primario de este trabajo fue evaluar el grado de concordancia entre los criterios antiguos de FM y los criterios del ACR 2010.

Los objetivos secundarios fueron evaluar si hay correlación entre puntos y áreas dolorosas, signos y síntomas que permitan predecir un tipo específico de FM (depresivo, hiperalgénico o somatizador) y, por otro lado, identificar aquellos signos y síntomas que presenten mayor correlación con la afectación vital de la enfermedad, el impacto de la patología según los distintos tipos y según cada criterio.

Materiales y métodos

Presentamos un estudio transversal, comparativo, aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Quirón Dexeus de Barcelona (España).

Se incluyó a pacientes con diagnóstico clínico establecido de FM, mayores de 18 años, que acudieron de forma sucesiva al consultorio externo de Reumatología del Hospital Vall d'Hebron y el Hospital Universitario Quirón Dexeus de Barcelona entre el 15 de agosto del 2012 y el 15 de noviembre del 2012, y que firmaron el consentimiento para la participación en el estudio. Los datos obtenidos fueron procesados mediante el software estadístico IBM SPSS Statistics versión 22.

Las variables evaluadas fueron: edad, sexo, años de evolución de la enfermedad, puntos dolorosos, puntos control, áreas dolorosas, presencia de fatiga, alteraciones del sueño y trastornos cognitivos, síntomas somáticos, tipo de FM (hiperalgénico, depresivo o somatizador, de acuerdo con la clasificación de Giesecke et al.^{5,6}), institución de referencia, presencia de otras enfermedades reumatológicas concomitantes y la puntuación promedio del Cuestionario de impacto de la fibromialgia (*Fibromyalgia Impact Questionnaire* [FIQ]⁷).

Al inicio de la visita, se realizó el interrogatorio⁴ y después se completaron los formularios para evaluar los criterios nuevos de FM. Luego se procedió al examen físico de los puntos dolorosos y posteriormente se evaluaron 3 puntos de control (dorso del pulgar, tercio medio del antebrazo y frente)^{8,9}. Por último, se les entregaron los cuestionarios para valorar el impacto de la enfermedad y las alteraciones psicológicas.

El WPI comprende 19 áreas del cuerpo y el paciente debe señalar dónde ha tenido dolor durante la última semana. Se calculó la puntuación de WPI sumando un punto por cada área dolorosa (puntuación de 0-19). La SS-Score se determinó teniendo en cuenta los siguientes síntomas: fatiga, sueño no reparador, manifestaciones cognitivas y síntomas somáticos. A cada uno de los síntomas se le asignó una puntuación de 0 a 3, de acuerdo con la gravedad (en el caso de los 3 primeros) o a la cantidad (en el caso de los síntomas somáticos).

Se consideró que un paciente satisfacía los criterios diagnósticos de FM si presentaba WPI ≥ 7 y SS-Score ≥ 5 o si WPI 3-6 y SS-Score ≥ 9 .

Para evaluar el tipo de FM se utilizó la escala visual analógica del dolor, el Cuestionario General de Salud de Goldberg de 28 ítems (*General Health Questionnaire* 28), la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (*Hospital Anxiety and Depression Scale*), la escala de

Tabla 1
Características generales de la población

| Variables | |
|--|------------------|
| Edad, años, media \pm DE | 53,71 \pm 9,48 |
| Sexo femenino, n (%) | 196 (95,1) |
| Años de evolución de la enfermedad, media \pm DE | 8,04 \pm 5,84 |
| Criterios antiguos positivos, n (%) | 185 (89,8) |
| Tipos de fibromialgia (%)⁴ | |
| Somatizador | 113 (68,5) |
| Depresivo | 34 (20,6) |
| Hiperalgésico | 18 (10,9) |
| FIQ, puntos, media \pm DE | 68,86 \pm 18,6 |

DE: desviación estándar; FIQ: *Fibromyalgia Impact Questionnaire*.

catastrofización ante el dolor y el cuestionario *Short Form* (SF-36) sobre el estado de salud¹⁰. De este modo, se valoró la presencia de depresión, ansiedad, catastrofismo, hiperalgnesia, sensibilidad al dolor y el control percibido sobre el mismo.

Los métodos estadísticos usados para el análisis de los datos fueron el índice de concordancia o de asociación f de Cohen, el coeficiente de correlación de Pearson, el test de hipótesis t de Student para probar su significación y el análisis de la variancia (ANOVA) con el test de hipótesis F de Snedecor, el test de comparaciones múltiples (t de Student) e intervalos de confianza.

Resultados

Se incluyó a 206 pacientes; 130 fueron atendidos en el Servicio de Reumatología del Hospital Vall d'Hebron y 76 en el Hospital Universitario Quirón Dexeus de Barcelona (España). La edad media \pm desviación estándar de los pacientes fue de 53,71 \pm 9,48 años. El paciente más joven tenía 30 años y el más longevo, 82 años (tabla 1). El 95,1% de los pacientes con FM analizados fueron de sexo femenino. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue aproximadamente 8 \pm 5,84 años. En el momento de la consulta, el 89,8% de los pacientes reunía los criterios antiguos para el diagnóstico de FM. El 90,29% de los pacientes con FM no presentaba antecedentes de otra enfermedad reumatológica de base, mientras que en 20 pacientes (9,71%) la FM estuvo asociada a diferentes enfermedades reumatológicas sistémicas. Por distintas razones (pérdida de datos no informatizados, negación a realizar las pruebas), 41 pacientes (19,9%) no pudieron ser clasificados de acuerdo con el tipo de FM. De los 165 restantes, el 68,5% (113) pertenecía al tipo somatizador, el 20,60% (34) eran depresivos y solo un 10,9% (18) no presentaba una psicopatología asociada. El valor medio de la puntuación del FIQ fue de 68,86 \pm 18,60 puntos. De los 199 pacientes que respondieron el cuestionario, el 7,54% tuvo valores $<$ 39. Esto significa que la enfermedad no causaba interferencias con las actividades de la vida diaria. El 17,59% presentaba una afección vital moderada. El resto de los pacientes (74,87%) tuvo un FIQ $>$ 59, lo que se traduce en una marcada interferencia de la enfermedad con las actividades de la vida diaria.

En el momento de la evaluación, el 89,8% de la muestra estudiada reunía criterios de FM del ACR 1990 y el 84,5% del ACR 2010. El 78,15% de los pacientes cumplía con los requisitos de ambas clasificaciones.

Los nuevos criterios diagnósticos clasificaron correctamente al 87,03% de los casos que cumplían con la antigua definición. Por otra parte, el 92,53% de los pacientes que reunieron los criterios del ACR 2010 también se adecuaba a los antiguos criterios (tabla 2).

Con respecto a los puntos control, el 83% de los pacientes presentaba al menos uno de ellos positivo en el examen físico. No se evidenció relación o asociación entre la presencia de estos puntos control o los síntomas somáticos con el tipo de FM somatizador. Estas variables se comportaron de modo independiente (índice f de Cohen = 0,26 y 0,24, respectivamente) (figs. 1 y 2).

Tabla 2
Criterios antiguos vs. criterios nuevos

| | Sí | No | Total |
|------------------|-----|----|-------|
| CRITERIOS NUEVOS | 161 | 13 | 174 |
| | No | 8 | 32 |
| Total | 185 | 21 | 206 |

Tabla 3
Asociaciones y correlaciones entre variables

| Variables analizadas | Coefficiente de correlación de Pearson (r) | Significación (p) |
|--|--|-----------------------|
| Puntos dolorosos/áreas dolorosas | 0,540 | $<$ 0,001 |
| Puntos dolorosos/FIQ | 0,427 | $<$ 0,001 |
| Áreas dolorosas/FIQ | 0,462 | $<$ 0,001 |
| Síntomas somáticos/FIQ | 0,477 | $<$ 0,001 |
| Sueño, fatiga, trastornos cognitivos/FIQ | 0,447 | $<$ 0,001 |

FIQ: *Fibromyalgia Impact Questionnaire*.

Existió una asociación lineal positiva moderada ($r = 0,540$), significativa, entre los puntos y las áreas dolorosas. Se evidenció, además, una asociación lineal positiva, de intensidad débil y estadísticamente significativa, entre puntos dolorosos, áreas dolorosas, síntomas somáticos y el índice de gravedad de síntomas con el FIQ (tabla 3).

La media de FIQ de los pacientes que cumplieron criterios antiguos de FM fue mayor al de aquellos que no los cumplieron (71,43 \pm 15,78 vs. 44,53 \pm 25,26). Esta diferencia fue altamente significativa ($p < 0,001$). Los pacientes que reunieron nuevos criterios de FM también presentaron un FIQ promedio significativamente mayor al de aquellos que no los cumplieron (71,94 \pm 16,41 vs. 51,53 \pm 20,86).

Sin embargo, no hubo diferencias significativas de FIQ entre los pacientes que cumplieron criterios del ACR 1990 y 2010, ni entre los que no reunieron ninguno de los 2 criterios (tabla 4).

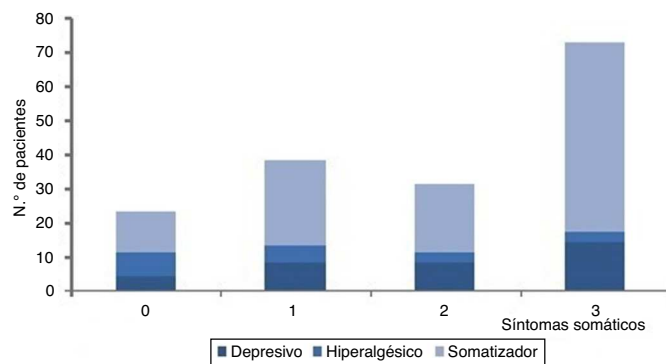


Figura 1. Intensidad de los síntomas somáticos según el tipo de FM.

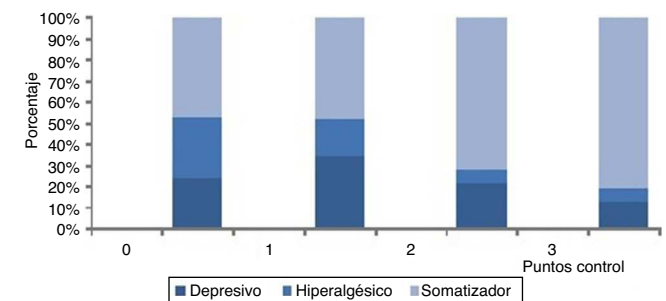


Figura 2. Presencia de puntos control según el tipo de FM.

Tabla 4
Diferencia de FIQ según los criterios de FM del ACR 1990 y 2010

| Criterios | Media ± DE de FIQ | N | p |
|-----------------|-------------------|-----|--------|
| <i>Antiguos</i> | | | |
| No | 44,53 ± 25,26 | 19 | <0,001 |
| Sí | 71,43 ± 15,78 | 180 | |
| <i>Nuevos</i> | | | |
| No | 51,53 ± 20,86 | 30 | <0,001 |
| Sí | 71,94 ± 16,41 | 169 | |
| <i>Total</i> | 68,86 ± 18,60 | 199 | |

DE: desviación estándar; FIQ: *Fibromyalgia Impact Questionnaire*; FM: fibromialgia; n: muestra.

El promedio de FIQ fue significativamente menor ($p = 0,01$) en los pacientes que presentaron FM tipo hiperalgésico ($51,83 \pm 23,29$) que en los tipos depresivo y somatizador ($75,34 \pm 13,62$ y $73,96 \pm 14,52$, respectivamente). Entre estos 2 subgrupos no hubo diferencias significativas ($p = 0,898$) (tabla 5).

Discusión

En nuestro estudio, las características demográficas de la muestra no se diferenciaron de lo publicado en las grandes series^{4,11}.

El subgrupo más numeroso de pacientes perteneció al tipo somatizador, que ha sido señalado como el de peor pronóstico por presentar elevados valores de ansiedad, depresión, catastrofismo e hiperalgesia, además de un bajo control sobre el dolor; en otros estudios, predomina el tipo de FM depresivo, que representa aproximadamente la mitad de los casos⁵.

La mayoría de los pacientes que presentaban criterios de FM ACR 2010 también cumplían los criterios antiguos de FM en forma similar a lo publicado por Wolfe et al.³, donde se observó que hasta un 14% de los pacientes diagnosticados de FM con criterios del ACR 1990 no cumplían los nuevos criterios.

Al analizar los puntos dolorosos, se evidenció una correlación positiva moderada entre estos y las áreas dolorosas referidas por los pacientes; en el estudio de Wolfe et al., estas variables mostraron una asociación fuerte².

Los puntos control han sido propuestos como marcadores de alodinia o hiperalgesia. En nuestra muestra, cuando fueron analizados junto a los síntomas somáticos, no mostraron correlación significativa con el tipo de FM somatizador. No fue posible predecir este tipo de FM prescindiendo de los test específicos para subclasificar correctamente la enfermedad.

Los puntos control, si bien podrían considerarse un marcador de un grupo de pacientes con umbral para el dolor más bajo, no implican mayor severidad de los síntomas o impacto funcional más marcado.

La puntuación del FIQ denotó un predominio de pacientes con afectación vital severa, de forma similar a lo comunicado por Schaefer et al.¹².

Los pacientes que cumplieron criterios para FM, ya sea del ACR 1990 o 2010, presentaron una afectación vital mayor que aquellos que no los reunían; por otro lado, ningún método fue superior al otro para valorar el impacto de la enfermedad. Se evidenció un promedio de FIQ significativamente menor en los pacientes con FM de tipo hiperalgésico que en aquellos de tipo depresivo o somatizador.

Todas las variables que se tomaron en cuenta para definir nuevos y antiguos criterios de FM mostraron una correlación positiva débil con el FIQ; tanto el dolor como los síntomas somáticos, el sueño no reparador, la fatiga y los trastornos cognitivos contribuyeron de manera similar a la afectación vital de la enfermedad.

Todos los pacientes incluidos en el estudio tenían diagnóstico de FM establecido anteriormente. El porcentaje que no cumplió criterios probablemente se debió a una mejoría sintomática. Como el estudio fue realizado en 2 centros de referencia, la mayoría de los enfermos incluidos llevaba varios años de tratamiento; esto pudo haber ocasionado que solo siguiesen en consulta los que mantenían activa su sintomatología, lo cual explicaría el gran número de pacientes con síndrome funcional somatomorfo y afectación vital severa.

La FM es el segundo o tercer diagnóstico más frecuente en la práctica reumatológica y se estima que representa del 10 al 15% de las consultas en Atención Primaria de la salud¹³.

La demostración de cambios objetivos en el campo de la neurofisiología ha brindado a los médicos el respaldo para reconocer esta enfermedad que se presenta solo con alteraciones subjetivas y carece de hallazgos objetivos. La alteración en el procesamiento del dolor ha sido demostrada en varios niveles en el sistema nervioso y actualmente se considera la FM una enfermedad neurobiológica. El mecanismo fisiopatológico se basa fundamentalmente en la sensibilización central, acompañada de factores genéticos y endocrinos, falta de sueño, estrés psicosocial y traumatismo físico.

Si bien en los últimos años se ha avanzado en el conocimiento de esta patología, aún carecemos de una prueba clínica objetiva para confirmar un diagnóstico o valorar la respuesta a los tratamientos. De todos modos, esto no difiere de otras enfermedades bien reconocidas como, por ejemplo, el síndrome de intestino irritable, la migraña y la depresión. A pesar de la existencia de una base científica que demostró alteraciones orgánicas, todavía persiste cierto escepticismo acerca de la validez de los síntomas subjetivos y la FM continúa siendo un enorme desafío para el médico clínico, que debe integrar el campo de lo neurobiológico con lo psicosocial.

La aplicación de los nuevos criterios en Atención Primaria no ha sido valorada por estudios prospectivos; su uso es discutido, ya que prescinde del examen físico y no tiene en cuenta ningún estudio complementario. Si bien el diagnóstico de FM se basa fundamentalmente en parámetros subjetivos ampliamente aceptados en la práctica clínica, la utilización de los nuevos criterios, que se basan exclusivamente en los síntomas aportados por los pacientes,

Tabla 5
Promedio de FIQ según el tipo de FM

| Tipo de FM | n | FIQ promedio ± DE | Intervalo de confianza del 95% | | |
|---------------|-----|-------------------|--------------------------------|-----------------|-------------|
| | | | Límite inferior | Límite superior | |
| Depresivo | 32 | 75,34 ± 13,62 | 70,43 | 80,25 |] p < 0,001 |
| Hiperalgésico | 18 | 51,83 ± 23,29 | 40,25 | 63,42 | |
| Somatizador | 112 | 73,96 ± 14,52 | 71,25 | 76,68 |] p < 0,001 |
| Total | 162 | | | | |

DE: desviación estándar; FIQ: *Fibromyalgia Impact Questionnaire*; FM: fibromialgia; n: muestra.

conlleva el riesgo de omitir hallazgos significativos del examen clínico que pudieran orientar a diagnósticos alternativos.

Por otro lado, los nuevos criterios diagnósticos son una herramienta simple para su uso en la Atención Primaria, clasifican correctamente la gran mayoría de los casos y, mediante la SS-Score, permiten evaluar la severidad y la evolución de los pacientes. Según este nuevo concepto, los síntomas de FM ya no se interpretan como un fenómeno de todo o nada, sino que pueden expresarse con una severidad variable y con fluctuaciones en su intensidad¹⁴. En este sentido, según Fitzcharles et al., los nuevos criterios son superiores a los del ACR 1990, ya que estos no son útiles para el seguimiento cronológico de los pacientes; la pérdida de un punto o área dolorosa por cualquier razón, incluso una mejoría sintomática, pueden hacer que erróneamente dejen de cumplirse los criterios requeridos para el diagnóstico.

En el trabajo de Wolfe et al., los criterios del ACR 2010 resultan fáciles de aplicar y constituyen una manera simple de evaluar el estado de salud general en pacientes con FM. Además, pueden descubrir una depresión concomitante y permiten detectar la FM en pacientes que tienen otras enfermedades^{15,16}. De todos modos, hasta que se lleven a cabo estudios comparativos, es conveniente utilizar ambos criterios diagnósticos sin omitir el examen físico. Asimismo, para evaluar su aplicabilidad fuera del ámbito de la consulta reumatológica, sería útil su implementación en un estudio multicéntrico en el ámbito de la Atención Primaria de la salud.

Este estudio tiene varias limitaciones. En primer lugar, se llevó a cabo solamente en la Unidad de Reumatología de 2 instituciones de una misma ciudad. En segundo lugar, todos los pacientes incluidos tenían diagnóstico previo de FM y la mayoría llevaba muchos años de evolución de la enfermedad, por lo cual no se pudo comparar la aplicación de ambos criterios de clasificación en pacientes sin diagnóstico. Además, fue realizado durante un corto período y el número de pacientes estudiados fue bajo. Asimismo, por diferentes motivos, casi un 20% de los pacientes no completó los cuestionarios para ser clasificados de acuerdo con el umbral de dolor y los factores psicológicos.

Como la FM es una patología multifactorial, debe ser comprendida desde la perspectiva de un modelo biopsicosocial, en lugar de un abordaje biomédico limitado. Los nuevos criterios traducidos al español, cuya sensibilidad y especificidad son similares a los del ACR 1990, deben convivir con los criterios antiguos y son accesibles como una herramienta útil en el campo de la Atención Primaria de la salud; su sencilla aplicación los convierte en un instrumento valioso, que aporta una mayor comprensión y facilita el manejo de esta patología tan prevalente. Solo el tiempo y la aceptación de la comunidad reumatológica dirán si los nuevos criterios de FM han llegado para quedarse.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el

estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses de tipo financiero, laboral, de relaciones personales o afiliaciones vinculado con el tema de discusión del artículo.

Agradecimiento

Nuestro sincero agradecimiento a los pacientes que aceptaron participar en este estudio.

Bibliografía

- Garg N, Deodhar A. New and modified fibromyalgia diagnostic criteria: Ambiguity, uncertainty, and difficulties complicate diagnosis and management. *J Musculoskel Med.* 2012;29:1–5.
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RB, Bombardier C, Goldenberg DL, 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.
- Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Kazt RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res.* 2010;62:600–10.
- Keller D, de Gracia M, Cladellas R. Subtipos de pacientes con fibromialgia, características psicopatológicas y calidad de vida. *Actas Esp Psiquiatr.* 2011;39:273–9.
- Alegre de Miquel C, García Campayo J, Tomás Flórez M, Gómez Arguelles JM, Blanco Tarrío E, Gobbo Montoya M, et al. Documento de consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas Esp Psiquiatr.* 2010;38:108–20.
- Giesecke T, Williams DA, Harris RE, Cupps TR, Tian X, Tian TX, et al. Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. *Arthritis Rheum.* 2003;48:2916–22.
- Esteve-Vives J, Rivera Redondo J, Salvat Salvat MI, de García Blanco M, Alegre de Miquel C. Propuesta de una versión de consenso del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) para la población española. *Reumatol Clin.* 2007;3:21–4.
- Wolfe F. What use are fibromyalgia control points? *J Rheumatol.* 1998;25:546–50.
- Goldenberg D. Clinical manifestations and diagnosis of fibromyalgia in adults (en línea) [consultado 15 Ene 2014]. Disponible en www.uptodate.com versión 19.3.
- García Campayo J, Rodero B, Alda M, Sobradiel N, Montero J, Moreno S. Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Med Clin (Barc).* 2008;131:487–92.
- Ferrari R, Russell AS. A questionnaire using the Modified 2010 American College of Rheumatology Criteria for Fibromyalgia: Specificity and sensitivity in clinical practice. *J Rheumatol.* 2013;40:1590–5.
- Schaefer C, Chandran A, Hufstader M, Baik R, McNett M, Goldenberg D, et al. The comparative burden of mild, moderate and severe fibromyalgia: Results from a cross-sectional survey in the United States. *Health Qual Life Outcomes.* 2011;9:71.
- Wilke WS. New developments in the diagnosis of fibromyalgia syndrome: Say goodbye to tender points? *Clev Clin J Med.* 2009;76:345–52.
- Fitzcharles MA, Yunus MB. The clinical concept of fibromyalgia as a changing paradigm in the past 20 years. *Pain Research and Treatment.* 2012;2012:184835, 8 páginas, 2012. doi:10.1155/2012/184835.
- Fitzcharles MA, Boulos P. Inaccuracy in the diagnosis of fibromyalgia syndrome: Analysis of referrals. *Rheumatology.* 2003;42:263–7.
- Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RS, et al. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: A modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2011;38, 1113–1112.