
COMUNICACIÓN CON PACIENTE CON SÍNDROME DE FIBROMIALGIA

AUTORES:

Roth Damas P¹, Palop Larrea V¹.

1) Unidad de Fibromialgia Hospital Ribera IMSKE (Valencia)

PALABRAS CLAVE:

fibromyalgia, communication, patient-centeredcare

Fuente de financiación y /o potenciales conflictos de intereses:

Los autores declaran no haber recibido financiación específica para la realización de este trabajo y no presentan conflictos de intereses.

Persona para correspondencia:

Patricia Roth Damas

p.rothdamas@gmail.com

Fecha remisión ficha: 23.06.2025

OBJETIVOS

1. Proporcionar pautas claras y basadas en la evidencia para mejorar la comunicación clínica con personas con síndrome de fibromialgia (SFM).
2. Fomentar una atención centrada en la persona, que reduzca el sufrimiento, mejore la adherencia terapéutica y evite prácticas clínicas innecesarias o perjudiciales.
3. Visibilizar el impacto del sesgo de género en el abordaje del SFM y promover una atención más equitativa y respetuosa.

INDICACIONES

Actitud del profesional sanitario

Reconocimiento del SFM: no debe cuestionarse su existencia como entidad clínica, ya que esto retrasa el diagnóstico, dificulta el tratamiento y empeora el pronóstico. El etiquetaje diagnóstico no empeora el rol de enfermo, sino que ayuda a evitar el peregrinaje sanitario. Es necesario que los profesionales estén formados y cuenten con protocolos actualizados.

Perspectiva de género: es esencial reconocer el sesgo de género en la percepción de salud, expresión sintomática y atención clínica. El SFM afecta mayoritariamente a mujeres (21:1), y su abordaje clínico suele estar marcado por estereotipos que conducen a una mayor medicalización y psiquiatrización. Se debe valorar el impacto de la enfermedad en la vida personal, laboral y social de las pacientes.

Tiempo y escucha activa: el diagnóstico y tratamiento del SFM requieren tiempo y una escucha clínica sin interrupciones. La atención debe basarse en la medicina narrativa, permitiendo una respuesta individualizada y contextualizada.

Validación del sufrimiento: es importante admitir y valorar la repercusión funcional, la discapacidad y el impacto sobre la calidad de vida. Reconocer la enfermedad alivia el sentido de injusticia, la incomprensión y mejora el pronóstico.

Diagnóstico

Evitar reduccionismos: no se deben atribuir los síntomas del SFM a una simple somatización. El SFM es una entidad con repercusiones físicas, emocionales y cognitivas. Es importante explorar la alexitimia, la ira o el miedo. Evitar juzgar la subjetividad que relatan los pacientes.

Utilizar criterios diagnósticos actualizados: no usar los puntos dolorosos como criterio diagnóstico. Se recomienda aplicar los criterios del American College of Rheumatology de 2016, que incluyen síndromes regionales de dolor, un índice de dolor generalizado y una escala de gravedad de los síntomas, además de afectación de múltiples órganos y sistemas, alteraciones del sueño y fatiga asociadas.

Realizar diagnóstico diferencial: es necesario descartar otras patologías que puedan simular el SFM (como LES, AR, artrosis) y considerar efectos adversos de fármacos como causa de dolor, alteración del sueño y fatiga.

Pruebas complementarias: no realizarlas de forma indiscriminada. La evaluación debe incluir anamnesis y exploración física cuidadosa, evitando el encarnizamiento diagnóstico.

Tratamiento

Enfoque biopsicosocial: no simplificar el tratamiento al alivio del dolor. Es fundamental incluir intervenciones educativas, ejercicio físico individualizado, terapia cognitivo-conductual y de aceptación y compromiso. Tratar las alteraciones del sueño como un síntoma cardinal de la enfermedad.

Alianza terapéutica: es clave implicar al paciente en su proceso terapéutico, formarlo en neurociencia del dolor y empoderarlo para que participe activamente en su tratamiento.

Abordar los constructos psicológicos negativos del SFM: catastrofismo (rumiación, magnificación e indefensión), mente dispersa e ira.

Evitar tratamientos ineficaces: se deben desprescribir fármacos sin eficacia demostrada (opiáceos, benzodiacepinas, AINEs) y evitar suplementos sin valor terapéutico.

Evitar la polimedicación: no se debe tratar cada síntoma con un nuevo fármaco sin revisar la anamnesis farmacológica. La polimedicación aumenta el riesgo de efectos adversos.

BIBLIOGRAFÍA

- Palop Larrea V, Roth Damas P, Escuder Tella A. Síndrome de fibromialgia. AMF 2022;18(8):434-45.
- Ramírez-Gil J, Folch Marí B, Roth Damas P, Palop Larrea V. Recomendaciones «No hacer» en el síndrome de fibromialgia. Aten Prim 57 (2025)103-15 Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103115>
- Siracusa R, Paola RD, Cuzzocrea S, Impellizzeri D. Fibromyalgia: Pathogenesis, mechanisms, diagnosis and treatment options update. Int J Mol Sci 2021;22:3891.
- Ángel García D, Martínez Nicolás I, Saturno Hernández PJ. Abordaje clínico de la fibromialgia. Reumatol Clin 2016;12:65-71.
- Folch Marín B, Palop Larrea V. Dolor crónico en la mujer. AMF 2020;16:289-94