

Decálogo de Fibromialgia para médicos de Atención Primaria



UCAM

Cátedra de **Ozonoterapia**
y **Dolor Crónico**

clinalgia
FORMACIÓN

F
agrafim
Formación en Fibromialgia

IAF

Instituto de Atención a la Fibromialgia

Autores:

Dr. D. Javier Hidalgo Tallón

Dr. D. Sixto Luis Alcoba Valls

La fibromialgia es una enfermedad de difícil comprensión, tanto por parte del médico como del paciente, lo que a veces dificulta la comunicación y puede frustrar a ambas partes. Este Decálogo de Fibromialgia, destinado principalmente a los médicos de Atención Primaria, tiene como objetivo conocer y reconocer la enfermedad, así como tratar a los pacientes que la padecen.



1 ¿Existe la fibromialgia?

Hoy día negar esta enfermedad es negar una evidencia. Es una realidad clínica propia reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1992 y por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) en el año 1994. Clasificada con el código 79,7 en el CIE 10.



2 ¿Qué es la fibromialgia?

La FM es un síndrome clínico definido por un cuadro doloroso generalizado idiopático, de al menos tres meses de duración. Este dolor no puede ser explicado por trastornos degenerativos o inflamatorios.

Básicamente definimos dos tipos de dolor en FM, ambos solapables. Un dolor nociceptivo y un dolor neuropático, fruto de un sistema nociceptivo alterado, incapaz de interpretar correctamente los estímulos periféricos, sean o no dolorosos. La hiperexcitabilidad a la que están sometidas las neuronas noci-

ceptivas hace que la sensación dolorosa se amplifique y dure más (hiperalgesia), o que se perciban como dolorosos estímulos que no lo son (alodinia). Por tanto, tendremos un componente periférico del dolor y un componente central del dolor, ambos amplificándose y retroalimentándose entre sí. Esta hiperexcitabilidad neuronal también afecta a otras redes neuronales, lo que justifica respuestas alteradas en otros ámbitos, como el emocional, el sueño, la regulación de la capilaridad, la respuesta al estrés, la dinámica del sistema inmune o la función visceral.



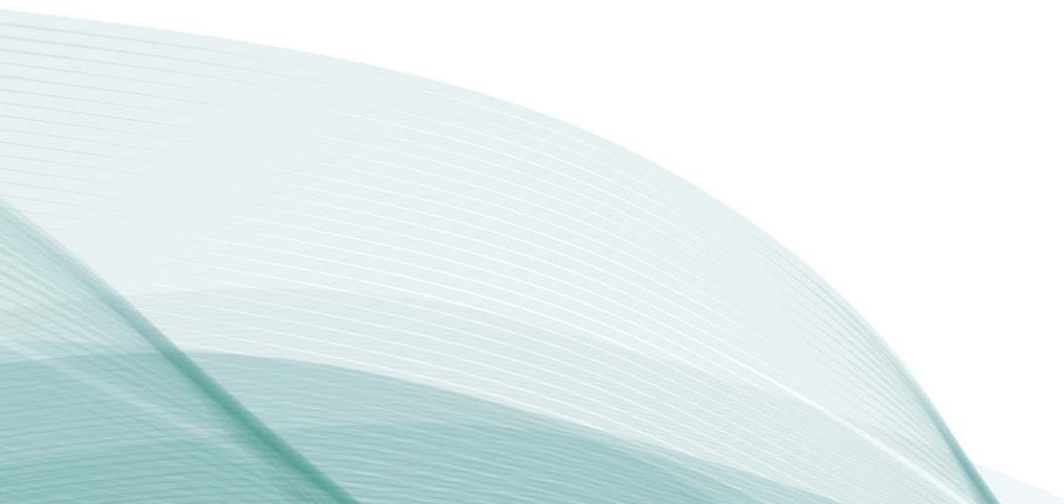
3 ¿La fibromialgia es sólo dolor?

La fibromialgia no es solamente dolor. En general se acompaña de fatiga no justificada, rigidez, parestesias, sueño no reparador, trastornos del estado de ánimo y algún grado de déficit cognitivo.

También, como se recoge en los nuevos criterios diagnósticos (2016), se pueden presentar otros síntomas, con una significativa variabilidad entre pacientes, como son molestias gastrointestinales o urinarias, sequedad de mucosas, vértigo, acufenos, presencia de aftas bucales o sensibilidad al sol, entre otros.



4 **¿Cuáles son las bases anatomofisiopatológicas de la fibromialgia?**



Entre los principales hallazgos de los distintos estudios se han encontrado alteraciones anatómicas en el SNC, tales como una posible disfunción en los neurotransmisores, déficits de perfusión y cambios en la materia gris cerebral, además de una mayor percepción del dolor e hipervigilancia ante estímulos interoceptivos y exteroceptivos.

Con respecto al sistema nervioso central, la fisiopatología de la fibromialgia gira en torno a dos ejes principales, que son:

- **Alteraciones en la percepción y procesamiento del dolor:**

A través de la RNM funcional y la TEP se pone de manifiesto como con poca presión sobre los puntos sensibles se activan regiones cerebrales conocidas como mediadoras de la respuesta al dolor (área sensitivomotora primaria, corteza parietal, ínsula y región del cíngulo anterior).

- **Cambios estructurales en el SNC:**

1. Alteraciones en la perfusión cerebral: hiperperfusión en la corteza somatosensorial e hipoperfusión en la corteza frontal, temporal, cerebelosa y cingulada.
2. Pérdida de sustancia gris en múltiples áreas, como la corteza frontal, media, cingulada, insular y parahipocampo.
3. Aumento de la sustancia blanca en el hemisferio izquierdo del cerebelo, cuerpo estriado y corteza orbitofrontal (ínsula).
4. Alteraciones metabólicas de la dopamina relacionadas con el déficit de materia gris y mayores niveles de glutamato, predominantemente en la zona posterior de la ínsula.

5 ¿A quién afecta?

En general afecta diez veces más a la mujer que al varón, especialmente en la edad media de la vida, aunque también ha sido descrita en niños y adolescentes. Un estudio europeo realizado en el 2010 observó una prevalencia en España de hasta el 4 %.

Esta enfermedad existe en casi todos los países, la mayor parte de los grupos étnicos y en cualquier tipo de clima.

Actualmente la enfermedad se puede considerar un problema sociosanitario de primer nivel, con un gasto estimado en nuestro país cercano a los 10.000 euros anuales por paciente.



¿Es hereditaria?

No, pero sí hay agregación familiar. El riesgo de padecer la enfermedad es 8,5 veces mayor en familiares de pacientes con FM que en otras poblaciones. Aunque aún no se haya definido ningún gen concreto como responsable, la impronta genética y medioambiental sobre determinadas familias parece determinante. Se ha encontrado más tendencia a desarrollarla en pacientes portadores de determinados genotipos que regulan la expre-

sión de la enzima catecol-O-metil-transferasa o el gen regulador de la proteína transportadora de serotonina.

Parece existir un número elevado de pacientes con antecedentes de trastornos psicoafectivos y traumas en edades tempranas de la vida o con acontecimientos vitales estresantes o sometidos a un estrés emocional intenso.





¿Cómo diagnosticamos la fibromialgia?

El diagnóstico de la fibromialgia es únicamente clínico. No existen pruebas de imagen o de laboratorio que confirmen este síndrome.

El primer requisito es la existencia de dolor crónico (más de tres meses) generalizado (en cuatro de las cinco regiones que se establecen al añadir el raquis a los cuatro cuadrantes corporales). Cualquier otra patología concreta (reumatológica, sistémica, oncológica, infecciosa o neurológica) tendrá que haber sido descartada previamente.

Para saber si un paciente cumple los criterios diagnósticos de fibromialgia utilizaremos:

Escala de severidad sintomática (SS):

1. Fatiga	
	0= No ha sido un problema
	1= Leve, ocasional
	2= Moderada, presente casi siempre
	3= Grave, persistente, he tenido grandes problemas

2. Sueño no reparador	
	0= No ha sido un problema
	1= Leve, ocasional
	2= Moderada, presente casi siempre
	3= Grave, persistente, he tenido grandes problemas

3. Trastornos cognitivos	
	0= No ha sido un problema
	1= Leve, ocasional
	2= Moderada, presente casi siempre
	3= Grave, persistente, he tenido grandes problemas

	Dolor muscular	Pitidos al respirar (silbancias)
	Síndrome de colon irritable	Fenómeno de Raynaud
	Fatiga/agotamiento	Urticaria
	Problemas de comprensión o memoria	Zumbidos en los oídos
	Debilidad muscular	Vómitos
	Dolor de cabeza	Acidez de estómago
	Calambres en el abdomen	Aftas orales (úlceras)
	Entumecimiento/hormigueos	Pérdida o cambio en el gusto
	Mareo	Convulsiones
	Insomnio	Ojo seco
	Depresión	Respiración entrecortada
	Estreñimiento	Pérdida de apetito
	Dolor en la parte alta del abdomen	Erupciones/Rash
	Nauseas	Intolerancia al sol
	Ansiedad	Trastornos auditivos
	Dolor torácico	Moretones frecuentes (hematomas)
	Visión borrosa	Caída del cabello
	Diarrea	Micción frecuente
	Boca seca	Micción dolorosa
	Picores	Espasmos vesicales

Escala de severidad sintomática (SS):

	Cintura Escapular Izquierda	Pierna Inferior Izquierda
	Cintura Escapular Derecha	Pierna Inferior Derecha
	Brazo Superior Izquierdo	Mandíbula Izquierda
	Brazo Superior Derecho	Mandíbula Derecha
	Brazo Inferior Izquierdo	Pecho (Tórax)
	Brazo Inferior Derecho	Abdómen
	Nalga Izquierda	Cuello
	Nalga Derecha	Espalda Superior
	Pierna Superior Izquierda	Espalda Inferior
	Pierna Superior Derecha	

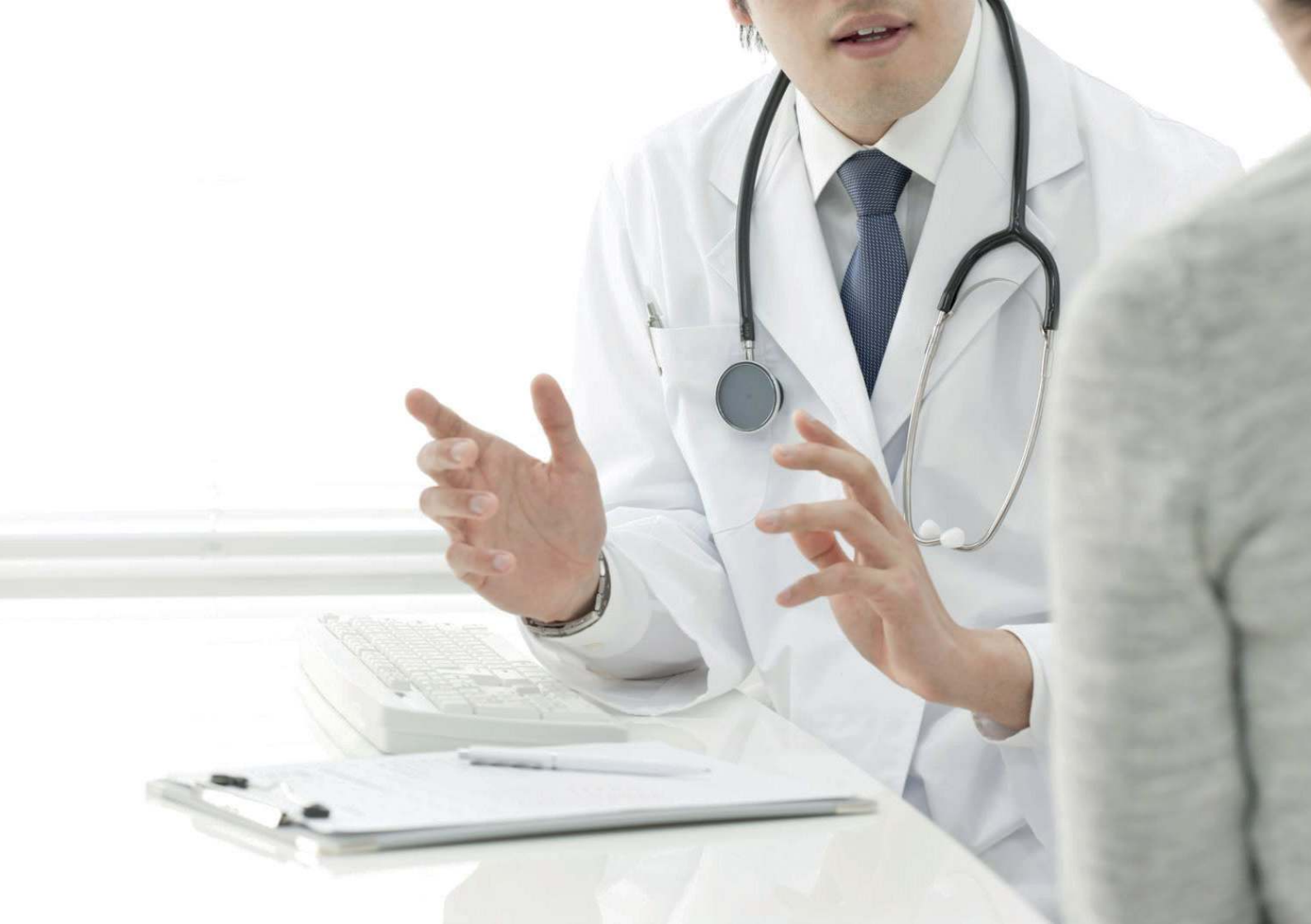
Una persona satisface los criterios diagnósticos de FM si las tres condiciones siguientes se cumplen:

1. Índice de dolor generalizado (WPI) ≥ 7 y la puntuación de la escala de severidad sintomática (SS) de ≥ 5 , o WPI de 3-6 y una puntuación en la SS ≥ 9 .
2. Los síntomas tienen que estar presentes como mínimo durante tres meses.
3. La persona no tiene que tener ninguna enfermedad que pueda explicar el dolor.

The Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FIRST)

1. ¿Tiene dolores por todo el cuerpo? SI NO
2. ¿Los dolores vienen acompañados de una fatiga general permanente? SI NO
3. ¿Los dolores son como quemaduras, descargas eléctricas o calambres? SI NO
4. ¿Los dolores vienen acompañados de otras sensaciones anormales, como pinchazos, entumecimiento, adormecimiento u hormigueos por todo el cuerpo? SI NO
5. ¿Los dolores vienen acompañados de otros problemas de salud como digestivos, urinarios, dolor de cabeza o piernas inquietas? SI NO
6. ¿Tienen esos dolores una repercusión importante en su vida cotidiana especialmente en el sueño, en la capacidad de concentración o en la sensación de realizar sus actividades con lentitud? SI NO

Tiene una sensibilidad y especificidad diagnóstica del 92 y 87,4% respectivamente, en pacientes que cumplen criterios de la ACR 1990 y 2016. El valor de corte para el diagnóstico de fibromialgia es ≥ 5 .



¿Cómo abordamos a nuestros pacientes de fibromialgia?

Anamnesis:

1. Dolor: inicio, localización, irradiación, ritmo, intensidad, situaciones que lo empeoran o mejoran, así como la respuesta a los analgésicos.
2. Antecedentes físicos y psicológicos.
3. Síntomas acompañantes tanto físicos como psicológicos.

Exploración Física:

Para confirmar el diagnóstico y descartar otras enfermedades. Especial relevancia tiene la exploración del sistema osteoarticular.

Pruebas Complementarias:

No hay ninguna prueba de laboratorio ni diagnóstico por imagen específico de FM. La normalidad es la constante. Si habrá que descartar otras patologías, en especial de la esfera reumatológica.

La fibromialgia, actualmente, es una enfermedad crónica sin curación, que suele cursar en brotes. La calidad de vida de estos pacientes está francamente afectada y repercute directamente en su vida laboral, familiar y social. Nuestro objetivo será mejorar al máximo la calidad de vida de los enfermos.

Sería muy adecuado definir el **grado de afección vital**:

1. **Afección vital leve:** sin interferencia con la función o el trabajo.
2. **Afección vital moderada:** interferencia con la función o el trabajo (pérdidas parciales de actividad).
3. **Afección vital grave:** marcada interferencia con la función o el trabajo (imposibilidad para realizar el trabajo o situación de baja laboral por la enfermedad).



9 ¿Cómo tratamos a los pacientes de fibromialgia?

Lo primero es explicar al paciente la naturaleza de la enfermedad, su evolución y pronóstico, así como las posibilidades terapéuticas. Dejar muy claro que no existe ningún fármaco que cure la FM y que el plan terapéutico irá encaminado a reducir su sintomatología y mejorar su calidad de vida.

Hay que dejar muy claro también que el tratamiento siempre debe ser individualizado y multidisciplinar, siendo el médico de Atención Primaria un elemento básico tanto en el diagnóstico inicial como en posterior seguimiento y en el control del día a día del paciente con FM.

En el tratamiento farmacológico, nuestro primer objetivo es conseguir el control del sueño y de la ansiedad. Nuestro segundo objetivo es el control del dolor.

Fármacos de eficacia contrastada:

Amitriptilina, Pregabalina, Duloxetina y Minalcipram. Se ha comprobado que la Pregabalina y Duloxetina son superiores a Milnacipran en el tratamiento del dolor y los trastornos del sueño, la Duloxetina superior a Pregabalina y Milnacipran en el tratamiento de la depresión, y la Pregabalina y Milnacipran superiores a Duloxetina en el tratamiento de la astenia.

Otros fármacos ensayados:

Paroxetina, Fluoxetina, Venlafaxina, Gabapentina, Pramipexol, Ciclobenzaprina, Zolpidem, Zopiclona, Naltrexona, Alprazolam, AINE, Glucocorticoides, Opiáceos.

La Amitriptilina a dosis de 10 hasta 50 mg/día, tomados en dosis única antes de acostarse puede ser eficaz en la mejoría del dolor y del descanso nocturno (Nivel de recomendación A).

Hay evidencia suficiente sobre la eficacia de la Duloxetina y la Venlafaxina para reducir el dolor y mejoría global en pacientes con FM (Recomendación A).

Con respecto a los opiáceos, aunque su uso es extenso en la práctica clínica, actualmente no hay evidencia suficiente para recomendarlos como tratamiento de elección. Solamente ha resultado ser efectiva la combinación de Tramadol/Paracetamol. Hay varios ensayos aleatorizados positivos con relación al Tramadol, y el he-

cho de que además de su efecto agonista μ sea inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina podría marcar la diferencia con respecto a los demás opiáceos.

Los antiinflamatorios, esteroideos o no, no suelen ser efectivos en modo preventivo, pero sí pueden ser útiles para mitigar las crisis.

Sí disponemos de evidencia sobre la eficacia de la Ciclobenzaprina para mejorar el dolor, la contractura muscular y facilitar el sueño en pacientes con FM (Recomendación A)

Por el contrario la Gabapentina no ha demostrado eficacia suficiente (Nivel de evidencia C).

Parece haber evidencia suficiente sobre la eficacia de la Pregabalina para reducir el dolor en pacientes con FM. Está aprobada para el tratamiento de la FM en los Estados Unidos y en otros países no europeos.

¿Qué tratamiento no farmacológico se puede recomendar?:

- **Tratamiento físico y rehabilitador:**

Su objetivo es aliviar la hipertonía muscular y relajar la musculatura para mejorar el dolor miotendinoso. Hay que concienciar al paciente para que evite situaciones estresantes y de sobrecarga posicional. La práctica regular (30 min a 1 hora/día) de ejercicio físico aeróbico ha demostrado mejoría en dolor, estado de ánimo, sueño y estado general de los pacientes.

- **Tratamiento psicológico:**

1. Programas de modificación del comportamiento.
2. Entrenamiento en técnicas de bio-feedback.
3. Terapia conductual-cognitiva: hay evidencia en la reducción de síntomas, mejora de la función y de la calidad de vida en los pacientes con FM.



10 ¿Qué pueden hacer nuestros pacientes con fibromialgia?

Su actitud como paciente activo es absolutamente necesaria.

Cada vez más estudios avalan que el ejercicio suave, una alimentación adecuada, una buena higiene del sueño y realizar actividades relajantes que hagan desconectar tienen un efecto muy beneficioso sobre su calidad de vida.

Tras el ajuste farmacológico obtendremos de nuestros pacientes los siguientes compromisos:

- Al menos una hora de ejercicio suave al día.
- Al menos media hora diaria para realizar alguna actividad relajante. Pueden ser muy adecuados ejercicios de meditación como el Mindfulness.
- Realizar un dietario según nuestras indicaciones.
- La participación en programas educacionales como la escuela de paciente y el asociacionismo han demostrado un efecto muy beneficioso en el control de los síntomas y en cómo afrontar la enfermedad por parte de los pacientes.



Bibliografía

Branco JC, Bannwarth B, Failde I, Abelló Carbonell J et al. *Prevalence of fibromyalgia: a survey in five european countries*. Semin Arthritis Rheum. 2010; 39: 448-453.

Dolor crónico no oncológico. Sescam;2014

Dolor en la prensa. Rev Soc Esp Dolor. 2009; 16(7): 417-418)

Gowers, W. R. (1904). *A lecture on lumbago: its lessons and analogues: delivered at the national hospital for the paralysed and epileptic*. British medical journal, 1(2246), 117

Grant JT. *The epidemiology of chronic generalized musculoskeletal pain*. Best Pract Res Clin Rheumatol 2003; 17: 547-561

Häuser W, Ablin J, Perrot S, Fitzcharles MA. *Management of fibromyalgia: practical guides from recent evidence-based guidelines*. Pol Arch Intern Med. 2017;127:47-56

Hidalgo-Tallón FJ. *Fibromialgia. Un trastorno de estrés oxidativo*. Rev Soc Esp Dolor 2012; 2:95-100

Iannetti GD, Zambreanu L, Wise RG, Buchanan TJ, Huggins JP, Smart TS, Vennart W, Tracey I. *Pharmacological modulation of pain-related brain activity during normal and central sensitization states in humans*. Proc Natl Acad Sci U S A 2005; 102:18195-18200

Manuela Sánchez González. *Grandes síndromes dolorosos, dolor crónico en personas ancianas y fibromialgia. Parte 2: "Fibromialgia"*. Curso: Atención Primaria a Personas con Dolor Crónico no Oncológico: 2017.

Merskey H, Bogduck N. *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms*. 2nd ed. Seattle. International Association for Study of Pain (IASP Press); 1994

Park DJ, Kang JH, Yim YR, Kim JE, Lee JW, Lee KE, Wen L, Kim TJ, Park YW, Lee SS. *Exploring Genetic Susceptibility to Fibromyalgia*. Chonnam Med J. 2015; 51:58-65

Proceso asistencial integrado Dolor crónico no oncológico. Junta de Andalucía; 2014.

Quitner, *International Statistical Classification of Diseases and Related Problems*. ICD-10. WHO, Geneva. 1992

Staud R. *Biology and therapy of fibromyalgia: pain in fibromyalgia syndrome*. Arthritis Res Ther. 2006; 8: 208

Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M A, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RL, Mease PJ, Russell AS, Russell IJ, Walitt, B. *Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria*. In *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 2016; 46: 319-329

Woolf CJ. *Pain. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain*. 2011; 152 (3 Suppl): S2-15

Referencias

- Annemans L, Wessley S, Spaepen E, et al. *Health economics consequences related to the diagnosis of Fibromyalgia Syndrome*. *Arthritis & Rheum*. 2008; 58:895-902.
- Ávila Arriaza MA, Palomo Gómez J. *Lumbalgia Inespecífica: la enfermedad del siglo XXI. Abordaje terapéutico de enfermería*. *Hygia*. 2010; 75: 5-9.
- Badía X., Muriel C., Gracia A., Manuel Núñez-Olarte J., Perulero N., Gálvez R, Carulla J, Cleeland Ch S. *Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica*. *Med Clin* 2003; 120: 52-59.
- Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. *Non-specific low back pain*. *Lancet*. 2012; 379: 482-91.
- Berger A, Dukes E, Martin S, Edelsberg J, Oster G. *Characteristics and health-care costs of patients with fibromyalgia syndrome*. *Int J Clin Pract*. 2007; 61:1498-1508.
- Boden SD, McCowin PR, Davis DO, Dina TS, Mark AS, Wiesel S. *Abnormal magnetic-resonance scans of the cervical spine in asymptomatic subjects: a prospective investigation*. *J Bone Joint Surg Am* 1990; 72:1178-1184.
- Boonen A, van der Heuvel R, van Tubergen A, Goossens M, Severens JL, van der Heijde D, et al. *Large differences in cost of illness and wellbeing between patients with fibromyalgia, chronic low back pain, or ankylosing spondylitis*. *Ann RheumDis*. 2005; 39:6-402.
- Brummett CM, Goesling J, Tsodikov A, et al. *Prevalence of the fibromyalgia phenotype in patients with spine pain presenting to a tertiary care pain clinic and the potential treatment implications*. *Arthritis Rheumatol*. 2013; 65:3285-3292.

- Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A; EPISER Study Group. *The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey*. Ann Rheum Dis. 2001; 60:1040-1045.
- Carmona L. *Revisión sistemática: ¿el diagnóstico en sí de fibromialgia tiene algún efecto deletéreo sobre el pronóstico?* Reumatol Clin. 2006; 2:52-7.
- Collado A, Cuevas MD, Estrada MD, Flórez MT, Giner V, Marín J, et al. *Fibromialgia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- Editorial. Rev Soc Esp Dolor 2009; 16: 417-418.
- Fries JF, Spitz PW, Young DY. *The dimensions of health outcomes: the Health Assessment Questionnaire disability and pain scales*. J Rheumatol 1982; 9: 789-793.
- Giesecke T, Gracely RH, Clauw DJ, Natchemson A, Dück MH, Sabatowski R, Gerbershagen HJ, Williams DA, Petzke F. *Central pain processing in chronic low back pain. Evidence for reduced pain inhibition*. Schmerz. 2006; 20:411-4, 416-7.
- González Viejo MA, Condón MJ. *Coste de la compensación por incapacidad temporal por dolor lumbar en España*. Rehabil. 2001; 35: 28-34.
- Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J et al. *A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a spanish population*. Gen Hosp Psychiatry 2003; 25:277-283.
- Iannetti GD, Zambreau L, Wise RG, Buchanan TJ, Huggins JP, Smart TS, Vennart W, Tracey I. *Pharmacological modulation of pain-related brain activity during normal and central sensitization states in humans*. Proc Natl Acad Sci U S A 2005; 102:18195-18200.

- Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS. *Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain*. N Engl J Med 1994; 331:69–73.
- Lázaro P, Parody E, Méndez JI, Alfaro N. *Impacto de las enfermedades reumáticas en España. Salud y trabajo*. Fundación Abbott. 2009.
- Mas AJ, Carmona L, Valverde M, Ribas B. EPISER study group. *Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: Results from a nationwide study in Spain*. Clin Exp Rheumatol. 2008; 26:519-526.
- Natvig B, Bruusgaard D, Eriksen W. *Localized low back pain and low back pain as part of widespread musculoskeletal pain: two different disorders? A cross-sectional population study*. J Rehabil Med. 2001; 33:21–25.
- Palomino Aguado B, Jiménez Cosmes L, Ferrero Méndez A. *El dolor lumbar en el año 2009*. Rehabilitación. 2010; 44:69-81.
- Patrick N, Emanski E, Knaub MA. *Acute and chronic low back pain*. Med Clin North Am. 2014; 98: 777-789.
- Rantanen T, Guralnik JM, Foley D, Massaki K, Leveille S, Curb JD, White L.(1999). *Midlife hand grip strength as a predictor of old age disability*. JAMA. 281:558-60.
- Rivera J, Alegre C, Ballina FJ, Carbonell J, Carmona L, Castel B, et al. *Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia*. Reumatol Clin. 2006; 2 supl 1:S55–66.
- Rivera J, Rejas J, Esteve-Vives J, Vallejo MA. ICAF group. *Resource utilization and health care costs in patients diagnosed with fibromyalgia in Spain*. Clin Exp Rheumatol. 2009; 56:S39–45.

- Royuela A, Macías JA. *Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburgh*. Vigilia-Sueño 1997; 9:81-94.
- Salgueiro, M., García Leiva, J. M., Ballesteros, J., Molina, R., & P. Calandre, E. *Validation of Spanish version of the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR)*. Health Qual Life Outcomes. 2013; 11: 132.
- Sociedad Española de Reumatología. Estudio EPISER. *Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española*. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2001.
- Spaeth M. *Epidemiology, costs, and the economic burden of fibromyalgia*. Arthritis Res Ther. 2009; 11.
- Staud R. *Evidence for shared pain mechanisms in osteoarthritis, low back pain, and fibromyalgia*. Curr Rheumatol Rep. 2011; 13: 513-520.
- Van Houdenhove B, Egle UT. *Fibromyalgia: A stress disorder?* Psychotherapy and psychosomatics 2004; 73:267-75.
- Vilagut, G., Valderas, J. M., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E., & Alonso, J. (2008). *Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental*. Medicina Clínica (Barcelona), 126-735.
- Viniol A, Jegan N, Leonhardt C, et al. *Differences between patients with chronic widespread pain and local chronic low back pain in primary care. A comparative cross-sectional analysis*. BMC Musculoskelet Disord. 2013; 14:351.

Weiner DK, Sakamoto S, Perera S, Breuer P. *Chronic low back pain in older adults: prevalence, reliability, and validity of physical examination findings*. J Am Geriatr Soc. 2006; 54:11-20.

Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. L., Walitt, B. (2016, December). 2016 *Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria*. In *Seminars in Arthritis and Rheumatism* (Vol. 46: 319-329). WB Saunders.

Woolf CJ. *Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain*. Pain. 2011; 152 (3 Suppl):S2-15.

