

Frecuencia de la fibromialgia primaria, secundaria y patologías asociadas, en el Servicio de Medicina de Rehabilitación del Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE

Dr. Iván José Quintero Gómez,* Dr. Ángel Oscar Sánchez Ortiz,** Dr. José Vicente Rosas Barrientos***

RESUMEN

La fibromialgia es una enfermedad crónica que provoca dolor muscular generalizado y puede ser discapacitante; su etiología y fisiopatología se desconocen. El objetivo del estudio es reportar características sociodemográficas y servicios que refieren pacientes con diagnósticos distintos a fibromialgia. **Método:** Estudio prolectivo, transversal, analítico en pacientes referidos al Servicio de Medicina de Rehabilitación del Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE, periodo de junio a agosto del 2008. Se evaluaron los síntomas más frecuentes y se les exploró intencionadamente la presencia de 11 a 18 puntos dolorosos relacionados a fibromialgia, descritos por el Colegio Americano de Reumatología. **Resultados:** Se incluyeron 100 pacientes con fibromialgia, 92% son de sexo femenino, la edad promedio de 52 años. Los Servicios y Hospitales que con mayor frecuencia refieren pacientes al servicio de Rehabilitación son Indianilla con 31%, Ortopedia del Hospital Regional 1° de Octubre 27%. Los diagnósticos referidos más frecuentes fueron lumbalgia con 27%, cervicolumbalgia con 15%. El dolor generalizado y trastornos del sueño se reportaron en 97%, dolor epigástrico en 80%, fatigabilidad y dolor en marco cólico 87%. **Conclusión:** Los servicios que refieren con mayor frecuencia a pacientes con fibromialgia no diagnosticada son: clínica Indianilla con 31% y Ortopedia del Hospital Regional 1° de Octubre con 27%.

Palabras clave: Fibromialgia, medicina física y rehabilitación.

ABSTRACT

*Fibromyalgia is an chronic which causes generalized muscular pain which may be incapacitating , its etiology and physiopathology are still unknown. The goal of this study is report the socio demographic characteristics and the medical services which refer patients with diagnosis apart from fibromyalgia. **Methods:** The study is a transversal analytic, proelective study in patients which were referred to the Physical Medicine and Rehabilitation service in the 1° de Octubre Regional Hospital from ISSSTE in the time period from June to August 2008. In all cases a questionnaire was used to determine the most frequent ailments and symptoms as well as a clinical examination focused primarily on the identification of at least 11 of the 18 tender points related to fibromyalgia, as described by the American College of Rheumatology. **Results:** In was determined that in the 100 patients selected for the study 92% were female, the age onset mean was 52 years of age. The services and peripheral clinics which referred these patients to the Physical Medicine and Rehabilitation service were Clinic Indianilla with 31% and the service of Orthopedics with 27%. The most common misdiagnosis were lumbar pain with 27%, cervical and lumbar pain with 15%, the 97% referred generalized pain and sleep disorders, 80% gastritis, 87% fatigability and gastritis, 87% colitis. **Conclusion:** Services with the highest fibromyalgia referral rate were Clinica Indianilla with 31% and the Orthopedics Service from 1° de Octubre Regional Hospital with 27%.*

Palabras clave: Fibromyalgia, physical medicine and rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM) es una patología crónica y compleja que provoca dolor muscular generalizado que puede llegar a ser discapacitante, asociada a mal descanso nocturno y fatigabilidad, y que afecta a las esferas biológica, psicológica y social de los pacientes. Se estima que la fibromialgia tiene una prevalencia a nivel mundial del 2-3%¹.

La FM o reumatismo tisular, como lo denominaban los autores alemanes Friorep (1843)² y Gowers (en 1904), acuña

* Médico adscrito al servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE. México D.F., México.

** Jefe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE. México D.F., México.

*** Jefe de Investigación del Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE. México D.F., México.

el término de fibrositis para describir este cuadro de dolor de origen muscular, que pensaban se debía a cambios inflamatorios en la estructura fibrosa de los mismos³.

La FM es una enfermedad crónica compleja que provoca dolores generalizados, acompañados de fatiga y debilidad que puede llegar a ser discapacitante. Por clínica se presume que el trastorno subyacente debe pertenecer a la esfera reumatológica, pero también a la neurológica y a la endocrinológica⁴.

Se ha llegado a decir que «la fibromialgia no existe, existen pacientes que dicen tener fibromialgia»⁵.

El síndrome de fibromialgia es el trastorno más frecuente entre los pacientes con dolor músculo-esquelético difuso sin lesión estructural orgánica demostrada, que puede afectar del 2 al 3% de la población española, lo que supone más de un millón de personas mayores de 18 años, siendo el 90% de los casos mujeres, la mayoría entre 30 y 50 años⁶.

Investigaciones recientes han demostrado que existe una influencia del sistema nervioso autónomo sobre la fisiopatología de la FM durante las 24 horas del día⁷.

Existe una hiperactividad simpática día y noche en los pacientes con FM⁸.

En 1990, el American College of Rheumatology, basándose en un estudio multicéntrico realizado en EUA y Canadá con 293 pacientes afectados de FM y 265 controles con diferentes tipos de dolor crónico, propuso para su diagnóstico únicamente la presencia de dolor difuso de más de 3 meses de evolución y sensibilidad al dolor aumentada a la palpación digital en al menos 11 de 18 localizaciones anatómicas propuestas⁹.

En 1994, Yunus englobó la FM dentro del síndrome disfuncional junto a otras patologías como síndrome de intestino irritable, síndrome de fatiga crónica, síndrome de piernas inquietas, cefalea tensional, etc., y que presentaban características clínicas comunes y respuesta a agentes serotoninérgicos o noradrenérgicos, proponiendo como hipótesis la existencia de una disfunción neuroendocrina-inmune (alteraciones de neurotransmisores y hormonas) que establecía un nexo entre todas ellas. En 1990 se establecerían los criterios diagnósticos por el Colegio Americano de Reumatología, lo que permitiría, por fin, establecer un diagnóstico más certero, mejorar los estudios y avanzar en el tratamiento de estos pacientes⁹.

En 1992, en la declaración de Copenhague¹⁰, es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) tipificándola con el código M79.0 en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10)¹¹, siendo reconocida en 1994 por la Asociación Internacional de Enfermedades (IASP), clasificándola con el código X33.X8a¹².

La etiología sigue siendo desconocida; se ha sugerido la posibilidad de microtraumatismos musculares que habrían producido alteraciones de la microcirculación mus-

cular o alteraciones en la modulación y conducción del dolor¹³.

El objetivo del estudio es reportar las características sociodemográficas como: sexo, grupos étnicos, escolaridad, actividad laboral, estado civil y servicios que remiten a los pacientes con subdiagnóstico de FM, así como la sintomatología que refieren estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prolectivo, transversal analítico en pacientes referidos al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación con diagnósticos distintos al del síndrome de fibromialgia (99%) del Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE, en el periodo de junio a agosto del 2008.

En todos los casos se les realizó una encuesta de la sintomatología más frecuente en el síndrome, reportada por otros estudios^{1,14} y se les exploró intencionadamente la presencia de los 11 a 18 puntos dolorosos relacionados con el síndrome de fibromialgia, descrito por el Colegio Americano de Reumatología.

Se calculó el tamaño de la muestra, para estudio transversal, con un α de 0.05.

Los criterios de inclusión fueron: derechohabientes del ISSSTE, que por zonificación les corresponda atención médica en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional 1° de Octubre, que cumplan con los criterios diagnósticos para fibromialgia del Colegio Americano de Reumatología (RAC)⁹ y que hayan firmado carta de consentimiento informado.

Los criterios de exclusión: Derechohabientes que no firmen la carta de consentimiento informado, pacientes mal diagnosticados con síndrome de fibromialgia.

Este protocolo fue aprobado por los comités de investigación y ética del Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE; el análisis estadístico incluyó medidas de tendencia y frecuencia central.

RESULTADOS

En el periodo de junio a agosto del 2008, se captaron 100 casos, de los cuales 92 fueron femeninos (92%) y 8 masculinos (8%).

DISCUSIÓN

La FM continúa siendo un padecimiento subestimado, dado que su diagnóstico es de exclusión y no existen estudios que demuestren una lesión evidente¹.

El presente estudio ratifica lo publicado por otros investigadores del predominio del género femenino (92%) en la población que cursa con FM, como lo reporta White¹⁴.

Cuadro 1. Grupos etáreos.

Grupo etáreo	Frecuencia %
20 a 29 años	5
30 a 39 años	15
40 a 49 años	34
50 a 59 años	31
60 a 69 años	14
70 a 79 años	1
Total	100

Con relación a la edad, el promedio es de 52 años (47.9 ± 10.6 años) con un intervalo de edad entre 25 y 77 años, haciendo énfasis en que el grupo etáreo de mayor frecuencia es el que se encuentra entre 40 y 49 años (34%); le sigue en frecuencia entre 50 y 59 años (31%).

Cuadro 2. Religión.

Religión	Frecuencia %
Católica	91
Evangélica	1
Otras	6
Ninguna	2
Total	100

La religión que dicen practicar los pacientes con fibromialgia, con mayor frecuencia es la católica, siendo el 91%.

El rango de edad más frecuente con FM es entre los 40 y 59 años (65%) de los pacientes, lo que ratifica como factores relacionados con el climaterio y la menopausia¹⁵ (*Cuadro 1*).

Los servicios que canalizaron a los pacientes al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación con otros diagnósticos, fueron: Clínica Indianilla con el 31%, Ortopedia del Hospital Regional 1° de Octubre con el 27%, Clínica Xalostoc 8%, Hospital General Gonzalo Castañeda 6%, Neurocirugía 5%, Clínica Guadalupe el 4%. No existe dentro de la institución, estudio similar (*Cuadro 2*).

El presente estudio demuestra que la FM no discrimina nivel académico, ya que afecta a pacientes con grado de escolaridad de primaria hasta postgrado (*Cuadro 8*).

Tampoco discrimina estado civil de los pacientes, ya que afecta a casados y solteros en igualdad de porcentaje (*Cuadro 10*).

En relación a la actividad laboral se encontró que el 20% de la población con FM es docente, el 16% pensionado, el 14% secretaria, el 14% administrativo, el 9% enfermera, el 8% ama de casa, cuya cifra puede estar sesgada, tomando en cuenta el número de docentes derechohabientes del ISSSTE entre 850 mil y 900 mil docentes, de una población derechohabiente del ISSSTE de 10,977,636 (www.issste.gob.mx) (*Cuadro 9*).

Cuadro 3. Servicio y hospital que refieren.

Sitio de referencia	Frecuencia %
Ortopedia	27
Clínica Indianilla	31
Clínica Xalostoc	8
Neurocirugía	5
Hospital General Gonzalo Castañeda	6
Clínica Gustavo A. Madero	2
Clínica Guadalupe	4
Hospital General Dr. Fernando Quiroz	2
Centro de Cirugía Ambulatoria	1
Clínica del Dolor	1
Hospital General Tacuba	3
Clínica Peralvillo	1
Clínica Dr. Alberto Pisanty	1
Cirugía Plástica y Reconstructiva	2
Ginecología y Obstetricia	1
Reumatología	1
Oncología	1
Neurología	2
Clínica Ecatepec	1
Total	100

Los Servicios y Hospitales que con mayor frecuencia canalizan pacientes al servicio con otros diagnósticos y patologías asociadas a la FM son La Clínica de Especialidades de Indianilla con el 31%, y le sigue el servicio de Ortopedia del Hospital Regional 1° de Octubre con el 27%, los cuales suman el 58%.

Cuadro 4. Diagnósticos de envío.

Diagnósticos de envío	Frecuencia %
Cervicalgia	10
Lumbalgia	27
Dorsalgia	1
Postoperado de columna cervical y/o Lumbar	12
Cervicolumbalgia	15
Canal cervical estrecho	1
Gonalgia	7
Tendinitis	10
Espondiloartrosis	4
Artritis reumatoide	2
Sx. túnel del carpo	7
Parálisis facial	1
Sx. de fibromialgia	2
Polineuropatía	1
Total	100

Los diagnósticos más frecuentes con los que son referidos los pacientes son lumbalgia con el 27% y cervicolumbalgia con el 15%; el total de patologías de columna vertebral cervicodorsolumbar suman 70%.

Cuadro 5. Otras enfermedades.

Otras enfermedades	Frecuencia %
Ninguna	28
Diabetes mellitus	5
Hipertensión arterial sistémica	6
Patología de tiroides	1
Sx. túnel del carpo.	15
Otras	45
Total	100

De las otras patologías con que cursan los pacientes con FM, se encuentran, en primer lugar, el síndrome del túnel del carpo en un 15%; le siguen, en orden de frecuencia, respectivamente, la hipertensión arterial sistémica 6% y la diabetes mellitus 5%.

Cuadro 6. Tratamientos farmacológicos recibidos.

Tratamiento farmacológico recibido	Frecuencia %
AINES	66
Amitriptilina	16
Pregabalina	7
Complejo B tableta	2
Tizanidina	1
Diacepam	2
Esteroides	1
Otros	5
Total	100

El 66% de los pacientes con FM han recibido tratamiento farmacológico con AINES, el 16% con amitriptilina.

Cuadro 7. Otros tratamientos.

Otros tratamientos recibidos	Frecuencia %
Ninguno	87
Acupuntura	8
Masajes	1
Herbolaria	2
Homeopatía	1
Ozonoterapia	1
Total	100

El 8% de los pacientes con FM recibieron tratamiento de medicina alternativa con acupuntura, un 2% con herbolaria.

El 45% de los pacientes con FM refieren no tener vida sexual activa, y el 31% refiere cursar con dispareunia, lo que puede estar relacionado con la edad de los pacientes, ya que el 46% es mayor de 49 años, predominando el sexo femenino en un 92% de la población estudiada.

Cuadro 8. Escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia %
Primaria	12
Secundaria	20
Preparatoria-bachillerato	25
Licenciatura	39
Postgrado	4
Total	100

Los pacientes con FM en estudio cuentan con escolaridad de licenciatura un 39%, preparatoria-bachillerato un 25%, secundaria un 20%.

Cuadro 9. Actividades laborales.

Actividad laboral	Frecuencia %
Docente	20
Secretaria	14
Administrativo	14
Ama de casa	8
Enfermera	9
Intendencia	4
Técnico	2
Pensionados	16
Policía	2
Funcionario	3
Cajera	1
Contador	1
Analista	1
Médico	1
Comerciante	3
Psicóloga	1
Total	100

Las actividades laborales relacionadas con la FM en la población derechohabiente del Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE, docentes 20%, pensionados 16%, secretarías 14%, administrativo 14% y enfermeras 9%.

Cuadro 10. Estado civil.

Estado civil	Frecuencia %
Soltera(o)	30
Casada(o)	49
Unión libre	6
Madre soltera	10
Divorciada(o)	5
Total	100

El estado civil de los pacientes con FM en estudio tiene una frecuencia de 49% casados, 30% solteras (solteros), 10% madres solteras, 6% unión libre.

Cuadro 11. Horas de sueño.

Horas de sueño	Frecuencia %
Menor de 4 horas de sueño	46
Mayor de 4 horas de sueño	54
Total	100

El 54% de los pacientes con FM tiene más de 4 horas de sueño y 46% menor de 4 horas de sueño.

Cuadro 12. Histerectomizadas.

Histerectomizadas	Frecuencia %
No histerectomizadas	77
Sí histerectomizadas	15
No aplica	8
Total	100

El 15% de los pacientes con FM cuentan con histerectomía.

Cuadro 13. Vida sexual.

Vida sexual	Frecuencia %
No vida sexual activa	45
Sí vida sexual activa	55
Total	100

El 45% de los pacientes con FM refiere no tener vida sexual activa.

Cuadro 14. Antecedente de enfermedad ácido-péptica.

Antecedente de enfermedad ácido-péptica	Frecuencia %
No antecedente de enfermedad ácido-péptica	26
Sí antecedente de enfermedad ácido-péptica	74
Total	100

El 74% de los pacientes con FM se refiere cursar con enfermedad ácido-péptica.

El 80% de los pacientes con FM cursan con dolor en epigastrio y un 87% con dolor en marco cólico, situación reportada por otros estudios en relación al síndrome de intestino irritable y enfermedad ácido-péptica¹ (Cuadro 15).

El 94% de los pacientes con FM cursan con parestesias en manos y/o pies y un 83% con sensación de edema en manos y pies, lo que puede estar relacionado entre sí, como lo refiere Wolf⁵ (Cuadro 15).

Cuadro 15. Cuadro de síntomas más frecuentes en la fibromialgia-

Síntomas	Presentes %	Ausentes %
Dolor generalizado > de 3 meses	94	6
Hipersensibilidad al frío	75	4
Hipersensibilidad al calor	21	
Dolor muscular	97	3
Dolor articular	97	3
Espasmos y contracturas musculares	96	4
Trastorno del sueño	87	13
Amnesia	81	19
Cefalea	74	16
Fatigabilidad	95	5
Vértigo	68	32
Irritabilidad	84	16
Depresión	89	11
Ansiedad	87	13
Dificultad para la concentración	70	30
Dispareunia	31	69
Urgencia a la micción	30	70
Rigidez articular	37	63
Dolor en epigastrio	80	20
Dolor en marco cólico	87	13
Estreñimiento	74	16
Parestesias manos y pies	94	6
Sensación de edema manos y pies	83	17
Sensación de piernas inquietas	46	54

De los pacientes con FM, el 94% refieren dolor generalizado, 75% manifiestan hipersensibilidad al frío, un 21% al calor, 97% dolor muscular, 97% dolor articular, 96% manifiestan cursar con espasmos y/o contracturas musculares, 87% trastornos del sueño, 81% manifiestan tener fallos en la memoria, 74% refiere cursar con cefalea, 95% fatigabilidad, 68% con vértigo, 84% irritabilidad, 89% con cuadros depresivos, 87% refieren ansiedad, 70% manifiesta dificultad para la concentración, 31% refiere cursar con dispareunia, 30% urgencia para la micción, 37% con rigidez articular, 80% refiere dolor en epigastrio, 87% dolor en marco cólico, 74% con estreñimiento, 94% parestesias en manos y/o pies, 83% con sensación de edema en manos y pies, 46% con piernas inquietas.

Dado que no existe un método diagnóstico definitivo, se trata de una de las enfermedades o síndromes funcionales-somáticos que se caracterizan más por los síntomas que por los signos o pruebas complementarias¹⁶. A los médicos de niveles de atención primero y segundo e inclusive tercer nivel del ISSSTE, se les dificulta diagnosticar a los pacientes que cumplen con los criterios para la FM, situación que se presenta también en países industrializados. En un estudio canadiense, sólo el 34% de los pacientes que se diagnosticaron con FM en la primera visita al reumatólogo resultaron serlo tras seis meses de seguimiento¹⁷.

Cuadro 16. Ausentismo laboral.

Ausentismo laboral	Frecuencia %
No ausentismo laboral	44
Sí ausentismo laboral	51
No aplica (NA)	5
Total	100

El 51% de los pacientes con fibromialgia, manifiestan la necesidad de ausentarse de su centro laboral por causa de la FM.

Cuadro 17. Puntos dolorosos para fibromialgia.

Puntos dolorosos para FM	Frecuencia %
12 puntos dolorosos para FM	8
14 puntos dolorosos para FM	13
15 puntos dolorosos para FM	2
16 puntos dolorosos para FM	27
17 puntos dolorosos para FM	2
18 puntos dolorosos para FM	48
Total	100

En el 27% de los pacientes con FM se les encontró 16 puntos dolorosos de 18 para fibromialgia, el 13% con 14 de 18 puntos dolorosos, el 8% con 12 de 18 puntos dolorosos, de los criterios para diagnosticar fibromialgia descrito por el Colegio Americano De Reumatología.

CONCLUSIÓN

La FM secundaria es más frecuente que la primaria dentro del servicio de Medicina Física y Rehabilitación en un 98%, y el 70% de las FM se encuentran relacionadas con patología de columna vertebral cervicodorsolumbar (*Cuadro 4*).

Dada la complejidad de la FM, se requiere del manejo interdisciplinario entre las diferentes especialidades en cada caso en particular, para que la orientación al paciente sea la más adecuada y de sobremanera sensibilizarlos en la importancia de llevar a cabo las diferentes recomendaciones y prescripciones médicas que se vierten en pro de sus beneficios.

Por lo anterior, se debe considerar la FM como diagnóstico de exclusión, ante la sintomatología difusa, por la que acuden los pacientes a los diferentes niveles de atención.

Es necesario entablar canales de comunicación más efectivos entre los diferentes especialistas inherentes a los casos de FM y sobre todo de los diferentes niveles de atención médica en el Instituto, para el manejo integral de los pacientes con FM y evitar sean referidos a los terceros niveles en forma reiterativa por las diversas sintomatologías que los aquejan.

Dicha comunicación interdisciplinaria repercutirá en el bienestar de los derechohabientes en general, al optimizar los recursos institucionales. La FM representa un costo anual, por paciente, de hasta \$6,000 dólares en Estados Unidos de Norteamérica¹⁸.

Su elevada frecuencia hace que sea un problema de salud pública, que en ocasiones se presenta secundariamente a otras patologías, de predominio a columna vertebral en un 76% (*Cuadro 4*).

El tratamiento debe abordarse en forma multidisciplinaria en contraposición a un manejo biomédico tradicional.

La subestimación de la FM en la población derechohabiente del ISSSTE, crea una gran inconformidad en los pacientes que la padecen, ya que no se les orienta en forma adecuada o el manejo biomédico no es el idóneo, causando múltiples reingresos de los pacientes al servicio de Medicina de Rehabilitación, repercutiendo en los recursos financieros del instituto, por lo que en la actualidad no existen estudios al respecto y puede considerarse como estudio a futuro.

REFERENCIAS

- Villanueva VL, Valia JC, Cerda G y col. Fibromialgia: Diagnóstico y tratamiento. El Estado en Cuestión. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2004; 11(7): 430-443.
- Friorep R. *Ein beitrage zur pathologie und therape des rehumatismus*. Weimar, 1843.
- Gowwers WR. Lumbago: its lessons and analogues. *Br Med J* 1904; 1: 117-21.
- Leza JC. Fibromialgia: un reto también para la neurociencia. *Revista de Neurología* 2003; 36(12): 1165-1175.
- Wolf F. Pain extent and diagnosis development and validation of the regional pain scale in 12,799 patients with rheumatic disease. *The Journal of Rheumatology* 2003; 30: 369-378.
- White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. The London fibromyalgia epidemiology study: The prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *The Journal of Rheumatology* 1999; 26(7): 1570-1576.
- Martínez-Lavin M, Hermosillo GA, Mendoza C et al. Orthostatic sympathetic derangement in subjects with fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology* 1997; 24(4): 714-717.
- Martínez-Levin M, Hermosillo GA, Rosas M, Soto ME. Circadian studies of autonomic nervous balance in patients with fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism* 1998; 46(11): 1966-1971.
- Wolf, Smythe HA, Yunus MB et al. The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria comite. *Arthritis Reum* 1990; 33: 160-72.
- Anónimo Fibromyalgia: the Copenhagen Declaration. *Lancet* 1992; 340: 663-4.
- WHO. *International statistical classification of disease and related problems*. ICD-10. Geneve: WHO, 1992.
- Merskey H, Bogduck N. *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms*. 2th ed. Scattle: International Association for study of pain (IASP press), 1994.
- Forseth KO, Gran JT. Management of fibromyalgia. What are the best treatment choices? *Drugs* 2002; 62: 577-92.

14. Collado A, Alijotas J, Benito P, Alegre A, Romera M, Señudo I y col. Documento de consenso sobre el diagnóstico de la fibromialgia en Cataluña. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 745-9.
15. Foresth KO, Gran JT, Husby G. A population study of the incidence of fibromyalgia among women aged 26-55 yr. *Br J Rheumatol* 1997; 36: 1318-23.
16. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, 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.
17. Fitzcharles MA, Boulos. Inaccuracy in the diagnosis of fibromyalgia syndrome: analysis of referrals. *Rheumatology (Oxf)* 2003; 42: 263-7.
18. Nampiarampil DE, Shmering RH. «A Review of Fibromyalgia». *The American Journal of Managed Care* 2004; 10: 794-800.

Dirección para correspondencia:
Dr. Iván José Quintero Gómez
Avenida Instituto Politécnico Nacional Núm. 1669,
colonia Magdalena de las Salinas. Delegación Gustavo
A. Madero 07300, México DF, México.
Tel. 55866011, ext. 184, quinterogom@yahoo.com.mx