



Universidad de Costa Rica

Sistema de Estudios de Posgrado

Programa de Posgrados en Especialidades Médicas

Posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria

Abordaje integral de fibromialgia en atención primaria

-Revisión bibliográfica-

Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Posgrado en
Medicina Familiar y Comunitaria para optar por el título de Especialista
en Medicina Familiar y Comunitaria

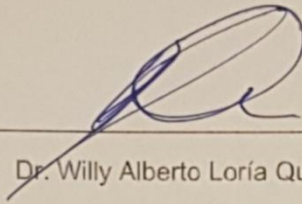
Dra. Mónica García Rodríguez

2019

DEDICATORIA

Dedicada a mis padres.

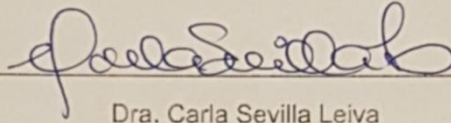
"Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar por el grado y título de doctorado académico en Medicina Familiar y Comunitaria".



Dr. Willy Alberto Loría Quirós

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

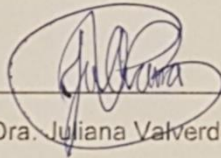
Director del Programa del Posgrado De Medicina Familiar y Comunitaria



Dra. Carla Sevilla Leiva

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

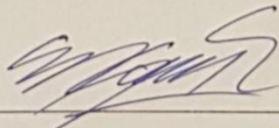
Directora de tesis



Dra. Juliana Valverde Brenes

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Asesora de Tesis



Dra. Mónica García Rodríguez

Candidata

CARTA DEL FILÓLOGO

Cartago, 29 de noviembre de 2019

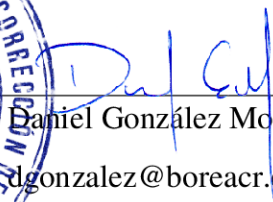
Los suscritos, Elena Redondo Camacho, mayor, casada, filóloga, cédula de identidad número 3 0447 0799 y Daniel González Monge, mayor, casado, filólogo, cédula de identidad número 1 1345 0416, vecinos de Quebradilla de Cartago, en calidad de filólogos revisamos y corregimos el trabajo final de graduación que se titula: *Abordaje integral de fibromialgia en atención primaria. Revisión bibliográfica*, sustentado por Mónica García Rodríguez.

Hacemos constar que se corrigieron aspectos de forma, redacción, estilo y otros vicios del lenguaje que se pudieron trasladar al texto. La originalidad y la validez del contenido son responsabilidad exclusiva del autor y de sus asesores.

Esperamos que nuestra participación satisfaga los requerimientos de la Universidad de Costa Rica.



Elena Redondo Camacho
eredondo@boreacr.com
Filóloga
Carné Acfil 0247



Daniel González Monge
dgonzalez@boreacr.com
Filólogo
Carné Acfil 0245

TABLA DE CONTENIDO

Dedicatoria	ii
Tabla de contenido.....	iii
Resumen.....	x
Índice de siglas	xi
Capítulo I. Introducción	1
1.1. Justificación	1
1.2. Problema de investigación	2
1.2.1. Tema de investigación.....	2
1.2.2. Pregunta de investigación.....	2
1.3. Objetivos.....	2
1.3.1. Objetivo principal	2
1.3.2. Objetivos específicos.....	2
Capítulo II. Metodología	4
2.1. Tipo de investigación	4
2.2. Palabras clave	4
2.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	4
2.3.1. Criterios de inclusión.....	4
2.3.2. Criterios de exclusión.....	4
2.4. Procedimiento de búsqueda bibliográfica	5

2.4.1. Fase I: Recopilación	5
2.4.2. Fase II: Análisis de la bibliografía	6
2.5. Clasificación de artículos	7
Capítulo III. Generalidades.....	8
3.1. Antecedentes	8
3.2. Fisiopatología.....	8
3.3. Factores de riesgo	10
3.4. Diagnóstico de la enfermedad	11
3.5. Síntomas centrales	16
3.6. Comorbilidades comunes.....	16
Capítulo IV. Resultados y discusión.....	18
4.1. Farmacoterapia utilizada actualmente en fibromialgia	18
4.1.1. Amitriptilina	18
4.1.2. Inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN)	19
4.1.3. Duloxetina.....	20
4.1.4. Pregabalina.....	20
4.1.5. Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)	21
4.1.6. Gabapentina	22
4.1.7. Tramadol/paracetamol.....	22
4.1.8. Terapia combinada	23

4.1.9. Ciclobenzaprina	23
4.1.10. Antiinflamatorios no esteroideos (AINES) orales	23
4.1.11. Mirtazapina	24
4.1.12. Milnaciprán	24
4.1.13. Antipsicóticos	25
4.1.14. Cannabinoides	26
4.2. Terapias no farmacológicas en fibromialgia	26
4.2.1. Ejercicio aeróbico	26
4.2.2. Ejercicio de resistencia	27
4.2.3. Entrenamiento acuático	29
4.2.4. Ejercicio mixto	29
4.2.5. Tai chi	30
4.2.6. Terapia cognitivo conductual (TCC)	31
4.2.7. Terapia cognitivo-conductual mediante Internet	31
4.2.8. Terapias cuerpo-mente	32
4.2.9. Terapia láser de baja potencia	32
4.2.10. Estimulación eléctrica transcutánea (TENS)	33
4.2.11. Acupuntura	34
4.2.12. Homeopatía	34
4.3. Programas de intervención interdisciplinario en fibromialgia	34

4.3.1. Importancia de la educación al paciente y su familia	35
4.3.2. González et al., 2015	36
4.3.3. Von Bülow et al., 2017	37
4.3.4. Bourgault et al., 2015.....	37
4.3.5. Saral et al., 2017.....	38
4.3.6. Martins et al., 2014	39
4.4. Propuesta de algoritmo de manejo integral de la fibromialgia aplicable en atención primaria	39
4.4.1. Consideraciones sobre su interpretación.....	40
Capítulo V. Conclusiones y recomendaciones	42
5.1. Conclusiones	42
5.2. Recomendaciones	44
5.2.1. Recomendaciones para la CCSS	44
5.2.2. Recomendaciones a los Profesionales de la Salud	44
5.2.3. Recomendaciones a las Unidades Académicas de Medicina.....	44
Referencias bibliográficas	45
Anexos	52
Anexo 1.....	52
Anexo 2.....	76
Anexo 3.....	77

Anexo 4.....78

RESUMEN

La fibromialgia es un trastorno complejo y crónico, que puede ser incapacitante. Tiene una alta prevalencia en el ámbito mundial, principalmente en mujeres en rango de edad productiva, lo cual afecta de manera negativa su calidad de vida y la de sus familias; así como los gastos en el sistema de salud derivados de su atención. Su diagnóstico puede convertirse en todo un reto para el médico, debido a la gran complejidad de sus síntomas. A través del tiempo, se han publicado revisiones de los criterios diagnósticos propuestos por el Colegio Americano de Reumatología (ACR), con el fin de refinar el abordaje de esta enfermedad.

Asimismo, se han llevado a cabo innumerables investigaciones sobre el manejo de esta patología, con el fin de determinar cuál es la mejor forma de abordar y tratar esta enfermedad. A pesar de todos estos esfuerzos, la fibromialgia es un padecimiento difícil de diagnosticar y tratar, lo cual puede generar frustración, tanto en el médico como en el paciente y su familia. A continuación, se presenta la revisión bibliográfica y propuesta de algoritmo de abordaje de fibromialgia en atención primaria. Esta se basa en la evidencia científica más reciente y pretende ser una herramienta en las manos del médico dedicado a la atención primaria, que facilite el manejo de pacientes con esta patología.

ÍNDICE DE SIGLAS

- ACR. Colegio Americano de Reumatología
- SIBDI. Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información.
- UCR. Universidad de Costa Rica.
- CEBM. Centro de Medicina Basada en Evidencia.
- ECA. Ensayo Controlado Aleatorizado
- OMS. Organización Mundial de la Salud.
- CIE. Clasificación Internacional de Enfermedades.
- WPI. Índice de dolor generalizado.
- SSS. Escala de gravedad de los síntomas.
- FIQ. Cuestionario de impacto de fibromialgia.
- IRSN. Inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina.
- NNT. Número necesario para tratar.
- NNH. Número necesario para dañar.
- AINES. Antiinflamatorios no esteroideos.
- ISRS. Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina.
- TCC. Terapia cognitivo conductual.
- DME. Diferencia de medias estandarizada.
- VAS. Escala Análoga Visual.
- AVD. Actividades de vida diaria.
- ABVD. Actividades básicas de vida diaria.
- AIVD. Actividades instrumentales de vida diaria.

Capítulo I. Introducción

1.1. Justificación

La fibromialgia es una enfermedad reumatológica crónica que puede ser incapacitante. Tiene una prevalencia mundial del 2 %, más de 200 millones de personas en el mundo (1) y afecta, en especial, a las mujeres entre los 20 y 50 años, el cual es el rango de edad más productivo de un individuo. Su manejo es principalmente en atención primaria y ocupa un total de 5 % a 10 % del total de las consultas (2). En Estados Unidos, representa un gasto anual de más de 20 billones de dólares para el sistema de salud (1). El gasto costo económico se debe tanto a las visitas médicas como a los tratamientos utilizados y a las bajas laborales o incapacidades (3).

Es una enfermedad compleja y muchas veces subestimada, que requiere un manejo integral por parte de personal sensibilizado acerca de su complejidad. Esto debido a que la condición de dolor crónico, asociada con múltiples síntomas como trastornos del sueño y del afecto, fatiga, rigidez, problemas cognitivos (4), puede tornarse de difícil manejo; lo que provoca la frustración, tanto de las personas profesionales en Medicina como de los pacientes. Además, se ha evidenciado que su actividad puede ser influenciada por factores psicosociales del paciente (5).

A pesar de los esfuerzos que se han hecho en la difusión de conocimiento acerca de esta condición, persisten barreras en el reconocimiento y diagnóstico de la fibromialgia en la práctica clínica (6). Además, es necesario comprender que entre los pilares de tratamiento de la enfermedad se encuentra el farmacológico y el no farmacológico y que se deben actualizar los conocimientos en ambas modalidades para tener mayor posibilidad de éxito en el manejo de esta enfermedad.

Al momento de la elaboración de este trabajo no existe una guía de manejo de fibromialgia publicada en Costa Rica. Una de las responsabilidades como médicos de familia es la de mantenerse actualizados en el manejo de las patologías más comunes en atención primaria y la de transmitir esa información a los médicos

generales con quienes se labora. Esta revisión bibliográfica y propuesta de algoritmo de manejo de fibromialgia en atención primaria, pretende brindar herramientas para el abordaje integral de esta enfermedad, según la evidencia científica más reciente publicada al respecto. Esto con el último fin de ofrecer atención médica de calidad a este grupo de pacientes. La aplicación adecuada de estrategias de abordaje integral en fibromialgia aportará beneficios no solo al paciente, sino también a sus familias y al sistema de salud en general.

1.2. Problema de investigación

1.2.1. Tema de investigación

Abordaje integral de la fibromialgia aplicado en la atención primaria.

1.2.2. Pregunta de investigación

¿Cuál es el planteamiento de abordaje integral de los pacientes con diagnóstico de fibromialgia aplicado en la atención primaria?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo principal

Analizar las estrategias de abordaje integral de los pacientes con diagnóstico de fibromialgia aplicado en la atención primaria.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Comparar la efectividad de la farmacoterapia utilizada actualmente en fibromialgia.
2. Examinar la evidencia científica sobre el uso de terapias no farmacológicas en fibromialgia.
3. Evidenciar la experiencia internacional en cuanto al manejo de la fibromialgia, mediante programas de intervención.

4. Proponer un algoritmo de manejo integral de la fibromialgia aplicable en atención primaria.

Capítulo II. Metodología

2.1. Tipo de investigación

El presente trabajo consiste en una revisión bibliográfica de la literatura científica acerca del abordaje integral de la fibromialgia en atención primaria, publicada durante los últimos 5 años, en los idiomas español o inglés.

2.2. Palabras clave

Se utilizaron los siguientes términos MeSH y su traducción al español, como palabras clave en la búsqueda de artículos científicos:

- Palabras en inglés: *Fibromyalgia; Therapeutics; Primary Health Care; Disease Management.*
- Palabras en español: Fibromialgia; Terapéutica; Atención primaria; Manejo.

2.3. Criterios de inclusión y exclusión

2.3.1. Criterios de inclusión

- Artículos publicados que contengan las palabras clave seleccionadas en el título, resumen o contenido.
- Investigaciones hechas en personas mayores de 18 años.
- Bibliografía con menos de 5 años de antigüedad (2014 a 2019) durante el periodo de estudio (setiembre a noviembre de 2019).
- Artículos publicados en idioma inglés y español.

2.3.2. Criterios de exclusión

- Artículos con metodología confusa.
- Protocolos de investigación.

- Artículos referentes al manejo de la fibromialgia exclusivamente en niños y adolescentes.

2.4. Procedimiento de búsqueda bibliográfica

2.4.1. Fase I: Recopilación

Mediante el uso de las palabras clave definidas para este estudio, su traducción al idioma inglés y los criterios de selección de la investigación, se llevó a cabo una búsqueda en distintas bases de datos en línea del Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información (SIBDI) de la Universidad de Costa Rica (UCR) con contenido especializado en medicina, en idioma inglés y español. Asimismo, se elaboró una matriz de búsqueda con el uso de los términos *MeSH*, la cual se aplicó a las bases de datos de PubMed (Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos), Science Direct, Cochrane Library y Scielo. En algunos casos fue necesario aplicar variantes a la matriz para obtener la mayor cantidad de resultados relevantes. En todas las bases de datos, si algún artículo presentaba las versiones en inglés y español, se prefirió la versión en inglés.

En la base de datos Pubmed se aplicó la matriz Fibromyalgia; Therapeutics; Primary Health Care, la cual obtuvo un total de 181 artículos, al refinar la búsqueda a 5 años y texto completo, se encontró un total de 70 artículos. Además, se aplicó la matriz Fibromyalgia; Disease Management; Primary Health Care, la cual generó un total de 263 artículos, de los cuales 74 corresponden a las características 5 años y texto completo. En cuanto a las matrices de búsqueda Fibromialgia; Terapéutica; Atención Primaria y Fibromialgia; Manejo; Atención Primaria no se obtuvieron registros en esta base de datos. En total se encontraron 144 artículos en Pubmed, esta fue la base de datos que evidenció mayor cantidad de resultados.

De igual forma, se procedió con Science direct y se aplicaron las mismas matrices de búsqueda definidas. Posterior a la limitación de resultados a 5 años y texto completo y Artículos y guías de manejo se obtuvieron 101 artículos en inglés. Se aplicaron las matrices con palabras clave en español, de lo que se obtuvo 23 artículos después de la aplicación de los filtros mencionados. De esta manera, se

obtuvo un total de 124 artículos. Con la base de datos Scielo se utilizó únicamente la palabra Fibromialgia como criterio de búsqueda y se encontraron 367 artículos, al limitar la búsqueda a 5 años y texto completo se obtuvo un total de 53 artículos.

Por último, se consultó la base de datos Cochrane Library, en la que se utilizó como palabra clave únicamente Fibromyalgia, con lo cual se obtuvo un total de 33 artículos. Al limitar los resultados a 5 años y texto completo se encontraron 22 artículos. Si algún artículo presentaba las versiones en inglés y español, se prefirió la versión en inglés. Asimismo, debido a su relevancia, se incluyeron las publicaciones del Colegio Americano de Reumatología sobre los criterios diagnósticos de fibromialgia de 2010 y 2011, aunque se encontraban fuera del rango de antigüedad elegido. De igual forma, se incluyeron 3 revisiones Cochrane de 2013, por el mismo motivo.

Una vez obtenida la muestra de artículos por analizar (n=343) se procedió a incluirlos en el gestor de referencias bibliográficas Mendeley, al cual se ingresó mediante el SIBDI; este programa identificó 172 publicaciones duplicadas, las cuales se descartaron. Posteriormente, se llevó a cabo una lectura de los resúmenes de estas 172 publicaciones y se descartaron 122 por no cumplir los criterios de selección establecidos para la investigación. Por último, se escogieron las publicaciones con evidencia científica más robusta para analizarse en esta revisión. Se obtuvo una muestra total de 30 artículos (n=30), los cuales se clasificaron según los objetivos específicos, de la siguiente manera.

- Primer objetivo: 12 artículos.
- Segundo objetivo: 13 artículos.
- Tercer objetivo: 5 artículos.

2.4.2. Fase II: Análisis de la bibliografía

Se utilizaron los criterios del Centro de Medicina Basada en Evidencia de Oxford (CEBM, por sus siglas en inglés) del 2009 para clasificar los artículos científicos, según su nivel de evidencia (Cuadro 1). La información obtenida de los

artículos seleccionados se tabuló en una matriz de análisis facilitada por el Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la UCR, con el fin de sintetizar y priorizar la información consultada en la bibliografía (ver Anexo 1).

2.5. Clasificación de artículos

En el Cuadro 1 se detalla la clasificación de los artículos utilizados en esta revisión, según el nivel de evidencia científica y grado de recomendación.

Cuadro 1. *Clasificación de los artículos utilizados en esta revisión con base en el CEBM de la Universidad de Oxford*

Nivel de evidencia	Tipo de estudio	Grado de recomendación	Artículos
Ia	Metaanálisis, revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados (ECA), con homogeneidad	Grado A	21
Ib	Ensayo clínico aleatorizado con intervalo de confianza estrecho		7
Ic	Práctica clínica		0
IIa	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad	Grado B	0
IIb	Estudio de cohortes o ensayo clínico aleatorizado de baja calidad		2
IIc	Investigación en resultados en salud		0
IIIa	Revisión sistemática de estudios de casos y controles, con homogeneidad		0
IIIb	Estudio de casos y controles individuales		0
IV	Serie de casos o estudios de cohortes y de casos y controles de baja calidad	Grado C	0
V	Opinión de expertos	Grado D	0
Total de artículos			30

Fuente: adaptado del CEMB de Oxford.

Capítulo III. Generalidades

3.1. Antecedentes

La fibromialgia tiene una prevalencia mundial del 2 % en la población general (en su mayoría mujeres, en razón de 3:1), para un aproximado de más de 200 millones de personas en el mundo (6), con un rango entre países del 0.4 % al 9.3 % (7); la edad de inicio es entre los 30 y 50 años (6). La media de edad al diagnóstico es de 35 años (8). Su diagnóstico y tratamiento representa un reto para los profesionales en salud y esto se refleja en el tiempo de retraso del diagnóstico, el cual va de 2 a 10 años. Esto también trae repercusiones en elevación de costos para el sistema de salud (9). En Estados Unidos representa un gasto anual en salud de más de 20 billones de dólares para el sistema de salud (1). En España es de 11.153 millones de euros anuales (10).

La entidad fue reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y fue consignada en el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) dentro de la categoría Otros trastornos de partes blandas, no especificados en otra sección, con el código M79.7 (11). A la fecha, no existen datos disponibles acerca de la prevalencia de la enfermedad en Costa Rica. Estadísticas de Latinoamérica indican que la prevalencia en México es de 19214, la de Cuba es de 3155, en Brasil es de 12000 y en Venezuela es de 3973 pacientes adultos con diagnóstico de fibromialgia (12).

3.2. Fisiopatología

Es un síndrome de sensibilización central, caracterizado por dolor crónico musculoesquelético difuso, no articular que, además, presenta aumento en la sensibilidad (11). Sin embargo, otras condiciones como fatiga, rigidez matinal, sueño no reparador, trastornos del afecto y deterioro cognitivo que, aunque no son universales, están presentes en manera variable en los pacientes, lo cual hace de la fibromialgia una condición heterogénea y de difícil manejo (9).

La sensibilización central se refiere al fenómeno de hiperexcitabilidad

neuronal, mediado por neurotransmisores, el cual produce hipersensibilidad de los estímulos periféricos que clínicamente se manifiesta como hiperalgesia y alodinia, los cuales son característicos de la fibromialgia (11). Muchas vías están involucradas en la amplificación del dolor, incluida una disminución en la activación de las vías de inhibición del dolor, una sobreestimulación de las vías del dolor y un aumento difuso en el procesamiento de todos los estímulos sensoriales, no solo dolor.

Estudios imagenológicos han demostrado que la ínsula en el cerebro de los pacientes es una zona con marcada actividad, la cual tiene un rol preponderante en la percepción de estímulos sensoriales y el procesamiento emocional de estos (6). Por otro lado, existe una conectividad aumentada hacia regiones pronociceptivas del cerebro y una conectividad disminuida hacia regiones antinociceptivas (13).

Además, debido a la predisposición familiar que suele observarse en fibromialgia, se han analizado familias de genes que explican en parte la génesis de la enfermedad. Los hallazgos genéticos mayormente encontrados en pacientes con fibromialgia son: el polimorfismo del receptor 5-HT_{2A}, transportador de serotonina, receptor de dopamina 4 y polimorfismos de la catecol o-metil transferasa. Algunos estudios han demostrado correlación entre estas variantes genéticas y la enfermedad, otros no (6). Otros mecanismos postulados incluyen.

- Disfunción del sistema nervioso autónomo (simpático): sugerido por la presencia de hipotensión ortostática en algunos pacientes con fibromialgia y por presentar niveles bajos de catecolaminas en orina, con respecto a personas sanas.
- Perfiles de citoquinas proinflamatorias elevadas (antagonista del receptor de la interleuquina 1, interleuquinas 6 y 8) y antiinflamatorias disminuidas (interleuquinas 4).
- Neuropatía de fibra pequeña: evidenciado con disminución en la densidad de las fibras nerviosas de la epidermis y alteración en su morfología (13).

Sin embargo, también hay evidencia de algunos mecanismos fisiopatológicos

de origen periférico, como:

1. Alteraciones en biopsias de músculo como un aumento de la frecuencia de los tipos de fibras moteadas y rojas rasgadas, lo cual indica una alteración del número, forma y distribución de las mitocondrias. Sin embargo, estos hallazgos son inespecíficos.
2. Se han encontrado bajas concentraciones de adenosin trifosfato (ATP) y creatin fosfato intracelulares y un aumento en el contenido de grasa del músculo cuádriceps en personas con fibromialgia, al compararse con personas sanas.
3. Los pacientes con fibromialgia presentan una menor densidad en los capilares de los músculos y una mayor variabilidad del tamaño y distribución de fibras musculares, en comparación con personas sanas.

Generalmente, en estos pacientes no existe evidencia de inflamación en pruebas de laboratorio o de imagen, ni al examen físico (8).

3.3. Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo hasta ahora conocidos para el desarrollo de la enfermedad, se encuentran:

- Sexo femenino.
- Agregación familiar: los familiares en primer grado de pacientes con fibromialgia tienen un riesgo aumentado de padecer la enfermedad de hasta 8 veces mayor.
- Antecedente de dolor regional crónico: como cefalea, lumbalgia, dolor miofascial o colon irritable.
- Otros factores de riesgo: estrés emocional, trastornos afectivos, tipo de personalidad, insatisfacción laboral, mala higiene del sueño, índice de masa corporal aumentado, antecedentes traumáticos físicos o psicológicos, infección por el virus de la hepatitis C (3).

3.4. Diagnóstico de la enfermedad

Los primeros criterios diagnósticos de fibromialgia los publicó el Colegio Americano de Reumatología (ACR por sus siglas en inglés) en 1990 y se enfocaban en:

- Dolor crónico generalizado: definido como dolor en ambos lados del cuerpo, por encima y debajo de la cintura y dolor del esqueleto axial, por al menos 3 meses.
- Sensibilidad: definido como dolor a la palpación digital (hecha con al menos 4 kg de fuerza) de al menos 11 de los 18 puntos de sensibilidad específicos en el cuerpo (6).
 - Occipucio: inserción de músculos suboccipitales, bilateral.
 - Cervical bajo: anterior a espacios intertransversos C5-C7, bilateral.
 - Trapecio: punto central del borde superior, bilateral.
 - Supraespinoso: sobre la espina de la escápula cerca del borde medio, bilateral.
 - Segunda costilla: lateral a unión costochondral, bilateral.
 - Epicóndilos laterales: 2 cm distal a epicóndilos, bilateral.
 - Glúteo: cuadrante superior externo, bilateral.
 - Trocánter mayor: posterior a la prominencia trocantérica, bilateral.
 - Rodilla: proximal a la almohadilla grasa media de la línea media articular, bilateral (8).

Entre las desventajas de estos criterios está que no incluía síntomas comunes asociados, no daba la posibilidad de valorar evolución de severidad de los síntomas y que requería un examen clínico de los puntos de sensibilidad. Esto resulta complejo para un médico no familiarizado con esta prueba, sobre todo en atención primaria (14). La variabilidad en los síntomas repercute en la dificultad de

su diagnóstico lo que, aunado a la falta de pruebas de laboratorio específicas, hacen que la fibromialgia sea una condición de salud subdiagnosticada y subtratada (6).

En 2010, el Colegio Americano de Reumatología volvió a publicar criterios diagnósticos para fibromialgia y esta vez la descripción pasó de ser un síndrome de dolor generalizado a ser un trastorno multisintomático, además, se eliminó la exploración de los puntos de sensibilidad como requisito diagnóstico (14). Estudios subsecuentes demostraron que los individuos con fibromialgia presentan la sensibilidad característica en todo su cuerpo, no solo en los llamados puntos de sensibilidad (6). Según los criterios de fibromialgia actuales (ACR 2010), el diagnóstico se confirma si se cumplen las siguientes condiciones:

- Índice de dolor generalizado (“*Widespread pain index*”, WPI) mayor o igual a 7 y una puntuación en la escala de gravedad de los síntomas (“*Symptom severity scale*”, SSS) mayor o igual a 5 o WPI 4-6 y SSS mayor o igual a 9 (15), tal y como se resume en el *Cuadro 2* (ver Anexos 2 y 3).
 - El índice de dolor generalizado mide el número de regiones dolorosas en el cuerpo, en una lista definida de 19 áreas.
 - La escala de gravedad de los síntomas incluye una estimación del grado de fatiga, sueño no reparador, síntomas cognitivos y somáticos (8).
- Los síntomas han estado presentes en un nivel similar por al menos 3 meses.
- El paciente no presenta otro trastorno que podría explicar el dolor (15).

Cuadro 2. Escalas utilizadas en el diagnóstico de fibromialgia

1. Índice de dolor generalizado (WPI-Widespread Pain Index)
Anote el número de áreas en las que el paciente ha tenido dolor durante la última semana.
¿En cuántas ha tenido dolor?
Tener en cuenta que no se deben incluir dolores que el paciente sufra por otro tipo de

enfermedad conocida. Por ejemplo: osteoartrosis, artritis reumatoide, tendinitis.

El valor debe estar entre 0 y 19.

Áreas:

- Cintura escapular izquierda/derecha
- Pierna inferior izquierda/derecha
- Brazo superior izquierdo/derecho
- Mandíbula izquierda/derecha
- Brazo inferior izquierdo/derecho
- Pecho (tórax)
- Abdomen
- Cadera (glúteo/trocánter) izquierda/derecha
- Cuello (nuca y cara anterior)
- Espalda superior
- Espalda inferior
- Pierna superior izquierda/derecha.

2. Escala de severidad de los síntomas (SSS-Symptom Severity Scale)

- Fatiga
- Sueño no reparador
- Trastornos cognitivos

Parte 1. Para cada uno de los tres síntomas indicados, elija el nivel de gravedad durante la pasada semana, con base en la siguiente escala:

0 = sin problemas

1 = leve, casi siempre leve o intermitente

2 = moderado, produce problemas considerables, casi siempre presente a nivel moderado

3 = grave, persistente, afectación continua, gran afectación de la calidad de vida

El valor esperado es entre 0 y 9.

Considere los síntomas somáticos en general*, indicando si el paciente presenta:

0 = asintomático (0 síntomas)
1 = pocos síntomas (entre 1 y 10)
2 = un número moderado de síntomas (entre 11 y 24)
3 = una gran acumulación de síntomas (25 o más)
*Síntomas somáticos: dolor muscular, síndrome de colon irritable, fatiga/agotamiento, problemas de comprensión o memoria, debilidad muscular, dolor de cabeza, calambres abdominales, entumecimiento/hormigueo, mareo, insomnio, depresión, estreñimiento, dolor epigástrico, náuseas.
Ansiedad, dolor torácico, visión borrosa, diarrea, boca seca, picores, sibilancias, fenómeno de Raynaud, urticaria, tinnitus, vómitos, acidez de estómago, aftas orales, pérdida o cambios en el gusto, convulsiones, ojo seco, respiración entrecortada, pérdida de apetito, erupciones/rash, intolerancia al sol, trastornos auditivos, equimosis frecuentes, caída del cabello, micción frecuente, micción dolorosa, espasmos vesicales.
Se debe sumar el resultado de la primera y segunda parte del SSS. El resultado varía entre 0 y 12 puntos.

Fuente: adaptado de Sifuentes-Giraldo WA, Morell-Hita JL. Fibromialgia. Med. 2017; 1227:1586–95.8

En 2011 se llevó a cabo una modificación a los criterios, de modo que el paciente pudiera contestar las escalas, sin intervención de un aplicador. Esto facilita su aplicación, ya que no se requiere de un entrevistador entrenado para hacerlo, además, beneficia el trabajo en investigación, al eliminar el posible sesgo del aplicador y permitir su desarrollo mediante encuesta (15). La nueva escala se denomina Escala de síntomas en fibromialgia (*"Fibromyalgia symptom scale"*, FS) y es una combinación entre el WPI y la SSS, esta es válida para fines de investigación, mas no para diagnóstico (16). En 2016 se publicó una revisión de los criterios de 2010, en la que se incluía el concepto de dolor generalizado, ya que con los criterios anteriores se incurría en errores cuando el paciente presentaba algún tipo de dolor regional. Los nuevos criterios son:

1. Dolor generalizado, definido como dolor en al menos 4 de 5 regiones corporales (ver más adelante).

2. Los síntomas han estado presentes en un nivel similar por al menos 3 meses.
3. Índice de dolor generalizado (WPI) mayor o igual de 7 escala de severidad de los síntomas (SSS) mayor o igual a 5 o WPI de 4–6 y SSS mayor o igual a 9.
4. Un diagnóstico de fibromialgia es válido a pesar de estar presentes otros diagnósticos. Un diagnóstico de fibromialgia no excluye la presencia de otras enfermedades.

Las regiones corporales son las siguientes:

1. Alta Izquierda: hombro izquierdo, brazo izquierdo, antebrazo izquierdo, mandíbula izquierda.
2. Alta Derecha: hombro derecho, brazo derecho, antebrazo derecho, mandíbula derecha.
3. Baja Izquierda: cadera izquierda, muslo izquierdo, pierna izquierda.
4. Baja Derecha: cadera derecha, muslo derecho, pierna derecha.
5. Central: pecho, abdomen, cuello, espalda alta, espalda baja (16).

Hasta el momento no se ha desarrollado una prueba de laboratorio o gabinete específica para el diagnóstico de fibromialgia, sino que este es fundamentalmente clínico. Debido a esto, es importante llevar a cabo una historia clínica adecuada y un examen físico en el abordaje inicial de estos pacientes. Sin embargo, se pueden utilizar pruebas complementarias para descartar otras condiciones de salud, en especial reumatológicas y tiroideas (8).

El cuestionario de impacto de fibromialgia (*"Fibromyalgia Impact Questionnaire"*-FIQ) es la escala mayormente aceptada y utilizada para valorar la evolución de la enfermedad (ver Anexo 4). El uso de esta escala es una herramienta útil para monitorizar la efectividad del tratamiento utilizado y proponer cambios de ser necesario. Además, existen otras escalas que pueden utilizarse, según

corresponda para cada caso (7).

3.5. Síntomas centrales

- Dolor generalizado: es la queja principal en fibromialgia. Caracterizado por dolor generalizado musculoesquelético, no articular, aunque suele presentarse en estructuras periarticulares. Está correlacionado con afecto negativo, pobre calidad de sueño y de vida (17).
- Fatiga: definida como agotamiento mental o físico. La fatiga física es común que aparezca posterior a actividad física y puede interferir en actividades de vida diaria con la necesidad de tomar periodos de descanso entre las actividades.
- Problemas para dormir: dificultad, ya sea para conciliar el sueño, despertares frecuentes o sueño no reparador (6). Reportado por al menos 80 % de los pacientes. La pobre calidad del sueño está asociada de forma directamente proporcional con la severidad de los síntomas (14).
- Síntomas cognitivos: también llamado “*Fibrofog*”, lo que se podría traducir como “Fibro-niebla” y describe las quejas cognitivas que al menos un 70 % de los pacientes con fibromialgia aquejan. Se caracteriza por disfunción de la memoria a corto plazo, disminución del estado de alerta y dificultad para la concentración. Algunos estudios han evidenciado trastornos de atención y capacidad ejecutiva (19).

Los pacientes a menudo refieren que su sintomatología empeora con factores como la privación de sueño, el estrés emocional, la actividad física y los cambios de clima (8).

3.6. Comorbilidades comunes

La fibromialgia está asociada con muchas comorbilidades, algunas podrían explicarse por el síndrome de sensibilización central, sin embargo, no todas obedecen a este mecanismo. Podrían clasificarse en somáticas y psiquiátricas.

- Somáticas: intestino irritable, dolor pélvico crónico, cistitis intersticial, disfunción temporomandibular, síntomas otológicos, intolerancia al frío, cefaleas crónicas y migraña.
- Psiquiátricas: trastorno depresivo mayor, trastorno afectivo bipolar, trastornos ansiosos (trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático) y trastorno por abuso de sustancias.
- Alteraciones del sueño: apnea obstructiva del sueño y síndrome de piernas inquietas.
- Enfermedades reumatológicas: algunos pacientes pueden presentar enfermedades reumatológicas concomitantes, tanto inflamatorias como degenerativas, las cuales pueden actuar como un desencadenante periférico de dolor, como artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, síndrome de Sjögren, síndrome de hipermovilidad articular y osteoartritis.
- Otras condiciones: se ha observado una relación entre rinitis y urticaria con fibromialgia, algunos estudios han sugerido que esta condición predispone la expresión de ciertos genes responsables de la respuesta alérgica. La obesidad también se ha asociado con mayor severidad del dolor, menor calidad de sueño, menor flexibilidad y fuerza muscular (6).

Capítulo IV. Resultados y discusión

La fibromialgia es una condición heterogénea, con diversidad de síntomas e intensidad y distintas respuestas psicofisiológicas al estrés y al tratamiento (13). La comprensión de la farmacología utilizada en esta enfermedad es clave para el éxito del tratamiento.

4.1. Farmacoterapia utilizada actualmente en fibromialgia

Se afirma que solamente de un 10 % a un 25 % de los pacientes tratados con medicamentos aprobados por la “*Food and Drug Administration*” (FDA) de Estados Unidos, logra una mejoría en el dolor de un 50 % o mayor. Con Número Necesario para Tratar (NNT) de entre 10 y 14 (13). Sin embargo, en el abordaje de la fibromialgia se pueden encontrar condiciones que pueden ser tributarias de tratamiento farmacológico y esto puede contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente. A continuación, se detallará la evidencia científica más reciente en cuanto a las opciones de tratamiento en fibromialgia.

4.1.1. Amitriptilina

En el 2015 se publicó una revisión sistemática (nivel de evidencia Ia) Cochrane sobre el uso de amitriptilina en el tratamiento de la fibromialgia. Amitriptilina ha sido el medicamento de primera línea para fibromialgia por muchos años. La muestra fue de 649 participantes y la comparación fue contra placebo. No hubo diferencia estadística significativa entre amitriptilina y placebo para el alivio de síntomas como fatiga, trastornos del sueño, calidad de vida. Más participantes experimentaron al menos un efecto adverso con amitriptilina (78 %), NNH 3.3, que con placebo (47 %) (20).

Los efectos adversos como sequedad de boca, estreñimiento, debilidad y dificultad para la concentración son comunes con su uso. Estos efectos y su posible cardiotoxicidad, limitan su uso en población anciana (21). No existen muchos estudios de calidad que apoyen el uso de amitriptilina, sin embargo, tiene una gran

trayectoria en el tratamiento de la fibromialgia y es el medicamento más utilizado en fibromialgia. Es una opción en el tratamiento, pero solo una minoría de los pacientes alcanzará un alivio satisfactorio del dolor (20). Las guías argentinas para el manejo de fibromialgia publicadas en 2016 lo consideran como uno de los medicamentos de primera elección, sobre todo por su bajo costo. La dosis inicial es de 10 a 25 mg por día y puede aumentarse hasta 75 mg al día (11).

4.1.2. Inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN)

En 2018 se publicó una revisión sistemática Cochrane (nivel de evidencia Ia) en la que se evaluaba el efecto de los IRSN en síntomas centrales de fibromialgia en trastornos del afecto asociados. Solo se encontraron estudios con desvenlafaxina, duloxetina y milnacipran. La mayoría de estos llevó a cabo comparaciones contra placebo y se evaluó una muestra de 7903 participantes.

Duloxetina y milnacipran fueron superiores a placebo en mejorar el bienestar global del paciente, reducir el dolor en 50 % o más, mejorar calidad de vida y reducir fatiga (evidencia de baja calidad). No fue superior a placebo en reducir problemas de sueño (evidencia de baja calidad). Los eventos adversos más comunes reportados son náuseas y mareos (evidencia de baja calidad). Este es un aspecto que se debe considerar en el momento de la prescripción de estos medicamentos. Sin embargo, una minoría de pacientes con fibromialgia podría experimentar alivio significativo de los síntomas sin eventos adversos clínicamente relevantes (22).

Estos medicamentos son los de elección cuando los antidepresivos tricíclicos a bajas dosis no son tolerados por el paciente o este no ha mostrado mejoría clínica con su uso. La dosis inicial con duloxetina es de 30 mg en la mañana y puede aumentarse a tolerancia hasta 60 mg al día (8). La evidencia con respecto al uso de venlafaxina, la cual está disponible institucionalmente, es limitada. Por lo tanto, no es posible emitir un criterio que apoye o rechace su uso para la sintomatología en fibromialgia. Sin embargo, si el paciente presenta depresión o ansiedad como comorbilidad, este podría verse beneficiado del uso de venlafaxina como opción terapéutica, con lo que mejoraría su calidad de vida.

4.1.3. Duloxetina

En una revisión sistemática (nivel de evidencia Ia) Cochrane, hecha en el 2014, se estudió el uso de duloxetina en el tratamiento de fibromialgia. La muestra fue de 2249 pacientes. La duloxetina es efectiva en dosis de 60 mg al día para el tratamiento del dolor (50 % de disminución del dolor) por fibromialgia, NNT 8. La dosis de 120 mg al día no demostró ser más efectiva que la dosis de 60 mg al día. El mayor efecto se produce en los síntomas mentales y no en el dolor físico. Eventos adversos menores son comunes con duloxetina a 60 mg y, particularmente, con 120 mg al día, más que con 20 mg al día. Los eventos adversos más frecuentes son somnolencia, cefalea, boca seca, constipación, mareos, además, los eventos adversos serios son raros (23).

Según las guías argentinas para el manejo de fibromialgia, la comparativa entre milnacipran 100 o 200 mg, con duloxetina 60 mg o pregabalina 300 mg, es semejante en cuanto a eficacia y tolerabilidad (11). Según la guía de la “*European League Against Rheumatism*” (EULAR) para el manejo de la fibromialgia, publicada en el 2016, la duloxetina puede considerarse como opción terapéutica en pacientes con fibromialgia que sufren dolor severo y depresión o ansiedad comórbidas (9). La dosis inicial es de 30 mg al día y puede aumentarse hasta 60 mg al día; esta es la dosis recomendada en fibromialgia (21).

4.1.4. Pregabalina

La pregabalina es la droga más estudiada en el tratamiento de fibromialgia (11). Sobre este medicamento se publicó una revisión sistemática (nivel de evidencia Ia) en 2016 hecha por Cochrane en la que se estudiaba su efecto en el tratamiento de la fibromialgia en adultos. La muestra fue de 3283 participantes y todas las comparaciones fueron contra placebo. Se demostró que la pregabalina en dosis de 300 a 600 mg produce una mayor reducción de la intensidad del dolor, en 12 a 26 semanas, con eventos adversos tolerables en pacientes con dolor moderado o severo debido a fibromialgia. El NNT calculado es de 7 a 14. Además, produjo mejoría en otros síntomas, calidad de vida y función.

Los eventos adversos se dan en 8 o 9 personas de 10, usualmente mientras se ajusta la dosis, los más comunes fueron mareos (1 de cada 4), somnolencia (1 de 7), ganancia de peso (1 de 18), edema periférico (1 de 19). Eventos adversos serios no fueron más comunes en el uso de pregabalina en comparación con placebo (1 o 2 de 100) (24). Las Guías argentinas para el manejo de fibromialgia la consideran como una de las drogas de primera elección, ya que ha demostrado mejorar el sueño, el dolor y la calidad de vida de los pacientes (11). Según la guía de la EULAR para el manejo de la fibromialgia, la pregabalina puede considerarse como opción terapéutica en pacientes con fibromialgia que sufren dolor severo y trastornos del sueño (9).

4.1.5. Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)

Se valoró la eficacia de los ISRS en el tratamiento de la fibromialgia, en una revisión sistemática (nivel de evidencia Ia) Cochrane publicada en 2015. La muestra fue de 383 participantes y las comparaciones se hicieron contra placebo. Se estudiaron los siguientes fármacos: citalopram, fluoxetina y paroxetina, con una duración media de 8 semanas (4 a 16 semanas). Hubo una pequeña diferencia (10 %) de pacientes que reportaron una reducción del dolor en un 30 %, entre el uso de ISRS y placebo, NNT 10. Los ISRS no fueron estadísticamente significativos en reducir la fatiga, ni problemas de sueño.

El abandono de tratamiento debido a eventos adversos no fue mayor con el uso de ISRS que con placebo. No hay evidencia que indique que los ISRS sean superiores a placebo en el tratamiento de los síntomas clave de la fibromialgia: dolor, fatiga, problemas de sueño. Sin embargo, pueden considerarse en el tratamiento de la depresión en personas con fibromialgia. Los posibles eventos adversos de los ISRS podrían incluir boca seca, náuseas, vómitos y disfunción sexual. Complicaciones raras podrían incluir alergias, daño hepático, alteración de la habilidad para manejar u operar maquinaria. Eventos adversos serios como ideación suicida y falla hepática son muy raros (25).

4.1.6. Gabapentina

Se llevó a cabo una revisión sistemática (nivel de evidencia Ia) de Cochrane en 2017 sobre la eficacia analgésica de gabapentina, un modulador de los canales de calcio alfa 2 ligando, para el dolor en fibromialgia. Se incluyeron 150 participantes y no se reportó reducción del dolor en un 50 % o mayor. La reducción del dolor en un 30 % o mayor lo alcanzó un 49 % de los pacientes con gabapentina comparado con 31 % con placebo. En cuanto a los eventos adversos, se reportaron en un 16 % del grupo con gabapentina y un 9 % del grupo con placebo.

No hay suficiente evidencia para apoyar o refutar el uso de gabapentina para el tratamiento del dolor en fibromialgia y no se reportaron eventos adversos serios asociados al uso de gabapentina (26). Aunque no hay estudios suficientes que respalden su uso en fibromialgia, se ha sugerido que podría ser una alternativa menos costosa a la pregabalina. La dosis inicial es de 100 mg al acostarse y se puede aumentar hasta 1200-2400 mg/día (21).

4.1.7. Tramadol/paracetamol

El tramadol es un opioide atípico débil, con leve efecto inhibitor en la recaptura de serotonina y noradrenalina (9). El paracetamol es el analgésico más utilizado en fibromialgia por su buen perfil de seguridad y tolerabilidad, sin embargo, a la fecha no hay ningún ensayo clínico aleatorizado que lo compare individualmente contra placebo (21). Según las guías argentinas para el manejo de fibromialgia, el tramadol, en especial en combinación con paracetamol (dosis de 37.5/325mg cada 6 horas), es una opción de segunda línea en el manejo del dolor en pacientes con fibromialgia, durante cortos periodos. Se observó mejoría en dolor, calidad de vida y reducción en discapacidad (11), además, figura como opción terapéutica, en combinación con paracetamol, en la guía de la EULAR para el manejo de la fibromialgia. Se desaconseja el uso de otros opioides como la morfina, codeína y metadona, en el tratamiento de la fibromialgia (9) Nivel de evidencia Ia.

4.1.8. Terapia combinada

En una revisión sistemática (nivel de evidencia Ia) Cochrane de 2018, se estudió el uso de terapia combinada contra monoterapia en el tratamiento de fibromialgia. La muestra fue de 1474 participantes y se encontró alguna evidencia de que la terapia combinada reduce el dolor en comparación con monoterapia en las siguientes combinaciones: melatonina y amitriptilina, fluoxetina y amitriptilina, pregabalina y duloxetina. Sin embargo, los hallazgos principales comparados en los estudios fueron muy heterogéneos. Existe poca evidencia de calidad que compare la terapia combinada con la monoterapia, por lo que no es posible apoyar o refutar su uso en fibromialgia. Los eventos adversos comunes reportados fueron: náuseas, mareos, somnolencia y cefalea. Estos no fueron severos y, generalmente, no fueron distintos entre terapia combinada y monoterapia (27).

4.1.9. Ciclobenzaprina

Es un compuesto tricíclico, que actúa como relajante muscular e inductor del sueño. Se ha visto que mejora el dolor y trastornos del sueño en pacientes con fibromialgia, pero carece de efecto sobre la fatiga. Se utiliza en dosis bajas, de 1 a 4 mg al acostarse. Los principales efectos adversos son somnolencia, mareos y sequedad de boca (11). Es una alternativa a amitriptilina (21) y se encuentra como opción terapéutica en la guía de la EULAR para el manejo de la fibromialgia, en pacientes con fibromialgia y trastornos del sueño (9) Nivel de evidencia Ia.

4.1.10. Antiinflamatorios no esteroideos (AINES) orales

En 2017 se publicó una revisión sistemática (nivel de evidencia Ia) Cochrane sobre el uso de AINES en el tratamiento de fibromialgia. La muestra fue de 292 participantes y la edad promedio fue de entre 39 y 50 años, 89 % a 100 % eran mujeres. La intensidad inicial del dolor fue de 7/10, lo cual representa dolor severo. Los AINES utilizados fueron etoricoxib 90 mg al día, ibuprofeno 2400 mg al día, naproxeno 1000 mg al día y tenoxicam 20 mg al día. Las intervenciones se controlaron contra placebo.

No existe suficiente evidencia de buena calidad sobre el uso de AINES en fibromialgia, por lo que no pueden considerarse útiles para el tratamiento de fibromialgia (28). Las guías argentinas para el manejo de fibromialgia indican que estos medicamentos pueden considerarse como elementos de analgesia multimodal al combinarse con analgésicos de acción central, en casos específicos con condiciones inflamatorias subyacentes y por cortos periodos (11). La guía de la EULAR para el manejo de la fibromialgia desaconseja el uso de AINES en el tratamiento del dolor por fibromialgia (9).

4.1.11. Mirtazapina

En una revisión sistemática Cochrane (nivel de evidencia Ia) del 2018 se valoró el uso de mirtazapina. Este es un antidepresivo noradrenérgico y serotoninérgico específico que favorece la transmisión de noradrenalina y serotonina sin inhibir la recaptación de ambos neurotransmisores, único en su clase, en el tratamiento de fibromialgia. La muestra fue de 606 participantes y todos los estudios se compararon contra placebo.

No se demostró beneficio del uso de mirtazapina sobre placebo en el alivio del dolor del 50 % o mayor. Sin embargo, sí hubo beneficio en alivio del dolor del 30 % o mayor y mejoría en problemas del sueño. Se reportaron efectos adversos como somnolencia, ganancia de peso y aumento en alanino transferasa. Una minoría de pacientes con fibromialgia experimentó alivio significativo de los síntomas sin eventos adversos clínicamente relevantes (29). No obstante, hacen falta estudios para corroborar la eficacia de mirtazapina en el manejo de la fibromialgia. La dosis es de 15 a 30 mg al acostarse (11).

4.1.12. Milnaciprán

Una revisión sistemática (nivel de evidencia Ia) Cochrane sobre el uso de milnaciprán en pacientes con fibromialgia se publicó en 2015, con una muestra fue de 4238 participantes. Las comparaciones fueron contra placebo. La evidencia disponible indica que milnaciprán 100 mg o 200 mg es efectiva en el tratamiento del dolor debido a fibromialgia, para una minoría de pacientes. Brindó alivio de

moderados niveles de dolor (al menos 30 %) a aproximadamente 40 % de los participantes, comparado a 30 % con placebo, NNT 6.

Existe evidencia insuficiente para niveles sustanciales de dolor (al menos 50 %). Los abandonos de tratamiento por eventos adversos fueron mayores a dosis de 100 mg (NNH 14) que a dosis de 200 mg (NNH 7) (30). El efecto sobre otros síntomas de fibromialgia como fatiga y trastornos del sueño es bajo (9). Tiene indicación específica para tratamiento de fibromialgia por la FDA y se recomienda como alternativa a la duloxetina; la dosis inicial es de 12,5 mg/día por la mañana que puede aumentarse hasta 50-100 mg/12 horas (21).

4.1.13. Antipsicóticos

Mediante una revisión sistemática (nivel de evidencia Ia) Cochrane del 2016, se valoró el uso de antipsicóticos en el tratamiento de fibromialgia, con una muestra de 296 participantes. Solo se encontraron estudios con quetiapina, un antipsicótico atípico, los cuales utilizaron placebo y amitriptilina como comparación. La quetiapina no fue superior a placebo en disminuir el dolor en un 50 % o más, pero sí fue superior en disminuir el dolor en un 30 % o más (NNT 8), reducir problemas de sueño y mejorar depresión y ansiedad. Además, fue superior en mejorar la calidad de vida relacionada con salud. Quetiapina y amitriptilina no difieren en la reducción de las escalas de dolor, fatiga, problemas de sueño, depresión, ansiedad y limitaciones en la calidad de vida relacionada con salud.

La proporción de pacientes que reportaron mareos, somnolencia y ganancia de peso como eventos adversos, fue similar con ambos medicamentos. Evidencia muy limitada sugiere que la quetiapina debería considerarse para su uso en tiempo limitado (4 a 12 semanas) para reducir dolor, problemas de sueño, depresión y ansiedad en pacientes con fibromialgia y episodio depresivo mayor. Debe tomarse en cuenta el riesgo potencial de eventos adversos como ganancia de peso (NNH 12) (31).

4.1.14. Cannabinoides

El uso de la nabilona (un cannabinoide sintético) en fibromialgia, se estudió en una revisión sistemática (nivel de evidencia Ia) Cochrane publicada en 2016. La muestra fue de 72 participantes y se comparó con placebo en un estudio y con amitriptilina en otro. No hubo diferencia estadística significativa entre nabilona y placebo con respecto al dolor, afecto, calidad de vida, fatiga y depresión. Hubo mejores efectos entre nabilona y amitriptilina en cuanto al sueño.

Asimismo, hubo mayor abandono del tratamiento debido a eventos adversos con el uso de nabilona (4 de 52 participantes) que en el grupo control (1 de 20 participantes en placebo y 0 de 32 participantes en amitriptilina). Los eventos adversos más frecuentes fueron mareos, náuseas, boca seca y somnolencia (6 participantes con nabilona). No se reportaron eventos adversos serios y no existe evidencia científica de suficiente calidad que apoye el uso de nabilona en fibromialgia. Además, la tolerabilidad de nabilona fue baja en pacientes con fibromialgia (32).

4.2. Terapias no farmacológicas en fibromialgia

Según la guía EULAR para el manejo de la fibromialgia, la evidencia apunta a que el manejo inicial de esta condición debe ser no farmacológico. Sin embargo, existe desconocimiento por parte del personal de salud acerca de la prescripción de tratamiento no farmacológico, así como la falta de accesibilidad a este en muchas latitudes del mundo. Esto contribuye con la perpetuación de la prescripción de tratamiento farmacológico, aunque este no ha demostrado la mayor efectividad (9). A continuación, se llevará a cabo un recorrido por la evidencia científica más reciente sobre el tratamiento no farmacológico en fibromialgia.

4.2.1. Ejercicio aeróbico

Se publicó una revisión sistemática (nivel de evidencia Ia) Cochrane en 2017 que evaluó el beneficio del ejercicio aeróbico (actividad física dinámica que aumenta la frecuencia respiratoria y cardíaca a niveles submáximos por un periodo

prolongado) en pacientes con fibromialgia. La muestra fue de 839 participantes y se valoraron las siguientes combinaciones: ejercicio aeróbico y control (tratamiento usual, lista de espera, actividad física usual), ejercicio aeróbico e intervenciones aeróbicas (correr, caminata vigorosa), ejercicio aeróbico y no ejercicio (medicamentos, educación).

En la comparación de ejercicio aeróbico y control: los porcentajes de mejoría absolutas fueron de 8 % en calidad de vida relacionada con salud, 11 % en intensidad del dolor, 8 % en rigidez, 10 % en desempeño físico y 6 % en fatiga. La evidencia en efectos a largo plazo fue de baja calidad (24 a 208 semanas posterior a intervención), se reportó que los beneficios en dolor y desempeño físico persistieron, no así los de calidad de vida relacionada con salud y fatiga. La mayoría de los estudios no reportó eventos adversos asociados al ejercicio aeróbico. El ejercicio aeróbico parece ser bien tolerado (33).

Por lo tanto, se recomienda que el inicio del ejercicio sea gradual y de la preferencia del paciente. Asimismo, se sugiere la supervisión si es posible y educar al paciente para que evite el sobreesfuerzo, ya que esto puede empeorar los síntomas. El ejercicio debe hacerse al menos 2-3 veces por semana y con una duración de al menos 30 minutos por sesión (7). Se debe informar a los pacientes que a corto plazo podrían experimentar un incremento en dolor y fatiga, pero si se continúa la práctica del ejercicio a una intensidad adecuada, es probable que estos síntomas mejoren después de las primeras semanas (21).

4.2.2. Ejercicio de resistencia

Una revisión sistemática (nivel de evidencia Ia) Cochrane hecha en 2013, estudió el efecto del ejercicio de resistencia en el tratamiento de pacientes con fibromialgia. Se comparó el ejercicio de resistencia contra control y contra otros tipos de ejercicio y la muestra fue de 219 participantes (mujeres). Existe diferencia estadísticamente significativa que favorece el grupo de entrenamiento de resistencia frente al de control en: función multidimensional (el FIQ disminuyó en 16.75 puntos, sobre 100), función física autorreportada (6.29 unidades, sobre 100),

dolor (3.3 puntos sobre 10), puntos de sensibilidad (1.84 de 18 puntos) y fuerza muscular (27.32 kg de fuerza en extensión de pierna bilateral). Las diferencias entre el grupo de entrenamiento de resistencia y el de ejercicio aeróbico no fueron estadísticamente significativas en cuanto a función multidimensional, función física autorreportada o sensibilidad.

No obstante, sí hubo diferencia estadísticamente significativa en reducción del dolor, el cual favoreció al grupo de ejercicio aeróbico. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de entrenamiento de resistencia y el de flexibilidad, en el que se favoreció al grupo de resistencia en: función multidimensional (el FIQ disminuyó en 16.75 puntos, sobre 100) y dolor (0.88 puntos sobre 10), pero no en puntos de sensibilidad (0.46 de 18 puntos) o fuerza. No se reportaron eventos adversos significativos y las tasas de abandono fueron semejantes entre los grupos terapéuticos y control. Evidencia de baja calidad indica que las mujeres con fibromialgia pueden llevar a cabo ejercicio de resistencia moderada-alta, de manera segura (34).

Gerdle *et al.* publicaron un ensayo clínico aleatorizado (nivel de evidencia Ib) en 2015, con el objetivo de evaluar los efectos de un programa de ejercicio de resistencia progresiva en la fuerza muscular, estado de salud e intensidad del dolor en mujeres con fibromialgia. La muestra fue de 130 participantes y se utilizó un modelo de ejercicio individualizado. El grupo control activo se entrenó en terapias de relajación y las intervenciones se llevaron a cabo dos veces por semana por 15 semanas y fueron supervisadas por fisioterapeutas.

Se encontró mejoría significativa en la fuerza de extensión isométrica de rodilla ($p=0.010$), FIQ ($p=0.038$), intensidad actual del dolor ($p=0.033$), fuerza de flexión isométrica de codo ($p=0.02$), discapacidad por dolor ($p=0.005$) y aceptación del dolor ($p=0.043$) en el grupo de ejercicio (56 participantes) al compararse con el grupo control (49 participantes). No hubo diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de intervención y el grupo control en la medición a los 13-18 meses. Este modelo de ejercicio de resistencia progresiva centrado resultó ser accesible en mujeres con fibromialgia (35).

4.2.3. Entrenamiento acuático

En 2014 se publicó una revisión sistemática (nivel de evidencia Ia) Cochrane con el objetivo de evaluar los beneficios y posibles riesgos del entrenamiento con ejercicio acuático en adultos con fibromialgia. La muestra fue de 881 participantes y en la comparación contra control se encontró mejoría estadísticamente significativa ($P < 0.05$) en todos los hallazgos principales. La mejoría con base en una escala del 1 al 100 fue de: función multidimensional en 6 unidades (NNT 5), desempeño físico autorreportado en 4 unidades (NNT 6), dolor en 7 unidades (NNT 5), rigidez en 18 unidades (NNT 3).

La fuerza muscular se midió por la extensión de la rodilla y la fuerza prensil fue de 0.63 derivaciones estándar mayor que el grupo control (NNT 4) y la función cardiorrespiratoria submáxima mejoró por 37 metros en la prueba de caminata de 6 minutos. Solo la rigidez (27 %) y la fuerza muscular (37 %) fue estadísticamente significativos (mejoría mayor al 15 %). Los abandonos fueron similares en ambos grupos y no se reportaron eventos adversos serios.

Al comparar el ejercicio acuático y terrestre, no hubo diferencia estadísticamente significativa en la función multidimensional, desempeño físico autorreportado, dolor, rigidez ni función cardiorrespiratoria submáxima. Hubo diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la fuerza muscular en las intervenciones, lo que favoreció el entrenamiento terrestre. Los abandonos fueron similares en ambos grupos y no se reportaron eventos adversos serios (36).

4.2.4. Ejercicio mixto

En 2019 se publicó una revisión sistemática (nivel de evidencia Ia) Cochrane con el objetivo de estudiar la eficacia del ejercicio mixto que incluye dos o más tipos de ejercicio (mixto, resistencia, flexibilidad) en el tratamiento de fibromialgia. La muestra fue de 2088 participantes. En la comparación del grupo de ejercicio y el de control se reportaron los siguientes porcentajes en mejoría absoluta: 7 % en calidad de vida relacionada con salud, 5 % en dolor, 13 % en fatiga, 7 % en rigidez, desempeño físico del 11 %.

En ninguno de los casos la mejoría fue estadísticamente significativa y no se reportaron lesiones o eventos adversos, sin embargo, algunos pacientes experimentaron aumento en los síntomas de fibromialgia (dolor, cansancio) durante o después del ejercicio. El ejercicio físico parece ser bien tolerado en pacientes con fibromialgia. Acerca de los efectos a largo plazo, en 8 ensayos, la mejoría en calidad de vida relacionada con salud, fatiga y desempeño físico persistieron por 6 a 52 semanas posterior a intervención, pero la mejoría en rigidez y dolor no persistió (37).

4.2.5. Tai chi

El tai chi junto con el yoga pertenecen a las disciplinas llamadas de meditación en movimiento (11). Wang et al. publicaron un ensayo clínico aleatorizado (nivel de evidencia Ib) en 2018, en el que estudiaron la efectividad del tai chi comparado con el ejercicio aeróbico en el tratamiento de fibromialgia. La muestra fue de 226 participantes (151 participantes fueron asignados a uno de cuatro grupos de tai chi y 75 fueron asignados al grupo de ejercicio aeróbico).

El FIQ mejoró en todos los grupos de tratamiento, pero los grupos de tai chi tuvieron una diferencia mayor a las 24 semanas que el grupo de ejercicio aeróbico (5.5 puntos, $P=0.03$). Sin embargo, esta no fue estadísticamente significativa, ya que el punto corte del estudio estaba definido en una diferencia de 8.1 puntos en el FIQ. El tratamiento con tai chi comparado con el ejercicio aeróbico administrado con la misma intensidad y duración (24 semanas, dos veces a la semana) tiene mayor beneficio (16.2 puntos, P menor a 0.001). El grupo que recibió tai chi por 24 semanas tuvo mayor beneficio que aquellos que lo recibieron por 12 semanas (9.6 puntos, P menor a 0.007).

Todos los grupos de tai chi y ejercicio aeróbico mostraron disminución similar en el uso de medicamentos analgésicos, antidepresivos y relajantes musculares, a través del tiempo. No se reportaron eventos adversos serios relacionados con las intervenciones. Este enfoque mente-cuerpo podría considerarse como una opción terapéutica en el manejo multidisciplinario de la fibromialgia (38).

4.2.6. Terapia cognitivo conductual (TCC)

Uno de los propósitos principales de la TCC es brindar al paciente herramientas de psicoeducación, que le permitan afrontar el estrés cotidiano que implica la enfermedad. Además de cambiar los pensamientos disfuncionales, reeducar al paciente mediante técnicas de reestructuración cognitiva, aumentar la autoestima, el autocuidado y evitar el aislamiento (11). La eficacia de esta radica en la incorporación y cambio de pensamientos y comportamientos, que los pacientes y sus allegados realicen ante el problema del dolor y otros síntomas de la fibromialgia. Esta puede llevarse a cabo de manera individual o grupal (21).

En la revisión sistemática (nivel de evidencia Ia) Cochrane publicada en 2017, cuyo objetivo era evaluar la efectividad de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de fibromialgia y la muestra fue de 2031 participantes. Se evidenció que la TCC fue superior al control en reducir el dolor al final del tratamiento por 0.5 puntos en una escala del 1 al 10 y por 0.6 puntos en un seguimiento a largo plazo (promedio de 6 meses). En reducir el afecto negativo al finalizar el tratamiento por 0.7 puntos en una escala del 0 al 10 y por 1.3 puntos en un seguimiento a largo plazo y en reducir la discapacidad al finalizar el tratamiento por 0.7 puntos en una escala del 0 al 10 y por 1.2 en un seguimiento a largo plazo (39).

4.2.7. Terapia cognitivo conductual mediante Internet

Menga et al., en 2014, evaluaron el efecto de la TCC mediante Internet en la puntuación del FIQ y en la valoración de los puntos de sensibilidad, a través de un ensayo clínico aleatorizado (nivel de evidencia Ib). La muestra fue de 56 participantes, quienes se ubicaron al azar en: un programa de TCC mediante Internet, de 6 semanas de duración (MoodGYM) o un grupo control (tratamiento usual). Los grupos se evaluaron a la semana 1, 6 y 12. El principal hallazgo medido fue el cambio en el FIQ y el secundario fue la valoración en los puntos de sensibilidad. Los puntajes en el FIQ fueron significativamente menores en el grupo de TCC que en el grupo control ($P < 0.05$ a las 6 y 12 semanas). El promedio de puntos de sensibilidad también fue significativamente menor en este grupo ($P < 0.001$

a las 6 y 12 semanas) (40).

4.2.8. Terapias cuerpo-mente

En una revisión sistemática (nivel de evidencia Ia) Cochrane de 2015 se estudió el uso de las llamadas terapias cuerpo-mente en comparación con el tratamiento usual o placebo, para adultos con fibromialgia, posterior a intervenciones de 3 a 6 meses de duración. Estas incluyen: terapias psicológicas, biorretroalimentación, las estrategias de atención plena, las terapias en movimiento y las de relajación. La muestra fue de 4234 participantes.

La mejor evidencia analizada fue respecto a las terapias psicológicas, en las que la evidencia indica que tienen efectos favorables en comparación con el tratamiento usual en cuanto a desempeño físico (cambio absoluto del 7.5 %), dolor (cambio absoluto del 3.5 %) y afecto (cambio absoluto del 4.8 %). Por otro lado, se señala que, tanto la biorretroalimentación como las estrategias de atención plena, las terapias en movimiento y las de relajación mostraron ventaja en comparación con el tratamiento usual, en cuanto al desempeño físico, dolor y afecto en porcentaje variable. No está clara su evidencia, ya que la calidad es muy baja o baja. No se reportaron eventos adversos (41).

4.2.9. Terapia láser de baja potencia

Esta terapia es un tratamiento alternativo emergente que actúa mediante reacciones fotoquímicas con las mitocondrias de las células. Esto aumenta la producción de adenosin trifosfato (ATP) y reduce los niveles de especies reactivas de oxígeno, lo que ayuda a disminuir la inflamación y muerte de las células. Se ha visto utilidad en su uso en el manejo del dolor muscular y neuropático. Shu-Wei y colaboradores llevaron a cabo una revisión sistemática y meta-análisis (nivel de evidencia Ia) sobre el uso de la terapia láser de baja potencia en pacientes con diagnóstico de fibromialgia, con una muestra de 325 participantes.

Los pacientes que recibieron terapia láser mostraron mejoría estadísticamente significativa de la calificación del FIQ con una diferencia de medias

estandarizada (DME) de 1.16, severidad del dolor (DME 1.18), número de puntos de sensibilidad (DME 1.01), fatiga (DME 1.4), rigidez (DME 0.92), depresión (DME 1.46) y ansiedad (DME 1.46), que aquellos que recibieron placebo láser (la DME es significativa cuando es mayor de cero). La calidad de la evidencia es de media a baja debido a la heterogeneidad de los estudios, sin embargo, la terapia láser demostró ser segura y bien tolerada en el tratamiento de la fibromialgia (42).

4.2.10. Estimulación eléctrica transcutánea (“*Transcutaneous electrical nerve stimulation*”-TENS)

Se evaluó el uso de TENS en el tratamiento de pacientes con fibromialgia, en una revisión sistemática (nivel de evidencia Ia) Cochrane publicada en 2017. Con las siguientes combinaciones: solo o añadido a la terapia usual (incluido ejercicio) comparada con placebo (TENS no funcional), no tratamiento u otro tratamiento (medicación, electroacupuntura, terapia de calor, hidroterapia). La duración de la aplicación de la terapia estuvo en un rango entre 2 y 10 semanas en los estudios analizados, con un promedio de 5.8 semanas. La muestra fue de un total de 315 personas.

En un estudio, el 30 % de los participantes reportó una mejoría del dolor del 30 % o mayor con el uso de TENS, comparado con 13 % con ejercicio. Otro estudio evidenció que 43 participantes reportaron disminución en la intensidad del dolor en movimiento, 11.1 mm en la escala análoga visual (VAS) de 100 mm, para un tratamiento de 30 minutos de TENS y 2.3 mm para placebo. No hubo diferencia estadísticamente significativa para dolor en reposo.

Otra investigación encontró que 39 participantes reportaron una disminución en la escala VAS desde 85 ± 20 mm en el basal a 43 ± 20 mm después de una semana de tratamiento dual; de 85 ± 10 mm en el basal a 60 ± 10 mm después de aplicar tratamiento una semana en un solo sitio y de 82 ± 20 mm en el basal a 80 ± 20 mm después de aplicar placebo por una semana. No se reportaron eventos adversos serios y la calidad de la evidencia fue muy baja. Existe poca evidencia de calidad para apoyar o refutar el uso de TENS para alivio del dolor en fibromialgia,

ya que las mediciones del dolor se reportaron de manera inconsistente y no se reportaron eventos adversos serios (43).

4.2.11. Acupuntura

En 2013 se llevó a cabo una revisión sistemática (nivel de evidencia Ia) Cochrane en la cual se analizó la eficacia de la acupuntura en el tratamiento de fibromialgia, esto con una muestra fue de 395 participantes. Evidencia moderada sugiere que la electroacupuntura redujo el dolor en un 13 %, mejoró el bienestar en un 11 % y mejoró el sueño en un 8 %, en comparación con placebo. En comparación con tratamiento usual (antidepresivos y ejercicio), la acupuntura adyuvante redujo el dolor al mes de tratamiento en 3 puntos en una escala del 1 al 10. Dos personas tratadas con acupuntura reportaron efectos adversos, ninguna persona en el grupo control los reportó. Asimismo, no se reportaron datos en bienestar, sueño, fatiga, rigidez ni función física (44).

4.2.12. Homeopatía

Boehm et al., publicaron un meta-análisis (nivel de evidencia Ia) en 2014 sobre el uso de homeopatía en el tratamiento de la fibromialgia, con una muestra de 320 participantes. En este se evidenció que la homeopatía tiene efectos positivos en los puntos de sensibilidad ($P=0.03$), intensidad del dolor ($P=0.02$) y fatiga ($P=0.03$) comparado con placebo. La evidencia analizada es de baja calidad, sin embargo, los resultados obtenidos en esta investigación son positivos, por lo que esta terapia podría considerarse en el manejo de los pacientes con fibromialgia (45). No obstante, se requieren estudios más rigurosos para definir si se recomienda o difiere el uso de este tipo de terapias alternativas en fibromialgia.

4.3. Programas de intervención interdisciplinaria en fibromialgia

En la actualidad, se ha empezado a observar las enfermedades crónicas, como la fibromialgia, como entidades que no solo incluyen aspectos biomédicos, sino también comportamentales. Esto ha llevado progresivamente a un cambio de modelo de abordaje, enfocado desde un punto de vista más biopsicosocial (7).

4.3.1. Importancia de la educación al paciente y su familia

Como en todo padecimiento crónico, la educación al paciente es clave en su abordaje integral. Al mejorar la comprensión de la enfermedad, se mejora su aceptación, el empoderamiento, el autocuidado y el apego a la terapéutica empleada (8). Este es un aspecto que se recomienda incluir en el abordaje mediante grupos de intervención interdisciplinarios, ya que el educar a un grupo de pacientes con características similares es una medida costo-efectiva, en comparación con la misma intervención hecha de manera individual.

Además, se aprovecha la interacción entre personas que lidian con situaciones de salud semejantes y están sensibilizados al respecto. La inclusión de los familiares de pacientes en las intervenciones educativas también resulta provechosa, ya que esto les ayuda a tener un mejor conocimiento y aceptación de la enfermedad, mientras brindan un acompañamiento activo a su ser querido. En el caso específico de fibromialgia, se deben considerar los siguientes aspectos para el éxito del proceso educativo del paciente y su familia.

1. La fibromialgia es un problema de salud real: no es algo imaginario y, además, tiene un curso benigno.
2. La sintomatología no se debe a un proceso infeccioso persistente, aunque ciertas infecciones pueden ser precipitantes de este trastorno.
3. La influencia que pueden tener las alteraciones del estado de ánimo y el estrés emocional en este padecimiento y aclarar que, en caso de depresión o ansiedad concomitante, el tratamiento farmacológico es una opción válida.
4. Promover una adecuada higiene del sueño y priorizar el tratamiento de trastornos como apnea obstructiva del sueño y síndrome de piernas inquietas.
5. Importancia del ejercicio físico: enfatizar en los beneficios producidos en el ámbito funcional, anímico y de calidad del sueño. Advertir que al

principio puede haber aumento de las mialgias, pero que el beneficio será progresivo (8) (21).

Hasta el momento no existe evidencia publicada acerca de la aplicación de intervenciones interdisciplinarias en el abordaje de fibromialgia en Costa Rica. Sin embargo, existe evidencia internacional al respecto, a continuación, se caracterizarán ejemplos de estas intervenciones y los resultados obtenidos.

4.3.2. González et al., 2015

González et al. llevaron a cabo un estudio de cohorte (nivel de evidencia IIb) en 2015, en el que participaron 21 mujeres con fibromialgia. El objetivo era valorar el impacto en las actividades de la vida diaria (AVD) y calidad de vida tras una intervención multidisciplinaria (Atención Primaria y Terapia Ocupacional) de un total de 7 sesiones en una población de Toledo, España. El rango de edad de los pacientes fue de 16 a 55 años. Se aplicaron las escalas: Barthel, Lawton y el FIQ, al inicio de la intervención para obtener un basal y al finalizar la misma. Se les valoró en atención primaria por tres ocasiones: al inicio, durante y al final del estudio.

La intervención hecha fue sobre psicomotricidad, la cual incluyó: psicomotricidad básica, ejercicio en piscina, ejercicio al aire libre, reestructuración, desempeño ocupacional y actividad graduada e intervención en actividades básicas de vida diaria (ABVD). Se les continuó brindando soporte farmacológico usual. En la evaluación inicial se obtuvo que un 33.3 % de las pacientes eran independientes para ABVD y un 66.7 % eran ligeramente dependientes, posterior a la intervención, 50 % reportaron ser independientes y 50 % ser ligeramente dependientes.

En cuanto a las actividades instrumentales de vida diaria (AIVD), en la evaluación inicial se obtuvo que un 22.2 % tuvo una puntuación de 8 (autónoma), 50 % una de 7 (dependencia ligera), 22.2 % una de 6 (dependencia ligera), 5.6 % una de 4 (dependencia moderada). En la evaluación subsecuente se obtuvo que un 41.7 % tuvo una puntuación de 8, 58.3 % una de 7. Las diferencias previo y posterior a la intervención fueron estadísticamente significativas (2) \geq .

4.3.3. Von Bülow et al., 2017

En el 2017, Von Bülow y colaboradores llevaron a cabo un estudio de cohorte (nivel de evidencia IIb), esto con el objetivo de explorar y comparar los hallazgos en actividades de vida diaria (AVD) posterior a los programas sobre rehabilitación interdisciplinaria en mujeres con fibromialgia. La muestra fue de 85 participantes, en Dinamarca y los participantes se asignaron de manera aleatoria, en un programa de terapia ocupacional (ADAPT) o un programa de actividad física (ACTIVE) de 16 semanas. Este fue seguido por un programa de rehabilitación interdisciplinaria de 2 semanas (que incluía intervenciones en Medicina, Enfermería, Psicología, Terapia Ocupacional y Terapia Física).

En el grupo ADAPT hubo mejoría en las habilidades para AVD básicas (0.43 logits) y AVD instrumentales (0.34 logits). En ACTIVE hubo mejoría en las habilidades para AVD básicas (0.33 logits) y AVD instrumentales (0.25 logits). Estas fueron estadísticamente significativas, sin diferencias entre ambos grupos, el 63 % de los participantes tuvo mejoría clínicamente relevante en las habilidades para AVD básicas y 48 % tuvo mejoría en AVD instrumentales. No hubo diferencia estadísticamente significativa en los abandonos de tratamiento (46).

4.3.4. Bourgault et al., 2015

En Canadá, se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado (nivel de evidencia Ib) con el objetivo de evaluar la eficacia del programa PASSAGE, un grupo de intervención multicomponente para el autocuidado en fibromialgia. La muestra fue de 43 participantes, los cuales se dividieron en dos grupos: intervención y lista de espera. La intervención consistió en 9 sesiones grupales con 8 participantes, con una duración de 2 horas y media cada una. Las sesiones incluían 3 componentes: herramientas psicoeducativas, técnicas de TCC y ejercicio físico. Se recolectaron datos basales al final de la intervención y 3 meses después.

La intervención tuvo un impacto estadísticamente significativo. Los porcentajes de reporte de mejoría al finalizar el programa, en el grupo de intervención fueron: nivel de dolor 73 %, funcionalidad 55 % y calidad de vida 77 %,

mientras que en el grupo de lista de espera fueron de 8 %, 12 % y 20 %, respectivamente. Tres meses después la mejoría persistió: nivel de dolor 62 %, funcionalidad 43 % y calidad de vida 38 %, mientras que en el grupo de lista de espera fueron de 13 %, 13 % y 9 %, respectivamente. La proporción de pacientes que reportaron alivio del dolor mayor o igual al 50 % al final del programa fue significativamente mayor en el grupo de intervención (36 % contra 12 %) esto se mantuvo 3 meses posintervención (33 % vs. 4 %) (47).

4.3.5. Saral et al., 2017

Saral et al. publicaron un estudio clínico aleatorizado (nivel de evidencia Ia) en 2017. En este investigaron los efectos de un programa de intervención interdisciplinario de corta y larga duración, en reducir los síntomas y mejorar la calidad de vida relacionada con salud y funciones físicas en pacientes con fibromialgia, en una comunidad en Turquía. La muestra fue de 66 participantes (mujeres).

Las participantes se asignaron al azar en 3 grupos: 1. Programa de larga duración: 10 sesiones de 3 horas, una vez a la semana (22 participantes). 2. Programa de corta duración: 2 días. Ambos programas incluyeron educación sobre la enfermedad, ejercicio físico y TCC. 3. Un grupo control (22 participantes). Los pacientes fueron valorados en el basal y a los 6 meses con el FIQ, VAS, inventario de depresión de Beck, cuestionario de salud SF 36, puntos de sensibilidad y algometría de presión.

Hubo una disminución significativa en la intensidad del dolor ($p < 0.001$), severidad de la fatiga ($p = 0.048$), número de puntos de sensibilidad ($p = 0.002$), desempeño físico ($p = 0.017$) y umbral de dolor de presión ($p = 0.012$) en ambos grupos de intervención comparado con el grupo control. No hubo diferencia estadísticamente significativa en calidad del sueño ($p = 0.055$) y severidad de los síntomas depresivos ($p = 0.696$). Tampoco hubo diferencia significativa en la eficacia entre el abordaje de corta y larga duración, al compararlo con el grupo control. Ambos grupos fueron efectivos en reducir la severidad de la mayoría de los

síntomas de la fibromialgia (48).

4.3.6. Martins et al., 2014

En Brasil se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado (nivel de evidencia Ib) en 2014, con el objetivo de evaluar la eficacia de un programa interdisciplinario semanal, de 3 meses de duración. Este consistió en actividades educativas, terapia física, estiramiento, ergonomía, TCC, en el mejoramiento de los síntomas de fibromialgia, en una comunidad en Brasil. La muestra fue de 27 participantes (12 en el grupo de intervención y 15 en el grupo control).

Se asignaron los pacientes en ambos grupos. Los pacientes fueron valorados con las escalas FIQ, VAS, protocolo de sueño (PSI por sus siglas en inglés) y cuestionario de calidad de vida SF-12, al inicio y al finalizar el programa. Además, se aplicó la escala de depresión y ansiedad Hospital. Hubo mejoría estadísticamente significativa en el grupo de intervención al concluir el programa. Se definió la $p < 0.05$ para significancia estadística. El FIQ pasó de 64.9 a 56.8 ($p = 0.03$), SF-12 (componente físico) pasó de 48.5 a 59.5 ($p = 0.03$), SF-12 (componente mental) pasó de 38.5 a 67.5 ($p = 0.001$) (49).

4.4. Propuesta de algoritmo de manejo integral de la fibromialgia aplicable en atención primaria

A continuación, se expone la propuesta de algoritmo de abordaje integral de fibromialgia en atención primaria, la cual sintetiza la revisión de evidencia científica desarrollada en este trabajo.

Flujograma de abordaje integral de fibromialgia en atención primaria

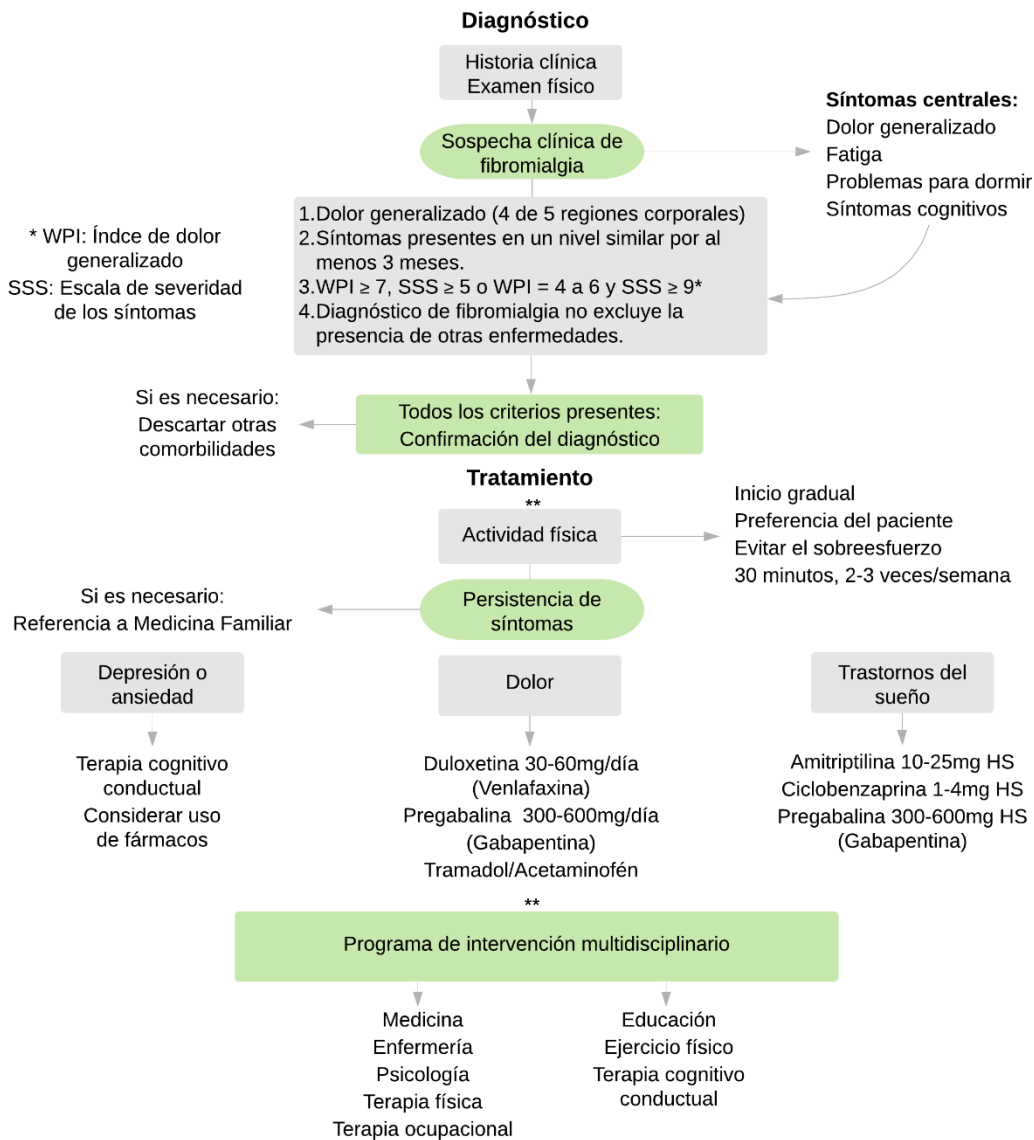


Figura 1. Flujograma de abordaje integral de fibromialgia en atención primaria

4.4.1. Consideraciones sobre su interpretación

4.4.1.1. Diagnóstico

- Si al llevar a cabo historia clínica y examen físico surge la sospecha diagnóstica de fibromialgia (presencia de los síntomas centrales, de manera variable), se deben considerar los criterios del ACR 2016 para la

confirmación del diagnóstico. Estos requieren la aplicación de dos escalas: Índice de dolor generalizado y Escala de severidad de los síntomas, las cuales se comentaron previamente.

4.4.1.2. Tratamiento

- Se han incluido las opciones terapéuticas con evidencia más sólida que han demostrado beneficio en el manejo de fibromialgia.
- Entre paréntesis se encuentran las opciones de fármacos incluidos, de manera institucional, en la Caja Costarricense del Seguro Social, ya que, aunque su evidencia no es tan robusta como las otras opciones, constituyen una alternativa accesible en el medio. Sin embargo, no es posible recomendar dosis terapéuticas, ya que estas no han sido tan estudiadas en el manejo de fibromialgia, esto quedaría a criterio clínico del médico tratante, del mismo modo, aplica para la combinación Tramadol/Acetaminofén.
- Con respecto a los programas de intervención interdisciplinarios, la evidencia actual es anecdótica, por lo que no es posible sugerir lineamientos en cuanto a la frecuencia y tipo de estas intervenciones. Los asteriscos representan que la inclusión en este tipo de intervención podría darse en cualquier momento del abordaje, idealmente desde el diagnóstico. Se incluyen los elementos usados con más frecuencia en los programas, así como los tipos de proveedores de salud participantes.

Capítulo V. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

- Amitriptilina es el medicamento más utilizado en el tratamiento farmacológico de pacientes con fibromialgia, sin embargo, solo una minoría de pacientes alcanzan alivio satisfactorio del dolor con su uso.
- Pregabalina, duloxetina y milnaciprán son los medicamentos que más han mostrado beneficio en el tratamiento farmacológico de fibromialgia.
- La duloxetina puede considerarse como opción terapéutica en pacientes con fibromialgia que sufren dolor severo y depresión o ansiedad comórbidas.
- La evidencia con el uso de venlafaxina en fibromialgia es limitada. Sin embargo, si el paciente presenta depresión o ansiedad como comorbilidad, esta podría ser considerada como opción terapéutica.
- La pregabalina es la droga más estudiada en el tratamiento de fibromialgia. Puede considerarse como opción terapéutica en pacientes con fibromialgia que presentan dolor severo y trastornos del sueño.
- Los ISRS pueden considerarse en el tratamiento de la depresión comórbida.
- La gabapentina podría considerarse como una alternativa menos costosa a la pregabalina.
- El tramadol figura como tratamiento de segunda línea para el dolor por fibromialgia, en combinación con paracetamol.
- Se desaconseja el uso de AINES, morfina, codeína y metadona en el tratamiento del dolor por fibromialgia.
- La ciclobenzaprina tiene beneficios en el manejo del dolor y trastornos del sueño. Se le considera una alternativa a amitriptilina.

- La evidencia es insuficiente para recomendar el uso de mirtazapina en fibromialgia.
- El milnaciprán se considera una alternativa a la duloxetina y es efectivo en alivio del dolor moderado en fibromialgia.
- Evidencia limitada sugiere que la quetiapina podría utilizarse por periodos cortos en el tratamiento de dolor, trastornos del sueño y del afecto en pacientes con fibromialgia y depresión mayor comórbida. Sin embargo, los efectos adversos limitan su uso.
- No se recomienda el uso de nabilona en el tratamiento de fibromialgia.
- El ejercicio físico debe ser la primera línea de manejo en fibromialgia.
- Tanto el ejercicio aeróbico como el de estiramiento y el de resistencia han demostrado beneficio en fibromialgia.
- El ejercicio físico es seguro y bien tolerado por los pacientes con fibromialgia.
- La terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser beneficiosa en el manejo de fibromialgia.
- Se ha demostrado beneficio con las terapias cuerpo-mente (atención plena, terapias en movimiento, relajación) con evidencia limitada.
- La terapia láser de baja potencia, así como la estimulación eléctrica transcutánea, han demostrado ser seguras y bien toleradas en el tratamiento de fibromialgia, sin embargo, su efectividad es dudosa.
- La eficacia de la acupuntura y la homeopatía en el tratamiento de fibromialgia es dudosa.
- La educación al paciente sobre la comprensión de la enfermedad es uno de los aspectos más importantes. Esta puede llevarse a cabo en grupos, lo que ha demostrado ser una medida costo-efectiva.

- Se ha demostrado beneficio con las intervenciones multidisciplinarias en las cuales se incorpora a profesionales en medicina, rehabilitación y salud mental.

5.2. Recomendaciones

5.2.1. Recomendaciones para la CCSS

- Es necesario valorar la inclusión en la Lista Oficial de Medicamentos de ciertos fármacos que han demostrado efectividad en el manejo de la fibromialgia y habilitar su prescripción por los médicos de familia.
- Se debe proponer una guía de tratamiento de la fibromialgia estandarizada en el ámbito institucional. El presente trabajo puede servir de precedente para esto.

5.2.2. Recomendaciones a los Profesionales de la Salud

- Los grupos educativos en fibromialgia han demostrado ser una medida costo-efectiva y estos podrían implementarse en cada área de salud de la institución.
- Todas las áreas de salud deberían contar con un promotor de la salud encargado de la prescripción de ejercicio físico en estos pacientes.

5.2.3. Recomendaciones a las Unidades Académicas de Medicina

- La enseñanza del abordaje integral de fibromialgia debe incluirse en los programas académicos de las universidades.
- Los programas de medicina de las universidades deben actualizarse con la evidencia más reciente en cuanto al manejo de la fibromialgia.

Referencias bibliográficas

1. Jones KD, Mist SD, Casselberry MA, Ali A, Christopher MS. Fibromyalgia Impact and Mindfulness Characteristics in 4986 People with Fibromyalgia. *Explor J Sci Heal* [Internet]. 2015; 11(4):304–9. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L604477734%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.explore.2015.04.006>.
2. González J, del Teso Rubio M del M, Waliño Paniagua CN, Criado Álvarez JJ, Sánchez Holgado J. Tratamiento sintomático y del dolor en fibromialgia mediante abordaje multidisciplinar desde Atención Primaria. *Reumatol Clin*. 2015; 11(1):22–6.
3. Mur Martí T, Llordés M, Custal Jordá M, López Juan G, Martínez Pardo S. Perfil de pacientes con fibromialgia que acuden a los centros de atención primaria en Terrassa. *Reumatol Clin* [Internet]. 2017; 13(5):252–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2016.05.008>.
4. Segura Jiménez V, Álvarez Gallardo IC, Carbonell Baeza A, Aparicio VA, Ortega FB, Casimiro AJ. Fibromyalgia has a larger impact on physical health than on psychological health, yet both are markedly affected: The alÁndalus project. *Semin Arthritis Rheum*. 2015; 44(5):563–70.
5. Freitas RP de A, Andrade SC de, Spyrides MHC, Micussi MTABC, Sousa MBC de. Impacts of social support on symptoms in Brazilian women with fibromyalgia. *Rev Bras Reumatol (English Ed)* [Internet]. 2016; 57(3):197–203. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbre.2016.07.001>.
6. Arnold LM. AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. 2018; 00(00):1–18.
7. Ángel García D, Martínez Nicolás I, Saturno Hernández PJ. Abordaje clínico de la fibromialgia: Síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia, una revisión sistemática. *Reumatol Clin* [Internet]. 2016; 12(2):65–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2015.06.001>.

8. Sifuentes Giraldo WA, Morell Hita JL. Fibromialgia. *Med*. 2017; 12(27):1586–95.
9. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Flub E. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. 2017; 76(2):318–28.
10. San Mauro Martin I, López Oliva S, Collado Yurrita L, Sanz Rojo S, Garicano Vilar E. Anti-inflammatory and antioxidant feeding and supplementation may serve as adjuvants in women with fibromyalgia. *J Nutr Intermed Metab* [Internet]. 2019; 15 (November 2018):3–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jnim.2018.11.002>.
11. Rosemffet M, Casado G, Crow C, Hofman J, Ortiz V, Pereira D. Guías argentinas de práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia. 2016.
12. Cabo Meseguer A, Cerdá Olmedo G, Luis Trillo Mata J. Fibromyalgia: Prevalence, epidemiologic profiles and economic costs Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Med Clin* [Internet]. 2017; 149(10):441–8. Available from: https://0-ac-els--cdn-com.llull.uib.es/S238702061730668X/1-s2.0S238702061730668X-main.pdf?_tid=5bd2bb64-2c8e-49c0-b01f-d64e03f8994e&acdnat=1551730443_722353d1a83fb4d5e129400a6e127dd0.
13. Häuser W, Perrot S, Clauw DJ, Fitzcharles MA. Unravelling Fibromyalgia—Steps Toward Individualized Management. *J Pain* [Internet]. 2018; 19(2):125–34. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.08.009>.
14. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res*. 2010; 62(5):600–10.

15. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RS. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: A modification of the ACR preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia. *J Rheumatol*. 2011; 38(6):1113–22.
16. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RL. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum* [Internet]. 2016; 46(3):319–29. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>.
17. Wu YL, Chang LY, Lee HC, Fang SC, Tsai PS. Sleep disturbances in fibromyalgia: A meta-analysis of case-control studies. *J Psychosom Res* [Internet]. 2017; 96 (July 2016):89–97. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.03.011>.
18. Teo M, Mohan B, Oelke ND. Developing and Implementing a Community-Based Model of Care for Fibromyalgia: A Feasibility Study. *Pain Res Manag*. 2017.
19. J. B. H. Fibromyalgia in Primary Care. *Prim Care - Clin Off Pract* [Internet]. 2018; 45(2):325–41. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L2000758796%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2018.02.008>.
20. Ra M, Derry S, Aldington D, Cole P, Pj W. Amitriptyline for fibromyalgia in adults (Review) Summary Of Findings For The Main Comparison. 2017;(7).
21. Ramírez FB, Mas MT, Núñez CG, Jiménez NR, Pérez Caballero FL. Abordaje integrado de la fibromialgia. *FMC Form Medica Contin en Aten Primaria* [Internet]. 2017; 24(7):395–404. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2016.12.003>.
22. Welsch P, Üçeyler N, Klose P, Walitt B, Häuser W. Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 2018(2).

23. Lunn M, Hughes R, Wiffen P. Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia (Review) Summary Of Findings For The Main Comparison. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(1):Art. No.: CD007115.
24. Derry S, Cording M, Wiffen PJ, Law S, Phillips T MR. Pregabalin for pain in fibromyalgia in adults (Review). *Cochrane Libr.* 2016;(9).
25. Walitt B, Urrútia G, Mb N, Se C, Häuser W. Selective serotonin reuptake inhibitors for fibromyalgia syndrome (Review) Summary Of Findings For The Main Comparison. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(6).
26. Cooper T, Derry S, Wiffen PJ, Moore RA. Gabapentin for fibromyalgia pain in adults (Review) Summary Of Findings For The Main Comparison. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 3(1):1–28.
27. Thorpe J, Shum B, Ra M, Pj W, Gilron I. Combination pharmacotherapy for the treatment of fibromyalgia in adults (Review) Summary Of Findings For The Main Comparison. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;(2).
28. Derry S, Pj W, Häuser W, Mücke M, Tr T, Rf B, et al. Oral nonsteroidal anti-inflammatory drugs for fibromyalgia in adults (Review). 2019;(3).
29. Welsch P, Bernardy K, Derry S, Moore RA, Häuser W. Mirtazapine for fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018; 2018(8).
30. Cording M, Derry S, Phillips T, Ra M, Pj W. Milnacipran for pain in fibromyalgia in adults (Review) Summary Of Findings For The Main Comparison. 2015;(10).
31. Walitt B, Klose P, Üçeyler N, Phillips T HW. Antipsychotics for Fibromyalgia in Adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; 96(3).
32. Walitt B, Klose P, Ma F, Phillips T, Häuser W. Cannabinoids for fibromyalgia (Review). *Cochrane Libr.* 2016;(7):31.
33. Bidonde J, Aj B, Cl S, Tj O, Sy K, Sm G. Aerobic exercise training for adults with fibromyalgia (Review) Summary Of Findings For The Main

- Comparison. *Cochrane Database Syst Rev Aerob.* 2017;(6):127.
34. Busch AJ, Webber SC, Richards RS, Bidonde J, Schachter CL, Schafer LA. Resistance exercise training for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 2013(12).
35. Larsson A, Palstam A, Löfgren M, Ernberg M, Bjersing J, BileviciuteLjungar I. Resistance exercise improves muscle strength, health status and pain intensity in fibromyalgia-a randomized controlled trial. *Arthritis Res Ther* [Internet]. 2015; 17(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13075-015-0679-1>.
36. Bidonde J, Aj B, Sc W, Cl S, Danyliw A, Tj O. Aquatic exercise training for fibromyalgia (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(10).
37. Bidonde J, Busch AJ, Schachter CL, Webber SC, Musselman KE, Overend TJ. Mixed exercise training for adults with fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019; 2019(5).
38. Wang C, Schmid CH, Fielding RA, Harvey WF, Reid KF, Price LL. Effect of tai chi versus aerobic exercise for fibromyalgia: Comparative effectiveness randomized controlled trial. *BMJ.* 2018; 360:1–14.
39. Bernardy K, Klose P, Aj B, Ehs C, Häuser W. Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia (Review) Summary Of Findings For The Main Comparison. 2017;(9).
40. Menga G, Ing S, Khan O, Dupre B, Dornelles AC, Alarakhia A. Fibromyalgia: can online cognitive behavioral therapy help? Ochsner J [Internet]. 2014; 14(3):343–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25249800><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4171792>.
41. Theadom A, Cropley M, Smith HE, Feigin VL, Mcpherson K. Mind and body therapy for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015; 2015(4).

42. Yeh SW, Hong CH, Shih MC, Tam KW, Huang YH, Kuan YC. Low Level Laser Therapy for Fibromyalgia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Physician*. 2019; 22(3):241–54.
43. Mi J, Li C, Gao H, Jones G, Cao P. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for fibromyalgia in adults (Review). *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017;(10). Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012172.pub2/epdf>.
44. Deare JC, Zheng Z, Xue C, Liu JP, Shang J, Scott SW. Acupuncture for treating fibromyalgia (Review) Summary Of Findings For The Main Comparison. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(5).
45. Boehm K, Raak C, Cramer H, Lauche R, Ostermann T. Homeopathy in the treatment of fibromyalgia: A comprehensive literature-review and meta-analysis. *Complement Ther Med* [Internet]. 2014; 22(4):731–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2014.06.005>.
46. Von Bülow C, Amris K, Bandak E, Danneskiold Samsøe B, Wæhrens EE. Improving activities of daily living ability in women with fibromyalgia: An exploratory, quasi-randomized, phase-two study, improve trial. *J Rehabil Med*. 2017; 49(3):241–50.
47. Bourgault P, Lacasse A, Marchand S, Courtemanche Harel R, Charest J, Gaumond I. Multicomponent interdisciplinary group intervention for self-management of fibromyalgia: A mixed-methods randomized controlled trial. *PLoS One*. 2015; 10(5):1–26.
48. Saral I, Sindel D, Esmailzadeh S, Sertel Berk HO, Oral A. The effects of long- and short-term interdisciplinary treatment approaches in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Rheumatol Int*. 2016; 36(10):1379–89.
49. Ismael Martins MR, Gritti CC, Dos Santos Junior R, De Araújo MCL, Dias LC, D'Ally Aglio Foss MH. Randomized controlled trial of a therapeutic

intervention group in patients with fibromyalgia syndrome. *Rev Bras Reumatol* [Internet]. 2014; 54(3):179–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbre.2013.10.002>.

50. González J, del Teso Rubio M del M, Waliño Paniagua CN, Criado Álvarez JJ, Sánchez Holgado J. Symptomatic Pain and Fibromyalgia Treatment Through Multidisciplinary Approach for Primary Care. *Reumatol Clínica (English Ed)*. 2015; 11(1):22–6.

Anexos

Anexo 1.

Primer objetivo: Comparar la efectividad de la farmacoterapia utilizada actualmente en fibromialgia.	
1.Bibliografía	Welsch P, Üçeyler N, Klose P, Walitt B, Häuser W. Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) for fibromyalgia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018, Issue 2.(22)
Nivel de evidencia	Revisión sistemática, la, categoría A.
Objetivos	Evaluar la eficacia, tolerabilidad y seguridad de los fármacos inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN) comparado con placebo u otros medicamentos en el tratamiento de fibromialgia en adultos.
Población	7903 participantes.
Instrumentos de recolección	Se seleccionaron ECA sobre IRSN comparado con placebo u otros medicamentos en el tratamiento de fibromialgia en adultos.
Metodología	Tres autores buscaron la información independientemente, examinaron la calidad de los estudios y evaluaron el riesgo de sesgo. Se calculó el número necesario para tratar (NNT) para el alivio del dolor en un 50 % o más y en un 30 % o más, impresión global de cambio del paciente, tasas de abandono debido a falta de eficacia y las diferencias significativas en fatiga, problemas de sueño, calidad de vida relacionada con salud, intensidad del dolor, depresión, ansiedad, discapacidad, función sexual, trastornos cognitivos y sensibilidad. Para tolerabilidad se calculó el número necesario para dañar (NNH) para los abandonos debido a eventos adversos como náusea, insomnio y somnolencia como eventos adversos específicos.
Resultados	Solo se encontraron estudios con desvenlafaxina, duloxetina y milnacipran. La mayoría de los estudios llevó a cabo comparaciones contra placebo. Duloxetina y milnacipran tuvieron beneficio clínico relevante sobre placebo para alivio del dolor de 50 % o mayor: 31 % de los pacientes que usaron duloxetina y 21 % de los pacientes que usaron milnacipran reportaron alivio del dolor del 50 % o mayor. Duloxetina y milnacipran fueron superiores a placebo en la impresión global de cambio del paciente: 52 % de los pacientes usuarios de duloxetina y milnacipran reportaron mucha o muchísima mejoría. Duloxetina y milnacipran tuvieron un beneficio clínico relevante comparado con placebo para el alivio del dolor de un 30 % o mayor. No hubo mejoría estadísticamente significativa en fatiga, reducción de problemas de sueño y calidad de vida relacionada con salud. Un 19 % de los pacientes discontinuó el tratamiento debido a eventos adversos, contra un 10 % del grupo placebo. No hubo reporte de eventos adversos serios. No hubo diferencia significativa entre duloxetina y desvenlafaxina en eficacia, tolerabilidad y seguridad.
Conclusiones	En promedio, los beneficios potenciales de duloxetina y milnacipran fueron superados por sus posibles eventos adversos. Sin embargo, una minoría de pacientes con fibromialgia

	<p>podría experimentar alivio significativo de los síntomas sin eventos adversos clínicamente relevantes.</p> <p>Duloxetine y milnacipran fueron superiores a placebo en mejorar el bienestar global del paciente, reducir el dolor en 50 % o más, mejorar calidad de vida y reducir fatiga (evidencia de baja calidad). No fue superior a placebo en reducir problemas de sueño (evidencia de baja calidad). Los eventos adversos más comunes reportados son náuseas y mareos (evidencia de baja calidad).</p>
2.Bibliografía	Welsch P, Bernardy K, Derry S, Moore RA, Häuser, W. Mirtazapine for fibromyalgia in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 8.(29)
Nivel de evidencia	Revisión sistemática, la, categoría A.
Objetivos	Evaluar la eficacia, tolerabilidad y seguridad del antidepresivo tricíclico mirtazapina, comparado con placebo u otros medicamentos en el tratamiento de fibromialgia en adultos.
Población	606 participantes.
Instrumentos de recolección	Se seleccionaron ECA sobre mirtazapina comparado con placebo u otros medicamentos en el tratamiento de fibromialgia en adultos.
Metodología	Dos autores buscaron información independientemente, después resolvieron discrepancias por discusión. Se evaluó el alivio del dolor reportado por los pacientes (reducciones de al menos 30 % o 50 %), impresión global de cambio del paciente (mucho o muchísima mejoría), seguridad (eventos adversos serios) y tolerabilidad (abandono del tratamiento por eventos adversos). Otras mediciones fueron mejoría en calidad de vida relacionada con salud de 20 % o más, fatiga, problemas de sueño, intensidad media del dolor, afecto negativo y eventos adversos particulares.
Resultados	<p>No hubo diferencia estadísticamente significativa entre mirtazapina y placebo para el alivio del dolor del 50 % o más (22 % contra 16 %) ni en tolerabilidad, con un porcentaje de abandono debido a eventos adversos de 3 % contra 2 %</p> <p>Mirtazapina reportó una diferencia clínicamente relevante en el alivio del dolor del 30 % o mayor y en la mejoría de los problemas del sueño. No hubo mejoría en la calidad de vida relacionada con salud de 20 % o más, fatiga, afecto negativo y abandono del tratamiento debido a falta de eficacia. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre eventos adversos serios reportados con mirtazapina contra placebo.</p> <p>Un 42 % de los pacientes usuarios de mirtazapina reportaron somnolencia contra un 14 % de los pacientes usuarios de placebo, lo cual es estadísticamente significativo con un NNT de 5. Además, se reportó aumento de peso en un 19 % de los usuarios de mirtazapina contra 1 % de los usuarios de placebo (evidencia de baja calidad). Asimismo, se reportó aumento en la alanina transferasa (13 % mirtazapina contra 2 % placebo).</p>
Conclusiones	<p>Estudios no demostraron beneficio del uso de mirtazapina sobre placebo en el alivio del dolor del 50 % o mayor, mejoría de la calidad de vida relacionada con salud de más del 20 % o reducción de fatiga o afecto negativo.</p> <p>Por otro lado, demostró beneficio en alivio del dolor del 30 % o mayor, reducción de la</p>

	<p>intensidad del dolor y mejoría en problemas del sueño.</p> <p>El grupo usuario de mirtazapina reportó somnolencia, ganancia de peso y aumento en alanino transfereasa, de manera más frecuente que el grupo placebo.</p> <p>En promedio, los beneficios potenciales de mirtazapina fueron superados por sus posibles eventos adversos. Sin embargo, una minoría de pacientes con fibromialgia podría experimentar alivio significativo de los síntomas sin eventos adversos clínicamente relevantes.</p>
3.Bibliografía	Thorpe J, Shum B, Moore RA, Wi en PJ, Gilron I. Combination pharmacotherapy for the treatment of fibromyalgia in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 2.(27)
Nivel de evidencia	Revisión sistemática, Ia, categoría A.
Objetivos	Evaluar la eficacia, tolerabilidad y seguridad de la farmacoterapia de combinación, comparado con placebo u otros medicamentos en el tratamiento de fibromialgia en adultos.
Población	16 estudios con 1474 participantes.
Instrumentos de recolección	ECA doble ciego comparando combinaciones de dos o más medicamentos contra placebo u otros comparadores o ambos, para el tratamiento del dolor por fibromialgia.
Metodología	Se extrajeron los siguientes datos: alivio del dolor reportado por el paciente de un 30 % o mayor o de un 50 % o mayor, la impresión global de cambio del paciente (mucha o muchísima mejoría), abandonos de tratamiento por falta de eficacia o eventos adversos.
Resultados	<p>Tres estudios usaron la combinación de AINES y benzodiacepina (306 participantes), 2 usaron la combinación de amitriptilina y fluoxetina (89 participantes), 2 usaron la combinación de amitriptilina con otro agente (92 participantes), 2 combinaron melatonina con un antidepresivo (164 participantes), uno combinó carisoprodol, acetaminofén y cafeína (58 participantes), uno combinó tramadol y acetaminofén (315 participantes), uno combinó ácido málico y magnesio (24 participantes), uno combinó inhibidor de monoamino oxidasa con 5-hidroxitriptofano (200 participantes) y uno combinó la pregabalina con duloxetina (41 participantes)</p> <p>Tres estudios encontraron alguna evidencia de que la terapia de combinación reduce el dolor en comparación con monoterapia: melatonina y amitriptilina, fluoxetina y amitriptilina, pregabalina y duloxetina. Sin embargo, los hallazgos principales comparados en los estudios fueron muy heterogéneos. Los eventos adversos comunes reportados fueron: náuseas, mareos, somnolencia y cefalea.</p>
Conclusiones	<p>Existe poca evidencia de calidad que compare la terapia de combinación contra la monoterapia, esto limita la evidencia que apoye o refute el uso de terapia de combinación en fibromialgia.</p> <p>Los eventos adversos no fueron severos y, generalmente, no fueron distintos entre terapia combinada y monoterapia.</p>
4.Bibliografía	Derry S, Wiffen PJ, Häuser W, Mücke M, Töle TR, Bell RF, Moore RA. Oral nonsteroidal anti-inflammatory drugs for fibromyalgia in adults. Cochrane Database of Systematic

	Reviews 2017, Issue 3.(28)
Nivel de evidencia	Revisión sistemática, Ia, categoría A.
Objetivos	Evaluar la eficacia, tolerabilidad y seguridad de los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) orales, comparado con placebo u otros medicamentos en el tratamiento de fibromialgia en adultos.
Población	6 estudios con 292 participantes.
Instrumentos de recolección	Se incluyeron ECA doble ciego, de 2 semanas de duración o mayor, que compararan algún AINE oral contra placebo u otro tratamiento activo para el alivio del dolor en fibromialgia, que tuvieran evaluación subjetiva del dolor por parte de los pacientes.
Metodología	Dos autores extrajeron información de manera independiente y evaluaron la calidad de la evidencia y el potencial de sesgo. Se evaluó: el alivio sustancial del dolor (al menos 50 % de alivio del dolor o muchísima mejoría en la escala de impresión global de cambio del paciente) o moderado alivio del dolor (al menos 30 % de alivio del dolor o <i>mucha</i> o <i>muchísima</i> mejoría en la escala de impresión global de cambio del paciente), eventos adversos serios y abandonos debido a eventos adversos. Además, se evaluaron aspectos de sueño, fatiga y calidad de vida. Se calculó la diferencia de riesgo y el NNT mediante métodos estandarizados.
Resultados	La edad promedio de los participantes es entre 39 y 50 años, 89 % a 100 % eran mujeres. La intensidad inicial del dolor fue de 7/10, lo cual representa dolor severo. Los AINES utilizados fueron etoricoxib 90 mg al día, ibuprofeno 2400 mg al día, naproxeno 1000 mg al día y tenoxicam 20 mg al día. 146 participantes recibieron AINES y 146 recibieron placebo. La duración del tratamiento en la etapa de doble ciego varió entre 3 y 8 semanas. El análisis consistentemente no mostró diferencia significativa entre AINES y placebo. Aunque la mayoría de estudios tuvieron algunas medidas de calidad de vida relacionada con salud, ninguno reportó los resultados, ya que indicaron que no eran estadísticamente significativos.
Conclusiones	No hay suficiente cantidad de evidencia de buena calidad sobre el uso de AINES en fibromialgia. Debido a la evidencia actual, no puede considerarse a los AINES como útiles para el tratamiento de fibromialgia. La reducción del dolor a la mitad o más fue experimentada en 1 de cada 10 pacientes con AINES y 2 de cada 10 pacientes con placebo. La reducción del dolor en un tercio o más fue experimentada en 2 de cada 10 pacientes, tanto con AINES como placebo. Los eventos adversos los experimentaron 3 de cada 10 pacientes con AINES y 2 de cada 10 pacientes con placebo.
5.Bibliografía	Cooper TE, Derry S, Wiffen PJ, Moore RA. Gabapentin for fibromyalgia pain in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 1.(26)
Nivel de evidencia	Revisión sistemática, Ia, categoría A.
Objetivos	Evaluar la eficacia analgésica de gabapentina para el dolor en fibromialgia y los eventos

	adversos asociados con su uso en ensayos clínicos.
Población	Un estudio con 150 participantes.
Instrumentos de recolección	ECA doble ciego de 8 semanas de duración o más el tratamiento del dolor en fibromialgia en adultos, comparando gabapentina con placebo u otro comparador activo.
Metodología	Dos autores extrajeron información de manera independiente y evaluaron la calidad de la evidencia y el potencial de sesgo. Se evaluó: el alivio sustancial del dolor (al menos 50 % de alivio del dolor o <i>muchísima</i> mejoría en la escala de impresión global de cambio del paciente) o moderado alivio del dolor (al menos 30 % de alivio del dolor o <i>mucha</i> o <i>muchísima</i> mejoría en la escala de impresión global de cambio del paciente), eventos adversos serios y abandonos debido a eventos adversos.
Resultados	No se reportó reducción del dolor en un 50 % o mayor. La reducción del dolor en un 30 % o mayor la alcanzó un 49 % de los pacientes con gabapentina comparado con 31 % con placebo. La impresión global de cambio del paciente mejoró en un 91 % de los pacientes con gabapentina y un 47 % de los pacientes con placebo. En cuanto a los eventos adversos, se reportaron en un 16 % del grupo con gabapentina y un 9 % del grupo con placebo.
Conclusiones	No hay suficiente evidencia para apoyar o refutar el uso de gabapentina para el tratamiento del dolor en fibromialgia. No se reportaron eventos adversos o muertes asociados al uso de gabapentina.
6.Bibliografía	Derry S, Cording M, Wiffen PJ, Law S, Phillips T, Moore RA. Pregabalin for pain in fibromyalgia in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 9.(24)
Nivel de evidencia	Revisión sistemática, Ia, categoría A.
Objetivos	Evaluar la eficacia analgésica de pregabalina para el dolor en fibromialgia y los eventos adversos asociados con su uso en ensayos clínicos.
Población	3283 participantes.
Instrumentos de recolección	Se incluyeron ECA doble ciego, de 8 semanas de duración o mayor, comparando pregabalina con placebo u otro tratamiento activo para el alivio del dolor en fibromialgia, con valoración subjetiva del dolor por parte del participante.
Metodología	Dos autores extrajeron información de manera independiente y evaluaron la calidad de la evidencia y el potencial de sesgo. Se evaluó: el alivio sustancial del dolor (al menos 50 % de alivio del dolor o <i>muchísima</i> mejoría en la escala de impresión global de cambio del paciente) o moderado alivio del dolor (al menos 30 % de alivio del dolor o <i>mucha</i> o <i>muchísima</i> mejoría en la escala de impresión global de cambio del paciente), eventos adversos serios y abandonos debido a eventos adversos. Se calculó la diferencia de riesgo y el NNT mediante métodos estandarizados.
Resultados	Se incluyeron 8 estudios. Cinco de los cuales (3284 participantes) tenían un diseño clásico en el cual los pacientes fueron <i>randomizados</i> al inicio del estudio a pregabalina (150, 300, 450 o 600 mg al día) o placebo, con evaluación después de 8 a 13 semanas de tratamiento estable. Los estudios tenían bajo riesgo de sesgo.

	<p>Se mostró beneficio sustancial (reducción del dolor en al menos 50 % o mayor) después de 12 o 13 semanas de tratamiento estable pregabalina a dosis de 450 mg en 1874 pacientes (57 %). A las dosis de 300 a 600 mg el beneficio fue experimentado por 24 % de los pacientes en el grupo de pregabalina y 14 % en el grupo de placebo).</p> <p>Se demostró beneficio moderado con el uso de pregabalina 300 a 600 mg en 43 % de los usuarios de pregabalina contra un 28 % de los usuarios de placebo. El NNT calculado es de 7 a 14.</p> <p>No hay diferencia en el uso de pregabalina una vez al día o dos veces al día.</p> <p>La mayoría de los pacientes (70 a 90 %) participantes en el grupo de pregabalina reportaron eventos adversos, en particular mareos (NNH 3.7), somnolencia (NNH 7.4), ganancia de peso (NNH 18), edema periférico (NNH 19) en todas las dosis. No hubo diferencia estadísticamente significativa en eventos adversos serios entre el grupo de pregabalina y el grupo placebo. El abandono del tratamiento por cualquier razón fue más común en el grupo de pregabalina a dosis de 600 mg que en el grupo placebo. Los abandonos de tratamiento debido a eventos adversos fueron 10 % mayores con pregabalina que con placebo, pero los abandonos debido a falta de eficacia fueron 6 % menores.</p>
Conclusiones	<p>Pregabalina en dosis de 300 a 600 mg produce una mayor reducción de la intensidad del dolor en 12 a 26 semanas con eventos adversos tolerables en una pequeña proporción de personas (10 % más que placebo) en pacientes con dolor moderado o severo debido a fibromialgia.</p> <p>Se conoce que la mejoría en el grado del dolor se acompaña de mejoría en otros síntomas, calidad de vida y función. Estos resultados fueron similares a otros medicamentos que han demostrado efectividad en fibromialgia como milnacipran y duloxetina.</p> <p>1 de cada 10 personas con dolor moderado o severo por fibromialgia reportaron una disminución en el dolor de un tercio a la mitad en 12 a 26 semanas, con dosis de 300 a 600 mg al día.</p> <p>Los eventos adversos se dan en 8 o 9 personas de 10, usualmente mientras se ajusta la dosis, los más comunes fueron mareos (1 de cada 4), somnolencia (1 de 7), ganancia de peso (1 de 18), edema periférico (1 de 19). Eventos adversos serios no fueron más comunes en el uso de pregabalina en comparación con placebo (1 o 2 de 100).</p>
7.Bibliografía	Walitt B, Klose P, Fitzcharles MA, Phillips T, Häuser W. Cannabinoids for fibromyalgia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016, Issue 7.(32)
Nivel de evidencia	Revisión sistemática, Ia, categoría A.
Objetivos	Evaluar la eficacia, tolerabilidad y seguridad de los cannabinoides para síntomas de fibromialgia en adultos.
Población	2 estudios con 72 participantes.
Instrumentos de recolección	Se seleccionaron ECA de al menos 4 semanas de duración de cualquier formulación de productos de cannabis usados para el tratamiento de fibromialgia en adultos.

Metodología	<p>Dos autores extrajeron información de manera independiente y evaluaron la calidad de la evidencia y el potencial de sesgo.</p> <p>Se evaluó: el alivio sustancial del dolor (al menos 50 % de alivio del dolor o mucha o muchísima mejoría en la escala de impresión global de cambio del paciente), eventos adversos serios y abandonos debido a eventos adversos. La duración de los estudios fue de 4 a 6 semanas. Ambos usaron nabilona, un cannabinoide sintético a dosis de 1 mg hora sueño.</p>
Resultados	<p>Ambos estudios tuvieron moderado riesgo de sesgo. Nabilona se comparó con placebo en un estudio y con amitriptilina en otro.</p> <p>No hubo diferencia estadísticamente significativa entre nabilona y placebo con respecto al dolor, afecto, calidad de vida, fatiga y depresión.</p> <p>Hubo mejores efectos entre nabilona y amitriptilina en cuanto al sueño.</p> <p>Hubo mayor abandono del tratamiento debido a eventos adversos con el uso de nabilona (4 de 52 participantes) que en el grupo control (1 de 20 participantes en placebo y 0 de 32 participantes en amitriptilina).</p> <p>Los eventos adversos más frecuentes fueron mareos, náuseas, boca seca y somnolencia (6 participantes con nabilona). No se reportaron eventos adversos serios.</p>
Conclusiones	<p>No existe evidencia científica de suficiente calidad que apoye el uso de nabilona en fibromialgia. La tolerabilidad de nabilona fue baja en pacientes con fibromialgia.</p>
8.Bibliografía	<p>Walitt B, Klose P, Üçeyler N, Phillips T, Häuser W. Antipsychotics for fibromyalgia in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016, Issue 6.(31)</p>
Nivel de evidencia	<p>Revisión sistemática, Ia, categoría A.</p>
Objetivos	<p>Evaluar la eficacia, tolerabilidad y seguridad de los antipsicóticos en fibromialgia en adultos.</p>
Población	<p>296 participantes.</p>
Instrumentos de recolección	<p>Se seleccionaron ECA de al menos 4 semanas de duración de cualquier formulación de antipsicóticos usados en el tratamiento de fibromialgia en adultos.</p>
Metodología	<p>Dos autores extrajeron información de manera independiente y evaluaron la calidad de la evidencia y el potencial de sesgo.</p>
Resultados	<p>Tres estudios con 206 participantes compararon quetiapina, un antipsicótico atípico, con placebo. La duración del estudio fue de 8 o 12 semanas. La dosis fue de 50 y 300 mg hora sueño. El riesgo de sesgo es moderado.</p> <p>Se evaluó: el alivio sustancial del dolor (al menos 50 % de alivio del dolor o mucha o muchísima mejoría en la escala de impresión global de cambio del paciente), eventos adversos serios y abandonos debido a eventos adversos. Quetiapina no fue superior a placebo en el número de participantes con una disminución del dolor del 50 % o mayor. Una proporción mayor de pacientes reportó una reducción del dolor en un 30 % o mayor, NNT 8</p> <p>Una mayor proporción de participantes usuarios de quetiapina reportó una mejoría clínica relevante de la calidad de vida relacionada con salud comparado con placebo. Quetiapina</p>

	<p>fue estadísticamente superior a placebo en reducir problemas de sueño, depresión y ansiedad. No hubo diferencia estadísticamente significativa en la tolerabilidad entre quetiapina y placebo. Más pacientes usuarios de quetiapina dejaron el tratamiento debido a eventos adversos, en comparación con amitriptilina. Los eventos adversos más comunes son mareos y somnolencia. Algunos pacientes en el grupo de quetiapina reportaron ganancia de peso, NNH 12. No se reportaron eventos adversos serios. No se encontraron estudios relevantes con otros antipsicóticos.</p>
Conclusiones	<p>Evidencia muy limitada sugiere que la quetiapina debería considerarse para su uso en tiempo limitado (4 a 12 semanas) para reducir dolor, problemas de sueño, depresión y ansiedad en pacientes con fibromialgia y episodio depresivo mayor. Debe tomarse en cuenta el riesgo potencial de eventos adversos como ganancia de peso.</p> <p>La quetiapina no fue superior a placebo en disminuir el dolor en un 50 % o más, pero sí fue superior en disminuir el dolor en un 30 % o más, reducir problemas de sueño y mejorar depresión y ansiedad. Además, fue superior en mejorar la calidad de vida relacionada con salud.</p> <p>Menos pacientes abandonaron el tratamiento por falta de eficacia en pacientes usuarios de quetiapina que usuarios de placebo.</p> <p>Quetiapina y amitriptilina no difieren en la reducción de las escalas de dolor, fatiga, problemas de sueño, depresión, ansiedad y limitaciones en la calidad de vida relacionada con salud. La proporción de pacientes que reportaron mareos, somnolencia y ganancia de peso como eventos adversos, fue similar con ambos medicamentos.</p>
9.Bibliografía	<p>Walitt B, Urrútia G, Nishishinya MB, Cantrell SE, Häuser W. Selective serotonin reuptake inhibitors for fibromyalgia syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015, Issue 6.(25)</p>
Nivel de evidencia	<p>Revisión sistemática, la, categoría A.</p>
Objetivos	<p>Evaluar los beneficios y posibles riesgos de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) en el tratamiento de fibromialgia.</p>
Población	<p>383 participantes.</p>
Instrumentos de recolección	<p>Se seleccionaron todos los ECA doble ciego sobre ISRS usados en el tratamiento de síntomas de fibromialgia. Se consideraron los siguientes medicamentos: citalopram, fluoxetina, escitalopram, fluvoxamina, paroxetina, and sertralina.</p>
Metodología	<p>Tres autores extrajeron la información de todos los estudios incluidos y se identificó el riesgo de sesgo de los estudios. Se resolvieron discrepancias por discusión.</p>
Resultados	<p>La calidad de la evidencia fue muy baja.</p> <p>Se incluyeron 7 estudios: 2 con citalopram, 3 con fluoxetina y 2 con paroxetina, con una duración media de 8 semanas (4 a 16 semanas).</p> <p>Todos los estudios tienen una o más fuentes de sesgo potencial. Hubo una pequeña diferencia (10 %) de pacientes que reportaron una reducción del dolor en un 30 %, entre el uso de ISRS y placebo, NNT 10. 29.8 % de los pacientes que usaron ISRS y 16 % de los pacientes que usaron placebo, reportaron mucha o muchísima mejoría en la escala</p>

	<p>de impresión global de cambio del paciente.</p> <p>Los ISRS no fueron estadísticamente significativos en reducir la fatiga, ni problemas de sueño.</p> <p>Los ISRS fueron superiores a placebo en la reducción de depresión.</p> <p>El abandono de tratamiento debido a eventos adversos no fue mayor con el uso de ISRS que con placebo.</p> <p>No hubo diferencia estadísticamente significativa en eventos adversos serios con el uso de ISRS (3.6 %) y placebo (4.8 %).</p>
Conclusiones	<p>No hay evidencia que apoye que el uso de ISRS sea superior a placebo en el tratamiento de los síntomas clave de la fibromialgia: dolor, fatiga, problemas de sueño. Sin embargo, pueden considerarse en el tratamiento de la depresión en personas con esta enfermedad.</p> <p>Los posibles eventos adversos de los ISRS podrían incluir boca seca, náuseas, vómitos y disfunción sexual. Complicaciones raras podrían incluir alergias, daño hepático, alteración de la habilidad para manejar u operar maquinaria. Eventos adversos serios como ideación suicida y falla hepática son muy raros.</p>
10.Bibliografía	Cording M, Derry S, Phillips T, Moore RA, Wiffen PJ. Milnacipran for pain in fibromyalgia in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015, Issue 10.(30)
Nivel de evidencia	Revisión sistemática, la, categoría A.
Objetivos	Evaluar la eficacia analgésica de milnacipran en el tratamiento del dolor por fibromialgia en adultos y los eventos adversos asociados con su uso.
Población	4238 participantes.
Instrumentos de recolección	Se incluyeron ECA doble ciego, de 8 semanas de duración o mayor, comparando milnacipran con placebo u otro tratamiento activo para fibromialgia en adultos.
Metodología	Se extrajo la eficacia y eventos adversos, dos autores examinaron la calidad de la evidencia independientemente.
Resultados	<p>Se incluyeron 6 estudios, <i>randomizados</i>, placebo controlados, con dosis de 100 o 200 mg de milnacipran, con evaluación después de 8 a 24 semanas de tratamiento estable.</p> <p>No hubo estudios con comparadores activos</p> <p>Ambas dosis de milnacipran brindan alivio de dolor moderado (al menos 30 % de disminución de la intensidad del dolor) a 40 % de los participantes tratados, comparado con 30 % de usuarios de placebo, NNT 6. Los eventos adversos fueron comunes en ambos grupos, los más comunes fueron náuseas (NNH 5.7), constipación (NNH 13) y cefalea (NNH 29), pero los eventos adversos serios fueron raros (menos 2 %).</p> <p>Los abandonos de tratamiento por cualquier motivo fueron más comunes con milnacipran que con placebo y fueron más comunes con la dosis de 200 mg (NNH 9) que con 100 mg (NNH 23). Los abandonos de tratamiento por eventos adversos fueron mayores a dosis de 100 mg (NNH 14) que a dosis de 200 mg (NNH 7). Los abandonos por falta de eficacia fueron menos comunes con milnacipran que con placebo, pero no difirieron entre dosis de milnacipran.</p>
Conclusiones	La evidencia disponible indica que milnacipran 100 mg o 200 mg es efectiva en el

	tratamiento del dolor debido a fibromialgia, para una minoría de pacientes. Brindó alivio de moderados niveles de dolor (al menos 30 %) a aproximadamente 40 % de los participantes, comparado con 30 % con placebo. Hay evidencia insuficiente para niveles sustanciales de dolor (al menos 50 %). Milnacipran estuvo asociado con mayor incidencia de eventos adversos y a abandonos de tratamiento por esta causa, los cuales fueron significativamente mayores a mayor dosis.
11. Bibliografía	Moore RA, Derry S, Aldington D, Cole P, Wiffen PJ. Amitriptyline for fibromyalgia in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015, Issue 7.(20)
Nivel de evidencia	Revisión sistemática, Ia, categoría A.
Objetivos	Evaluar el efecto analgésico de amitriptilina para el alivio de fibromialgia y los eventos adversos asociado con su uso.
Población	649 participantes.
Instrumentos de recolección	Se incluyeron ECA doble ciego, de al menos 4 semanas de duración comparando amitriptilina con placebo u otro tratamiento activo en fibromialgia.
Metodología	Se extrajo la información sobre eficacia y eventos adversos. Se analizó la calidad y nivel de evidencia de los estudios. Se calculó NNT y NNH.
Resultados	Se incluyeron 7 estudios de 6 a 24 semanas de duración. La dosis diaria de amitriptilina fue de 25 a 50 mg. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre amitriptilina y placebo, para el alivio de síntomas como fatiga, trastornos del sueño, calidad de vida. Más participantes experimentaron al menos un efecto adverso con amitriptilina (78 %), NNH 3.3, que con placebo (47 %).
Conclusiones	Amitriptilina ha sido el medicamento de primera línea para fibromialgia por muchos años. No existen muchos estudios de calidad que apoyen el uso de amitriptilina, sin embargo, tiene una gran trayectoria en el tratamiento de la fibromialgia. Es una opción en el tratamiento de fibromialgia, pero solo una minoría de los pacientes alcanzará un alivio del dolor satisfactorio.
12. Bibliografía	Lunn MPT, Hughes RAC, Wiffen PJ. Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1.(23)
Nivel de evidencia	Revisión sistemática, Ia, categoría A.
Objetivos	Evaluar los beneficios y posibles riesgos del uso de duloxetina para el tratamiento de la neuropatía periférica dolorosa y diferentes tipos de dolor crónico.
Población	2249 pacientes con fibromialgia.
Instrumentos de recolección	Se seleccionaron ECA de cualquier formulación de duloxetina, usado para el tratamiento de neuropatía periférica dolorosa y dolor crónico en adultos.
Metodología	Se usaron los procedimientos metodológicos usuales en las revisiones Cochrane.
Resultados	Se identificaron 18 ensayos, con 6407 participantes, 2249 de los cuales tenían diagnóstico de fibromialgia. La duloxetina a dosis de 60 mg al día es efectiva para la fibromialgia después de 12

	<p>semanas de uso (50 % de reducción del dolor, NNT 8). Además, es efectivo para los síntomas físicos de depresión.</p> <p>La mayoría de eventos adversos fueron menores, pero 12.6 % de los participantes abandonó el tratamiento debido a eventos adversos. Los eventos adversos serios fueron raros.</p>
Conclusiones	<p>Existe evidencia de que la duloxetina es efectiva en dosis de 60 mg al día para el tratamiento del dolor (50 % de disminución del dolor) por fibromialgia, NNT 8. La dosis de 120 mg al día no demostró ser más efectiva que la dosis de 60 mg. El mayor efecto se produce en los síntomas mentales que en el dolor físico.</p> <p>Eventos adversos menores son comunes con duloxetina a 60 mg y, particularmente, con 120 mg al día, más que con 20 mg al día. Los eventos adversos más frecuentes son somnolencia, cefalea, boca seca, constipación, mareos. Eventos adversos serios son raros.</p>
Segundo objetivo: Examinar la evidencia científica sobre el uso de terapias no farmacológicas en fibromialgia.	
13. Bibliografía	Shu-Wei Yeh, MD, Chien-Hsiung Hong, MD, Ming-Chieh Shih, MD, Ka-Wai Tam, MD, PhD, Yao-Hsien Huang, MD, and Yi-Chun Kuan, MD. Low-Level Laser Therapy for Fibromyalgia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Pain Physician, 2019; 22:241-254(42)
Nivel de evidencia	Revisión sistemática, nivel Ia, categoría A.
Objetivos	El objetivo de esta revisión y meta-análisis fue determinar la eficacia de la terapia láser de baja potencia en los pacientes con fibromialgia.
Población	325 pacientes.
Instrumentos de recolección	Todos los ECA que evaluaran el efecto de la terapia láser de bajo nivel en fibromialgia.
Metodología	Se llevó a cabo una revisión sistemática y meta-análisis de ECA que evaluara el efecto de la terapia láser de baja potencia en pacientes con fibromialgia. Se evaluó la calidad de la evidencia, según el método para encontrar sesgo de Cochrane. Se analizó como hallazgos primarios los puntajes totales en el FIQ, severidad del dolor y número de puntos de sensibilidad. Como hallazgos secundarios se analizaron los cambios en fatiga, rigidez, ansiedad y depresión.
Resultados	Los pacientes que recibieron terapia láser mostraron mayor mejoría estadísticamente significativa de la calificación del FIQ con una diferencia de medias estandarizada (DME) de 1.16, severidad del dolor (DME 1.18), número de puntos de sensibilidad (DME 1.01), fatiga (DME 1.4), rigidez (DME 0.92), depresión (DME 1.46) y ansiedad (DME 1.46), que aquellos que recibieron placebo láser.
Conclusiones	La calidad de la evidencia es de media a baja debido a la heterogeneidad de los estudios. Sin embargo, la terapia láser demostró ser segura y bien tolerada en el tratamiento de la fibromialgia.
14. Bibliografía	Bidonde J, Busch AJ, Schachter CL, Webber SC, Musselman KE, Overend TJ, Góes SM,

	Dal Bello-Haas V, Boden C. Mixed exercise training for adults with fibromyalgia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 5. (37)
Nivel de evidencia	Revisión sistemática, evidencia Ia, categoría A.
Objetivos	Evaluar los beneficios y posibles riesgos de los protocolos de entrenamiento de ejercicio mixto que incluyen dos o más tipos de ejercicio (mixto, resistencia, flexibilidad) para adultos con fibromialgia en comparación con control (tratamiento usual, lista de espera) y con no ejercicio u otras intervenciones de ejercicio.
Población	2088 participantes.
Instrumentos de recolección	Se incluyeron ECA en adultos con diagnóstico de fibromialgia que compararan intervenciones de ejercicio mixto con otras o con no ejercicio. Los principales resultados fueron calidad de vida relacionada con salud, dolor, rigidez, fatiga, desempeño físico, abandonos y eventos adversos.
Metodología	Dos autores extrajeron la información independientemente, evaluaron el riesgo de sesgo y la calidad de evidencia.
Resultados	Se incluyeron 29 ECA (2088 participantes, 98 % mujeres, edad promedio de 51 años) que compararan intervenciones de ejercicio mixto con control, no ejercicio u otras intervenciones de ejercicio. En la comparación del grupo de ejercicio y el de control se reportaron los siguientes porcentajes en mejoría absoluta: 7 % en calidad de vida relacionada con salud, 5 % en dolor, 13 % en fatiga, 7 % en rigidez, desempeño físico del 11 %. En ninguno de los casos la mejoría fue estadísticamente significativa. No se reportaron lesiones o eventos adversos, sin embargo, algunos pacientes experimentaron aumento en los síntomas de fibromialgia (dolor, cansancio) durante o después del ejercicio. El abandono de tratamiento por cualquier causa fue similar en ambos grupos. Existe evidencia de baja calidad acerca de los efectos a largo plazo, en 8 ensayos, la mejoría en calidad de vida relacionada con salud, fatiga y desempeño físico persistieron por 6 a 52 o más semanas posintervención, pero la mejoría en rigidez y dolor no persistió.
Conclusiones	Evidencia de moderada calidad indica que el ejercicio mixto probablemente mejora la calidad de vida relacionada con salud, desempeño físico y fatiga, pero esta mejoría podría ser pequeña para algunas personas. Evidencia de baja calidad sugiere que el ejercicio mixto podría mejorar la rigidez ligeramente. El ejercicio físico parece ser bien tolerado (tasas de abandono similares en ambos grupos).
15. Bibliografía	Chenchen Wang, Christopher H Schmid, Roger A Fielding, William F Harvey, Kieran F Reid, Lori Lyn Price, Jeffrey B Driban, Robert Kalish, Ramel Rones, Timothy McAlindon. Effect of tai chi versus aerobic exercise for fibromyalgia: comparative effectiveness randomized controlled trial. BMJ, 2018; 360:k851. (38)
Nivel de evidencia	Ensayo clínico aleatorizado, evidencia Ib, categoría A.
Objetivos	Determinar la efectividad de las intervenciones en tai chi comparado con el ejercicio

	aeróbico y determinar si la efectividad del tai chi depende de su duración.
Población	226 adultos con fibromialgia.
Instrumentos de recolección	Se evaluó el FIQ al inicio y a las 24 semanas. Además, se valoraron los cambios en evaluación global del paciente, ansiedad, depresión, autoeficiencia, estrategia de afrontamiento, rendimiento físico, limitación funcional, sueño y calidad de vida relacionada con salud.
Metodología	151 participantes fueron asignados a uno de cuatro grupos de tai chi y 75 fueron asignados al grupo de ejercicio aeróbico. Después se asignaron a ejercicio aeróbico supervisado (24 semanas, 2 veces a la semana) o a una de cuatro intervenciones de tai chi tipo Yang (12 o 24 semanas, una o dos veces por semana). Se les dio seguimiento por 52 semanas. Se motivó la adherencia al tratamiento rigurosamente.
Resultados	El FIQ mejoró en todos los grupos de tratamiento, pero los grupos de tai chi tuvieron una diferencia mayor a las 24 semanas que el grupo de ejercicio aeróbico (5.5 puntos, $P=0.03$) sin embargo, esta no fue estadísticamente significativa, ya que el punto corte del estudio estaba definido en una diferencia de 8.1 puntos en el FIQ El tratamiento con tai chi comparado con el ejercicio aeróbico administrado con la misma intensidad y duración (24 semanas, dos veces a la semana) tiene mayor beneficio (16.2 puntos, P menor a 0.001). El grupo que recibió tai chi por 24 semanas tuvo mayor beneficio que aquellos que lo recibieron por 12 semanas (9.6 puntos, P menor a 0.007). No hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos que recibieron tai chi dos veces por semana, comparado con los que lo recibieron una vez por semana. Todos los grupos de tai chi y ejercicio aeróbico mostraron disminución similar en el uso de medicamentos analgésicos, antidepresivos y relajantes musculares, a través del tiempo. No se reportaron eventos adversos serios relacionados con las intervenciones.
Conclusiones	El tratamiento con tai chi resultó en similar o mayor mejoría en síntomas, en comparación con el ejercicio aeróbico. A mayor duración del tratamiento con tai chi, se mostró mayor beneficio. Este enfoque mente-cuerpo podría considerarse como una opción terapéutica en el manejo multidisciplinario de la fibromialgia.
16. Bibliografía	Bidonde J, Busch AJ, Schachter CL, Overend TJ, Kim SY, Góes SM, Boden C, Foulds HJA. Aerobic exercise training for adults with fibromyalgia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 6.(33)
Nivel de evidencia	Revisión sistemática, nivel Ia, categoría A.
Objetivos	Evaluar los beneficios y posibles riesgos del entrenamiento en ejercicio aeróbico en adultos con fibromialgia, mediante las siguientes combinaciones: ejercicio aeróbico y control (tratamiento usual, lista de espera, actividad física usual), ejercicio aeróbico e intervenciones aeróbicas (correr, caminata vigorosa), ejercicio aeróbico y no ejercicio (medicamentos, educación).
Población	839 participantes.

Instrumentos de recolección	Se incluyeron ECA en adultos con diagnóstico de fibromialgia en intervenciones en ejercicio aeróbico (actividad física dinámica que aumenta la frecuencia respiratoria y cardíaca a niveles submáximos por un periodo prolongado) comparado con no ejercicio u otra intervención. Los principales resultados fueron calidad de vida relacionada con salud, intensidad del dolor, rigidez, fatiga, desempeño físico, abandonos y eventos adversos.
Metodología	Dos autores revisaron independientemente los ensayos, extrajeron la información y calcularon el riesgo de sesgo.
Resultados	Se incluyeron 13 ECA (839 personas). En la comparación de ejercicio aeróbico y control: los porcentajes de mejoría absolutas son: 8 % en calidad de vida relacionada con salud, 11 % en intensidad del dolor, 8 % en rigidez, 10 % en desempeño físico y 6 % en fatiga. El abandono de tratamiento fue un 5 % mayor con el ejercicio, lo cual no fue estadísticamente significativo. La evidencia en efectos a largo plazo fue de baja calidad (24 a 208 semanas posintervención), se reportó que los beneficios en dolor y desempeño físico persistieron, no así los de calidad de vida relacionada con salud y fatiga. La mayoría de estudios no reportó eventos adversos asociados al ejercicio aeróbico.
Conclusiones	Al compararse con control, evidencia de moderada calidad reporta que el ejercicio aeróbico probablemente mejora la calidad de vida relacionada con salud. Evidencia de baja calidad sugiere que el ejercicio aeróbico podría mejorar el desempeño físico, disminuir el dolor, la fatiga y la rigidez. No hay certeza acerca de la persistencia de la mejoría a largo plazo, aunque algunos estudios reportaron beneficios después de 24 a 208 semanas de concluido el programa. El ejercicio aeróbico parece ser bien tolerado.
17. Bibliografía	Johnson MI, Claydon LS, Herbison GP, Jones G, Paley CA. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for fibromyalgia in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017, Issue 10.(43)
Nivel de evidencia	Revisión sistemática, nivel Ia, categoría A.
Objetivos	Evaluar la eficacia analgésica y posibles eventos adversos de la estimulación eléctrica transcutánea (TENS por sus siglas en inglés) solo o añadido a la terapia usual (incluido ejercicio) comparada con placebo (TENS no funcional), no tratamiento u otro tratamiento (medicación, electroacupuntura, terapia de calor, hidroterapia) para adultos con fibromialgia.
Población	315 personas.
Instrumentos de recolección	Se incluyeron ECA del uso de estimulación eléctrica transcutánea para el dolor asociado con fibromialgia en adultos.
Metodología	Dos autores extrajeron la información de manera independiente. Se calculó el riesgo de sesgo. Los principales hallazgos estudiados son: alivio del dolor en un 30 % o 50 % o mayor, impresión global de cambio del paciente.
Resultados	Se incluyeron ocho estudios (315 adultos, 299 mujeres, rango de edad entre 18 y 75

	<p>años).</p> <p>En un estudio, el 30 % de los participantes reportó una mejoría del dolor del 30 % o mayor con el uso de TENS, comparado con 13 % con ejercicio. Un estudio evidenció que 43 participantes reportaron disminución en la intensidad del dolor en movimiento, 11.1 mm en la escala análoga visual (VAS) de 100 mm, para un tratamiento de 30 minutos de TENS y 2.3 mm para placebo. No hubo diferencia estadísticamente significativa para dolor en reposo. Otro estudio encontró que 39 participantes reportaron una disminución en la escala VAS desde 85 ± 20 mm en el basal a 43 ± 20 mm después de una semana de tratamiento dual; de 85 ± 10 mm en el basal a 60 ± 10 mm después de aplicar tratamiento una semana en un solo sitio y de 82 ± 20 mm en el basal a 80 ± 20 mm después de aplicar placebo por una semana. No se reportaron eventos adversos serios. La calidad de la evidencia fue muy baja.</p>
Conclusiones	Existe poca evidencia de calidad para apoyar o refutar el uso de TENS para alivio del dolor en fibromialgia. Las mediciones del dolor fueron reportadas de manera inconsistente. No se reportaron eventos adversos serios.
18. Bibliografía	Anette Larsson, Annie Palstam, Monika Löfgren, Malin Ernberg, Jan Bjersing, Indre Bileviciute-Ljungar, Björn Gerdle, Eva Kosek and Kaisa Mannerkorpi. Resistance exercise improves muscle strength, health status and pain intensity in fibromyalgia—a randomized controlled trial. <i>Arthritis Research y Therapy</i> (2015) 17:161(35)
Nivel de evidencia	Ensayo clínico aleatorizado, nivel Ib, categoría A.
Objetivos	Evaluar los efectos de un programa de ejercicio de resistencia progresiva en la fuerza muscular, estado de salud e intensidad del dolor en mujeres con fibromialgia.
Población	130 participantes.
Instrumentos de recolección	Se seleccionaron ECA multicéntricos sobre los efectos de un grupo de ejercicio de resistencia progresiva comparado con un grupo control activo.
Metodología	<p>Se utilizó un modelo de ejercicio individualizado. El grupo de control activo se entrenó en terapias de relajación. Las intervenciones se llevaron a cabo dos veces por semana por quince semanas y fueron supervisadas por fisioterapeutas.</p> <p>El hallazgo principal estudiado fue la fuerza de extensión isométrica de rodilla, los hallazgos secundarios fueron: FIQ, intensidad actual del dolor, fuerza de flexión isométrica de codo, fuerza prensil, calidad de vida relacionada con salud, discapacidad por dolor, aceptación del dolor, cuestionario de miedos e impresión global de cambio del paciente.</p> <p>Las evaluaciones se realizaron al antes del inicio (basal) y posterior a la intervención. El seguimiento se llevó a cabo después de 13 a 18 meses con el FIQ solamente.</p>
Resultados	Se encontró mejoría significativa en la fuerza de extensión isométrica de rodilla ($p=0.010$), FIQ ($p=0.038$), intensidad actual del dolor ($p=0.033$), fuerza de flexión isométrica de codo ($p=0.02$), discapacidad por dolor ($p=0.005$) y aceptación del dolor ($p=0.043$) en el grupo de ejercicio (56 participantes) al compararse con el grupo control (49 participantes). No hubo diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de intervención y el grupo

	control en la medición a los 13-18 meses.
Conclusiones	Un modelo de ejercicio de resistencia progresiva centrado en la persona resultó ser accesible en mujeres con fibromialgia y, además, podría mejorar la fuerza muscular, el estado de salud y la intensidad actual del dolor, cuando estos se miden inmediatamente después de la intervención.
19.Bibliografía	Theadom A, Cropley M, Smith HE, Feigin VL, McPherson K. Mind and body therapy for fibromyalgia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015, Issue 4.(41)
Nivel de evidencia	Revisión sistemática, nivel Ia, categoría A.
Objetivos	Revisar los beneficios y posibles riesgos de las terapias cuerpo-mente en comparación con el tratamiento usual o placebo, para adultos con fibromialgia, posterior a intervenciones de 3 a 6 meses de duración. Las terapias cuerpo-mente incluyen: terapias psicológicas, biorretroalimentación, las estrategias de atención plena, las terapias en movimiento y las de relajación.
Población	4234 participantes.
Instrumentos de recolección	Todos los ECA relevantes de intervenciones cuerpo-mente para adultos con fibromialgia.
Metodología	Dos autores seleccionaron estudios de manera independiente y calcularon el riesgo de sesgo.
Resultados	La mejor evidencia analizada fue respecto a las terapias psicológicas, en las que la evidencia indica que tienen efectos favorables en comparación con el tratamiento usual en cuanto a desempeño físico (cambio absoluto del 7.5 %), dolor (cambio absoluto del 3.5 %) y afecto (cambio absoluto del 4.8 %). No se reportaron eventos adversos serios. La evidencia con respecto a las otras terapias cuerpo-mente fue de baja calidad y amplia heterogeneidad. Sin embargo, se indica que, tanto la biorretroalimentación como las estrategias de atención plena, las terapias en movimiento y las de relajación mostraron ventaja en comparación con el tratamiento usual, en cuanto al desempeño físico, dolor y afecto en porcentaje variable. No se reportaron eventos adversos.
Conclusiones	Las terapias psicológicas podrían ser efectivas en mejorar el desempeño físico, dolor y afecto para adultos con fibromialgia en comparación con el tratamiento usual, pero la calidad de la evidencia es baja. Se necesita mayor investigación para determinar si estos efectos son sostenidos. No está clara la efectividad de la biorretroalimentación, la atención plena, la terapia en movimiento y de relajación, ya que la calidad de la evidencia es muy baja o baja.
20.Bibliografía	Katja Boehm, Christa Raak, Holger Cramer, Romy Lauche, Thomas Ostermann. Homeopathy in the treatment of fibromyalgia —A comprehensive literature-review and meta-analysis. Complementary Therapies in Medicine (2014) 22, 731—742.(45)
Nivel de evidencia	Meta-análisis, nivel Ia, categoría A.
Objetivos	Investigar la evidencia publicada sobre el uso de homeopatía en el tratamiento de la fibromialgia.

Población	320 participantes.
Instrumentos de recolección	10 estudios de reportes de casos, 3 estudios observacionales, 4 ECA y 1 estudio no aleatorizado, sobre homeopatía en fibromialgia.
Metodología	Se llevó a cabo una búsqueda en las principales bases de datos, se extrajo la información y se llevó a cabo la revisión de literatura y el meta análisis.
Resultados	Se evidenció que la homeopatía tiene efectos positivos en los puntos de sensibilidad ($P=0.03$), intensidad del dolor ($P=0.02$) y fatiga ($P=0.03$) comparado con placebo.
Conclusiones	La evidencia analizada es de baja calidad, sin embargo, los resultados obtenidos en esta investigación son positivos, por lo que esta terapia podría considerarse en el manejo de los pacientes con fibromialgia.
21. Bibliografía	Gwendoline Menga, DO, MBA, Sharon Ing, MD, Omar Khan, DO, Bobby Dupre, MD, Adriana C. Dornelles, ScD, Anika Alarakhia, MD, William Davis, MD, Jerald Zakem, MD, Tamika Webb-Detiege, MD, Eve Scopelitis, MD, Robert Quinet, MD. Fibromyalgia: Can Online Cognitive Behavioral Therapy Help? The Ochsner Journal. 14:343–349, 2014(40)
Nivel de evidencia	Ensayo clínico aleatorizado, nivel Ib, categoría A.
Objetivos	Evaluar el efecto de la terapia cognitivo conductual mediante Internet en la puntuación de FIQ y en la valoración de los puntos de sensibilidad.
Población	56 participantes.
Instrumentos de recolección	Se completaron cuestionarios en las visitas al consultorio durante las semanas 1, 6 y 12. FIQ y la evaluación de los puntos de sensibilidad documentados por sus médicos tratantes.
Metodología	Este ECA de 12 semanas de duración incluyó pacientes de 18 años y más que cumplían los criterios de fibromialgia del Colegio Americano de Reumatología de 1990 y tenían depresión o ansiedad de leve a moderada. Los participantes se ubicaron al azar en: un programa de terapia cognitiva conductual mediante Internet, de 6 semanas de duración (MoodGYM) o un grupo control (tratamiento usual). Los grupos se evaluaron a las semanas 1, 6 y 12. El principal hallazgo medido fue el cambio en el FIQ y el secundario fue la valoración en los puntos de sensibilidad.
Resultados	La edad promedio de los participantes fue 55 años, 88 % fueron mujeres. Los puntajes en el FIQ fueron significativamente menores en el grupo de terapia cognitivo conductual que en el grupo control ($P<0.05$ a las 6 y 12 semanas). El promedio de puntos de sensibilidad también fue significativamente menor en este grupo ($P<0.001$ a las 6 y 12 semanas). No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las 3 mediciones en el tiempo del grupo de terapia cognitivo conductual, sin embargo, el promedio de puntos de sensibilidad sí mostró una tendencia al descenso durante la duración del estudio.
Conclusiones	Los pacientes que participaron en el programa de terapia cognitiva conductual mediante Internet (MoodGYM) tuvieron menores puntajes en el FIQ y en el promedio de puntos de sensibilidad en los seguimientos a las 6 y 12 semanas. Los programas de este tipo podrían ser beneficiosos en el tratamiento de depresión o ansiedad de leve a moderada

	en pacientes con fibromialgia, al permitir el aumento al acceso de este tipo de terapia.
22.Bibliografía	Bidonde J, Busch AJ, Webber SC, Schachter CL, Danyliw A, Overend TJ, Richards RS, Rader T. Aquatic exercise training for fibromyalgia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014, Issue 10.(36)
Nivel de evidencia	Revisión sistemática, nivel Ia, categoría A.
Objetivos	Evaluar los beneficios y posibles riesgos del entrenamiento con ejercicio acuático en adultos con fibromialgia.
Población	881 participantes.
Instrumentos de recolección	Se seleccionaron publicaciones en texto completo de ECA en adultos diagnosticados con fibromialgia referentes a una intervención acuática contra otra intervención o grupo control.
Metodología	Cada investigador extrajo información de manera independiente. Se calculó el riesgo de sesgo. Los principales hallazgos fueron: función multidimensional, desempeño físico autoreportado, dolor, rigidez, fuerza muscular, función cardiorrespiratoria submáxima, abandonos y evento adversos. Se estableció un punto de 15 % para definir relevancia clínica.
Resultados	<p>Se incluyeron 16 estudios sobre entrenamiento acuático. Nueve estudios comparaban el ejercicio y control, cinco estudios comparaban ejercicio acuático y terrestre y dos comparaban ejercicio acuático contra otro tipo de ejercicio acuático. El riesgo de sesgo calculado fue bajo.</p> <p>Ejercicio acuático y control</p> <p>Se encontró mejoría estadísticamente significativa ($P < 0.05$) en todos los hallazgos principales. La mejoría basada en una escala del 1 al 100 fue de: función multidimensional en 6 unidades (NNT 5), desempeño físico autorreportado en 4 unidades (NNT 6), dolor en 7 unidades (NNT 5), rigidez en 18 unidades (NNT 3). La fuerza muscular fue medida por la extensión de la rodilla y la fuerza prensil fue de 0.63 derivaciones estándar mayor que el grupo control (NNT 4) y la función cardiorrespiratoria submáxima mejoró por 37 metros en la prueba de caminata de 6 minutos. Solo la rigidez (27 %) y la fuerza muscular (37 %) fueron estadísticamente significativos (mejoría mayor al 15 %). Los abandonos fueron similares en ambos grupos. No se reportaron eventos adversos serios.</p> <p>Ejercicio acuático y terrestre</p> <p>No hubo diferencia estadísticamente significativa en la función multidimensional, desempeño físico autoreportado, dolor, rigidez ni función cardiorrespiratoria submáxima. Hubo diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la fuerza muscular en las intervenciones, favoreciendo el entrenamiento terrestre. Los abandonos fueron similares en ambos grupos. No se reportaron eventos adversos serios.</p> <p>Acuático y acuático (Tai Chi y estiramiento en el agua, ejercicio en piscina y ejercicio en el mar).</p> <p>La única diferencia encontrada entre las intervenciones fue para la rigidez, favoreciendo al Tai Chi sobre el estiramiento en el agua.</p>

Conclusiones	Evidencia baja a moderada sugiere que el entrenamiento acuático es beneficioso en mejorar el bienestar, los síntomas y la condición física de los adultos con fibromialgia. Evidencia de baja a muy baja sugiere que hay beneficios, tanto del ejercicio acuático como del terrestre. No se reportaron eventos adversos serios.
23. Bibliografía	Bernardy K, Klose P, Busch AJ, Choy EHS, Häuser W. Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017.(39)
Nivel de evidencia	Revisión sistemática, nivel la, categoría A.
Objetivos	Evaluar los beneficios y posibles riesgos de la terapia cognitivo conductual (TCC) en el tratamiento de fibromialgia
Población	2031 participantes.
Instrumentos de recolección	ECA sobre terapias cognitivo conductuales aplicadas en pacientes con fibromialgia.
Metodología	Dos autores extrajeron la información de manera independiente. Se resolvieron discrepancias por discusión. Se calcularon riesgos de sesgo.
Resultados	Se incluyeron 23 estudios. 1073 pacientes en grupos terapéuticos y 958 pacientes en grupo control. Solo dos estudios no presentaban riesgo de sesgo. La calidad de la evidencia fue baja. La TCC fue superior al control en reducir el dolor al final del tratamiento por 0.5 puntos en una escala del 1 al 10 y por 0.6 puntos en un seguimiento a largo plazo (promedio de 6 meses); en reducir el afecto negativo al finalizar el tratamiento por 0.7 puntos en una escala del 0 al 10 y por 1.3 puntos en un seguimiento a largo plazo y en reducir la discapacidad al finalizar el tratamiento por 0.7 puntos en una escala del 0 al 10 y por 1.2 en un seguimiento a largo plazo. No hubo diferencia estadísticamente significativa en las tasas de abandono por cualquier razón entre ambos grupos.
Conclusiones	La TCC provee un pequeño beneficio en reducir dolor, afecto negativo y discapacidad al final del tratamiento y en el seguimiento a largo plazo. Las tasas de abandono fueron semejantes en ambos grupos.
24. Bibliografía	Deare JC, Zheng Z, Xue CCL, Liu JP, Shang J, Scott SW, Littlejohn G. Acupuncture for treating fibromyalgia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013.(44)
Nivel de evidencia	Revisión sistemática, nivel la, categoría A.
Objetivos	Examinar los beneficios y seguridad de la acupuntura como tratamiento para la fibromialgia.
Población	395 participantes.
Instrumentos de recolección	ECA sobre cualquier tipo de acupuntura invasiva en el tratamiento de la fibromialgia.
Metodología	Dos autores revisaron independientemente los estudios y extrajeron la información. Se calculó el riesgo de sesgo. Los principales hallazgos estudiados fueron: dolor, función física, fatiga, sueño, bienestar, rigidez y eventos adversos.

Resultados	<p>Se incluyeron nueve estudios. Todos excepto uno tenían riesgo bajo de sesgo.</p> <p>Evidencia moderada sugiere que la electroacupuntura redujo el dolor en un 13 %, mejoró el bienestar en un 11 %, mejoró el sueño en un 8 %, en comparación con placebo.</p> <p>En comparación con tratamiento usual (antidepresivos y ejercicio), la acupuntura adyuvante redujo el dolor al mes de tratamiento en 3 puntos en una escala del 1 al 10.</p> <p>Dos personas tratadas con acupuntura reportaron efectos adversos, ninguna persona en el grupo control los reportó. No se reportaron datos en bienestar, sueño, fatiga, rigidez ni función física.</p>
Conclusiones	Evidencia de baja calidad de un estudio mostró un beneficio a corto plazo de la acupuntura sobre antidepresivos en el alivio del dolor, redujo el dolor en 17 puntos en una escala del 1 al 100. No se reportaron eventos adversos.
25.Bibliografía	Busch AJ, Webber SC, Richards RS, Bidonde J, Schachter CL, Schafer LA, Danyliw A, Sawant A, Dal Bello-Haas V, Rader T, Overend TJ. Resistance exercise training for fibromyalgia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013.(34)
Nivel de evidencia	Revisión sistemática, nivel la, categoría A.
Objetivos	Evaluar los beneficios y posibles riesgos del ejercicio de resistencia en pacientes con diagnóstico de fibromialgia. Se comparó el ejercicio de resistencia contra control y contra otros tipos de ejercicio.
Población	219 mujeres con fibromialgia.
Instrumentos de recolección	ECA sobre ejercicio de resistencia en el tratamiento de fibromialgia.
Metodología	Dos autores revisaron independientemente los estudios y extrajeron la información. Se calculó el riesgo de sesgo. Las variables analizadas fueron: función multidimensional, función física autorreportada, dolor, puntos de sensibilidad, fuerza muscular, abandonos y eventos adversos.
Resultados	<p>Existe diferencia estadísticamente significativa que favorece el grupo de entrenamiento de resistencia frente al de control: función multidimensional (el FIQ disminuyó en 16.75 puntos, sobre 100), función física autorreportada (6.29 unidades, sobre 100), dolor (3.3 puntos sobre 10), puntos de sensibilidad (1.84 de 18 puntos) y fuerza muscular (27.32 kg de fuerza en extensión de pierna bilateral).</p> <p>Las diferencias entre el grupo de entrenamiento de resistencia y el grupo de ejercicio aeróbico no fueron estadísticamente significativas en cuanto a función multidimensional, función física autorreportada o sensibilidad. Hubo diferencia estadísticamente significativa en reducción del dolor, favoreciendo al grupo de ejercicio aeróbico.</p> <p>Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de entrenamiento de resistencia y el de flexibilidad, favoreciendo al grupo de resistencia en: función multidimensional (el FIQ disminuyó en 16.75 puntos, sobre 100) y dolor (0.88 puntos sobre 10), pero no en puntos de sensibilidad (0.46 de 18 puntos) o fuerza. Esta evidencia es de baja calidad debido a la heterogeneidad de los estudios.</p> <p>No se reportaron eventos adversos significativos. Las tasas de abandono fueron</p>

	semejantes entre los grupos terapéuticos y control.
Conclusiones	<p>Evidencia de baja calidad sugiere que el ejercicio de resistencia moderada y moderada-alta mejora la función multidimensional, dolor, sensibilidad y fuerza muscular en mujeres con fibromialgia. Además, los programas de ejercicio aeróbico de 8 semanas de duración fueron superiores que el ejercicio de resistencia de modera intensidad para mejorar el dolor en mujeres con fibromialgia. Los programas de ejercicio de baja resistencia de 12 semanas de duración fueron superiores al ejercicio de flexibilidad en mujeres con fibromialgia para mejorar el dolor y la función multidimensional.</p> <p>Evidencia de baja calidad indica que las mujeres con fibromialgia pueden llevar a cabo ejercicio de resistencia moderada-alta, de manera segura.</p>
Tercer objetivo: Evidenciar la experiencia internacional en cuanto al manejo de la fibromialgia, mediante programas de intervención interdisciplinarios.	
26. Bibliografía	Jaime González, María del Mar del Teso Rubio, Carmen Nelida Waliño Paniagua, Juan José Criado-Álvarez, Javier Sánchez Holgado. Symptomatic Pain and Fibromyalgia Treatment Through Multidisciplinary Approach for Primary Care. Reumatol Clin, 2015; 11(1):22–26(50)
Nivel de evidencia	Estudio de cohorte, nivel IIb, categoría B.
Objetivos	Valorar el impacto en las actividades de la vida diaria (AVD) y calidad de vida tras una intervención multidisciplinar (Atención Primaria y Terapia Ocupacional) de un total de 7 sesiones, en una población de Toledo, España.
Población	21 pacientes.
Instrumentos de recolección	La medición se hace con la escala de Barthel (ABVD), la escala de Lawton (AIVD) y el FIQ.
Metodología	<p>El rango de edad de los pacientes fue de 16 a 55 años. Se aplicaron las escalas: Barthel, Lawton y el FIQ, al inicio de la intervención para obtener un basal y al finalizar la misma. Se les valoró en atención primaria por tres ocasiones: al inicio, durante y al final del estudio, donde se documentó el tratamiento utilizado.</p> <p>La intervención hecha fue sobre psicomotricidad, la cual incluyó: psicomotricidad básica, ejercicio en piscina, ejercicio al aire libre, reestructuración, desempeño ocupacional y actividad graduada e intervención en ABVD). Se les continuó brindando soporte farmacológico usual.</p>
Resultados	En la evaluación inicial se obtuvo que un 33.3 % de las pacientes eran independientes para ABVD y un 66.7 % eran ligeramente dependientes, posterior a la intervención, 50 % reportaron ser independientes y 50 % ser ligeramente dependientes. En cuanto a las AIVD, en la evaluación inicial se obtuvo que un 22.2 % tuvo una puntuación de 8 (autónoma), 50 % una de 7 (dependencia ligera), 22.2 % una de 6 (dependencia ligera), 5.6 % una de 4 (dependencia moderada). En la evaluación subsecuente se obtuvo que un 41.7 % tuvo una puntuación de 8, 58.3 % una de 7. Las diferencias previo y posterior a la intervención fueron estadísticamente significativas.
Conclusiones	Tras la intervención hecho aumentó el número de mujeres independientes en ABVD y

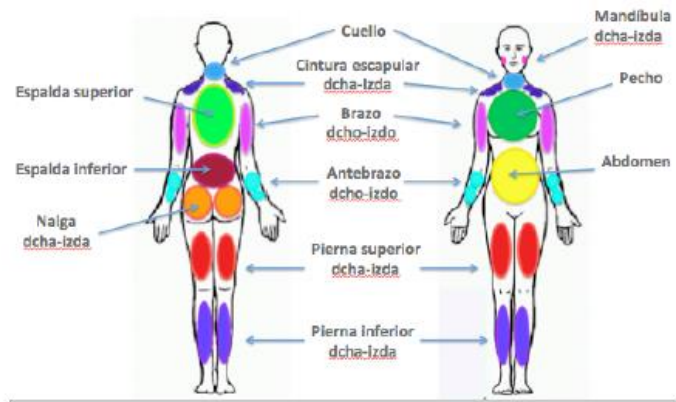
	AIVD.
27.Bibliografía	Cecilie Von Bülow, Kirstine Amris, Elisabeth Bandak, Bente Danneskiold-Samsøe, Eva Ejlersen Wæhrens. Improving Activities Of Daily Living Ability In Women With Fibromyalgia: An Exploratory, Quasi-Randomized, Phase-Two Study, Improve Trial. J Rehabil Med, 2017; 49: 241–250(46)
Nivel de evidencia	Estudio de cohorte, nivel IIb, categoría B.
Objetivos	Explorar y comparar los hallazgos en actividades de vida diaria (AVD) posterior a los programas sobre rehabilitación interdisciplinaria en mujeres con fibromialgia en una población en Dinamarca.
Población	85 participantes.
Instrumentos de recolección	Evaluación de las actividades motoras y de procesamiento (AMPS por sus siglas en inglés) a las 4 semanas de seguimiento.
Metodología	Los participantes fueron asignados, de manera aleatoria, en un programa de terapia ocupacional (ADAPT) o un programa de actividad física (ACTIVE) de 16 semanas, seguido por un programa de rehabilitación interdisciplinaria de 2 semanas (que incluía intervenciones en Medicina, Enfermería, Psicología, Terapia Ocupacional y Terapia Física). Los datos se analizaron según protocolo.
Resultados	En el grupo ADAPT hubo mejoría en las habilidades para AVD básicas (0.43 logits) y AVD instrumentales (0.34 logits). En ACTIVE hubo mejoría en las habilidades para AVD básicas (0.33 logits) y AVD instrumentales (0.25 logits). Estas fueron estadísticamente significativas, sin diferencias entre ambos grupos. 63 % de los participantes tuvo mejoría clínicamente relevante en las habilidades para AVD básicas y 48 % tuvo mejoría en AVD instrumentales. No hubo diferencia estadísticamente significativa en los abandonos de tratamiento.
Conclusiones	Este estudio demostró que, tanto los programas de adaptación como de actividad física, seguidos por un programa de rehabilitación interdisciplinaria mejora, las habilidades de AVD en la mayoría de los participantes.
28.Bibliografía	Bourgault P, Lacasse A, Marchand S, Courtemanche-Harel R, Charest J, Gaumont I. Multicomponent Interdisciplinary Group Intervention for Self-Management of Fibromyalgia: A Mixed-Methods Randomized Controlled Trial. PLoS ONE, 2015 10.(47)
Nivel de evidencia	Ensayo clínico aleatorizado, nivel Ib, categoría A.
Objetivos	Evaluar la eficacia del programa PASSAGE, un grupo de intervención multicomponente para el autocuidado en fibromialgia en una población en Canadá.
Población	43 pacientes.
Instrumentos de recolección	Se dividieron los participantes en dos grupos: intervención y lista de espera.
Metodología	La intervención consistió en 9 sesiones grupales con 8 participantes, con una duración de 2 horas y media cada una. Las sesiones incluían 3 componentes: herramientas psicoeducativas, técnicas de TCC y ejercicio físico. Se recolectaron datos basales, al final

	de la intervención y 3 meses después. El hallazgo principal estudiado fue el cambio en la intensidad del dolor (escala del 1 al 10). Los hallazgos secundarios fueron severidad de la fibromialgia, interferencia del dolor, calidad de sueño, estrategias de afrontamiento del dolor, depresión, calidad de vida relacionada con salud, impresión global de cambio del paciente y alivio percibido del dolor.
Resultados	La intervención tuvo un impacto estadísticamente significativo en la impresión global de cambio del paciente. Los porcentajes de reporte de mejoría al finalizar el programa, en el grupo de intervención fueron: nivel de dolor 73 %, funcionalidad 55 % y calidad de vida 77 %, mientras que en el grupo de lista de espera fueron de 8 %, 12 % y 20 % respectivamente. Tres meses después la mejoría persistió: nivel de dolor 62 %, funcionalidad 43 % y calidad de vida 38 %, mientras que en el grupo de lista de espera fueron de 13 %, 13 % y 9 % respectivamente. La proporción de pacientes que reportaron alivio del dolor mayor o igual al 50 % al final del programa fue significativamente mayor en el grupo de intervención (36 % contra 12 %) esto se mantuvo 3 meses posintervención (33 % vs. 4 %).
Conclusiones	El programa PASSAGE fue efectivo en ayudar a los pacientes con fibromialgia a obtener sentido de control sobre sus síntomas. En futuros estudios sobre fibromialgia se sugiere la medición de la impresión global de cambio del paciente, ya que parece englobar aspectos importantes de la experiencia.
29. Bibliografía	Ilknur Saral, Dilsad Sindel, Sina Esmailzadeh, Hanife Ozlem Sertel-Berk, Aydan Oral. The effects of long- and short-term interdisciplinary treatment approaches in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. Rheumatology international. 2016(48)
Nivel de evidencia	Estudio clínico aleatorizado, nivel Ib, categoría A.
Objetivos	Investigar los efectos de un programa de intervención interdisciplinario de corta y larga duración, en reducir los síntomas y mejorar la calidad de vida relacionada con salud y funciones físicas en pacientes con fibromialgia, en una comunidad en Turquía.
Población	66 participantes (mujeres).
Instrumentos de recolección	Los pacientes fueron valorados en el basal y a los 6 meses con el FIQ, VAS, inventario de depresión de Beck, cuestionario de salud SF 36, puntos de sensibilidad y algometría de presión.
Metodología	Las participantes fueron asignadas al azar en 3 grupos: 1. Programa de larga duración: 10 sesiones de 3 horas, una vez a la semana (22 participantes). 2. Programa de corta duración: 2 días. Ambos programas incluyeron educación sobre la enfermedad, ejercicio físico y TCC. 3. Un grupo control (22 participantes). Los pacientes fueron valorados en el basal y a los 6 meses con el FIQ, VAS, inventario de depresión de Beck, cuestionario de salud SF 36, puntos de sensibilidad y algometría de presión.
Resultados	Hubo una disminución significativa en la intensidad del dolor ($p < 0.001$), severidad de la fatiga ($p = 0.048$), número de puntos de sensibilidad ($p = 0.002$), desempeño físico ($p = 0.017$) y umbral de dolor de presión ($p = 0.012$) en ambos grupos de intervención comparado con el grupo control. No hubo diferencia estadísticamente significativa en

	calidad del sueño ($p = 0.055$) y severidad de los síntomas depresivos ($p = 0.696$).
Conclusiones	No hubo diferencia significativa en la eficacia entre el abordaje de corta y larga duración, al compararse con el grupo control. Ambos grupos fueron efectivos en reducir la severidad de la mayoría de los síntomas de la fibromialgia.
30. Bibliografía	Marielza R. Ismael Martins, Cristiane Carnaval Gritti, Randolfo dos Santos Junior, María Carolina Luizetto de Araújo, Lilian Chessa Dias, Marcos Henrique D'all Aglio Foss, Larissa Batista de Andrade, Carlos Eduardo D'all Aglio Rocha. Randomized controlled trial of a therapeutic intervention group in patients with fibromyalgia syndrome. Rev Bras Reumatol. 2014; 54(3):179–184(49)
Nivel de evidencia	Ensayo clínico aleatorizado, nivel Ib, categoría A.
Objetivos	Evaluar la eficacia de un programa interdisciplinario semanal, de 3 meses de duración, consistente en actividades educativas, terapia física, estiramiento, ergonomía, TCC, en el mejoramiento de los síntomas de fibromialgia, en una comunidad en Brasil.
Población	27 participantes (12 en el grupo de intervención y 15 en el grupo control).
Instrumentos de recolección	Se aplicaron las escalas FIQ, VAS, protocolo de sueño (PSI por sus siglas en inglés) y cuestionario de calidad de vida SF-12.
Metodología	Se asignaron los pacientes en ambos grupos. Los pacientes fueron valorados con las escalas FIQ, VAS, protocolo de sueño (PSI por sus siglas en inglés) y cuestionario de calidad de vida SF-12, al inicio y al finalizar el programa. Además, se aplicó la escala de depresión y ansiedad Hospital.
Resultados	Hubo mejoría estadísticamente significativa en el grupo de intervención al finalizar el programa. Se definió la $p < 0.05$ para significancia estadística. El FIQ pasó de 64.9 a 56.8 ($p = 0.03$), SF-12 (componente físico) pasó de 48.5 a 59.5 ($p = 0.03$), SF-12 (componente mental) pasó de 38.5 a 67.5 ($p = 0.001$).
Conclusiones	El programa semanal interdisciplinario contribuyó a mejorar la calidad de vida en los pacientes con fibromialgia.

Anexo 2.

Índice de Dolor Generalizado, IDG/Widespread Pain Index, WPI IDG = 0-19



Señale el número de áreas en las que ha tenido dolor en la última semana.

Cintura escapular izda	Nalga dcha	Pecho (tórax)
Cintura escapular dcha	Pierna superior izda	Abdomen
Brazo superior izdo	Pierna superior dcha	Cuello
Brazo superior dcho	Pierna inferior izda	Espalda superior
Brazo inferior izdo	Pierna inferior dcha	Espalda inferior
Brazo inferior dcho	Mandíbula izda	
Nalga izda	Mandíbula dcha	

Anexo 3.

Índice Severidad de Síntomas /Symptom Severity Score

SS-1= 0-9

Indique el nivel de severidad de los siguientes síntomas durante la última semana.

0	Ningún problema
1	De leve a moderado, generalmente intermitente
2	De moderado a considerable, frecuente y de intensidad moderada
3	Severo, persistente, generalizado, con interferencia en las actividades diarias

Fatiga	0	1	2	3
Sueño no reparador	0	1	2	3
Trastornos cognitivos	0	1	2	3

Índice Severidad de Síntomas /Symptom Severity Score

SS-2 = 0-3

Señale cuáles de los siguientes síntomas **padece habitualmente**:

Sin síntomas = 0; Entre 1 y 10 síntomas, puntúa 1; De 11 a 24 síntomas, puntúa 2; 25 o más, puntúa 3

Dolor muscular	Dolor en la parte alta del abdomen	Convulsiones
Picores	Fatiga/cansancio extremo	Ojo seco
Visión borrosa	S. Intestino irritable	Sequedad bucal
Urticaria	Problemas para pensar o de memoria	Pérdida de apetito
Vómitos	Dolor/ calambres en el abdomen	Erupciones, sarpullido
Dolor de cabeza	Respiración entrecortada	Sensibilidad al sol
Dolor torácico	Pitidos al respirar, sibilancias	Trastornos auditivos
Ansiedad	Fenómeno de Raynaud	Entumecimiento, hormigueo
Mareos	Debilidad muscular	Caída de cabello
Insomnio	Zumbidos en los oídos	Micción frecuente
Depresión	Moratones frecuentes (hematomas)	Micción dolorosa
Estreñimiento	Acidez de estómago	Espasmos vesicales
Diarrea	Aftas orales (úlceras)	Fiebre
Náuseas	Pérdida o cambios en el gusto	

IDG/WPI = _____

SS1 = _____ SS2 = _____ SS = _____

Anexo 4.

Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) Versión en español

INSTRUCCIONES: En las preguntas que van de la a a la i, por favor rodee con un círculo el número que mejor describa cómo se encontró en general durante la última semana. Si no tiene costumbre de realizar alguna de las siguientes actividades, tache la pregunta.

1. Ha sido usted capaz de:

	Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones	Nunca
a. Hacer la compra	0	1	2	3
b. Hacer la colada con lavadora	0	1	2	3
c. Preparar la comida	0	1	2	3
d. Lavar los platos y los cacharros de la cocina a mano	0	1	2	3
e. Pasar la fregona, la mopa o la aspiradora	0	1	2	3
f. Hacer las camas	0	1	2	3
g. Caminar varias manzanas	0	1	2	3
h. Visitar a amigos / parientes	0	1	2	3
i. Utilizar transporte público	0	1	2	3

2. ¿Cuántos días de la última semana se sintió bien?

0 1 2 3 4 5 6 7

3. ¿Cuántos días de la última semana faltó usted al trabajo por causa de su fibromialgia? (Si no trabaja usted fuera de casa, deje esta pregunta en blanco)

0 1 2 3 4 5

(En las siguientes preguntas, ponga una marca como esta | en el punto de la línea que mejor indique cómo se sintió en general durante la última semana)

4. Cuando fue a trabajar, ¿cuánta dificultad le causaron el dolor u otros síntomas de su fibromialgia en el desempeño de su trabajo?

Sin Mucha
problema dificultad

5. ¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?

Sin Dolor
dolor muy fuerte

6. ¿Cómo se ha encontrado de cansada?

Nada Muy
cansada cansada

7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?

Bien Muy cansada

8. ¿Cómo se ha notado de rígida o agarrotada?

Nada Muy
rígida rígida

9. ¿Cómo se ha notado de nerviosa, tensa o angustiada?

Nada Muy
nerviosa nerviosa

10. ¿Cómo se ha sentido de deprimida o triste?

Nada Muy
Deprimida deprimida