



FIBROMIALGIA

¿QUÉ HACEMOS?
EL PUNTO DE VISTA DEL REUMATÓLOGO

Jose Javier Sanmartín Martínez
Sección de Reumatología
Hospital Clínico Universitario de Valencia



ÍNDICE

- DEFINICIÓN
 - CONDICIONES ASOCIADAS
- EPIDEMIOLOGÍA
- ETIOPATOGENIA
 - ALTERACIÓN DEL SUEÑO
- MANIFESTACIONES CLÍNICAS
- DIAGNÓSTICO
 - ANAMNESIS
 - PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN
 - EVA, SS, SF36, FACIT
- TRATAMIENTO
 - EDUCACIÓN
 - ADORDAJE COMORBILIDADES
 - EJERCICIO
 - TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO

DEFINICIÓN

- FIBROS" = tejidos blandos del cuerpo, "MIOS" = músculos y "ALGIA" = dolor.
- Síndrome doloroso crónico sin una etiología orgánica totalmente conocida.
 - Dolor musculoesquelético generalizado
 - Aumento de la sensibilidad al dolor
 - Rigidez
 - Fatiga y sueño no reparador → Sueño superficial de mala calidad con despertares frecuentes durante la noche.



CONDICIONES ASOCIADAS

- Síndrome de colon irritable
- Cefaleas tensionales de predominio posterior
- Parestesias en los miembros superiores
- Sensación de hinchazón o tumefacción en las manos
- Rasgos depresivos, e hipocondríacos
- Disfunciones sexuales
- Patología de la articulación temporomandibular.



EPIDEMIOLOGÍA

Frecuente en todo el mundo.

Sin distinción de grupos étnicos y socioeconómicos.

2° trastorno mas común en reumatología.

2% a 6% de población en general. 1% sin diagnosticar.

Mayormente en mujeres (80% a 90%).

Fibromialgia primaria –
Fibromialgia concomitante.

Edad: 30 a 50 años.
Fibromialgia juvenil.

Prevalencia aumenta con edad.

ETIOPATOGENIA

ETIOLOGÍA AÚN DESCONOCIDA.

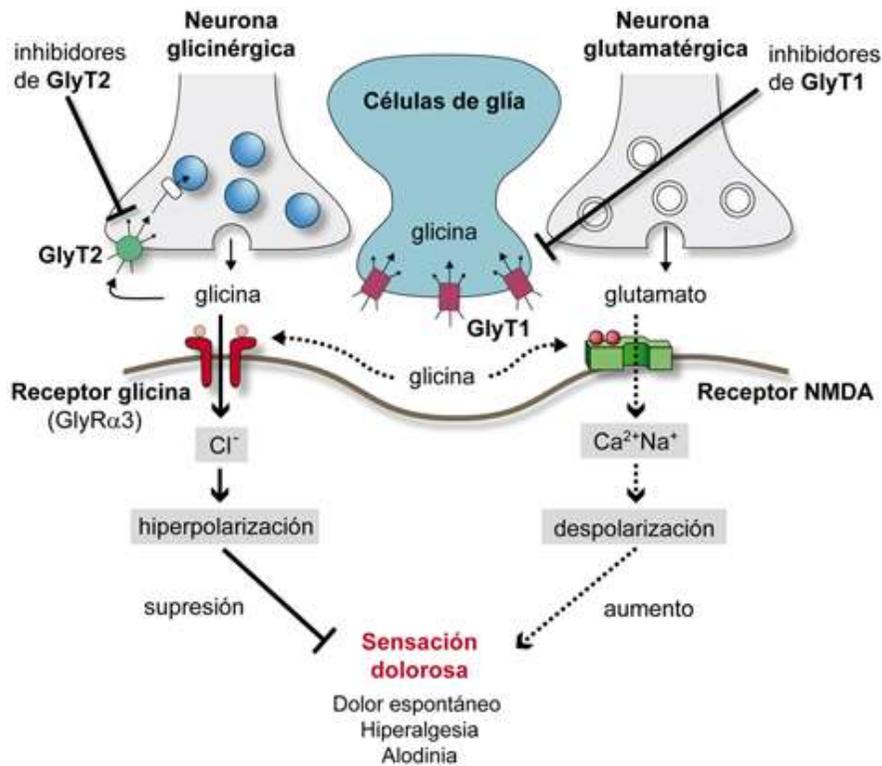
Alteración en la modulación central del dolor

- Deficiente concentración de varias aminas biógenas a nivel del sistema nervioso central.
- Estado generalizado de amplificación del dolor con predominio de factores centrales involucrados en el mismo.

ETIOPATOGENIA

- “Evento gatillo” → Infección bacteriana o viral, accidente de automóvil, separación matrimonial, un problema con los hijos...
 - Diagnóstico reciente de otra enfermedad que limite la calidad de vida del enfermo (artritis reumatoide, LES...).
- ¿Autoinmune? Solo experimental en ratones.
 - Goebel y cols en 2021 administraron IgG de pacientes con fibromialgia en ratones sanos.

ETIOPATOGENIA



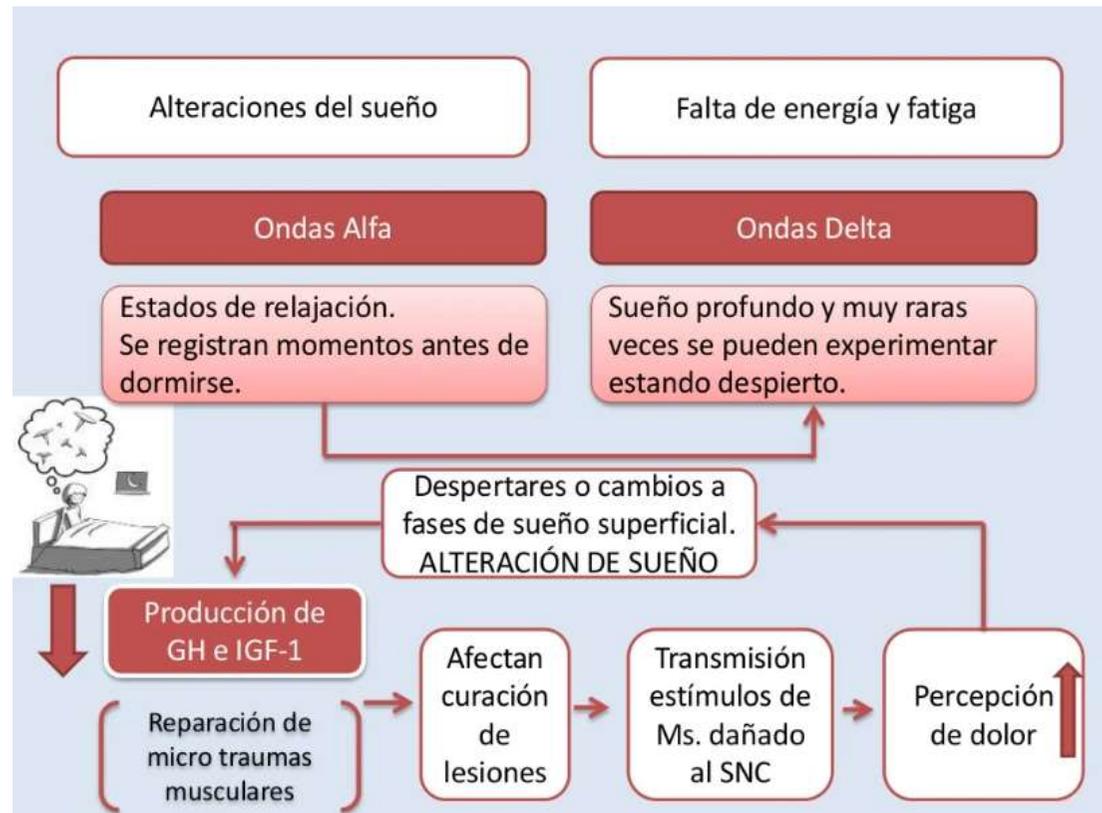
- Hiperactivación de los receptores de Nmetil-D-aspartato (NMDA), y la sustancia P en el asta dorsal de la médula espinal. → papel fundamental en la perpetuación de la hiperalgnesia secundaria de origen central.

OTRAS ALTERACIONES NEUROBIOLÓGICAS

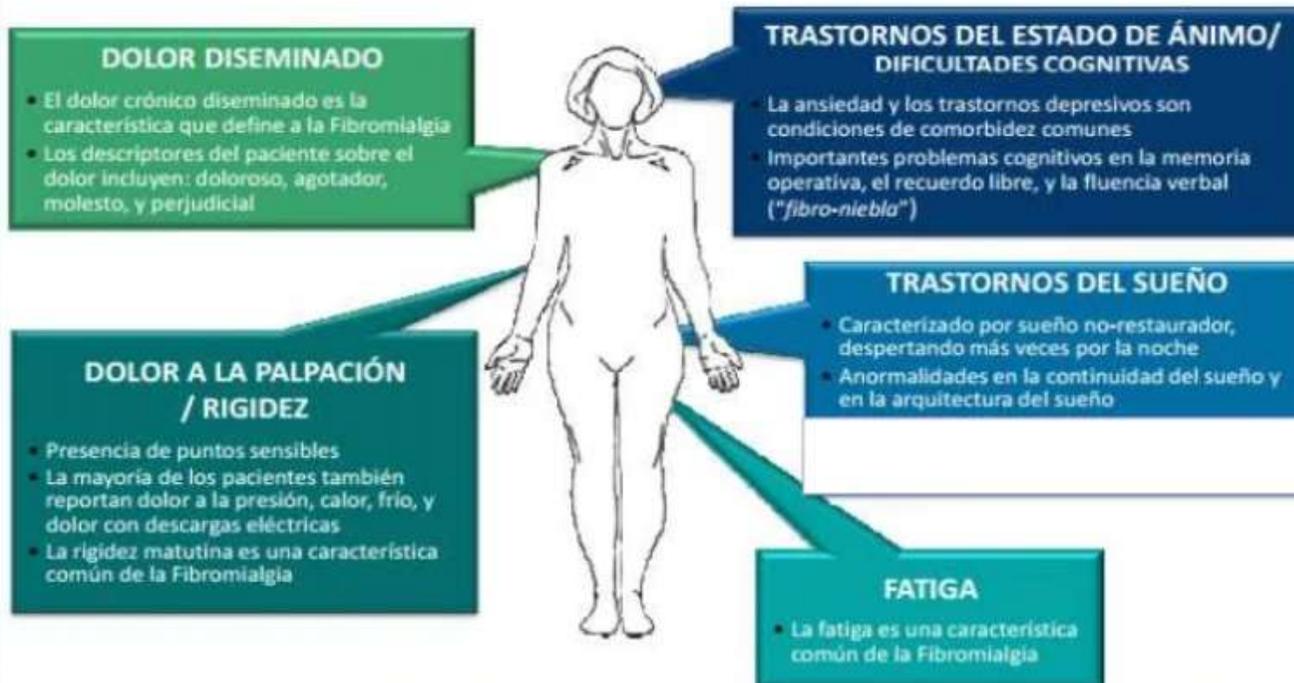


- Niveles bajos serotonina → neurotransmisor muy importante en la regulación cerebral del dolor, sueño y humor.
- Biopsia de los puntos gatillo
 - No revelan anomalías histológicas relevantes.
 - Pequeñas diferencias como: menor flujo sanguíneo y una disminución del metabolismo del fosfato de alta energía en esas áreas. → Inactividad física.

ALTERACIÓN DEL SUEÑO



MANIFESTACIONES CLÍNICAS



Sintomas	Frecuencia
Dolores generalizados	100
Fatiga - cansancio	95-100
Rigidez	80-90
Ansiedad	70-80
Trastornos del sueño	60-80
Cefalea	55-60
Colon irritable	40-60
Edema subjetivo	30-40
Entumecimiento	20-30

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO EMINENTEMENTE CLÍNICO Y DE EXCLUSIÓN.

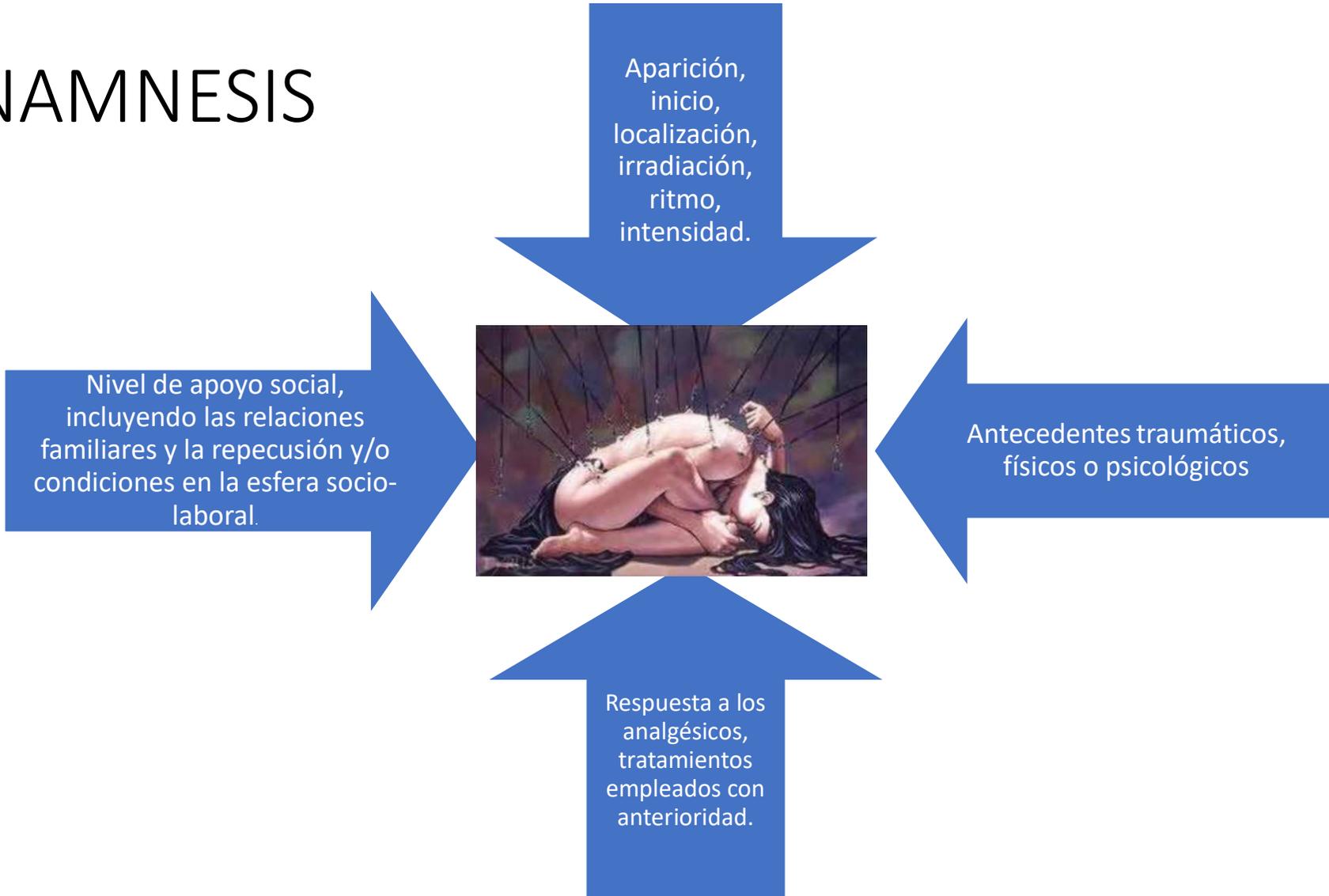
Presencia de dolor crónico generalizado durante al menos 3 meses.

Asocia fatiga y trastornos del sueño

Otras condiciones asociadas: SII, Migraña, quejas cognitivas, depresión...

Exploración física: Dolor generalizado a la palpación, ausencia de sinovitis, puntos gatillo...

ANAMNESIS





PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Analítica que incluya bioquímica básica, hemograma, reactantes de fase aguda
 - En casos seleccionados: Hormonas tiroideas, enzimas musculares, anticuerpos...
- Radiología axial incluyendo SI y de regiones anatómicas dolorosas (manos, pies, hombro...).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DIAGNÓSTICO	CARACTERÍSTICAS
ARTRITIS REUMATOIDE O LUPUS	Poliartritis seimétrica, alteraciones sistémicas (nefritis, dermatitis), elevación de RFA, Ac específicos
ESPONDILOARTROPATÍAS	Elevación de RFA, Alteraciones radiológicas
POLIMIALGIA REUMÁTICA	Elevación RFA, Rigidez > dolor, respuesta a esteroideos
MIOSITIS	Debilidad muscular, elevación de CK
INFECCIONES (CHICUNGUYA, HEPATITIS, SARS COV2...)	Serologías específicas
HIPOTIROIDISMO	Alteraciones TSH y T4
HIPERPARATIROIDISMO	Hipercalcemia
NEUROPATÍAS	Evidencia clínica y en EMG

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN

- **ACR 1990**

- Dolor generalizado y simétrico de 3 meses de duración.
- Dolor en 11 de los 18 puntos de gatillo.

- **ACR 2010**

- Widespread pain index (WPI) >7 and symptom severity (SS) scale >5 or WPI 3 to 6 and SS scale >9
- Duración de los síntomas de al menos 3 meses
- No hay otra causa que pueda explicar los síntomas.

- ◆ **Puntos de control (no duelen)**
- a) Mitad de la frente
- b) Cara anterior del antebrazo
- c) Uña del dedo pulgar
- d) Cara anterior del muslo

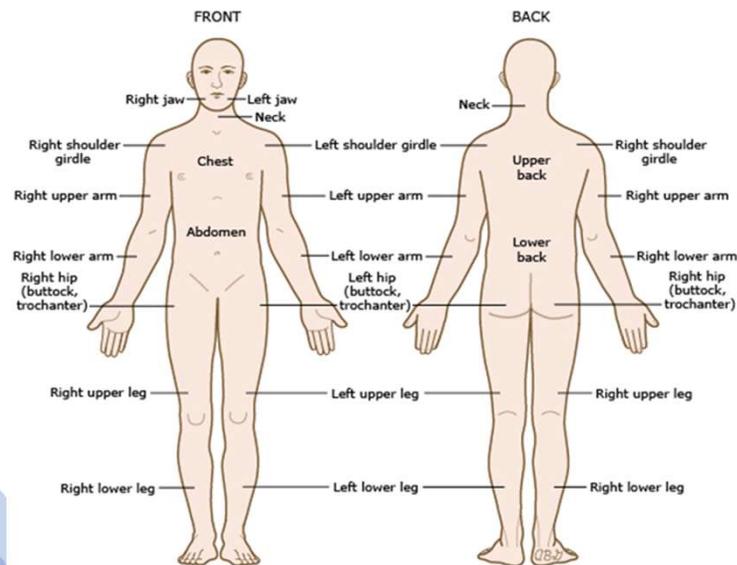


- **Puntos dolorosos**
(hay otros 8 en el hemicuerpo izquierdo)
- 1. La porción alta de la columna cervical.
- 2. El punto medio del borde superior del trapecio.
- 3. La segunda unión costo condral.
- 4. Dos cms. por debajo del epicóndilo lateral.
- 5. La parte superior de la zona glútea.
- 6. Dos cms. hacia atrás del gran trocánter.
- 7. El cojínete graso interno de la rodilla.
- 8. La parte alta del tendón de Aquiles.

Figura 18.37.
Puntos dolorosos en la fibromialgia.

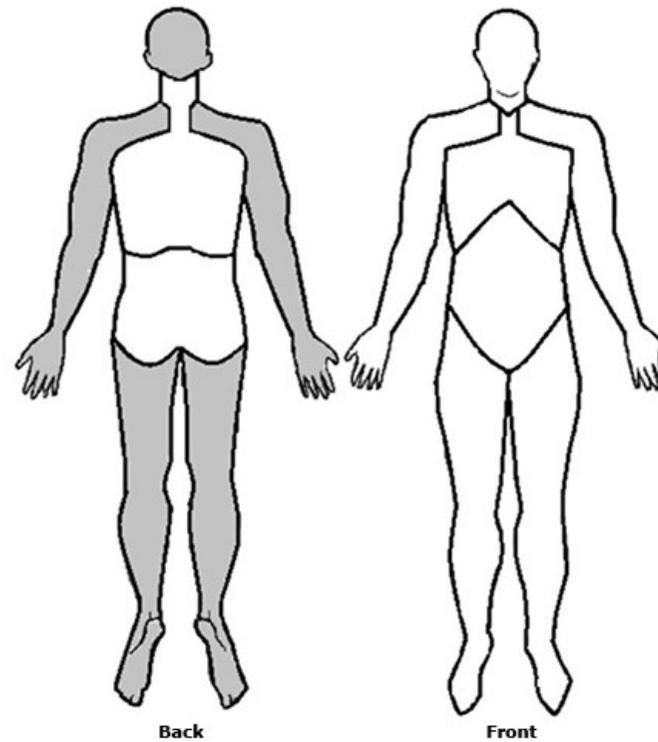
ESCALAS DE EVALUACIÓN

- Symptom Severity Score
- Widespread pain index (WPI)



PAIN in last week*				SYMPTOMS in last week*	
Region	Centre	Right	Left	Symptom	Score [0-3]
Neck	<input type="checkbox"/>			Fatigue	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Jaw		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wakening unrefreshed	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Shoulder girdle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cognitive symptoms	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Upper arm		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other symptoms+	Headache <input type="checkbox"/> 1
Lower arm		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Abdominal pain <input type="checkbox"/> 1
				Depression <input type="checkbox"/> 1	
Chest	<input type="checkbox"/>			Tick appropriate box and count 0 = no problem	
Upper back	<input type="checkbox"/>			1 = slight or mild problems, generally mild or intermittent	
Lower back	<input type="checkbox"/>			2 = moderate, considerable problems, often present and/or at a moderate level	
				3 = severe, pervasive, continuous, life disturbing problems	
Hip		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOTAL SYMPTOM SEVERITY SCORE [SSS = 0-12]	
Abdomen	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Upper leg		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibromyalgianness score = WPI <input type="checkbox"/> + SSS <input type="checkbox"/> = ___	
Lower leg		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibromyalgia diagnosis = WPI ≥7 <input type="checkbox"/> PLUS SSS ≥5 <input type="checkbox"/>	
WIDESPREAD PAIN INDEX SCORE [WPI = 0-19] <input type="checkbox"/>				OR	
				WPI ≥3 <input type="checkbox"/> PLUS SSS ≥9 <input type="checkbox"/>	
				Criteria filled = YES / NO	
				* Symptoms present at similar level for 3 months	
				+ No other explanatory diagnosis	

AAPT criteria (2013):



Number of painful body sites:

- Head
- Left arm
- Right arm
- Chest
- Abdomen
- Upper back and spine
- Lower back and spine, including buttocks
- Left leg
- Right leg

FM core diagnostic criteria:

1. MSP defined as 6 or more pain sites from a total of 9 possible sites
2. Moderate to severe sleep problems **or** fatigue
3. MSP plus fatigue or sleep problems must have been present for at least 3 months

NOTE: The presence of another pain disorder or related symptoms does not rule out a diagnosis of FM. However, a clinical assessment is recommended to evaluate for any condition that could fully account for the patient's symptoms or contribute to the severity of the symptoms.

Escala Visual Analógica de dolor (EVA)

Escala de intensidad del dolor



0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

No dolor —|—

Leve —|

Moderado —|

—|Severo—|

—|Insoportable

Impacto de los síntomas (FIQ)

APÉNDICE 1. Cuestionario español de impacto de la fibromialgia: Spanish FIQ (S-FIQ)

Para las preguntas 1-3, señale la categoría que mejor describa sus habilidades o sentimientos durante la última semana. Si usted nunca ha realizado alguna actividad de las preguntadas, déjela en blanco.

1. ¿Usted pudo?

	Siempre	La mayoría de las veces	Ocasionalmente	Nunca
Ir a comprar	0	1	2	3
Lavar la ropa usando la lavadora y la secadora	0	1	2	3
Preparar la comida	0	1	2	3
Lavar los platos a mano	0	1	2	3
Pasar la aspiradora por la alfombra	0	1	2	3
Hacer las camas	0	1	2	3
Caminar varios centenares de metros	0	1	2	3
Visitar a los amigos o a los parientes	0	1	2	3
Cuidar el jardín	0	1	2	3
Conducir un coche	0	1	2	3

2. De los 7 días de la semana pasada, ¿cuántos se sintió bien?
0 1 2 3 4 5 6 7

3. ¿Cuántos días de trabajo perdió la semana pasada por su fibromialgia?
(si no trabaja fuera de casa, no conteste esta pregunta)
0 1 2 3 4 5 6 7

Para las preguntas 4-10, marque en la línea el punto que mejor indique cómo se sintió usted la última semana

4. Cuando trabajó, ¿cuánto afectó el dolor u otros síntomas de la fibromialgia a su capacidad para trabajar?
 No tuve problemas _____ Tuve grandes dificultades

5. ¿Hasta qué punto ha sentido dolor?
 No he sentido dolor _____ He sentido un dolor muy intenso

6. ¿Hasta qué punto se ha sentido cansado?
 No me he sentido cansado _____ Me he sentido muy cansado

7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por la mañana?
 Me he despertado descansado _____ Me he despertado muy cansado

8. ¿Hasta qué punto se ha sentido agarrotado?
 No me he sentido agarrotado _____ Me he sentido muy agarrotado

9. ¿Hasta qué punto se ha sentido tenso, nervioso o ansioso?
 No me he sentido nervioso _____ Me he sentido muy nervioso

10. ¿Hasta qué punto se ha sentido deprimido o triste?
 No me he sentido deprimido _____ Me he sentido muy deprimido

Escala FACIT para evaluación de la fatiga

Escala FACIT de fatiga (Versión 4)

		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
HI 7	Me siento agotado(a).....	0	1	2	3	4
HI 12	Siento debilidad en todo el cuerpo.....	0	1	2	3	4
An 1	Me siento decaído(a).....	0	1	2	3	4
An 2	Me siento cansado(a).....	0	1	2	3	4
An 3	Tengo dificultad para <u>comenzar</u> las cosas porque estoy cansado(a).....	0	1	2	3	4
An 4	Tengo dificultad para <u>terminar</u> las cosas porque estoy cansado(a).....	0	1	2	3	4
An 5	Tengo energía.....	0	1	2	3	4
An 7	Soy capaz de hacer mis actividades habituales (trabajar, ir a la escuela, hacer las compras).....	0	1	2	3	4
An 8	Necesito dormir durante el día.....	0	1	2	3	4
An 12	Estoy demasiado cansado(a) para comer.....	0	1	2	3	4
An 14	Necesito ayuda para hacer mis actividades habituales.....	0	1	2	3	4
An 15	Estoy frustrado(a) porque estoy demasiado cansado(a) para hacer las cosas que quiero hacer.....	0	1	2	3	4
An 16	Tengo que limitar mis actividades sociales debido al cansancio.....	0	1	2	3	4

Calidad de Vida SF 36

- Compuesto por 36 ítems que pretenden recoger todos los aspectos relevantes para caracterizar la salud de un individuo.
- Se trata de cubrir, al menos, 8 aspectos o dimensiones: Función Física, Rol Físico; Dolor Corporal; Salud General; Vitalidad; Función Social; Rol Emocional y Salud Mental.

Anexo 1

Subescalas del índice de salud SF-36 e interpretación de los resultados

Áreas	Nº de Ítems	Significado de los resultados	
		Baja puntuación	Alta puntuación
Función Física	10	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin gran limitación
Rol Físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de su salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física
Dolor	2	Dolor muy severo y altamente limitante	Ausencia de dolor o limitaciones debidas al mismo
Salud General	5	El sujeto evalúa su salud como mala y cree que probablemente empeorará	Evalúa su salud personal como buena / excelente
Vitalidad	4	Cansancio y agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo
Función Social	2	Interferencia frecuente y extrema con las actividades normales debido a problemas físicos y emocionales	Realiza actividades sociales normales sin interferencia debidas a problemas físicos o emocionales
Rol Emocional	3	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales
Salud Mental	5	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo
Transición de Salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año

Adaptada de Ware y Sherbourne (1992)

TRATAMIENTO

- Individualizado y multidisciplinar.
- 4 pilares fundamentales.

Educación del paciente
(Etiología, higiene postural, de sueño, pronóstico...)

Abordaje de las comorbilidades
(obesidad, insomnio, depresión, secundarismos...)

Terapia farmacológica
(analgésicos, antidepresivos, neuromoduladores...)

Ejercicio físico
(intensidad moderada/leve, bajo impacto, aerobico...)

EDUCACIÓN DEL PACIENTE

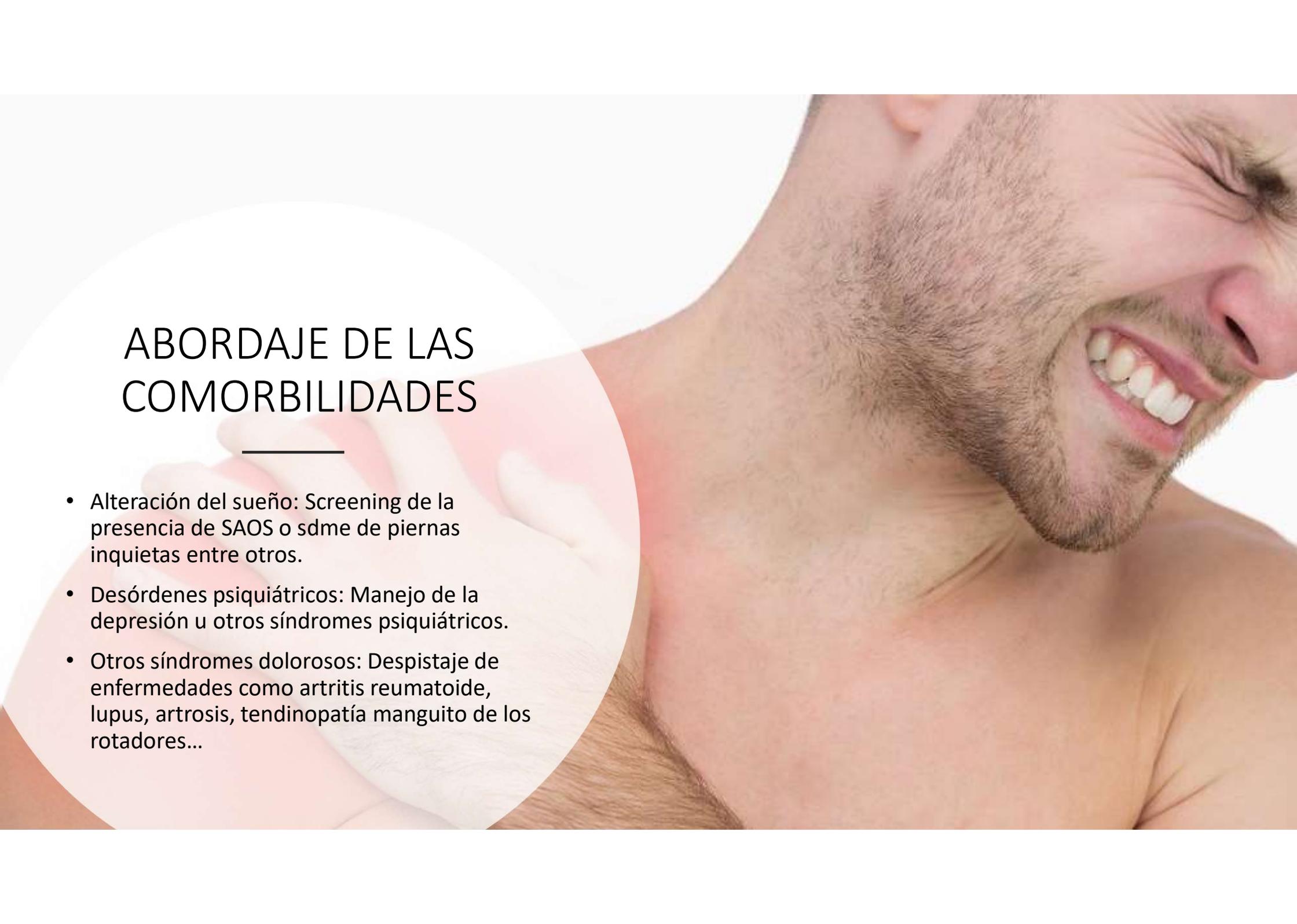
- Puntos clave:
 - Hacer saber al paciente que la fibromialgia es una enfermedad real.
 - Explicación del concepto de dolor de origen central.
 - Planes de reducción del estrés.
 - Terapia cognitivo-conductual → Tratamiento más costo-efectivo de la FM.
 - Higiene del sueño.
 - Explicar la importancia del ejercicio físico.
 - Explicar pronóstico.

> Eur J Phys Rehabil Med. 2019 Apr;55(2):301-313. doi: 10.23736/S1973-9087.19.05524-2.
Epub 2019 Jan 28.

Effectiveness of health education in patients with fibromyalgia: a systematic review

María Carmen García-Ríos ¹, Santiago Navarro-Ledesma ², Rosa M Tapia-Haro ³,
Sonia Toledano-Moreno ⁴, Antonio Casas-Barragán ², María Correa-Rodríguez ⁵,
María Encarnación Aguilar-Ferrández ¹

La educación del paciente
mostró resultados efectivos en
reducción de la fatiga y el dolor.

A close-up photograph of a man's face and neck. He has a pained expression, with his eyes squeezed shut and his mouth open in a grimace, showing his teeth. His right hand is pressed against his neck, suggesting a headache or neck pain. The background is a plain, light color.

ABORDAJE DE LAS COMORBILIDADES

- Alteración del sueño: Screening de la presencia de SAOS o sdme de piernas inquietas entre otros.
- Desórdenes psiquiátricos: Manejo de la depresión u otros síndromes psiquiátricos.
- Otros síndromes dolorosos: Despistaje de enfermedades como artritis reumatoide, lupus, artrosis, tendinopatía manguito de los rotadores...

EJERCICIO

- Beneficio del ejercicio aerobico suave y de bajo impacto en cuanto dolor, funcionalidad y calidad del sueño.
- En la práctica puede ser complicado que los pacientes hagan ejercicio debido a que tienen la percepción de empeoramiento de la fatiga y el dolor cuando lo realizan.
- Importancia de programa de ejercicios con aumento gradual.



EJERCICIO

- Siempre plan personalizado de ejercicios basados en las características, condición y preferencia del paciente.
- Las más beneficiosas son las que implican ejercicio aeróbico de bajo impacto (andar rápido, bicicleta, aquagym...)
- Como alternativas se han reportado beneficios significativos con el Tai-Chi o el pilates.



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Eficacia pobre por si solo

- Solo se ha reportado mejorías mayores del 33% en 1/3 de los pacientes.

Vigilar polimedicación

- Disminución de efectos adversos.

3 grupos de fármacos que han demostrado eficacia en los ECA

- Antidepresivos: Tricíclicos, ISRS.
- Gabapentinoides: gabapentina, pregabalina.
- Analgésicos simples y tramadol a dosis bajas.

ABORDAJE INICIAL

- Se recomienda iniciar con antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina a dosis bajas por la noche (10 mg) pudiendo subir poco a poco hasta una dosis de 20-30 mg.
- En paciente con predominio de fatiga/síntomas depresivos el inicio de un IRSR (Duloxetina, venlafaxina) puede ser más beneficioso.
- En pacientes con predominio de interrupción del sueño, parece razonable asociar gabapentinoides (gabapentina, pregabalina).
- A todos ellos se le pueden asociar analgésicos sin escalar más allá de los opioides débiles.

AINES

Review > [Cochrane Database Syst Rev. 2017 Mar 27;3\(3\):CD012332.](#)

doi: [10.1002/14651858.CD012332.pub2.](#)

Oral nonsteroidal anti-inflammatory drugs for fibromyalgia in adults

Sheena Derry ¹, Philip J Wiffen ¹, Winfried Häuser ², Martin Mücke ³, Thomas Rudolf Tölle ⁴, Rae F Bell ⁵ ⁶, R Andrew Moore ¹

Affiliations [+](#) expand

PMID: [28349517](#) PMCID: [PMC6464559](#) DOI: [10.1002/14651858.CD012332.pub2](#)

- RS de 6 ECA comparando etoricoxib 90 mg/día, ibuprofeno 2400 mg/día, naproxeno 1000 mg/día y tenoxicam 20 mg/día vs placebo.
- Medida de reducción del dolor según escala EVA
- No se produjo reducción significativa del dolor (> 50%) ni moderada (>30%) respecto al grupo placebo.

OPIOIDES MAYORES

Review > Presse Med. 2016 Apr;45(4 Pt 1):447-62. doi: 10.1016/j.lpm.2016.02.014.

Epub 2016 Apr 7.

[Use of strong opioids in chronic non-cancer pain in adults. Evidence-based recommendations from the French Society for the Study and Treatment of Pain]

[Article in French]

Xavier Moisset¹, Anne-Priscille Trouvin², Viet-Thi Tran³, Nicolas Authier⁴, Pascale Vergne-Salle⁵, Virginie Piano⁶, Valeria Martinez⁷

Affiliations + expand

PMID: 27067628 DOI: 10.1016/j.lpm.2016.02.014

Review > Ann Rheum Dis. 2017 Feb;76(2):318-328. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-209724.

Epub 2016 Jul 4.

EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia

G J Macfarlane¹, C Kronisch^{1 2}, L E Dean¹, F Atzeni³, W Häuser^{4 5}, E Fluß¹, E Choy⁶, E Kosek⁷, K Amris⁸, J Branco⁹, F Dincer¹⁰, P Leino-Arjas¹¹, K Longley¹², G M McCarthy¹³, S Makri¹⁴, S Perrot¹⁵, P Sarzi-Puttini¹⁶, A Taylor¹⁷, G T Jones¹

Affiliations + expand

PMID: 27377815 DOI: 10.1136/annrheumdis-2016-209724

Free article

- Ausencia de evidencia en ECA.
- Varias recomendaciones de expertos que desaconsejan su uso por la ausencia de mejoría y los potenciales efectos adversos/adicciones.

ANTICONVULSIONANTES

Review > [Cochrane Database Syst Rev. 2012 Feb 15;2012\(2\):CD009318.](#)

doi: [10.1002/14651858.CD009318.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009318.pub2).

Lacosamide for neuropathic pain and fibromyalgia in adults

Leslie Hearn¹, Sheena Derry, R Andrew Moore

Affiliations + expand

PMID: [22336864](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22336864/) PMCID: [PMC8406928](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC8406928/) DOI: [10.1002/14651858.CD009318.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009318.pub2)

[Free PMC article](#)

[Cochrane Database Syst Rev. 2013 Dec; 2013\(12\): CD006044.](#)

Published online 2013 Dec 3. doi: [10.1002/14651858.CD006044.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006044.pub4)

PMCID: [PMC6485508](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC6485508/)

PMID: [24297457](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24297457/)

Lamotrigine for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults

Monitoring Editor: [Philip J Wiffen](#),[¶] [Sheena Derry](#), [R Andrew Moore](#), and Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group

- Falta de efecto de la lacosamida 400 mg y la lamotrigina 200 a 400 mg en la reducción del 50% del dolor.
- Otros medicamentos antiepilépticos (carbamazepina, clonazepam, fenitoína, valproato) evidencia insuficiente.

BENZODIACEPINAS Y FÁRMACOS Z

- Ausencia de evidencia y de ECA en fibromialgia.
- No se recomiendan como tratamiento crónico debido a la ausencia de eficacia y los potenciales efectos adversos, tolerancia/dependencia.



MEDICINAS ALTERATIVAS COMPLEMENTARIAS

- Intervenciones de “... diagnóstico, tratamiento y / o prevención que complementan la medicina convencional al contribuir a un todo común, al satisfacer una demanda no satisfecha por la ortodoxia o al diversificar los marcos conceptuales de la medicina”.
- Hasta el 90% de pacientes han recurrido al menos a una de ellas.

ESTIMULACIÓN CEREBRAL NO INVASIVA

- Los estudios con estimulación cerebral no invasiva muestran una mejoría en varias variables analizadas como el dolor, aunque la evidencia está limitada por el tamaño muestral y sesgos potenciales como para extraer conclusiones robustas sobre su efectividad.



ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA TRANSCUTÁNEA

- Si bien se han obtenido resultados positivos en varios ensayos, estos carecen de robustez (poco tamaño muestral, variables no homogéneas...)
- No hay suficiente evidencia para recomendar la utilización de TENS en el tratamiento de la fibromialgia, hasta que ensayos de calidad metodológica demuestren su eficacia



CANNABINOIDES

- 2 ECA: Nabilona vs placebo y nabilona vs amitriptilina
- Frente al placebo se obtuvo una mejoría en términos de calidad del sueño, dolor según escala EVA, la ansiedad y calidad de vida según el FIQ.
- Sin mejoría en términos de fatiga y depresión
- Frente amitriptilina únicamente mostró mejoría en calidad del sueño.
- Mayor incidencia de ES pero leves (mareo, xerostomía, vértigos).
- Hacen falta más estudios con mayor evidencia que justifiquen este tratamiento.



OTRAS TERAPIAS ALTERNATIVAS

- Homeopatía, quiropraxia, relajación, masaje terapéutico, reiki, punción seca, oxígeno hiperbárico o cámara hiperbárica.
- AUSENCIA DE EVIDENCIA QUE RESPALDE ESTAS PRÁCTICAS POR LO QUE NO SE RECOMIENDA SU USO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA.



MUCHAS GRACIAS

- Jose Javier Sanmartín Martínez
- C/ Dr. José Sarrió Muñoz, 20
- 46930 Quart de Poblet
- Tlfn.: 96 152 13 87/ 691 406 830

