

Fibromialgia: puesta al día y revisión de literatura

PAULINA ULLOA C.,¹ JAIME CRUZ F.,² DANIELA MIGUELES R.,¹ PEDRO ZAMORANO S.,³

Fibromyalgia: Update and literature review

Abstract

Fibromyalgia is a chronic disease characterized by widespread musculoskeletal pain, sleep disorders, and fatigue, all of which are associated with increased central sensitivity. Its global prevalence is estimated to be between 2% and 4%, with a rate of 2.6% in cases of non-cancer-related pain in Chile. Diagnosis is primarily based on clinical evaluation, with additional tests considered according to specific differential diagnoses. Although the etiology and pathogenesis of the disease are not yet fully understood, predisposing factors such as genetics, stress, nociplastic alterations, and cognitive-emotional changes have been identified.

Treatment should be individualized and focus on four key pillars: patient education, lifestyle modifications, psychotherapy, and pharmacotherapy as a last resort. This literature review aims to address the approach that physicians, especially those in primary care, should adopt, as evidence suggests improved prognosis when care is provided in a comprehensive and multidisciplinary setting. Therefore, it is crucial that healthcare professionals are adequately prepared to ensure timely diagnosis and appropriate management in each case.

Keywords: *Fibromyalgia, chronic pain, multidisciplinary pain centers*

Resumen

La fibromialgia es una enfermedad crónica caracterizada por dolor musculoesquelético generalizado, trastornos del sueño y fatiga, todos ellos asociados a una sensibilidad central aumentada. Se estima que su prevalencia global es del 2% al 4%, con una tasa del 2,6% en casos de dolor no relacionado con cáncer en Chile. El diagnóstico se basa principalmente en la evaluación clínica, con pruebas adicionales que deben considerarse según los diagnósticos diferenciales específicos. Aunque la etiología y patogénesis de la enfermedad aún no se comprenden completamente, se han identificado factores predisponentes como la genética, el estrés, las alteraciones nociplásticas y los cambios cognitivo-emocionales.

El tratamiento debe ser individualizado y centrarse en cuatro pilares clave: educación del paciente, modificaciones en el estilo de vida, psicoterapia y farmacoterapia como último recurso. Esta revisión de la literatura tiene como objetivo abordar el enfoque que los médicos, especialmente aquellos en atención primaria, deben adoptar, ya que la evidencia sugiere una mejora en el pronóstico cuando se brinda atención en un entorno integral y multidisciplinario. Por lo tanto, es fundamental que los profesionales de la salud estén adecuadamente preparados para garantizar un diagnóstico oportuno y un manejo adecuado en cada caso

Palabras clave: *Fibromialgia, Dolor crónico, centros de dolor multidisciplinarios.*

1. Médico cirujano.

2. Médico internista, Servicio de Medicina Hospital de Curicó.

3. Médico internista - Reumatólogo, Hospital Regional de Talca.

Correspondencia:

Jaime Cruz:

dr.jaimecruzf@gmail.com

Enviado: 15-08-2024

Aceptado: 17-09-2024

Introducción

La fibromialgia es una enfermedad crónica caracterizada por dolor musculoesquelético generalizado que se asocia principalmente a trastornos del sueño y fatiga¹⁻². No obstante, sus manifestaciones clínicas no se limitan a estas afecciones, sino que abarcan una amplia gama de síntomas que pueden variar en cada paciente.

A pesar de ser una enfermedad común, la mayoría de los países carecen de estudios sobre su prevalencia. A nivel mundial, la fibromialgia es la tercera patología musculoesquelética más frecuente, después de la lumbalgia y la osteoartritis, estimada entre el 2% y el 4% de la población general (un 2,6% según un estudio realizado en Chile sobre la prevalencia de dolor crónico no oncológico)⁴, siendo más común entre los 50 y 60 años. La fibromialgia afecta predominantemente a mujeres, con una relación de 3:1 en comparación con los hombres.²⁻³ Además de su alta prevalencia, la fibromialgia tiene un impacto significativo en la calidad de vida de quienes la padecen. Un estudio multicéntrico realizado en 2010 en Norteamérica, Asia y en países europeos, se encontró que de 800 pacientes con fibromialgia, el 18% había perdido su empleo, el 33% había incurrido en gastos para recibir ayuda con sus actividades diarias y un 34% debió postergar sus carreras debido a los síntomas de fibromialgia.⁶

No existen exámenes específicos para el diagnóstico de fibromialgia, por lo que, su determinación se basa principalmente en la evaluación clínica, apoyándose en criterios diagnósticos.²⁻⁵ Sin embargo, el diagnóstico de fibromialgia es complejo y a menudo está subdiagnosticado en nuestra población.

El objetivo de esta revisión de la literatura es actualizar el conocimiento sobre la evaluación de pacientes con fibromialgia y proponer un enfoque de tratamiento multidisciplinario basado en la evidencia, adaptado a la atención primaria de salud.

Etiología y fisiopatología

La etiología precisa de la fibromialgia aún se desconoce. Sin embargo, se postula que su patogenia es el resultado de la interacción entre varios factores, incluyendo una predisposición genética y variables ambientales, como la respuesta patológica a eventos estresantes (que abarca alteraciones cognitivas y emocionales), enfermedades asociadas con dolor crónico e inflamación, y la desregulación del sistema nervioso. Estos factores, en conjunto, podrían provocar cambios neuromorfológicos y una percepción alterada del dolor.¹⁻³⁻⁷⁻⁸

El dolor generalizado que caracteriza a la Fibromialgia se clasifica como dolor nociplástico, según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP).⁹ El dolor nociplástico se origina a partir de una alteración en el procesamiento del sistema nervioso nociceptivo, frecuentemente sin una lesión tisular evidente que justifique la magnitud del dolor.⁹⁻¹⁰

Los mecanismos fisiopatológicos de la fibromialgia aún no se comprenden completamente. Las investigaciones sugieren que existiría una mayor activación en áreas del cerebro relacionadas con el dolor, lo que produciría alteraciones en su procesamiento y percepción, generando a su vez sensibilización o hiperactivación a nivel central. Además, se han observado cambios en la conectividad y la actividad cerebral asociados con la anticipación del dolor (analgesia anticipatoria), así como una reducción de la materia gris en áreas del cerebro involucradas en el procesamiento del dolor.²⁻⁷

Existen también cambios bioquímicos en los neurotransmisores que modulan el dolor, lo que resulta en su amplificación. Esto se ha evidenciado mediante el hallazgo de desequilibrios en las concentraciones de neurotransmisores, con un aumento de los excitatorios, como la sustancia P y el glutamato, y una menor disponibilidad de los inhibitorios, como la serotonina y la norepinefrina. Además, se ha observado una disfunción en los sistemas endógenos de con-

trol del dolor, manifestada por una reducción en la cantidad de receptores opioides.²⁻⁷

La fibromialgia no se comporta como una enfermedad autoinmune y en la actualidad, no se la considera como tal.¹⁰ Sin embargo, algunos pacientes muestran signos de inflamación crónica de bajo grado, lo que podría estar relacionado con la sensibilización de las neuronas en la cadena de transmisión del dolor, haciéndolas más excitables. Además, algunos pacientes presentan neuropatía de fibra fina, una condición que afecta las pequeñas fibras encargadas de la transmisión sensorial del dolor, la temperatura y el tacto, lo que podría explicar la aparición de dolor urente, disestesias y disfunción autonómica.¹¹ Aunque se ha observado que esta condición puede ser estimulada por el uso de anticuerpos anti-GPCR (receptor acoplado a proteína G), es importante destacar que no es constante en todos los pacientes con fibromialgia.¹⁰ Por lo tanto, se ha planteado la hipótesis de que los estímulos dolorosos periféricos pueden iniciar o reforzar el proceso nociplástico, lo que podría explicar la mayor prevalencia de esta patología en pacientes con enfermedades reumáticas.

Diagnóstico

El diagnóstico de la fibromialgia suele retrasarse 2-3 años desde la aparición de los primeros síntomas, esto se debe en gran medida por la falta de sospecha diagnóstica y al escepticismo que rodea a esta enfermedad.²⁻⁵⁻⁷⁻¹²⁻¹³ La fibromialgia afecta a todo el cuerpo, pero se caracteriza principalmente por dolor crónico generalizado, especialmente en el sistema musculoesquelético, sin mostrar manifestaciones visibles (dolor nociplástico). Los pacientes también experimentan una mayor sensibilidad al examen físico y sufren de fatiga tanto física como mental,¹⁴ lo que dificulta su capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas.¹⁴

Además, la fibromialgia afecta el ámbito neu-

ropsiquiátrico, siendo comunes los trastornos del sueño, como el insomnio, el despertar frecuente y el sueño no reparador. Los pacientes también pueden experimentar ansiedad, depresión, estrés postraumático y disfunción cognitiva, como dificultades de concentración y memoria, también conocido como “fibro-fog” o “niebla cerebral”.¹⁵

Existen otros síntomas que pueden dificultar el diagnóstico debido a su falta de especificidad, como visión borrosa, fotofobia, xeroftalmia, sensación de inestabilidad, fenómeno de Raynaud, hipotensión ortostática y síndrome de piernas inquietas. También se pueden observar síndromes regionales de dolor, como cefalea, migraña, dolor abdominal o dispepsia, síndrome de intestino irritable, dismenorrea, vulvodinia y disuria.¹⁶⁻¹⁷

No existe un gold standard para realizar el diagnóstico de fibromialgia, por lo tanto, en la práctica clínica se utilizan criterios diagnósticos. Actualmente, los más empleados son los establecidos por la American College of Rheumatology (ACR) en 2016 (Tabla 1), debido a su buena sensibilidad y especificidad tanto para estudios como para la práctica clínica.¹² Estos criterios se basan en el Índice del Dolor Generalizado (WPI, por sus siglas en inglés - Widespread Pain Index), en el cual se le pide al paciente que indique la ubicación del dolor o sensibilidad que ha experimentado durante los últimos siete días. A partir de esta información, se le asigna un puntaje que va de 0 a 19 puntos. También se utiliza la Escala de Severidad de los Síntomas (SSS, Symptom Severity Scale) que evalúa la gravedad de los síntomas en función del impacto en la vida diaria, incluyendo la fatiga, los problemas de cognitivos y sueño no reparador, además de investigar síntomas como dolor abdominal, depresión y cefalea en los últimos seis meses. El diagnóstico se establece cuando el WPI es de 7 o más puntos, junto con un SSS de 5 o más puntos. También puede diagnosticarse si se tiene un WPI de 4 a 6 puntos, pero con un

SSS de 9 o más puntos. Es crucial destacar que los síntomas deben persistir durante al menos tres meses. El diagnóstico de fibromialgia es válido incluso si el paciente tiene otros diagnósticos, ya que entre el 20% y el 40% de los casos están asociados con otras condiciones dolorosas como la artritis reumatoide y el lupus eritematoso sistémico (LES).⁷⁻¹²

En 2018, la American Pain Society (APS) y la U.S Food and Drug Administration (FDA) generaron criterios de fibromialgia en contexto de la ACTION-APS Pain Taxonomy (AAPT).⁵ La ventaja de estos criterios es que son más fáciles de aplicar y se basa en la presencia de dolor en múltiples sitios, que debe estar presente en al menos 6 de 9 áreas específicas del cuerpo. Además, se requiere la presencia de alteraciones del sueño moderadas a severas y/o fatiga, ambos síntomas deben estar presentes durante al menos tres meses (Tabla 2).⁵

Como se nombró previamente, no existe un gold standard para el diagnóstico de fibromialgia, por lo tanto, no existe una prueba complementaria o examen de laboratorio que nos permita hacer un dictamen definitivo. Además, los resultados de exámenes suelen estar normales. Por lo tanto, es importante limitar las pruebas a lo estrictamente necesario y se recomienda realizar evaluaciones básicas para el diagnóstico diferencial como un hemograma, velocidad de eritrosedimentación (VHS), niveles de 25-OH-vitamina D, proteína C reactiva (en fibromialgia, en la mayoría de los casos está dentro de valores normales), creatinina y electrolitos plasmáticos, función tiroidea y creatina quinasa para descartar compromiso miopático.

No se recomienda realizar un “screening reumatológico” mediante la solicitud de diversos autoanticuerpos a menos que haya una sospecha clínica bien fundamentada de enfermedades del tejido conectivo. Esto se debe a que tal enfoque puede dificultar el diagnóstico, no es rentable en términos de costos y puede

generar estrés innecesario en el paciente si se obtienen resultados falsos positivos.⁷⁻¹⁸⁻¹⁹

Tratamiento

El tratamiento de la fibromialgia debe ser multidisciplinario y centrarse en medidas no farmacológicas. Para su mejor comprensión, en esta revisión lo dividiremos en los siguientes aspectos:

- **No farmacológico**
- Educación del paciente y validación de sus síntomas
- Ejercicio y cambios de estilo de vida
- Terapia psicológica y técnicas de relajación
- **Tratamiento farmacológico**

Medidas no farmacológicas

Educación y validación de los síntomas

La educación y validación de los síntomas son componentes esenciales en el manejo de la fibromialgia. Es crucial informar al paciente sobre el diagnóstico, pronóstico y opciones terapéuticas disponibles. La educación ha demostrado ser muy eficaz para reducir el dolor, la ansiedad y los pensamientos negativos relacionados con la enfermedad. Estos beneficios se han observado tanto en programas educativos continuos como en sesiones individuales.²⁰

Ejercicio y cambios de estilo de vida

Se debe enfatizar la importancia de realizar cambios en el estilo de vida, especialmente en la higiene del sueño, para lograr un descanso reparador y fisiológico.¹⁸⁻²¹⁻²²

El ejercicio físico es una intervención respaldada por evidencia sólida y es ampliamente recomendado en las guías clínicas para el manejo de la fibromialgia.² Se ha demostrado que el ejercicio tiene beneficios en el manejo del dolor, la reducción de la ansiedad y el fortalecimiento de la resiliencia.²³⁻²⁴ Es importante implementar la actividad física de mane-

ra gradual, ya que algunos pacientes pueden experimentar un aumento temporal del dolor al inicio del programa.

Un estudio publicado en *Rheumatology International* en el 2022,²³ analizó los efectos de diferentes protocolos de ejercicio (aeróbicos, de fuerza y combinados) y la duración de estos (período de intervención y tiempo por sesión) sobre su repercusión en el dolor y los dominios del cuestionario de impacto de la fibromialgia (FIQ) aplicado, pudiendo así evaluar sus efectos en los síntomas y la calidad de vida de los pacientes con fibromialgia. Se demostró que los ejercicios realizados durante al menos 13 a 24 semanas con sesiones de 30 a 60 minutos, fueron eficaces en el tratamiento de la fibromialgia, logrando una reducción del dolor en un 36,9%, reducción del FIQ en un 34,9%, mejora de la calidad de vida en hasta un 60,5%, aumento del umbral de dolor por presión en un 86,4%, reducción de la depresión en un 52% y de la ansiedad en un 24%.²³ Otro estudio publicado en 2018,²⁴ comparó los efectos del Tai Chi, una forma de ejercicio suave y de bajo impacto que combina movimientos fluidos y técnicas de respiración, con el ejercicio aeróbico en el manejo de los síntomas de la fibromialgia. Utilizando escalas estandarizadas para evaluar la efectividad en la reducción del dolor y la mejora de la calidad de vida en los pacientes. Se constató que el Tai Chi ofrecía mayores beneficios que el ejercicio aeróbico de intensidad similar cuando se practicaba de manera regular durante al menos 24 semanas. Los beneficios incluyeron mejoras en los puntajes del FIQ, reducción de los síntomas de ansiedad y depresión, mejor calidad de vida, buena calidad de sueño y un aumento en el rendimiento físico.²⁴

Terapia psicológica y técnicas de relajación

La terapia psicológica y las técnicas de relajación son útiles para abordar uno de los desafíos principales en la fibromialgia: el pensamiento catastrófico (o catastrofismo) asociado

a la enfermedad. Dado que la fibromialgia es una enfermedad dolorosa, a menudo subdiagnosticada y con múltiples tratamientos que pueden no ser completamente efectivos, es común que los pacientes tiendan a magnificar sus síntomas, experimenten rumiación (una preocupación constante por el dolor) y sufran frustración, lo que puede afectar negativamente tanto el pronóstico como la adherencia al tratamiento. Por esta razón, es esencial contar con un equipo multidisciplinario que incluya apoyo en salud mental cuando sea necesario.²⁵ La terapia cognitivo-conductual, ya sea individual o en grupo, ha demostrado ser efectiva para mejorar la calidad de vida, aumentar la funcionalidad y reducir los pensamientos catastróficos, además de ser rentable en términos de costos.²⁶ El mindfulness es otra técnica recomendada, que ha mostrado beneficios en la mejora de la calidad del sueño, así como en la reducción de la ansiedad y la depresión.²⁷ Es igualmente importante abordar las condiciones psiquiátricas concurrentes, ya que se estima que aproximadamente el 60% de los pacientes con fibromialgia presentarán ansiedad generalizada, el 30% mostrará síntomas de depresión en el momento del diagnóstico, y hasta el 74% desarrollará depresión a lo largo de la enfermedad.²⁸

Otras medidas

En un estudio frecuentemente nombrado en la literatura respecto a la fibromialgia,²⁹ pero de validez cuestionable, se menciona la balnearioterapia como posible intervención. El estudio sugirió que la exposición a aguas minerales o termales en sesiones de 30 minutos, 3 veces por semana, podría reducir el dolor en un 30% de los pacientes. Sin embargo, este estudio es controvertido, ya que las mejoras observadas no alcanzaron niveles de significación estadística. Además, la población de estudio estuvo compuesta exclusivamente por mujeres, y no se consideraron los posibles efectos adversos en los pacientes sometidos a

la intervención. Estas limitaciones ponen en duda la generalización de los resultados y la eficacia real de la balneoterapia en el manejo de la fibromialgia.

Terapia farmacológica

La terapia farmacológica no constituye la medida principal en el manejo de la fibromialgia y es importante dejar esto claro al educar a los pacientes. Los fármacos utilizados (resumidos en la Tabla 3) actúan principalmente como tratamiento sintomático, modulando neurotransmisores implicados en la fisiopatología de la enfermedad, especialmente la norpinefrina y la serotonina.²⁸

La amitriptilina es un antidepresivo tricíclico que ha demostrado eficacia en el manejo de dolor, aunque la evidencia es de baja calidad y la mayoría de los resultados son extrapolados de trabajos con pocos participantes.³⁰ Si bien inicialmente se describían beneficios para la fatiga y **el sueño, en una revisión en Cochrane en 2019³⁰ no se encontró evidencia de que esto fuera así y no existirían diferencias con placebo.** Hay que tener precaución con adultos mayores y cardiopatas, especialmente por posibles efectos cardiotoxicos.³⁰⁻³¹

Ciclobenzaprina se puede considerar una alternativa razonable a la amitriptilina para pacientes que no toleran este último fármaco.¹⁴ Aunque se ha asociado con mejoras en el estado general y en el sueño, su eficacia para el dolor es moderada y no es efectiva para los síntomas depresivos. Además, la evidencia que respalda su uso **es limitada.**³²

La duloxetina, un antidepresivo que inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina ha mostrado beneficio en el estado de ánimo, estado general y en el manejo del dolor de los pacientes con fibromialgia.³¹⁻³³⁻⁴⁵ Sin embargo, para lograr efectos significativos sobre el dolor, las dosis deben ser de al menos 120 mg al día, y solo una minoría de los pacientes muestra una mejora sintomática significativa en los estudios.⁴⁵⁻⁴⁶ Este fármaco no ha mostrado be-

neficios en la mejora de la calidad del sueño o la fatiga⁽⁴⁶⁾. Otros fármacos de la misma clase, como Venlafaxina y Milnaciprán, también se utilizan en el tratamiento de la fibromialgia, aunque la evidencia que respalda su eficacia es limitada.⁴⁶

La pregabalina ha mostrado resultados en el manejo del dolor crónico, la fatiga y el sueño en pacientes con fibromialgia. Sin embargo, las dosis óptimas son altas, oscilando entre **300 y 450 mg al día.**³⁴⁻³⁵ Una alternativa a este fármaco puede ser la Gabapentina que ha mostrado algunos efectos principalmente sobre el dolor y la calidad del sueño, aunque la evidencia que la respalda es menor que la existente para pregabalina.³⁶⁻³⁷

En general, los analgésicos no han demostrado proporcionar un beneficio significativo en el tratamiento de la fibromialgia, por lo que no se recomienda su uso de forma regular, a menos que el paciente experimente crisis de aumento del dolor.²⁰⁻²² Los opioides no deben ser utilizados, ya que no han demostrado beneficios significativos en comparación con el placebo y no mejoran la calidad del sueño. Su uso puede ser contraproducente e incluso empeorar la situación en comparación con el placebo. En caso de crisis, se puede considerar el uso de tramadol, pero no de forma constante.³⁸⁻⁴⁰

Los cannabinoides son compuestos orgánicos pertenecientes al grupo de los terpenofenoles, que activan los receptores endógenos de cannabinoides. Han mostrado eficacia en la reducción del dolor con menos efectos adversos. Sin embargo, los estudios realizados tienen alto riesgo de sesgo o son metodológicamente cuestionables y existe el riesgo de psicosis asociado a su uso.⁴¹⁻⁴³

Un metaanálisis publicado en 2022 comparó la eficacia de la amitriptilina, la duloxetina y la pregabalina. Concluyó que, para lograr una reducción del dolor del 30%, la pregabalina en dosis de 450 mg fue superior a la duloxetina en dosis de 120 mg y a la pregabalina en dosis de 150 mg. Para una reducción del dolor

del 50%, la amitriptilina en dosis de 25 mg demostró ser superior a las otras alternativas mencionadas.³⁵

Antes de iniciar cualquier terapia farmacológica específica, es crucial asegurarse de que se hayan implementado las medidas no farmacológicas mencionadas anteriormente.

En el contexto del sistema público de salud, se recomienda comenzar el tratamiento sintomático con amitriptilina. Si el paciente presenta intolerancia a este medicamento, se puede considerar ciclobenzaprina como alternativa. En situaciones donde no se obtenga una respuesta adecuada, se puede explorar el uso de pregabalina y, si esta no es viable, considerar gabapentina como una alternativa.

Es importante señalar que duloxetina no se considera una opción de primera línea, ya que solo una minoría de pacientes muestra una respuesta favorable a este fármaco.

Al iniciar el tratamiento, se debe comenzar con dosis bajas y aumentarlas de manera progresiva hasta alcanzar las dosis óptimas. La respuesta a la terapia debe evaluarse a los 3 meses. Si hay una buena respuesta y tolerancia, se recomienda mantener el tratamiento durante al menos 12 meses antes de reevaluar. Si no se obtiene una respuesta satisfactoria, es necesario revisar la adherencia del paciente, verificar la dosis administrada y descartar la presencia de comorbilidades que puedan estar interfiriendo con el tratamiento.

Discusión

La fibromialgia es una patología prevalente en Chile que tiene un impacto económico, social y personal significativo, afectando tanto la calidad como la esperanza de vida de los pacientes. Desafortunadamente, el pronóstico para quienes reciben un diagnóstico de fibromialgia no es favorable, debido al alto subdiagnóstico causado por una baja sospecha clínica y escepticismo hacia la enfermedad, la falta de un enfoque integral adecuado y el persistente

dolor asociado. Estudios han demostrado que solo alrededor de un cuarto de los pacientes experimentan una disminución del dolor después de once años de tratamiento, y aquellos con comorbilidades psiquiátricas presentan un mayor riesgo de suicidio.⁷

Sin embargo, se ha observado que los pacientes atendidos en atención primaria tienen un pronóstico más favorable.⁴⁷ Esto se debe, en gran medida, a la implementación de un enfoque multidisciplinario en el equipo de atención, que permite la continuidad del cuidado y favorece una buena adherencia a los tratamientos.

Es de vital importancia que los médicos generales y otros profesionales de la salud que trabajan en estos centros estén capacitados para realizar un diagnóstico preciso de la fibromialgia, establecer una relación terapéutica sólida y proporcionar un tratamiento adecuado. Se debe priorizar el uso de fármacos como última opción, o incluso evitarlo, hasta haber intentado la educación del paciente, la promoción de cambios en el estilo de vida y la terapia psicológica. Para que esto sea posible, es fundamental implementar protocolos de atención centrados en el paciente y basados en la evidencia actual.

En este contexto, cabe destacar que, en Chile, en febrero de 2023, se promulgó la Ley 21.531 sobre Fibromialgia y Dolores Crónicos No Oncológicos, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen estas enfermedades mediante la implementación de un sistema de atención integral que contemple sus derechos. Esto incluye el diagnóstico temprano, acceso a tratamientos médicos, terapias físicas y psicológicas, rehabilitación, medicamentos complementarios y asistencia técnica de manera efectiva y oportuna. Además, la ley promueve la implementación de programas de educación y capacitación sobre estos trastornos para el personal de salud, con el fin de mejorar la calidad de atención y garantizar que se cumplan los derechos y **necesidades de los pacientes.**⁴⁴

Por lo tanto, es esencial que el personal de salud esté familiarizado y comprenda la ley para brindar una atención de calidad y contribuir a la mejora en la calidad de vida de los pacientes con fibromialgia.

Referencias

1. Hauser W, Fitzcharles M. Facts and myths pertaining to fibromyalgia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2018;20(1): 53-62
2. Sarzi-Puttini P, Giorgi V, Marotto D, Atzeni F. Fibromyalgia: an update on clinical characteristics, aetiopathogenesis and treatment. *Nat Rev Rheumatol*. 2020;16: 645-660.
3. Heidari F, Afshari M, Moosazadeh M. Prevalence of fibromyalgia in general population and patients, a systematic review and meta-analysis. *Rheumatol Int*. 2017;37(9):1527-1539.
4. Bilbeny N, Miranda J, Eberhard M, Ahumada M, Méndez L, Orellana M, et al. Survey of chronic pain in Chile –prevalence and treatment, impact on mood, daily activities and quality of life. *Scand J Pain*. 2018;18(3), 449–456.
5. Arnold L, Bennett R, Crofford L, Dean L, Clauw D, Goldenberg D, et al. AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Pain*. 2019;20(6): 611-618.
6. Choy E, Perrot S, Leon T, Kaplan J, Petersel D, Ginovker A, Kramer E. A patient survey of the impact of fibromyalgia and the journey to diagnosis. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:102.
7. Bair M, Krebs E. Fibromyalgia. *Ann Intern Med*. 2020;172(5):ITC33-ITC48.
8. Spaeth M. Epidemiology, costs, and the economic burden of fibromyalgia. *Arthritis Res Ther*. 2009;11(3): 117.
9. Raja S, Carr D, Cohen M, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976-1982
10. Clow D, Sarzi-Puttini P, Pellegrino G, et al. Is fibromyalgia an autoimmune disorder? *Autoimmun Rev*. 2023;23(1): 103424
11. Martínez-Lavín M. Centralized nociplastic pain causing fibromyalgia: an emperor with no cloths? *Clin Rheumatol* 2022;41(12):3915–3917.
12. Wolfe F, Clauw D, Fitzcharles M, Goldenberg D, Häuser W, Katz R, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum*. 2016; 46(3): 319-329.
13. Triviño-Martínez Á, Solano-Ruiz M, Siles-González J. La cronicidad de la fibromialgia. Una revisión de la literatura. *Enferm. Glob*. 2014;13(35): 273-292.
14. Winslow B, Vandal C, Dang L. Fibromyalgia: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician* 2023;107(2): 137-144.
15. Bennett R, Jones J, Turk D, Russell I y Mattallana L. An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. *BMC Musculoskelet Disord*. 2007;8: 27.
16. Walitt B, Fitzcharles M, Hasset A, Katz R, Häuser W, Wolfe F. The longitudinal outcome of fibromyalgia: a study of 1555 patients. *J Rheumatol*. 2011;38(10): 2238–2246.
17. Ifergane G, Buskila D, Simiseshvely N, Zeev K & Cohen H. Prevalence of fibromyalgia syndrome in migraine patients. *Cephalalgia*. 2006;26(4): 451–456.
18. Hajkhan A, Heras C, Rubio E, Gómez A. Síndrome de fibromialgia y astenia crónica. *Medicine*. 2021;13(32): 1837-1846.
19. Kang J, Choi S, Park D, Lee S. Disentangling Diagnosis and Management of Fibromyalgia. *J Rheum Dis*. 2022;29(1): 4-13.
20. García M, Navarro S, Tapia R, Toledano S, Casas A, Correa M, et al. Effectiveness of health education in patients with fibromyalgia: a systematic review. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2019;55(2):301-313.
21. Roizenblatt S, Neto N, Tufik S. Sleep Disorders and Fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep*. 2011;15(5): 347-357.

22. Orlandi A, Ventura C, Lopes A, Alqualo R, Verderame L. Improvement in pain, fatigue, and subjective sleep quality through sleep hygiene tips in patients with fibromyalgia. *Rev Bras Reumatol.* 2012;52(5): 666-678.
23. Albuquerque M, Monteiro D, Marinho D, Vilarino G, Andrade A, Neiva H. Effects of different protocols of physical exercise on fibromyalgia syndrome treatment: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Rheumatol Int.* 2022;42(11): 1893-1908.
24. Wang C, Schmid C, Fielding R, Harvey W, Reid K, Price L, et al. Effect of tai chi versus aerobic exercise for fibromyalgia. *BMJ.* 2018; 360: k851.
25. Zafra M, Pastor M, López S. Autoeficacia, Catastrofismo, Miedo al Movimiento y resultados de salud en la Fibromialgia. *Anal. Psicol.* 2014;30(1): 104-113.
26. Luciano J. Cost-utility of cognitive behavioral therapy versus U.S. Food and Drug Administration recommended drugs and usual care in the treatment of patients with fibromyalgia: an economic evaluation alongside a 6-month randomized controlled trial. *Arthritis Res Ther.* 2014;16(5): 451.
27. Park M, Zhang Y, Price L, Bannuru R, Wang C. Mindfulness is associated with sleep quality among patients with fibromyalgia. *Int J Rheum Dis.* 2020; 23(3): 294-301.
28. Clauw AU. Fibromyalgia: a clinical review. *JAMA.* 2014; 311(15): 1547-1555.
29. Eröksüz, R, Erol F, Karaaslan, F, et al. Comparison of intermittent and consecutive balneological outpatient treatment (hydrotherapy and peloidotherapy) in fibromyalgia syndrome: a randomized, single-blind, pilot study. *Int J Biometeorol.* 2020;64(3): 513–520.
30. Moore R, Derry S, Aldington D, Cole P, Wiffen P. Amitriptyline for fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Sys Rev.* 2019;5(7): CD011824.
31. Farag H, Yunusa I, Goswami H, Sultan I, Doucette J, Eguale T. Comparison of Amitriptyline and US Food and Drug Administration–Approved Treatments for Fibromyalgia. A Systematic Review and Network Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2022; 5(5). e2212939.
32. Tofferi J, Jackson J, O'Malley P. Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine: A meta-analysis. *Arthritis Rheum.* 2004;51(1): 9-13.
33. Lunn M, Hughes R, Wiffen P. Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain, or fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(1): CD007115.
34. Derry S, Cording M, Wiffen P, Law S, Philips T, Moore A. Pregabalin for pain in fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;9(9): CD011790.
35. Fávero F, William M, Raquel C, Klarmann P, da Silva T & Pilger D. Comparative efficacy of amitriptyline, duloxetine and pregabalin for treating fibromyalgia in adults: an overview with network meta-analysis. *Clin Rheumatol.* 2022; 41(7): 1965-1978.
36. Macfarlane G, Kronisch C, Dean L, Atzeni F, Häuser W, Flub E, et al. EULAR Revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis.* 2016;76(2): 318-328.
37. Cooper T, Derry S, Wiffen P, Moore A. Gabapentin for fibromyalgia pain in adults. *Cochrane Database Sys Rev.* 2017;1(1): CD012188.
38. Da Rocha A, Mizzaci C, Nunes A, da Silva A, Civile V, Moca V. Tramadol for management of fibromyalgia pain and symptoms. *Int J Clin Pract.* 2020;74(3): e13455.
39. Goldenberg D, Clauw D, Palmer R, Clair A. Opioid Use in Fibromyalgia: A Cautionary Tale. *Mayo Clin Proc.* 2016;91(5): 640-648.
40. Staud R. Advances in the management of fibromyalgia: what is the state of the art? *Expert Opin Pharmacother.* 2022;23(8): 979-989.
41. Walitt B, Klose P, Fitzcharles M, Phillips T, Häuser W. Cannabinoids for fibromyal-

- gia. Cochrane Database Syst Rev. 2016;7(7): CD011694.
42. Cameron E, Hemingway S. Cannabinoids for fibromyalgia pain: a critical review of recent studies (2015-2019). *J Cannabis Res.* 2020;2(1): 19.
43. Sagy I, Bar-Lev L, Abu-Shakra M, Novack V. Safety and Efficacy of Medical Cannabis in Fibromyalgia. *J Clin Med.* 2019;8(6): 807.
44. Biblioteca Nacional de Chile. Ley 21531: Fibromialgia y Dolores Crónicos no Oncológicos. 2023.
45. Migliorini F, Maffulli, Eschweiler J, et al. Duloxetine for fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis. *J Orthop Surg Res.* 2023;18(1): 504
46. Welsh P, Úceyler N, Klose P, et al. Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;2018(2): CD010292.
47. Sifuentes-Gajardo WA, Morell-Hita JL. Fibromialgia. *Medicine.* 2017;12(27): 1586-1595.

WPI ≥ 7 y SSS ≥ 5 o WPI 4-6 y SSS ≥ 9
Dolor generalizado: definido como dolor en al menos 4 de 5 regiones: Axial, superior izquierda, superior derecha, inferior izquierda o inferior derecha. No se incluye mandíbula, tórax o abdomen.
Los síntomas han estado presentes a un nivel similar por al menos 3 meses
El diagnóstico de fibromialgia es válido independiente de otros diagnósticos. El diagnóstico de fibromialgia no descarta la presencia de otras enfermedades clínicamente relevantes.

Tabla 1: Criterios diagnósticos de Fibromialgia, American College of Rheumatology 2016¹²
WPI: Widespread Pain Index. SSS: Symptom Severity Scale

Dolor de localización múltiple, es decir en 6 o más lugares de un total de 9 zonas del cuerpo posible. Las zonas son: cabeza, extremidad superior izquierda y derecha, tórax, abdomen, espalda superior, espalda inferior, extremidad inferior izquierda y derecha.
Trastornos del sueño o fatiga moderados o severos
Persistencia de los síntomas (dolor de localización múltiple con trastornos del sueño o fatiga) durante al menos 3 meses.

Tabla 2: Criterios Diagnósticos de la AAPT 2019⁵

Medicamento	Beneficios potenciales	Dosis inicial	Dosis recomendada	Efectos adversos (14)
Amitriptilina	Alivio del dolor ³⁰	12,5 mg/noche	25 mg/noche	Boca seca, constipación, mareos, retención urinaria, xerostomía, cardiotoxicidad.
Ciclobenzaprina	Sueño, Alivio del dolor ³²	5 mg/noche	5-40 mg/día, dividido en 1-3 dosis	Sedación, convulsiones, arritmias, confusión, taquicardia, interacciones con antihipertensivos
Pregabalina	Alivio del Dolor, fatiga, mejora del sueño ³⁴⁻³⁵	75 mg/noche	300-450 mg/noche ³⁴⁻³⁵	Mareo, somnolencia, xerostomía, visión borrosa
Duloxetina	Mejora del ánimo, alivio del dolor	30 mg/día	60 - 120 mg/día ⁴⁵	Náusea, xerostomía, somnolencia, fatiga, cefalea, constipación, diarrea, anorexia. Rara: toxicidad hepática.
Gabapentina	Alivio del dolor y sueño	100 mg/noche	1200 a 2400 mg al día, dividido en 3 dosis	Mareos, sedación, aumento de peso corporal

Tabla 3: Medicamentos que se pueden usar en fibromialgia
Recomendaciones generales del tratamiento farmacológico