

FIBROMIALGIA

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es una patología crónica y compleja de elevada prevalencia que provoca dolor muscular que puede llegar a ser invalidante, con mal descanso nocturno y fatiga, y que afecta biológica y psicológicamente a los pacientes. La extraordinaria complejidad de la fibromialgia, su amplia gama de síntomas, el desconocimiento de su etiología y la ausencia de marcadores biológicos que permitan su objetivación y evolución cuantitativa, constituyen un entramado de dificultades que hacen del paciente una víctima frecuentemente incomprendida y terapéuticamente insatisfecha. La fibromialgia requiere un cuidadoso y pormenorizado diagnóstico médico.

La fibromialgia constituye la causa más frecuente de dolor crónico difuso en la población general. Se la puede definir como un trastorno de la modulación del dolor que condiciona la aparición del mismo, de manera difusa, que se acompaña característicamente de astenia intensa, sueño no reparador y un cortejo sintomático muy variopinto (cefaleas, mareos, colon irritable, dismenorrea, etc.) que no puede ser explicado por presencia de trastornos degenerativos o inflamatorios de origen musculoesquelético. Se conoce también con el nombre de fibromiositis, fibrositis, reumatismo muscular o síndrome de fibromialgia. Se asocia con mucha frecuencia a episodios depresivos, eventualmente acompañados de crisis de angustia o de ansiedad. Los dos criterios básicos que deben cumplir los enfermos para ser diagnosticados de esta enfermedad son la presencia de dolor generalizado, de al menos 3 meses de evolución, y el dolor a la palpación de 11 o más de 18 puntos seleccionados. Dada la importancia de la fibromialgia en términos de prevalencia, incapacidad funcional, sufrimiento y requerimiento de cuidados de todo tipo, es evidente que se trata de una patología de muy alto impacto, tanto para el propio paciente, como para su entorno familiar, el sistema laboral y el sanitario. La ausencia de pruebas biológicas o radiológicas que indiquen la gravedad de la fibromialgia obliga a la utilización de cuestionarios específicos con el fin de establecer el impacto de la enfermedad sobre la salud y, en general, la calidad de vida de los pacientes.

TRATAMIENTO

La fibromialgia puede remitir espontáneamente cuando disminuye el estrés, o bien, puede recidivar a intervalos frecuentes e incluso hacerse crónica. Se trata de una enfermedad que no tiene curación y actualmente el tratamiento se basa en los síntomas individuales de cada paciente y en el tratamiento farmacológico y no farmacológico. Ambos tratamientos deben asociarse.

Los tratamientos van encaminados básicamente a disminuir el dolor y la fatiga, a mejorar el sueño y los niveles de actividad, la adaptación y calidad de vida de las y los pacientes, así como a mantener la funcionalidad e incrementar la capacidad de afrontar la enfermedad y mejorar el bienestar psicológico.

Información y educación del paciente

Aunque algunos profesionales han sugerido que el diagnóstico de fibromialgia podría tener efectos negativos, una revisión sistemática con un nivel de evidencia de calidad moderada-buena indica que reduce la presión asistencial por parte de estos pacientes, ya que el diagnóstico en personas con dolor generalizado finaliza, en muchas ocasiones, con un largo periodo de incertidumbre y desinformación.

Hay pocos ensayos clínicos con grupo control y aleatorizados (ECCA) que analicen de forma aislada la eficacia de la información/educación en FM y estos muestran algunos resultados significativos en cuanto a la percepción de calidad de vida y control, pero en la mayor parte de los ensayos clínicos la información/educación se asocia con otras intervenciones o forma parte de tratamientos multidisciplinarios. La combinación de educación y ejercicios parece más eficaz que la suma de las dos intervenciones de forma aislada.

La mayor parte de las guías de práctica clínica destacan que informar correctamente, independientemente del nivel de eficacia demostrado en ECCA, debe ser el primer paso y tiene el nivel máximo de recomendación por dos

razones primordiales, tanto desde la perspectiva del paciente, la información se considera desde hace mucho tiempo un derecho esencial, como desde la perspectiva del profesional, ya que existe la obligación ética de informar al paciente sobre el diagnóstico y las opciones terapéuticas.

La persona con FM suele presentar una sintomatología compleja y desea respuestas a muchas cuestiones que complican la tarea de informar y educar correctamente. Los medios de comunicación (revistas, periódicos, televisión, internet ...) han provocado un aumento del interés hacia la FM. Sin embargo, con frecuencia, también han contribuido a crear confusión con afirmaciones pseudocientíficas o carentes de rigor.

Destacamos tres elementos claves para dar una información adecuada:

1. Dedicar el tiempo suficiente por parte del profesional sanitario.
2. Tener claros cuáles son los principales mensajes o contenidos que hay que transmitir. Si el paciente desea más información hay que facilitarle acceso a fuentes de información contrastada y de calidad.
3. Utilizar estrategias eficaces de comunicación. Los contenidos fundamentales de la información deben incluir: Información sobre qué es la enfermedad y cómo se diagnostica, alternativas terapéuticas, consejos para afrontar la enfermedad correctamente y minimizar sus consecuencias.

El paciente debe ser informado desde el principio sobre las características de la FM, desdramatizando la evolución, aportando expectativas positivas y potenciando su colaboración con las terapias mediante la confianza en una probable mejoría. Es aconsejable, en muchos casos, incluir en este proceso, si el afectado así lo quiere, a la familia y, especialmente, a la pareja.

Tratamiento farmacológico

No hay ningún fármaco aprobado AEMPS ni por la EMA con indicación específica para FM. Sólo unos pocos fármacos han demostrado eficacia de forma consistente en ECCA en algunos de los síntomas de la FM.

Antidepresivos

Los metaanálisis que analizan su utilidad recomiendan la administración de ADT (amitriptilina) o de ISRS/N (duloxetine)

) como medicamentos más eficaces para conseguir una reducción del dolor y mejorar la calidad del sueño. Aunque se remarca que estas recomendaciones se realizan en función del número de pacientes estudiados (para ISRS/N) o en función de los efectos registrados (para ADT). No obstante, los autores sugieren considerar la opinión del paciente antes de iniciar el tratamiento debido a que las enfermedades asociadas pueden conllevar efectos adversos de estos fármacos.

Otros fármacos

Ciclobenzaprina

Aunque la ciclobenzaprina se suele clasificar como un relajante muscular, su estructura química es muy similar a la amitriptilina (sólo se diferencian en un doble enlace). Un metaanálisis sobre la eficacia de la ciclobenzaprina en FM mostró una mejoría importante en el sueño. El dolor mejoraba a corto plazo (sobre todo a la cuarta semana) y, posteriormente, el efecto disminuía. Las dosis utilizadas en los diferentes ensayos fue variable (10-40 mg). Por su efecto sedante se recomienda la administración de la dosis principal o con frecuencia única, 2-3 horas antes de acostarse.

Pregabalina

Pregabalina es un análogo del ácido gamma-aminobutírico (GABA). Aunque su mecanismo de acción no está aún claro, disminuye la excitabilidad neuronal central al unirse a una subunidad auxiliar de los canales de calcio dependientes del voltaje en las neuronas del sistema nervioso central. Dos metaanálisis recientes concluyen que existe una fuerte evidencia de eficacia en la reducción del dolor y en la mejoría del sueño y la calidad de vida, observándose también una pequeña disminución en la ansiedad y la fatiga. No se observaron diferencias en la depresión.

Tramadol

Este fármaco tiene una débil actividad agonista sobre los receptores opioides μ pero, además, es un inhibidor mixto de la recaptación de serotonina y noradrenalina. Los agonistas opioides como el tramadol consiguen mejoría del dolor, pero los estudios con este grupo de fármacos se han llevado a cabo con pocos pacientes y con algunos sesgos de realización, sin embargo, mostraron una superioridad significativa de Tramadol frente a placebo.

Paracetamol

El paracetamol es el fármaco más utilizado en fibromialgia. En un reciente estudio sobre 2.596 pacientes con FM

el paracetamol era el fármaco más utilizado (el 94% lo habían tomado alguna vez en su vida). El 36% de pacientes consideraba que el paracetamol les había sido útil.

Antiinflamatorios

Ni los glucocorticoides como prednisona ni los AINEs han demostrado eficacia frente a placebo en el tratamiento de la FM, sin embargo, varios estudios han señalado la posible utilidad de combinar ibuprofeno o naproxeno con amitriptilina, ciclobenzaprina o benzodiacepinas. Algunos autores creen que sólo deberían utilizarse cuando se sospecha la existencia de posibles generadores de dolor periférico incluyendo artrosis y dolor de partes blandas.

Hay un conjunto de fármacos que han demostrado eficacia en, al menos, un ECCA y que podrían considerarse como alternativas en casos seleccionados: gabapentina, pramipexol, oxicato sódico, hormona del crecimiento o nabilona. Por otra parte faltan estudios controlados de calidad en relación al uso de opioides mayores como ketamina, lidocaína y cannabis en pacientes con FM.

Tratamiento no farmacológico

Se han publicado numerosas revisiones que analizan la eficacia de los tratamientos no farmacológicos, siendo los programas de ejercicios, la intervención más y mejor estudiada. Para el resto de intervenciones (agentes físicos, terapia manual...) se dispone de una menor evidencia y calidad.

Programas de ejercicios físicos

Como ya hemos comentado, respaldados por numerosos trabajos de investigación, los programas de ejercicios deben ser una de las recomendaciones básicas en pacientes con FM. Se deben valorar fundamentalmente tres alternativas:

- Ejercicios aeróbicos. Utilizan grandes grupos musculares involucrándolos en movimientos repetidos, con aumento de la frecuencia cardíaca pero sin superar el umbral anaeróbico (hasta 70-85% de la frecuencia cardíaca máxima para la edad). En los pacientes con FM es necesario comenzar con una intensidad de entrenamiento menor (del 60-75% de la frecuencia cardíaca máxima) y una frecuencia mayor, para que una vez adaptados a la práctica de ejercicio pueda incrementarse la intensidad y disminuir la frecuencia. Entre ellos se incluyen ejercicios en carga (caminar, danza) y en descarga (bicicleta, natación...);

- Ejercicios de fortalecimiento muscular. Pretenden mejorar la fuerza, resistencia y potencia muscular realizando contracciones musculares contra determinadas resistencias como bandas elásticas, pesas o el propio peso del paciente;
- Ejercicios de estiramiento o flexibilidad. Su objetivo es mejorar la flexibilidad muscular y de los tejidos blandos.

Actualmente se acepta que la ventana terapéutica es estrecha: demasiado ejercicio produce un aumento de los síntomas y demasiado poco es inadecuado para obtener resultados.

Recomendaciones:

- La cantidad e intensidad del ejercicio aeróbico inicial se adaptará a nivel individual.
- El inicio debe ser en niveles justo por debajo de esa capacidad individual.
- Se aumentará gradualmente la duración e intensidad hasta realizar en 2-3 semanas ejercicio diario de intensidad baja a moderada durante 20-30 minutos.
- El tipo de ejercicio aeróbico se debe adaptar a las preferencias del paciente, las comorbilidades y las ofertas locales.
- El programa de entrenamiento inicial debe durar un mínimo de cuatro semanas.
- Los pacientes deben ser informados de que a corto plazo pueden tener un aumento tolerable en el dolor y la fatiga, pero que si el ejercicio se realiza a una intensidad adecuada, estos síntomas deben regresar a los niveles basales dentro de las primeras semanas de ejercicio.
- Los pacientes deben ser motivados para continuar el ejercicio después del programa.

Agentes físicos

Los datos disponibles sobre la eficacia de los agentes físicos en FM se basan en la información procedente de diversos ECCA, pero parecen un mal candidato para los tratamientos físicos ya que estos, habitualmente, tienen un efecto fundamentalmente local. Para superar esta limitación se han intentado varias estrategias:

1. Aplicar el agente físico en los principales puntos dolorosos. Los aparatos modernos de láser permiten alcanzar dosis terapéuticas en periodos muy cortos (1-3 minutos) lo que posibilita el tratamiento simultáneo de varios puntos en una sola sesión;

2. Utilizar dispositivos portátiles, que el propio paciente puede emplear en su domicilio sin necesidad de supervisión. Esto permite tratar varias zonas dolorosas (seleccionando las más sintomáticas en cada momento). Algunos ejemplos serían los aparatos de corriente eléctrica nerviosa transcutánea (estimulación nerviosa transcutánea- TENS) y algunos modelos de corrientes interferenciales y de aparatos de termoterapia.
3. Usar aparatos con superficies de emisión amplias que abarcan toda la longitud del cuerpo, como camas de rayos infrarrojos o algunos aparatos de campos magnéticos;
4. Aplicar el medio físico directamente a nivel craneal apoyándose en que el origen del problema es una sensibilización al dolor de origen central.

Los diversos estudios sugieren un efecto positivo pero, en la mayor parte de los casos sólo a corto plazo, tras la aplicación de medios físicos. Los estudios son heterogéneos, con riesgo de sesgos y aún demasiado escasos para recomendar estos tratamientos en la práctica cotidiana. Algunas alternativas, principalmente el láser, las nuevas formas de termoterapia superficial, los campos magnéticos y la corriente directa transcraneal ofrecen un gran potencial y se deben promover trabajos de investigación que determinen su verdadero valor.

Otras terapias físicas

Tratamiento quiropráctico. Hay varias revisiones sistemáticas y ECCA que analizan la eficacia del tratamiento quiropráctico en FM, pero el único ECCA que muestra resultados favorables compara si hay diferencias entre añadir o no tratamiento quiropráctico (sin proporcionar detalles) a electroterapia craneal y medicación (también sin dar detalles). Aunque los resultados en relación al dolor favorecían al grupo que realizó tratamiento quiropráctico (reducción del 36% frente a un 26% en el grupo control), no se realizó un análisis estadístico. Un informe publicado en 2010 en Inglaterra concluye que la evidencia es insuficiente para considerar eficaz el tratamiento quiropráctico.

Masaje. Los efectos del masaje también han sido analizados en diversos ensayos y en una revisión sistemática, pero los resultados son contradictorios, por lo que los datos que apoyan la eficacia del masaje son de baja calidad, con alto riesgo de sesgo y sólo sugieren un posible efecto a corto plazo.

Terapia con oxígeno hiperbárico (TOHB).

En diversas experiencias se ha demostrado que la TOHB puede inducir plasticidad neuronal que conduce a la reparación de las funciones cerebrales en pacientes con problemas crónicos y a una mejora en la calidad de vida de pacientes post-ictus y con lesión cerebral traumática leve. A partir de estos buenos resultados, y bajo la premisa de que la TOHB podría contribuir a rectificar la función cerebral anormal subyacente a los síntomas de los pacientes con FM, se realizó un ensayo para realizar una evaluación del efecto del OHB sobre la actividad cerebral y el bienestar de los pacientes con FM.

El tratamiento OHB dio lugar a la mejora significativa de los síntomas FMS, con una mejora significativa en la calidad de vida. Estos resultados sugieren que la TOHB puede inducir neuroplasticidad y rectificar significativamente la actividad cerebral anormal en áreas relacionadas con el dolor de los pacientes con FM.

Terapia cognitivo-conductual (TCC).

La TCC es un abordaje terapéutico que incluye una amplia variedad de técnicas que se han mostrado eficaces para trabajar con respuestas fisiológicas, cognitivas, emocionales y comportamentales (relajación, biofeedback, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, control de estímulos, reinterpretación sensorial, imaginería guiada, manejo de contingencias, etc.) pudiendo dar lugar, por tanto, a diferentes combinaciones de tratamiento. Buscar la mejor combinación en cada caso y siempre en función de los objetivos terapéuticos, será la primera tarea de cualquier profesional. Los principios del aprendizaje constituyen su base teórica, asumiendo, además, que la persona es un procesador activo de la información interna y externa, y que, en función de ese procesamiento, más o menos automático, siente y actúa.

Desde la TCC se pretende dotar a las personas de estrategias para que puedan ejercer control sobre sus vidas, manteniendo la mayor funcionalidad posible. Para ello, y en términos generales, los programas cognitivo-conductuales incluyen una parte psicoeducativa y otra de entrenamiento en la adquisición y mejora de habilidades de afrontamiento del dolor y sus consecuencias. La parte educativa resulta sumamente importante porque sirve, entre otras cosas, para ajustar las expectativas del enfermo a su situación y posibilidades de acción, además de que resta ansiedad en el manejo del problema. En esta parte, debe

quedar claro cómo se establecen relaciones funcionales entre los diferentes elementos del comportamiento de la persona con dolor y cómo esta persona puede ser motor y agente de cambio.

Respecto al entrenamiento en habilidades de afrontamiento, la mayoría de los programas incluyen técnicas dirigidas a la regulación de la activación fisiológica y de la tensión muscular (biofeedback y relajación, entre otras técnicas), a la normalización de la actividad, incluyendo también otras actividades como el ejercicio físico (utilizando programas de refuerzo y extinción de conductas, jerarquizando la dificultad de las actividades y utilizando contratos conductuales, entre otras técnicas), al reconocimiento y modificación de creencias irracionales e incorporación e internalización de pensamientos adaptativos y de afrontamiento (reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, entre otras) y a la incorporación de nuevas formas de manejo del problema y de relación con el medio social cercano (resolución de problemas, entrenamiento asertivo, entre otras). La intervención psicológica acaba cuando se asegura la generalización y el mantenimiento de dichas estrategias. En definitiva, la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales se basa en la incorporación y cambio de cogniciones y comportamientos que las personas y su medio social más cercano tienen ante el problema de dolor. La TCC también es eficaz como complemento de otras intervenciones mejorando los síntomas y disminuyendo la limitación funcional.

Tratamiento combinado multicomponente

Aunque los abordajes multidisciplinarios son difíciles de evaluar y dependen, principalmente, de los tipos de intervención que combinan, se recomienda la combinación de ejercicio físico, estrategias de intervención cognitivo-conductual y fármacos en el tratamiento de pacientes con FM, ya que se ha demostrado eficaz en el manejo del dolor y en la mejora de la calidad de vida y la capacidad física.

Terapias naturales

La eficacia limitada de los tratamientos convencionales en fibromialgia lleva a muchos pacientes a utilizar terapias alternativas. En general no existe evidencia sobre la eficacia de las terapias naturales en el tratamiento de la FM. Algunos estudios, revisiones o metaanálisis se han centrado específicamente en algunas terapias naturales demostrando con la acupuntura una disminución de la intensidad del dolor y de mediciones relacionadas sobre el

nivel de fatiga, la ansiedad o la depresión, o relacionadas con la intensidad del dolor que se mantuvieron evidentes después de un año.

Los efectos secundarios fueron leves y escasos, por lo que los autores concluyen que la acupuntura, aplicada bajo parámetros personalizados, puede ser un tratamiento viable para combatir la fibromialgia.

Sin embargo, con la homeopatía y el uso de suplementos dietéticos y nutricionales la evidencia es insuficiente para afirmar que cualquiera de estos tratamientos pueda considerarse eficaz.

Taichi

Un estudio realizado en 2010 aplicando Taichi Yang estilo clásico, en comparación con una intervención control consistente en educación y estiramiento, observó mejoras significativas en el humor, la calidad de vida, el sueño y la capacidad de realizar ejercicio en el grupo de Taichi con respecto al grupo control, al igual que otros procesos que cursan con dolor músculo-esquelético. El tai chi es un ejercicio suave y de meditación que consiste en que fluyan los movimientos circulares, el equilibrio y el cambio de peso junto con técnicas de respiración y herramientas cognitivas.

Otras terapias como el Reiki o el Qi-Gong no han demostrado eficacia alguna en el tratamiento de la fibromialgia.

Implicación del farmacéutico en el tratamiento del paciente con Fibromialgia

La extraordinaria complejidad de la fibromialgia, su amplia gama de síntomas, el desconocimiento de su etiología y la ausencia de marcadores biológicos que permitan su objetivación y evolución cuantitativa, constituye un entramado de dificultades que hacen del paciente una víctima frecuentemente incomprensida y terapéuticamente insatisfecha.

La fibromialgia requiere un cuidadoso y pormenorizado diagnóstico médico pero, para ello, es preciso que el paciente acuda a la consulta médica.

¿Qué puede hacer sospechar al farmacéutico la posibilidad de fibromialgia en un paciente y, en consecuencia, remitirle al médico para su adecuado diagnóstico?

Básicamente, los siguientes elementos:

- Dolor crónico (más de tres meses) persistente, que no remite significativamente con la administración de analgésicos convencionales (paracetamol, ibuprofeno, etc.) y está distribuido por la mayoría del cuerpo, afectando al menos a tres de los cuatro cuadrantes.
- Dolor localizado en varios puntos distantes del cuerpo al mismo tiempo, que aumenta con la palpación.
- Sensación permanente de fatiga, especialmente al levantarse, pero que no cede del todo a lo largo del día. Frecuentemente acompañado de insomnio.

En el caso de que se haya establecido el diagnóstico médico correspondiente, es importante mantener una estrecha colaboración con el médico, para evitar cualquier discrepancia que pudiera acrecentar la sensación de aislamiento o incompreensión por el paciente.

El paciente debe ser informado desde el principio sobre las características de la fibromialgia, desdramatizando su posible evolución, buscando su colaboración y su confianza, y ofreciéndole unas expectativas positivas, y ello incluye, si el paciente lo estima oportuno, también a la familia y especialmente a la pareja.

Dada la inexistencia de un único tratamiento farmacológico que controle todos los síntomas, el paciente con fibromialgia está, habitualmente, polimedicado, lo que implica la conveniencia de un seguimiento farmacoterapéutico especialmente estrecho, con particular énfasis en la adherencia al tratamiento prescrito y la prevención/detección de posibles interacciones farmacológicas y efectos adversos que puedan causar reacciones negativas a la medicación.

Cuando hablamos de adherencia al tratamiento no debemos ceñirnos puramente a la toma de medicamentos sino que debe ir mas allá en lo referente a todas las medidas terapéuticas planteadas que pueden abarcar, tanto la toma de medicación, como con la realización de una dieta o la modificación del estilo de vida.

Es importante remarcar que la adherencia al tratamiento no consiste tanto en una obediencia ciega del paciente a las instrucciones de su médico o farmacéutico, sino más bien en la aceptación consciente y libre de las instrucciones recibidas y debidamente explicadas, ya que es el paciente y su salud lo que está en juego. Así pues, el paciente tiene que ser copartícipe con los profesionales sanitarios

de los objetivos terapéuticos y responsabilidades, para lo cual será imprescindible conocer el nivel cultural del paciente, sus creencias y sus actitudes vitales.

La adherencia al tratamiento farmacológico suele englobar dos conceptos complementarios: el cumplimiento de la dosis y la forma de administración, y la persistencia en el tratamiento según la duración establecida.

En el caso de la fibromialgia, aunque se trate de una enfermedad crónica, los tratamientos no tienen por qué ser permanentes, por ello, los dos conceptos mencionados son importantes e implican varios métodos de determinación diferentes, eventualmente al mismo tiempo para evitar una incorrecta estimación.

Son numerosos los test utilizados para determinar la adherencia terapéutica, aunque posiblemente el más utilizado sea el cuestionario de Morisky-Green-Levine que ha sido utilizado en numerosos estudios sobre adherencia de tratamientos antihipertensivos, antirretrovirales y osteoporosis, entre otros.

El cuestionario de Morisky-Green-Levine incluye cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica (sí/no) que pretende registrar la conducta del paciente con respecto al cumplimiento, asumiendo que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor.

- “¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?”
- “¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?”
- “Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?”
- “Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?”

En cuanto al control de la medicación, para evitar posibles reacciones no deseadas, a continuación presentamos una tabla con la medicación más utilizada en Fibromialgia, su indicación, su recomendación, su dosificación y las precauciones a tener en cuenta.

Tabla 3. Fármacos utilizados en el tratamiento de la FM en función de la sintomatología predominante

Fármaco	Síntomas a tratar	Grado de recomendación	Rango terapéutico	Precauciones, RRAA e interacciones clínicamente relevantes
Amitriptilina	Dolor, sueño, fatiga, limitación funcional	A	25-50 mg/día	Historia de crisis epilépticas; Alteraciones cardiovasculares; Hipertiroidismo; Diabetes; Glaucoma; Insuficiencia hepática; Uso simultáneo de IMAO u otros anti-depresivos; Alcohol; Pensamientos suicidas; Síndrome serotoninérgico
Ciclobenzaprina	Sueño, dolor	A	10-40 mg/día	Alteraciones cardiovasculares; Hipertiroidismo; Glaucoma; Insuficiencia hepática; Uso simultáneo de IMAO u otros antidepresivos; Alcohol; Pensamientos suicidas; Síndrome serotoninérgico
Duloxetina	Dolor, sueño, depresión, limitación funcional	A	60-120 mg/día	Hipertensión no controlada; Hipertiroidismo; Diabetes; Midiriasis, precaución en Glaucoma; Insuficiencia hepática y renal grave; IMAO u otros antidepresivos; Hierba de San Juan; Pensamientos suicidas; Síndrome serotoninérgico; Alcohol
Pregabalina	Dolor, sueño, limitación funcional, ansiedad	A	300-450 mg/día	Diabetes; Mareos, pérdida de conocimiento, confusión, deterioro mental; Alteraciones visuales (visión borrosa); Insuficiencia renal (nefrotoxicidad); Pensamientos suicidas; Alergia a la lactosa; Alcohol
Fluoxetina	Dolor, sueño, fatiga, depresión, limitación funcional	B	20-70 mg/día	Pensamientos suicidas; Alteraciones cardiovasculares; IMAO; Síndrome serotoninérgico; Terapia anticoagulante; Tamoxifeno; Diabetes; Función hepática y renal; Alergia a la lactosa; Reacciones alérgicas cutáneas; Midiriasis, precaución en Glaucoma; Alcohol; Pérdida de peso.; Hiponatremia
Paracetamol	Dolor	D	2-4 g/día	Insuficiencia hepática (Hepatotoxicidad-precaución interacciones); Insuficiencia renal grave; Alcohol; Evitar tratamientos prolongados; Interferencias en pruebas analíticas
Tramadol	Dolor	B	150-300 mg/día	Uso simultáneo de IMAO; En intoxicaciones por Alcohol, hipnóticos, analgésicos, opioides o psicotrópicos; Síndrome serotoninérgico; Carbamacepina; Náuseas y vértigos; Ocasionales: vómitos, estreñimiento, sudoración, sequedad de boca, cefalea y mareos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Fibromialgia: Atención farmacéutica. Panorama Actual Med 2012; 36 (353): 323-340
2. Collado A, Cuevas MD, Estrada MD, et al. Fibromialgia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Madrid, 2011.
3. FIBROMIALGIA. Tratamiento del trastorno del sueño en Fibromialgia. Pharmaceutical Care (2006) ; 8 (3) : 137-143
4. Larrañaga Arregui, B. Fibromialgia. Sandagaiak. Boletín Terapéutico del Consejo de Farmacéuticos del País Vasco. 2008; 1(21): 1-2.
5. Evaluación de la cortisoluria en mujeres diagnosticadas de fibromialgia. Med Clin (Barc).2009; 133(07) :255-7
6. Fibromialgia: el dolor incomprendido. Panorama Actual Med 2012; 36 (353): 323-340
7. FIBROMIALGIA. Panorama Actual Med 2001; 25 (247): 903-5
8. Tratamiento del síndrome de la fibromialgia con antidepresivos. JAMA 2009;301(2):198-209
9. FIBROMIALGIA. CAUSAS Y TRATAMIENTO. Pharmacist's Letter (2005) ; 21 (1) : 2
10. La terapia con oxígeno hiperbárico puede disminuir el síndrome de fibromialgia. PLOS One 2015; doi: 10.1371/journal.pone.0127012
11. Wang C, Schmid CH, Rones R, et al. A randomized trial of tai chi for fibromyalgia. N Engl J Med. 2010; 363:743-54.
12. Acupuntura individualizada para la fibromialgia en atención primaria. Acupunct Med 2016; doi: 10.1136 / acup-med-2015-010950
13. Fibromialgia. Punto Farmacológico 67. Consejo General de Colegios de Farmacéuticos. 2012.
14. Pregabalina. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios. https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/79360/79360_ft.pdf
15. Duloxetina. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios. https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/79370/FT_79370.pdf
16. Ciclobenzaprina. <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/c047.htm>
17. Amitriptilina. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios. https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/37130/FT_37130.pdf
18. Fluoxetina. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios. https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/62661/62661_ft.pdf
19. Paracetamol. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios. https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/63646/FT_63646.pdf
20. Tramadol. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios. https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/65724/FT_65724.pdf

Edita: **DICAF, SL**
C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

ISSN: 1575-3611 -- NIF: B61640439
Depósito legal: GI-557/1999

Comité de redacción de The Pharmaceutical Letter: <http://www.dicaf.es/comite.php>
Información y suscripciones:
DICAF, SL - C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA
Tel. 932.113.093 - e-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: <http://www.dicaf.es>