

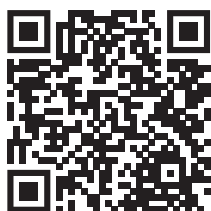


Ministerio  
**de Salud  
Pública**

Dirección General  
**de la Salud**

Área programática  
**de Enfermedades no transmisibles**

# Recomendaciones para el abordaje de personas con fibromialgia en el primer nivel de atención



[msp.gub.uy](http://msp.gub.uy)

**Autoridades:**

Ministra de Salud Pública  
Karina Rando

Subsecretario  
José Luis Satdjian

Director General de Secretaría  
Gustavo Cardoso Muñoz

Directora General de la Junta Nacional de Salud  
Alicia Rossi

Directora General de Salud  
Adriana Alfonso

Subdirectora General de Salud  
Jacquélín Coronato de Freitas

Directora General de Coordinación  
Mariela Anchén

Directora General de Fiscalización  
Carolina Rebagliati

Subdirectora General de Fiscalización  
Ana Lucía Sanguinetti

## **Directora General del Programa de Enfermedades No Transmisibles**

.....

**Dra. Kelsy Arbiza**

### **Grupo Asesor para la redacción del documento**

.....

**Dra. Kelsy Arbiza.**

Coordinadora del Programa de  
Enfermedades no Transmisibles. MSP

**Lic. en Enfermería Ana María Núñez.**

Magíster en Cuidados Paliativos.  
Programa Cuidados Paliativos - MSP

**Lic. Ricardo Alberti.**

Sociólogo. Asesor a la Dirección General  
de la Salud. MSP

**Dr Alvaro Usher.**

Médico Psiquiatra. Área Programática  
para la Atención en Salud Mental ,  
Dirección General de Salud , MSP.

**Dr. Andrés Bálsamo.**

Coordinador General de Área  
Programática

**Dra. MSc. PhD Mariela Larrandaburu**  
Médica Genetista.

Coordinadora del Programa de  
Enfermedades Raras y Anomalías  
Congénitas.  
Ministerio de Salud Pública.

**Sr. Luis Pierri.**

Coordinador del Programa de Actividad  
Física y Salud del MSP

**Dra. Carmen Ciganda.**

Directora encargada de la División Salud  
Ambiental y Ocupacional - DIGESA -  
MSP

**Dr. Walter Fierro Morales.**

Médico, Apiterapeuta. Miembro  
de la Sociedad Uruguaya de  
Psiconeuroinmunoendocrinología.

**Mag. José Luis Priore.**

Programa de Enfermedades no  
Transmisibles. MSP

**Dr. Facundo Taboada.**

Profesor Adjunto de la Unidad  
Académica de Medicina Familiar y  
Comunitaria.

**Lic. en Sociología. Sandra García.**

Asesora del Programa de Actividad  
Física y Salud del MSP

**Lic. Adriana Posadas.**

Psicoterapeuta Integrativa PNIE

**Lic. Olga Ferreira.**  
Psicoterapeuta Integrativa PNIE

**Dra. Milka Santos.**  
Médica de Familia Especializada en PNIE

**Dra Nadia Cervini.**  
Instituto Nacional de Reumatología

**Lic. Nut. Marina Moirano, MSc.**  
Prof. Agdo. Unidad Académica  
Departamento de Nutrición Clínica.  
Escuela de Nutrición - Udelar.

**Lic. Nut. Natalia La Rocca, MSc.**  
Asistente Unidad Académica Depto. de  
Nutrición Clínica. Escuela de Nutrición -  
Udelar.

**Prof. Claudia Souto Giagnacovo.**  
Presidenta ASSCI Uruguay.  
Coordinadora ejecutiva Alianza de  
Pacientes Uruguay

**Lic. Enf. María de los Ángeles Cabrera.**  
Secretaria ASSCI Uruguay

**Técnica Verónica Goncálves.**  
Referente ASSCI Uruguay

**Dra. Elizabeth Chaves.**  
Ex. Prof. Agdo. Departamento de Salud  
Ocupacional,

**Dra. Adriana Cabal.**  
Reumatóloga encargada de Jefatura de  
Policlinicas de INRU – ASSE

**Dra. Elizabeth Chaves.**  
Ex. Prof. Agdo. Dpto. Salud Ocupacional.

**Dra. Sofía González Azziz.**  
Médica Especialista en Medicina del  
deporte. Prof. Adjunta de Medicina del  
Ejercicio y Deporte-Hospital de Clínicas-  
Universidad de la República

## **Grupo básico Redactor del documento**

---

**Facundo Taboada.**

Profesor Adjunto de la Unidad Académica de Medicina Familiar y Comunitaria.

**Dr. Walter Fierro Morales.**

Médico, apiterapeuta. Miembro de la Sociedad Uruguaya de Psiconeuroinmunoendocrinología.

**Dra. Adriana Cabal.**

Reumatóloga encargada de Jefatura de Policlinicas de INRU – ASSE

**Dra. Kelsy Arbiza.**

Coordinadora del Programa de Enfermedades no Transmisibles. MSP

## Contenido

.....	
<b>Introducción.....</b>	<b>6</b>
<b>Definición y generalidades.....</b>	<b>8</b>
<b>Presentación clínica.....</b>	<b>9</b>
<b>Genética y Epigenética de la Fibromialgia.....</b>	<b>11</b>
Mecanismos Epigenéticos.....	12
Heredabilidad de la Fibromialgia.....	12
Perspectiva Terapéutica Basada en Evidencia.....	13
<b>Diagnóstico .....</b>	<b>14</b>
<b>Clasificación .....</b>	<b>17</b>
Historia clínica.....	17
Examen Físico.....	18
<b>Diagnóstico diferencial.....</b>	<b>19</b>
<b>Tratamiento .....</b>	<b>21</b>
Consideraciones Generales.....	21
<b>Tratamiento no farmacológico.....</b>	<b>24</b>
Prescripción de actividad física en personas con fibromialgia.....	24
Consideraciones nutricionales (36) .....	32
Tratamiento psicoemocional Integrativo para pacientes con fibromialgia.....	33
Salud circadiana e higiene del sueño.....	34
<b>Tratamiento farmacológico.....</b>	<b>35</b>
Gabapentinoides.....	37
Analgésicos.....	38
Relajantes musculares .....	38
Cannabinoides de uso medicinal (CM).....	38
Opioides (5).....	39
<b>Fibromialgia y trabajo.....</b>	<b>41</b>
<b>Anexo.....</b>	<b>46</b>
Decálogo para el paciente aportado por la Asociación de Pacientes con Fibromialgia y Enfermedades de Sensibilización Central Uruguay   ASSCI URUGUAY	
<b>Bibliografía.....</b>	<b>48</b>

# Introducción

---

La fibromialgia es una condición compleja, crónica y multifactorial que afecta significativamente la calidad de vida de las personas que la padecen. Caracterizada por dolor musculoesquelético generalizado, fatiga, trastornos del sueño y dificultades cognitivas, esta enfermedad representa un desafío para los sistemas de salud debido a la dificultad de su diagnóstico clínico y a la necesidad de su manejo interdisciplinario y su impacto en las esferas personal, laboral y social de quienes la padecen.

En Uruguay, como en muchos otros países, la atención a las enfermedades no transmisibles (ENT) constituye una prioridad sanitaria. En este contexto, la fibromialgia se incluye como parte de las patologías que requieren un abordaje integral e individualizado desde el primer nivel de atención. Este nivel, como puerta de entrada al sistema sanitario, tiene un rol fundamental en la identificación temprana, el diagnóstico oportuno y el manejo efectivo de esta condición, con énfasis en un enfoque centrado en la persona y la coordinación de cuidados interdisciplinarios.

El presente documento, “Recomendaciones para el abordaje de personas con fibromialgia en el primer nivel de atención”, busca fortalecer la capacidad de los equipos de salud para atender a las personas con fibromialgia de manera integral y basada en evidencia. Las recomendaciones aquí incluidas tienen como objetivo promover el acceso equitativo a la atención, fomentar la educación de pacientes y profesionales, y reducir las barreras al diagnóstico y tratamiento adecuado de esta enfermedad.

Este esfuerzo se enmarca en los Objetivos Sanitarios Nacionales 2030 del Ministerio de Salud Pública de Uruguay, que destacan la importancia de promover el bienestar físico, mental y social de la población. Entre estos objetivos se prioriza el fortalecimiento del primer nivel de atención como eje articulador del sistema sanitario, y se fomenta el abordaje integral de las ENT con especial énfasis en el control del dolor crónico y las enfermedades relacionadas con la calidad de vida.

Abordar la fibromialgia desde el primer nivel de atención requiere, no solo mejorar la capacidad diagnóstica, sino también garantizar un tratamiento que integre estrategias farmacológicas y no farmacológicas, promover el autocuidado, el apoyo psicosocial y la participación activa de las personas en su proceso de salud. Este enfoque contribuye al logro de una atención de calidad, equitativa y centrada en las personas, en consonancia con los principios rectores de las políticas sanitarias nacionales.

Con estas recomendaciones, el Ministerio de Salud Pública reafirma su compromiso con la mejora continua de los servicios asistenciales, orientada hacia una atención primaria fortalecida, que sea capaz de dar respuesta a las necesidades y expectativas de la población uruguaya.

## Definición y generalidades

---

La fibromialgia es un síndrome de sensibilización central (SSC) caracterizado por dolor crónico musculoesquelético, difuso, no articular y de carácter benigno. Suele acompañarse de astenia, trastornos del sueño, alodinia e hiperalgesia cutánea, verbigracia: no toleran ropa ajustada. La localización del dolor no se relaciona con una lesión fisiopatológica aparente. Un alto porcentaje de los pacientes suelen padecer depresión y/o trastornos de ansiedad, incrementados por el dolor o precediéndolo. El SSC se estudia y clasifica dentro de un grupo de síndromes, del cual se destacan el S. miofascial, S. de fatiga crónica, S. de dolor regional complejo (distrofia simpático-refleja), cefaleas tensionales y migrañas, síndrome de intestino irritable, s. químico múltiple, entre otros (1,2); puede manifestarse aislado o asociado a alguno de estos síndromes, tornándose aún más confuso y complejo su diagnóstico.

La fibromialgia se trata de un proceso frecuente, que suele afectar al 2 y 6 % de la población, y supone un gran reto y desafío para los profesionales de la salud. Se da con mayor frecuencia en mujeres que en hombres (20:1); aunque puede manifestarse a cualquier edad, suele presentarse entre los 20-70 años. (3)

## Presentación clínica

---

Los pacientes con SSC tienen un relato de dolores característico, habitualmente impregnado de gran angustia. Estos incrementan o contribuyen al trastorno de ansiedad que puede preceder y que de sostenerse en el tiempo, desencadena estado de angustia y/o depresión, favoreciendo un estado de facilitación nociceptiva. Estos pacientes también suelen padecer astenia e insomnio y sintomatología neurológica como cefaleas y mareos. Algunos pacientes informan problemas cognitivos transitorios y reversibles como déficit de memoria, falta de atención y disminución de la capacidad para concentrarse, conocido informalmente como “fibroniebla” (4).

Estos pacientes además de las algias y los síntomas neuropsicológicos, con frecuencia padecen distonías neurovegetativas que afectan aún más su calidad de vida (1). Exhiben síntomas cardiovasculares (palpitaciones y/o hipotensión arterial), sensación de frío corporal, trastornos circulatorios periféricos, digestivos (dispepsias y/o colon espasmódico) y urinarios; entre otros. Padecen de edemas que desconciertan por su localización y transitoriedad, y que pueden llevar a errores diagnósticos, principalmente de enfermedades autoinmunes y/o degenerativas. Estos síntomas varían día a día y no todos los pacientes los tienen todos. Algo que caracteriza a estos pacientes, es la hipersensibilidad a los cambios climáticos y a todas aquellas situaciones que perciben como estrés.

Esta condición altera el ritmo vital de las personas, que aunque suelen presentar una apariencia saludable, experimentan a menudo fuertes dolores, cansancio extremo y una sensación de malestar general que suele ir acompañado de un bajo o muy bajo estado anímico. Ese cuadro propio de la fibromialgia, es una barrera para la persona, ya que a diario representa un obstáculo para desarrollar tareas cotidianas, jornadas laborales completas, familiares y sociales.

Es recomendable tener en cuenta que existe frecuente comorbilidad con enfermedades autoinmunes (PAR, LES y Hashimoto, entre otras) (2 y 5). Se debe realizar un buen diagnóstico diferencial, para evitar iatrogenia farmacológica y/o quirúrgica. Los pacientes a veces son tratados innecesariamente con bloqueos epidurales, corticoides, inmunosupresores y/o inmunomoduladores o sometidos a cirugía de diverso tipo (columna, túnel carpiano, apendicectomía, etc.).

Estos pacientes suelen acudir a diversos especialistas antes de obtener un diagnóstico, y pueden sentirse angustiados debido al retraso que implica. Si bien no se puede hablar de una personalidad asociada a la fibromialgia en forma lineal, sí se les asocia algunas características como estados de ansiedad crónica, alto grado de hiperactividad, rasgos histriónicos, que se definen como exigente consigo mismos y con frecuencia sienten y les preocupa una dificultad para expresar sus emociones (alexitimia) (6,7). Por todo esto, la empatía es una herramienta fundamental, relevante en el diagnóstico y tratamiento del SSC, como parte de una medicina integrativa.

El dolor crónico y la depresión, estrechamente ligados entre sí, pueden producir alteraciones del estado de ánimo, irritabilidad, frustración, etc. En múltiples oportunidades, el dolor crónico y la depresión llevan a la inactividad física, lo que genera mayor sensación de angustia (1). El dolor crónico en estos pacientes produce un círculo recurrente que repercute en la esfera cognitiva, emocional y conductual, condiciona y limita la actividad física y afecta el buen descanso porque genera posiciones antiálgicas con sus consecuentes contracturas (ver figura 1).

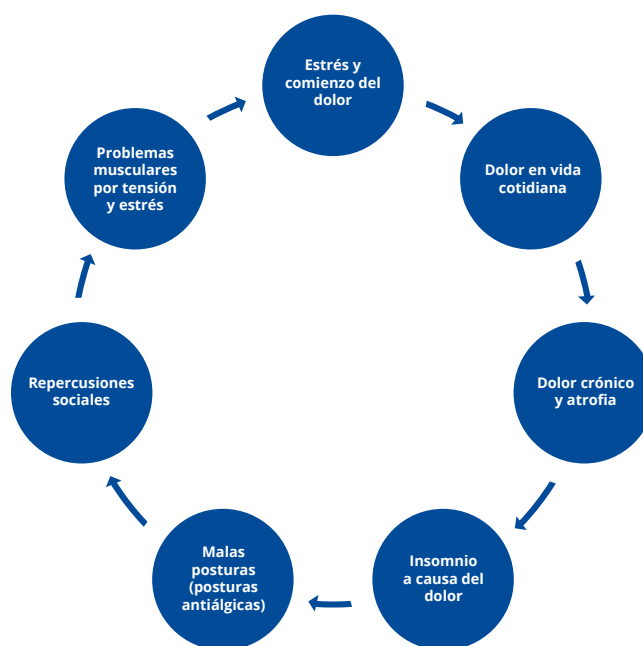


Figura 1: Círculo recurrente del dolor crónico (1).

## Genética y epigenética de la fibromialgia

---

El diagnóstico de la fibromialgia, como se mencionó anteriormente, se basa actualmente en una evaluación clínica integral. Históricamente ha existido una gran dificultad para identificar una vía fisiológica específica asociada a la enfermedad. Más recientemente, se introdujo el término “trastornos somáticos funcionales”, como resultado de avances en la comprensión de la interacción cerebro-cuerpo y para abordar las controversias históricas sobre la naturaleza somática y mental de los síndromes de sensibilidad central.(8)

Estudios han demostrado que las variantes genéticas y los mecanismos de herencia en genes relacionados con el dolor, contribuyen aproximadamente en un 50% al desarrollo del dolor crónico. Investigaciones de ligamiento han evidenciado correlaciones entre variantes genéticas y la respuesta al dolor. Además, estudios de asociación del genoma completo (GWAS) han identificado genes potencialmente involucrados en la patogénesis de la fibromialgia, sugiriendo que los factores genéticos podrían ser responsables de hasta la mitad de los casos susceptibles a esta enfermedad. Entre los genes candidatos asociados a la fibromialgia se destacan **SLC64A4**, **TRPV2**, **MYT1L** y **NRXN3**. Por otro lado, se ha propuesto que una interacción gen-ambiente actúa como mecanismo desencadenante a través de alteraciones epigenéticas. En la Tabla 1 se muestran diversos polimorfismos de nucleótido único (SNP) relacionados con genes potencialmente involucrados en la patogénesis de la fibromialgia.(9)

**Tabla 1. SNPs relacionados con genes potencialmente involucrados en la patogénesis de la fibromialgia.**

SNPs	Gen	Relevancia clínica
5-HTTLPR	SLC6A4	Trastorno de la articulación temporomandibular
		Depresión
		Trastornos psicológicos
rs4680	COMT	Depresión
		Ansiedad
		Discapacidad
rs1048101	HTR2A	Discapacidad Funcional Cuantitativa
rs6313	HTR2A	Inicio de la fibromialgia
rs11127292	MYT1L	Discapacidad cognitiva
CNV intrónico	NRXN3	Autismo
rs8192619, rs4129256	TAAR1	Disminución de la disponibilidad de dopamina
		Mayor sensibilidad al dolor
rs10799897, rs2842003, rs2805050	RGS4	Alteración en la inhibición descendente de la percepción del dolor
rs6454674, rs1078602, rs10485171	CNR1	Migraña
		Síndrome de intestino irritable
		Trastorno de estrés postraumático
rs642544, rs17104711, rs2510177, rs10895837	GRIA4	Sensibilización central

**Nota:** SNP: Polimorfismo de Nucleótido Único; CNV: variante en el número de copias.

Fuente: Extraído y adaptado de D'Agnelli y col. 2019.

## **Mecanismos epigenéticos**

Los mecanismos epigenéticos comprenden procesos fisiológicos que controlan la expresión génica y permiten establecer fenotipos específicos de tejidos y células. Uno de los mecanismos epigenéticos clave es la metilación del ADN, que regula de manera dinámica y reversible la expresión de genes sin alterar la secuencia del ADN. Evidencias recientes indican que este proceso modula la expresión de genes pronociceptivos y antinociceptivos en las vías nociceptivas. Pacientes con síndromes de dolor crónico como la fibromialgia, presentan perfiles globales de metilación del ADN alterados en comparación con individuos sanos. (9, 10)

## **Heredabilidad de la fibromialgia**

Estudios recientes han identificado una correlación genética significativa de la fibromialgia con la edad, tanto para el componente de dolor como para los síntomas comórbidos. En individuos jóvenes ambos elementos constituyen la arquitectura genética de la fibromialgia, con una heredabilidad estimada en casi el 14%. En contraste, en personas mayores, la heredabilidad de la fibromialgia está más asociada al componente comórbido. Estos hallazgos sugieren que los resultados de los estudios genéticos podrían variar según la edad del paciente. Cabe destacar que el grado de heredabilidad se mantiene independiente del sexo. (11)

## **Perspectiva terapéutica basada en evidencia**

La comprensión del papel de la epigenética y la sensibilización central, abre nuevas posibilidades terapéuticas para la fibromialgia enfocadas en intervenciones que regulen los mecanismos neurobiológicos y epigenéticos. Estudios han identificado diferencias en el perfil de expresión de microARN en distintos tejidos, lo que indica la participación de diversos procesos en la patogénesis de la enfermedad. Sin embargo, es necesario llevar a cabo estudios multicéntricos de mayor escala para identificar biomarcadores confiables que puedan integrarse en la práctica clínica.(9)

## Diagnóstico

---

En 1992, la fibromialgia fue reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y tipificada en el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con el código M79.7 WHO. Debe sospecharse en casos de pacientes con dolor generalizado o multilocalizado, que dure más de 3 meses y se asocie con diversos síntomas cognitivos o somáticos (astenia, insomnio, alteraciones cognitivas, cefaleas, mareos, parestesias, dolor y/o distensión abdominal y dolor difuso y significativo de los tejidos blandos en el examen). Aunque el diagnóstico suele basarse en la evaluación clínica, se han desarrollado varios criterios probados en poblaciones, basados en estudios y difundidos para ayudar en el diagnóstico clínico. (Tabla 2).

Los pacientes suelen referir dolor en todo el cuerpo; esto debería alertar al médico sobre un posible diagnóstico de fibromialgia. El dolor puede ser generalizado inicialmente o puede localizarse en un sitio o región específica como cervical o lumbar. El diagnóstico puede pasarse por alto cuando no se tiene en cuenta una historia de dolor más amplia, en la evaluación de síntomas aparentemente aislados. (2) La fatiga crónica a menudo se informa como de moderada a grave (13). Los síntomas somáticos (cefaleas, dolor y/o distensión abdominal, náuseas, diarrea, dolor de mandíbula, mareos y parestesias) se informan con frecuencia y se incluyen en los marcos diagnósticos actuales.

El *American College of Rheumatology* (ACR) en 2010 emitió criterios de diagnóstico actualizados (4 y 14). Estos criterios eliminaron los requisitos de puntos sensibles, agregaron un requisito de síntomas somáticos y establecieron dos escalas de evaluación breve: el índice de dolor generalizado, que evalúa el número de ubicaciones de dolor de una lista de 19, y la puntuación de gravedad de los síntomas, que evalúa la fatiga, los trastornos del sueño, los síntomas cognitivos y el número de

síntomas somáticos.

Una modificación de 2011 creó un formulario de autoinforme del paciente (15) para facilitar el diagnóstico. Las revisiones propuestas a los criterios de diagnóstico del ACR 2010/2011 se publicaron en 2016 (15) (Tabla 2) y agregó el requisito de dolor generalizado en al menos 4 de 5 regiones, para reducir la clasificación errónea de los trastornos de dolor regionales. Esta iteración también aclaró que el diagnóstico de fibromialgia “es válido independientemente de otros diagnósticos”.

**Tabla 2. Comparación de criterios diagnósticos**

Criterio	2010/2011 American College of Rheumatology Criteria With 2016 Propose Changes (13)	ACTION-American Pain Society Pain Taxonomy Iniciativa (12)
<b>Criterio principal</b>		
<b>Duración de síntomas</b>	≥3 meses a nivel similar	≥3 meses de dolor en multisitio y fatiga/ sueño
<b>Localización del dolor</b>	Dolores generalizados: 4 de 5 regiones corporales (superior izquierdo o derecho,inferior izquierdo o derecho,axial)	Dolores en multi sitios: ≥ 6 de 9 regiones corporales (cabeza, MS derecho, izquierdo, pecho, abdomen, dorso, lumbar, glúteos, MI izquierdo, MI derecho)
<b>Escala de puntuación de la FM</b>	WPI escala ≥7 and SSS ≥regiones corporales (MMSS o	No aplicable
<b>Astenia/sueño</b>	No aplicable	Moderada a severo problema del sueño o fatiga
<b>Criterios adicionales y comentarios</b>	Diagnóstico de FM es válido independientemente de otros diagnósticos	Las características adicionales que no son necesarias pero que respaldan el diagnóstico incluyen dolor, problemas cognitivos, rigidez musculoesquelética, hipersensibilidad ambiental e hipervigilancia.

MS: miembro superior, MI: miembro inferior

SSS: Symptom Severity Score

WPI: Widespread Pain Index

Fuente: Bair and Krebs (4)

En 2018, un grupo de trabajo internacional patrocinado por la iniciativa de ACTION (oportunidades y redes de innovaciones en ensayos clínicos de analgésicos, anestésicos y adicciones) y Taxonomía del dolor de la Sociedad Estadounidense del Dolor (AAPT), sugirieron nuevos criterios de diagnóstico para la fibromialgia (13), como parte de un proyecto más amplio para desarrollar un sistema de diagnóstico para los trastornos de dolor crónico.

El grupo de trabajo de la AAPT definió las características principales de la fibromialgia como dolor multi sitio (Tabla 2) y fatiga o problemas para dormir. Otras características, incluida la sensibilidad detectada en los tejidos blandos, síntomas cognitivos, rigidez y la sensibilidad ambiental, se consideran de apoyo pero no son necesarios para el diagnóstico. A pesar de sus diferencias, los actuales criterios identifican pacientes similares y pueden ser útiles para guiar el diagnóstico. El grupo médico redactor comparte el criterio del Plenario de Reumatólogos del Instituto de Reumatología en Uruguay (INRU) (1) y considera que estos criterios junto a los criterios ACR 1990, son los más apropiados para el diagnóstico de fibromialgia.

## Clasificación

---

Es necesario considerar que la FM se clasifica en dos grandes grupos (14):

- Tipo I, primario o idiopático, en el que solo se poseen síntomas y signos de la enfermedad.
- Tipo II o concomitante, asociado con enfermedades autoinmunes y de salud mental, como trastornos de personalidad, trastorno bipolar, entre otras (6).

### Historia clínica

En la fibromialgia es importante considerar los antecedentes personales y familiares, ya que se observa una gran incidencia del estrés crónico por insatisfacción de necesidades bioemocionales o eventos traumáticos ocurridos durante la primera infancia, destacándose la falta de afecto materno (teoría del apego J. Bowlby) (16).

Es habitual en las personas con FM, la ocurrencia previa de traumas psicofísicos en la esfera sexual, accidentes graves o maltrato físico, que determinan alteraciones en el neurodesarrollo. Las ciencias cognitivas permiten comprender cómo la biopsicografía de la persona consolidará o modificará la historia de dolor y sufrimiento.

En un trabajo clínico transversal y retrospectivo realizado en nuestro país, en el que se incluyó a 447 pacientes (17), se diagnosticó FM por primera vez en el 82 % de los casos. El 96 % de esos pacientes eran de sexo femenino y en más del 90 % de esos casos hubo evidencia de un evento traumático de naturaleza psicológica o física en la primera infancia.

La instalación o los empujes de SSC comienzan luego de un suceso agudo como un accidente de tránsito y ligado al estrés, pero se señaló que estos eventos tienen carácter desencadenante porque es probable que la persona ya tuviera predisposición a sufrir alteraciones en su sistema de regulación del dolor.

Además, los factores psicológicos como la depresión, son muy relevantes y suelen estar presentes en un alto porcentaje de los pacientes.

La historia clínica y el examen físico permiten diagnosticar la FM, al tiempo que la biopsicografía explora aspectos que subyacen y cuyo relato permite al paciente reducir tensiones vinculadas a sobrecarga emocional. La empatía es un pilar fundamental del tratamiento.

Las vivencias adversas de la infancia pueden ser la causa etiopatogénica de la FM y de las enfermedades autoinmunes asociadas a través de mecanismos epigenéticos, al tiempo que pueden explicar la ansiedad que se observa en estos pacientes, así como la angustia y la depresión. La verbalización de dichas vivencias contribuye a reducir los correlatos de la cascada del estrés (18).

### **Examen físico**

Se recomienda realizar un examen físico exhaustivo, con especial atención a las articulaciones y los tejidos blandos. Los objetivos principales son identificar una alta sensibilidad de los tejidos blandos y evaluar otras afecciones mediante la palpación de múltiples sitios (músculos, ligamentos y tendones) y articulaciones, buscando identificar signos de sinovitis o inflamación. Generalmente, se pueden localizar múltiples sitios de tejido blando sensible a la palpación y aplicación de presión moderada. Si hay inflamación o eritema de los tejidos blandos o de las articulaciones, es necesario considerar otras afecciones (p.ej. osteoartritis, PAR, LES o colagenopatías) que pueden presentarse con síntomas similares. Estos pacientes frecuentemente reportan parestesias y requieren un examen neurológico.

## Diagnóstico diferencial

---

Existen numerosos cuadros clínicos que pueden manifestarse con síntomas similares a la fibromialgia; el espectro de diagnósticos diferenciales estará en directa relación con los síntomas predominantes de la enfermedad.

Se debe tener presente los siguientes síndromes de sensibilización central:

1. Síndrome de fatiga crónica
2. Síndromes de dolor miofascial
3. Síndrome de sensibilidad química múltiple
4. Síndrome de intestino irritable
5. Disfunción temporomandibular
6. Síndrome premenstrual
7. Dolor crónico pelviano
8. Cistitis intersticial.

La patología endocrino-metabólica pueden presentar síntomas muy similares a la fibromialgia e incluso superponerse complicando aún más el cuadro. El hipotiroidismo y la hipovitaminosis D deben tenerse presente siempre como diagnóstico diferencial o asociación lesional.

Dentro de las patologías reumáticas cobra especial importancia la hiperlaxitud articular, condición que debe descartarse en todo paciente con sospecha de fibromialgia. Otras enfermedades que deben considerarse como posibles diagnósticos diferenciales, son las enfermedades inflamatorias como la artritis reumatoide, el lupus eritematosos sistémico, las espondiloartritis, las miopatías,

polimialgia reumática, etc. Los trastornos psiquiátricos como la depresión, los trastornos de ansiedad generalizada o los trastornos de personalidad, son enfermedades que deben considerarse como posibles diagnósticos diferenciales o comorbilidades asociadas.

Las siguientes son otras enfermedades a tener presente:

- Enfermedades malignas: mieloma múltiple, metástasis óseas.
- Enfermedades neuromusculares: esclerosis múltiple, miastenia gravis, neuropatías periféricas, miopatías metabólicas, distrofias miotónicas.
- Alteraciones endocrinas: hiperparatiroidismo, hipoadrenalismo.
- Cuadros infecciosos: infecciones virales sistémicas crónicas (SARS-CoV-2, HIV, SARSHLTV, Virus de Epstein Barr), hepatitis o enfermedad de Lyme.

Pruebas complementarias:

No existe ninguna prueba complementaria (de laboratorio o imagenológica) para el diagnóstico de la fibromialgia, por lo tanto, la paraclínica a solicitarse debe estar dirigida a descartar otros diagnósticos y/o comorbilidades.

Debe considerarse realizar hemograma, VES, PCR, funcional y enzimograma hepático, función renal, glicemia, TSH, dosificación de Vitamina D3, (enzimograma muscular en caso de sospecha clínica). No es necesaria la solicitud de estudios radiológicos salvo que exista sospecha de patología reumatológica asociada.

# Tratamiento

---

## Consideraciones generales

El modelo terapéutico propuesto para la fibromialgia debe ser integrador, en el que el equipo tratante deberá desarrollar una entrevista empática. Es muy importante explicarle al paciente acerca de la naturaleza benigna de la enfermedad y sugerir cambios en su estilo de vida, poniendo énfasis en reducir el estrés. La mejor forma de abordaje es integrando tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, y es fundamental involucrar al paciente como participante activo en el proceso.

**La fibromialgia se puede diagnosticar y tratar en el ámbito de la atención primaria.** El tratamiento debe ser transversal y multidisciplinario, con especialistas de la dimensión psicológica (psicólogos psicoterapeutas) y psiquiatras, para evaluar si es necesario un tratamiento farmacológico (8), así como de la dimensión física (médico fisiatra, médico deportólogo, licenciados enfermería, en nutrición, en fisioterapia y en educación física, terapeuta ocupacional), además de otras disciplinas si fuera necesario.

La educación del paciente es fundamental, así como la terapia cognitivo-conductual para su favorable evolución (3 y 5), que incorpora técnicas interpersonales que abordan otras dimensiones como la psicoemocional vincular, la socioecológica y la espiritual (sentido de vida y motivaciones).

El tratamiento de la FM es sintomático, con los objetivos de disminuir el dolor, la astenia, mejorar el sueño, los niveles de actividad y su adaptación, para mejorar la calidad de vida de los pacientes y así mantener la funcionalidad e incrementar

la capacidad de afrontar la enfermedad y mejorar el bienestar psicológico. (3, 5 y 21)

Son necesarias las recomendaciones nutricionales, de higiene de sueño, de actividad física aeróbica (son muy eficaces disciplinas como el Qi Gong, Yoga, Taichi, Mindfulness y la meditación), o actividades físicas moderadas como caminatas, hidrogimnasia y danza, entre otras.

Los pacientes con dolor crónico que acuden a la consulta suelen creer que tienen un daño físico que se los provoca, por esta razón es que se recomienda valorar el estado perceptivo que tienen del dolor que les aqueja, y consignar en la historia clínica su opinión personal de qué es lo que se los origina.

En muchos casos los pacientes se muestran reticentes a hablar del tema porque no quieren pensar en ello y solo desean que “les curen” el dolor. Esto puede ser indicio de que ese paciente parte de una percepción del dolor solo como una sensación desagradable, sin relación con el resto de su cuerpo o entorno, lo que es erróneo.

Si se considera que todo paciente es un ser biopsicosocial, escuchar de manera empática no solo es imprescindible y muy importante, sino que le permite abrirse y compartir las emociones que subyacen, las que pueden ser la génesis o el disparador de su sintomatología (22). Explicar el dolor (23) requiere y apunta a un cambio en su comprensión, desde un paradigma de patología biomédica o estructural, a un paradigma verdaderamente biopsicosocial.

La evidencia actual respalda el uso de la educación en neurociencia del dolor para reducir el dolor músculo esquelético crónico y mejorar el conocimiento del dolor por parte del paciente, mejorar la función y reducir la discapacidad, además de mejorar el movimiento y minimizar la demanda de la atención médica (24).

En los últimos años, los avances en investigación en diversos ámbitos, sobre todo en las neurociencias, han facilitado la comprensión de la experiencia dolorosa. Algunas investigaciones plantean cambios en el razonamiento clínico a la hora de abordar a pacientes con dolor crónico, a la vez que aportan la utilización de la educación como una herramienta útil para su tratamiento (24-26).

Si bien en el cerebro se ven representadas todas las zonas anatómicas corporales bajo patrones generales, estas pueden variar mediante mecanismos

de adaptación que se denominan neuroplasticidad. Estos procesos adaptativos están influenciados por el ambiente, las entradas sensoriales y las respuestas demandadas. (23, 25).

La neuroplasticidad ayuda a modular la forma en la que se construyen las percepciones sobre los distintos estímulos, lo que es muy importante para una correcta función de nuestro sistema nervioso, sobre todo en las etapas de máximo aprendizaje como la infancia. (23,26)

El modelo biopsicosocial entiende que la presentación clínica del paciente, su evolución, pronóstico y tratamiento, no dependen únicamente de una patología o disfunción física concreta, sino también de los factores psicosociales. Las creencias, conductas y contexto social tienen una gran importancia en las manifestaciones y el desarrollo del proceso. La demanda de atención médica dependerá de la interpretación que el paciente haga sobre los síntomas que padece y de los patrones de conducta culturales aprendidos asociados a la experiencia de dolor (28).

Si bien no existe una relación directa entre el dolor del paciente y la identificación de cambios anatómicos o degenerativos en la columna a partir de pruebas de imagen, tampoco existe evidencia de que los cambios degenerativos sean un factor de riesgo de dolor crónico (29).

# Tratamiento no farmacológico

---

## Prescripción de actividad física en personas con fibromialgia

### Introducción

El ejercicio físico se considera como una de las principales estrategias en el manejo de las enfermedades crónicas. El incremento de la actividad física puede ayudar a prevenir el empeoramiento de los síntomas de la fibromialgia y sus efectos negativos sobre la calidad de vida del paciente.

La mayoría de los pacientes con FM son sedentarios y tienen una baja condición física, esto puede agravarse por el dolor, la fatiga o la depresión, que limitan sus actividades de la vida diaria como el trabajo, la vida familiar y el tiempo libre. En este sentido, el ejercicio físico se considera como la principal estrategia no farmacológica para su tratamiento (80).

### Impacto de la realización de actividad física en personas con fibromialgia

Hay evidencia suficiente para recomendar programas de ejercicios aeróbicos en el tratamiento general de pacientes con FM. Respecto a los ejercicios de fortalecimiento muscular y flexibilidad, si bien han demostrado mejora sintomática y de la condición física, aún no están protocolizados y deben ser ajustados a la condición de cada persona. (80)

Entre los beneficios demostrados del ejercicio físico a corto plazo se encuentran: la disminución del dolor, una mejor tolerancia para las actividades de la vida diaria, mejora de la calidad del sueño, en el bienestar psicológico (estado de ánimo,

autoeficacia, reducción de ansiedad y la depresión) y mejora de la condición física al incrementar la capacidad cardiorrespiratoria, la masa y la fuerza muscular y la flexibilidad o rango de amplitud de movimiento. (80)

Parece probable que a menor edad y mayor gravedad e impacto de la enfermedad, más eficaz resulte el ejercicio. (82)

### Principios generales para la prescripción de actividad física

Para la prescripción de actividad física (AF) se deben tener en cuenta cuatro parámetros: frecuencia semanal, intensidad, el tiempo de duración de la sesión y el tipo de ejercicio (FITT).

Es necesario que se personalice la prescripción ajustando estos parámetros según la capacidad funcional y el estado de salud de los pacientes. (80) Cada sesión de ejercicio debe contener una fase inicial o entrada en calor, una parte principal donde se realizará el ejercicio aeróbico o de fortalecimiento indicado, y una fase final o vuelta a la calma. (81)


### Frecuencia

Se refiere a las veces por semana que realiza la actividad; la prescripción debería comenzar con baja frecuencia semanal. En general, lo recomendado es al menos 2 veces por semana (80).

### Intensidad

La intensidad es el nivel de esfuerzo percibido por la persona al realizar la actividad. Una manera de medirla es con la escala de Borg. (1)

#### ESCALA DE BORG

0 - Reposo	 - Percepción del esfuerzo + 
1 - Muy, muy ligero	
2 - Muy ligero	
3 - Ligero	
4 - Algo pesado	
5 - Pesado	
6 - Más pesado	
7 - Muy pesado	
8 - Muy, muy pesado	
9 - Máximo	
10 - Extremo	

Pedersen y Saltin recomiendan una intensidad inicialmente baja (1-2 en escala de Borg) para después aumentarla gradualmente hasta el umbral de la fatiga. (80)

### **Tiempo**

Se sugiere actividades intermitentes con pausas frecuentes pero cortas entre los diferentes ejercicios, para incrementar la duración y mejorar la tolerancia al dolor y la fatiga. Se puede iniciar con tiempos de 3 a 5 minutos e ir incrementando semanal o quincenalmente hasta llegar a unos 30 minutos en forma continua, que puede disminuirse al incrementar la intensidad o en los días de aumento de los síntomas. (81)

### **Tipo**

En cuanto al tipo de ejercicio, pueden realizar cualquier tipo de ejercicio ajustándolo al estado de salud y condición física. (80) Se deben prescribir planes multicomponentes, con ejercicios aeróbicos, de fortalecimiento muscular, de flexibilidad y de equilibrio, y se los puede alternar en distintos días.

### **Ejercicios aeróbicos**

Se recomienda ejercicio físico aeróbico de bajo impacto mecánico como el taichi, el yoga, baile, bicicleta estática, la caminata o los ejercicios en el agua, de preferencia caliente. (80)

No se aprecian grandes diferencias en cuanto a la eficacia de los distintos tipos de ejercicio. El rango de reducción de la sintomatología varía en todos entre un 8 y un 20%. Los sujetos de programas acuáticos y de actividades alternativas manifiestan menos dolor durante la realización de las sesiones (82).

### **Fortalecimiento muscular**

En cuanto a los ejercicios de fuerza, se sugiere empezar con 1 a 2 series de 3 a 5 repeticiones con pausas entre cada serie. Se ejercitarán grandes grupos musculares de miembros superiores e inferiores, abdominales y músculos paravertebrales. Se irá progresando hasta lograr hacer 2 a 3 series de 8 a 12 repeticiones con pausas entre series. (81)

## Flexibilidad

Los ejercicios de flexibilidad o estiramiento contribuyen a aliviar contracturas y dolor muscular, se deben realizar al final de la sesión de ejercicio. Se indica mantener el músculo en estiramiento durante 10 a 20 segundos, hasta el punto de que la persona sienta que tira pero no duele. También se **recomienda realizar estiramientos cortos de 5 a 10 segundos al inicio de la sesión de ejercicio.** (81)

	AERÓBICA	FUERZA	FLEXIBILIDAD	↓ SEDENTARISMO
<b>FRECUENCIA</b>	2-5 días/sem	2-3 días/sem	≥ 2-3 días/sem	Todos los días, todas las oportunidades posibles
<b>INTENSIDAD</b>	Moderada: 40-80% FCR, Escala Borg Modificada: entre 3 a 6/10	Para quienes inician con baja condición física y para adultos mayores, 40-50% de 1RM	Al punto de sentir tensión pero no dolor	Reducir períodos prolongados con valores de FC bajas, ≤ 40% FCR
<b>TIEMPO</b>	≥ 30 min/día de ejercicio continuo o fraccionado, si es trabajo intermitente comenzar con intervalos ≥ 3 a 5 minutos	2 a 3 series de 8 a 12 repeticiones de cada uno de los grupos musculares mayores (2)	Mantener en posición de estiramiento de 10 a 20 segundos, y realizar cada ejercicio 2 a 3 veces.	Interrupciones de los períodos sedentarios (cada 45 a 90 min) realizando actividades de bajo gasto energético durante 2 o 3 a 5 o 10 minutos (pausas activas incluyendo ejercicios de movilidad articular, fortalecimiento moderado y actividad aeróbica)
<b>TIPO</b>	Continua o intermitente; actividades rítmicas (bicicleta, nadar, hidrogimnasia en agua caliente, caminar, bailar, etc.), usando grandes grupos musculares de miembros superiores e inferiores	Máquinas de fuerza (gimnasios cerrados o al aire libre), pesas libres, bandas elásticas, peso corporal (calistenia)	Estática, dinámica	Interrumpir el tiempo prolongado sentado; levantarse del asiento, subir o bajar escaleras, caminar, movilidad de articulaciones

FCR Frecuencia Cardíaca de Reserva (diferencia entre basal y máxima).

1RM: 1 Repetición Máxima (fuerza máxima), 100% de la fuerza que se puede ejecutar.

PNF: Facilitación Neuromuscular Propioceptiva. Borg modificada: Escala de percepción subjetiva del esfuerzo de Borg modificada (0 = reposo, 10 = máximo esfuerzo percibido).

SERIE: Una serie es un conjunto de ejercicios (pueden disponerse en forma de circuitos de ejercicios), las repeticiones refiere a cada vez que se ejecuta el gesto de un ejercicio.

Las recomendaciones expuestas son una guía y deberán ajustarse a cada individuo, su situación de salud-enfermedad y la progresión del acondicionamiento físico. Las pautas han mostrado evidencia científica de su beneficio para la situación considerada. Para ampliar conceptos de FITT, ver capítulo "Prescripción de la actividad física en población sana" del "Manual para prescripción de Actividad Física (83).

#### Consideraciones especiales

- Individualizar la prescripción y controlar meticulosamente la tolerancia del plan de ejercicios. Es recomendable que la prescripción se exprese por escrito, no solamente verbalmente, así como pedir al paciente para la valoración del plan, que realice registros por escrito.(81)
- Valorar con escala de percepción del esfuerzo de Borg y escala analógica del dolor la tolerancia al ejercicio.(82)
- En los ejercicios de fuerza se debería evitar el trabajo excéntrico que puede agravar determinados síntomas y el microtrauma muscular, así como evitar ejercicios isométricos que pueden desencadenar una disminución del riego sanguíneo en el músculo.(80)
- La adherencia terapéutica a los programas de ejercicio es mayor en programas con variedad de actividades o en las que el sujeto tiene posibilidad de elegir la intensidad o tipo de ejercicio. (82)
- Se puede indicar un analgésico antes de la sesión. (81)
- En cuanto a la hora del día y dado que el ejercicio estimula la liberación de catecolaminas, se sugiere ejercitarse antes de la tardecita para evitar alterar el sueño. (81)
- En la reducción del número de "*tender points*" y de la depresión, parecen ser ligeramente más eficaces los programas acuáticos, de ejercicio combinado y las actividades alternativas. (80)
- "CADA MOVIMIENTO CUENTA"

## Recomendaciones respecto a la actividad física (5)

En el caso de la fibromialgia que presenta dolor generalizado, se ha comprobado que un entrenamiento de baja intensidad podría evitar las exacerbaciones innecesarias de dolor, y que el ejercicio aeróbico podría ayudar a prevenir las crisis de migrañas. En cuanto a las cefaleas tensionales, lo más efectivo suelen ser los ejercicios cervicales y de hombro. Por tanto, en pacientes con dolor crónico, hay que promover el ejercicio por sus grandes efectos beneficiosos. (2)

Comprometer al paciente en la realización de actividad física regular, es imperativo para el tratamiento eficaz de la FM. En la Liga Europea 2017 contra el Reumatismo y recomendaciones para el manejo de la fibromialgia, el único tratamiento que recibió una “fuerte” recomendación, fue el ejercicio (30). El ejercicio aeróbico también puede mejorar el sueño (31) y disminuir los síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con FM (32). Incluso aumentos modestos en la actividad física diaria, pueden mejorar el nivel de funcionamiento de un paciente. Las intervenciones más efectivas son los programas supervisados de ejercicio y actividad física, que incluyen ejercicios aeróbicos de bajo impacto como caminar, nadar, hacer hidrogimnasia o andar en bicicleta (33).

En una revisión sistemática y metaanálisis realizada en 2017, Bidonde y colaboradores (34), que evaluaron la terapia física acuática, encontraron evidencia de calidad moderada respecto a una mejora en la calidad de vida en la función física y en la rigidez, cuando se compara a los pacientes con FM no tratados por un periodo de 20 semanas. Mientras que la evidencia que encontraron sobre el alivio del dolor, fue baja. Postulan que, al no hallar resultados negativos, esta terapia podría ser considerada como un recurso terapéutico (35,36). Los programas fueron relativamente intensos e implicaron ejercicio supervisado con un promedio de 35 minutos por sesión y se realizaron de 2 a 3 veces por semana. También se encontró que los ejercicios acuáticos y la natación eran eficaces (37).

Otras formas de ejercicio potencialmente efectivas incluyen el entrenamiento de fuerza y resistencia y opciones mente-cuerpo como el Tai chi o el yoga (38). Aunque estos tipos de ejercicio generalmente son bien tolerados y se asocian con efectos adversos mínimos e infrecuentes, su cumplimiento es un desafío importante.

Los programas de ejercicio pueden ser difíciles de iniciar y mantener. Los pacientes pueden preocuparse y percibir que el ejercicio empeorará su dolor y fatiga. Para mejorar la adherencia, se recomiendan programas de ejercicio que aumenten

gradualmente e incrementalmente la cantidad y la intensidad del ejercicio tolerado por los pacientes.

Programas de ejercicio que se implementan y avanzan agresivamente pueden provocar dolor inducido por el ejercicio y mialgias, que pueden disminuir la adherencia. Los médicos deben entender que no existe un enfoque único para el ejercicio en pacientes con FM.

Para optimizar la adherencia, el programa de ejercicios debe ser individualizado, debe tener en cuenta las preferencias del paciente, que le genere satisfacción y evaluar inquietudes y barreras de adherencia.

Ang y colegas (39) encontraron que una intervención de entrevista motivacional en pacientes con fibromialgia promovió la adherencia a un programa de ejercicio, mejoró los síntomas y aumentó la actividad física autoinformada. Los fisioterapeutas o fisiólogos del ejercicio con experiencia en el tratamiento de la FM, pueden ayudar a prescribir un programa de ejercicios y brindar apoyo, entrenamiento y supervisión continuos que faciliten su cumplimiento (3). Si se optimiza la adherencia, los beneficios pueden ser sostenidos a largo plazo.

## **Medicina tradicional, complementaria e integrativa**

### **1. Rol de la medicina tradicional, complementaria e integrativa (MTCI) en el manejo de la fibromialgia**

Las MTCI ofrecen estrategias basadas en prácticas milenarias y enfoques holísticos que buscan aliviar el dolor, mejorar la funcionalidad y promover el bienestar general. La OMS recomienda considerar los beneficios que pueden aportar estas medicinas tradicionales y complementarias en la salud y el bienestar de las personas (40). Estas intervenciones se consideran herramientas complementarias útiles en los siguientes aspectos:

- Reducción del dolor crónico: prácticas como la Acupuntura, Yoga y Tai Chi han mostrado efectos positivos sobre la modulación del dolor y la sensibilidad central.
- Manejo del estrés y regulación emocional: intervenciones como la meditación mindfulness y la terapia cognitivo-conductual basada en aceptación, son eficaces para reducir el estrés y mejorar la resiliencia emocional.

- Mejora de la calidad del sueño: estrategias como la aromaterapia y el uso de técnicas de relajación pueden ser útiles en la regulación del sueño.

## **2. Evidencia científica reciente sobre intervenciones específicas**

### **2.1. Acupuntura**

La Acupuntura ha demostrado ser eficaz en la disminución del dolor y la mejora de la calidad de vida en personas con FM. Estudios recientes indican que este método puede reducir la percepción del dolor al modular las vías neurológicas del sistema nervioso central y mejorar la liberación de endorfinas. (41,42)

### **2.2. Yoga y Tai Chi**

El Yoga y el Tai Chi, considerados prácticas mente-cuerpo, han mostrado efectos positivos en la reducción del dolor, la mejora del sueño y el bienestar emocional en pacientes con FM. Revisiones sistemáticas recientes destacan su eficacia como complemento al tratamiento farmacológico. (43)

### **2.3. *Mindfulness* y meditación**

La terapia basada en *mindfulness* ha sido ampliamente investigada en personas con FM. Estudios han demostrado que reduce el impacto del dolor crónico y mejora los niveles de ansiedad y depresión asociados. (44).

### **2.4. Fitoterapia**

El uso de hierbas medicinales ha mostrado potencial en la reducción de procesos inflamatorios y el alivio del dolor crónico. Sin embargo, se requiere mayor evidencia clínica para establecer recomendaciones claras. (45)

## **3. Recomendaciones para el primer nivel de atención**

- Individualización del tratamiento: las intervenciones de MTCI deben adaptarse a las necesidades, preferencias y contexto sociocultural de cada paciente.
- Enfoque interdisciplinario: es fundamental integrar las MTCI en un modelo de atención integral que incluya el manejo médico convencional, fisioterapia y apoyo psicológico.
- Educación y empoderamiento: informar a los pacientes sobre la evidencia y limitaciones de las MTCI permite una toma de decisiones informada y facilita la adherencia al tratamiento.

- Seguimiento y evaluación: es crucial monitorear regularmente los resultados y la efectividad de las intervenciones complementarias para ajustar el plan terapéutico según sea necesario.

#### **4. Consideraciones éticas y de seguridad**

Aunque las MTCl ofrecen múltiples beneficios, es imprescindible garantizar que las intervenciones sean seguras, estén basadas en evidencia y sean aplicadas por profesionales capacitados. Además, deben evitarse prácticas no reguladas o con riesgo de interacciones adversas con medicamentos convencionales.

#### **5. Conclusiones**

Las medicinas tradicionales, complementarias e integrativas, representan un recurso valioso en el manejo integral de la FM en el primer nivel de atención. Si bien no sustituyen el tratamiento médico convencional, su incorporación como estrategias complementarias puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes. Se recomienda fomentar que los equipos de salud se interioricen y capaciten en estas prácticas, además de promover investigaciones locales para fortalecer la evidencia en el contexto nacional.

#### **Consideraciones nutricionales (36).**

En los últimos años se ha planteado una posible relación entre la nutrición y mecanismos fisiopatológicos asociados al dolor crónico, lo que ha llevado al surgimiento de diversas investigaciones al respecto (46). En este sentido, los estudios se han enfocado principalmente en la deficiencia de nutrientes críticos y su posterior suplementación (Vitamina D, Coenzima Q10, magnesio, entre otros), efecto de aditivos alimentarios o edulcorantes (glutamato monosódico, aspartamo) y de algunas estrategias alimentarias (dieta baja en carbohidratos fermentables, vegetariana, dieta sin gluten, etc.).

Es importante destacar que los estudios disponibles hasta el momento presentan ciertas limitaciones, por lo que la evidencia no resulta concluyente y no es posible realizar una recomendación nutricional específica para pacientes con esta patología (47). De todas formas, resulta fundamental que todos los pacientes reciban asesoramiento nutricional, con una adecuada valoración del estado nutricional y de la actividad física, seguido por definición de objetivos de tratamiento y abordaje personalizado. Valorar los niveles de Vitamina D es una medida necesaria. Optimizar

el estado nutricional y mejorar en forma global la calidad de la alimentación, contribuye a una mejor calidad de vida del paciente y particularmente, en individuos con obesidad y fibromialgia (48).

Patrones de alimentación balanceados como los propuestos por las Guías alimentarias para la población uruguaya (49), son ricos en nutrientes esenciales y son aconsejados. Según la evidencia disponible hasta el momento, la suplementación de nutrientes no es una medida recomendada para la prevención y/o el tratamiento de la FM (50).

### **Tratamiento psicoemocional integrativo para pacientes con fibromialgia**

En el tratamiento de la FM, al igual que en otras patologías, es fundamental comprender la convergencia de factores etiopatogénicos que conllevan a la necesidad de un abordaje terapéutico multidimensional: biológico, cognitivo, psicoemocional vincular, sociocultural ecológico.

En el abordaje de pacientes con FM es muy importante atender los aspectos psicoemocionales junto a los demás factores interactuantes. Las emociones, pensamientos, creencias, relaciones interpersonales, estilo de afrontamiento de las situaciones, así como el sentido y propósito de vida, pueden constituirse como factores de estrés o de protección.

Cuando estos aspectos psicoemocionales se constituyen como factores de estrés, generan la activación del eje del sistema neurovegetativo (SNV) y del eje cortico-límbico-hipotálamo-hipófiso-adrenal (CLHHA), que producen alteraciones neuroinmunoendócrinas y promueven procesos inflamatorios como en la fibromialgia.

En la clínica será importante identificar los síntomas de estrés en cada sujeto para medir su nivel. Los factores estresantes que producen procesos inflamatorios y alteraciones de la red psiconeuroinmunoendócrina, son propios de cada persona y será necesario identificarlos para poder discernir estrategias terapéuticas ante cada factor identificado.

Factores no diagnosticados y no tratados como pueden ser los factores psicoemocionales o vinculares, pueden operar en contra de estrategias terapéuticas realizadas desde una sola dimensión, por ejemplo, la biológica, y anular sus efectos terapéuticos.

Desde el primer contacto y mediante la técnica de biopsicoeducación, se informa y explica al paciente sobre los conceptos de multidimensionalidad y convergencia temporal, y el efecto del estrés en la salud para compartir un mismo marco de comprensión respecto a los factores intervinientes en el proceso de enfermedad. Asimismo, se explica que existe la neuroplasticidad y que no existe un determinismo genético, sino mecanismos epigenéticos que permiten generar nuevos estados de salud frente a esta situación de enfermedad. Acorde a esta evaluación diagnóstica integral, se podrán discernir estrategias terapéuticas en un abordaje transdisciplinario para el tratamiento de pacientes con fibromialgia.

La neuroplasticidad alienta a desarrollar tratamientos que promuevan nuevas formas de funcionamiento más saludables (19). Además de modificar factores disfuncionales, será necesario incorporar estímulos positivos en todas sus dimensiones: biológica (ejercicio, alimentación), cognitiva (pensamientos y creencias), psicoemocional (vínculos y afectos positivos, recuperar su sentido de vida), socio-ecológica (ambiente enriquecido en lo sensorial, visual, auditivo, etc.).

### **Salud circadiana e higiene del sueño**

Se recomienda educar a todos los pacientes con fibromialgia sobre la importancia que tiene el sueño para moderar el dolor, la fatiga y los síntomas cognitivos. De ser posible, se debe respetar el ciclo circadiano para aprovechar el efecto hipnótico del pico natural de melatonina. Cenar liviano, evitar el ayuno, evitar el consumo de alcohol y el de excitantes del sistema nervioso central como la cafeína. En el dormitorio, se deben procurar condiciones de temperatura, luminosidad y sonido adecuadas.

No llevar pantallas, celulares ni monitores a la cama, como ya fue señalado previamente (44), reduce la ansiedad y facilita la instalación de las ondas alfa a nivel encefálico. Se debe evaluar a los pacientes para detectar trastornos del sueño, incluidos la apnea del sueño y el insomnio, porque las personas con alteraciones del sueño necesitan tratamientos específicos más allá de la higiene básica del sueño. Para los pacientes con insomnio, valorar recomendaciones de terapia cognitiva conductual (59,60).

## Tratamiento farmacológico

---

Es importante tener en cuenta que el sufrimiento de estos pacientes los torna vulnerables, demandantes de atención y medicación, lo que puede generar emociones como miedo, ansiedad, angustia, depresión y alteraciones del sueño. Antes de indicar tratamiento farmacológico, se reitera la importancia de la escucha empática. (53).

En FM el tratamiento farmacológico presenta limitada eficacia para el control de los síntomas y potenciales eventos adversos. Su inicio quedará a criterio del médico tratante. La prescripción de los fármacos será individualizada y acorde a los síntomas que dominen el cuadro clínico, sin que exista una secuencia o asociación farmacológica recomendada.

Existe un alto porcentaje de abandono de medicación por intolerancia o escasa respuesta, por lo cual se recomienda iniciar el tratamiento farmacológico a dosis bajas, con aumentos progresivos según la respuesta clínica, lo que demostró mejorar la tolerancia y adherencia. Las respuestas clínicas deberían ser evidentes a las 2-8 semanas de alcanzar las dosis objetivo. El tratamiento farmacológico debería mantenerse solo en caso de respuesta positiva y debe evitarse la polifarmacia.

Diferentes fármacos se han propuesto para el manejo de los síntomas en fibromialgia. Pero solo tres: duloxetina, pregabalina y milpracipram (67) han sido aprobados por la *Food and Drug Administration* (FDA) y ninguno ha sido aprobado por la *European Medicine Agency* (EMA). Estos tres fármacos, junto con la amitriptilina, la ciclobenzaprina y la asociación tramadol/ paracetamol son los que disponen evidencia científica para su uso y son los recomendados por las

guías EULAR 2017, aunque ninguno es plenamente efectivo frente a la amplia gama de síntomas de la enfermedad.

Los antidepresivos tricíclicos (ATC), especialmente la amitriptilina, se han utilizado en la clínica durante décadas como terapia inicial, y revisiones sistemáticas (61,62) plantean dosis bajas de amitriptilina por la noche y aumentarlas lentamente.

**Amitriptilina:** es un antidepresivo tricíclico de uso extenso para el control del dolor en FM (1). El trabajo de Häuser (63) *et al* mostró que hasta un 30 % de los pacientes lograron reducir el dolor con el uso amitriptilina a bajas dosis. [RR 1.60, 95% CI 1.15 to 2.24] con un efecto moderado en el sueño (diferencia de medias estandarizada (-0,56 IC 95% -0,78 a -0,34] y muy pobre efecto en la fatiga [-0,44 IC 95% -0.78 a-0,34].

### **Inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)**

En varios ensayos se ha demostrado que los IRSN, especialmente la duloxetina, son beneficiosos. Una revisión sistemática de 2014 mostró que la duloxetina tenía más probabilidades que el placebo de lograr el resultado primario de una reducción del dolor del 50 % (RR 1,57) (65). Aunque hay pocos ensayos a largo plazo sobre IRSN, se encontró que la duloxetina es segura y efectiva al año de seguimiento (61) y que puede ser una buena opción en pacientes con fatiga severa o depresión comórbida.

**Duloxetina:** la revisión realizada por Lunn *et al* mostró que la duloxetina, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y noradrenalina, fue mejor que placebo para el controlar el dolor en pacientes con FM a corto plazo y largo plazo (12 y 28 semanas respectivamente) (RR < 30 % del dolor, RR 1,38; IC del 95%: 1,22 a 1,56) (60). Algunos trabajos muestran superioridad de duloxetina frente a placebo para mejorar la calidad de vida y del sueño, pero su efecto es pequeño. Se recomienda iniciar con dosis de 30 mg/día en el desayuno y su aumento hasta 60 mg /día según la respuesta terapéutica. En pacientes con antecedentes de manía o trastorno bipolar, se recomienda precaución en su indicación. Diferentes trabajos advierten sobre la presencia de tasas elevadas de eventos adversos, por lo que se recomienda su monitoreo. Los síntomas más frecuentes llevaron a suspender la medicación fueron sequedad de boca, náuseas, estreñimiento, cefalea, somnolencia/insomnio. No se recomienda su uso en pacientes con insuficiencia hepática, insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina menor a 30 ml/min) e hipertensión arterial no controlada por el riesgo potencial

de crisis hipertensiva.

La ciclobenzaprina es un fármaco con estructura tricíclica similar a la amitriptilina, aunque se clasifica como relajante muscular, se le reconoce un efecto antidepresivo menor. La dosis utilizada en los diferentes trabajos va de 10 a 30 mg/día y hasta el 85% de los pacientes presentó algún evento adverso (náuseas, mareo y boca seca). La seguridad del uso a largo plazo no está establecida y se recomienda precaución en ancianos.

## Gabapentinoides

Los gabapentinoides (gabapentina y pregabalina) han demostrado ser beneficiosos para los pacientes con FM (68). En un metaanálisis de cinco ensayos aleatorios controlados con placebo (4 de pregabalina y 1 de gabapentina), mejoraron significativamente la reducción del dolor y mejoraron el sueño y la calidad de vida (69). Pocos estudios han probado la gabapentina, pero puede considerarse como una alternativa a la pregabalina. Aunque un ensayo realizado por Arnold y colegas (70) demostró que la gabapentina es superior al placebo, una revisión sistemática reciente concluyó que “no hay pruebas suficientes para apoyar o refutar la sugerencia de que la gabapentina reduce el dolor en la fibromialgia” (71).

**Pregabalina:** es un fármaco modulador de los canales de calcio, análogo del GABA, que disminuye la excitabilidad neuronal central y actúa como anticonvulsivante y analgésico. Diversos estudios concluyen que reduce el dolor y mejora la calidad del sueño en pacientes con FM, pero sin efecto sobre la fatiga. La revisión *Cochrane de Üceyler et al*, (72) mostró que 22,2 % logró una reducción del 50 % del valor inicial de dolor vs. 17,3 % con placebo (RR 1.59; 95% IC 1,33 a 1,90;  $p < 0,0001$ ) y el 40% logró reducción dolor a 30% vs 29% con placebo. (RR 1.37; IC del 95% 1,22 a 1,53;  $p < 0,0001$ ).

Los ensayos clínicos utilizan dosis medias eficaces entre 300 y 450 mg/día, pero se recomienda iniciar con dosis menores 75 y 100 mg/día e ir aumentando según tolerancia y beneficio. Los diferentes trabajos mostraron altas tasas de abandono del fármaco debido a sus eventos adversos. En el trabajo de *Üceyler et al* el porcentaje de abandono de la medicación fue de 19 % (RR 1,68; IC del 95%: 1,36 a 2,07;  $p < 0,001$ ). Los eventos adversos más frecuentes fueron mareos, somnolencia, confusión mental, visión borrosa, estreñimiento.

La pregabalina se elimina principalmente por excreción renal, por lo que se debe individualizar la dosis según el aclaramiento de creatinina.

## Analgésicos

Los analgésicos simples, como el paracetamol y los antiinflamatorios no esteroides, a menudo se recetan como complemento para aliviar el dolor (73) pero no se ha demostrado que sean eficaces en la FM.

AINES

## Relajantes musculares

Orfenadrina Tizanidina

Benzodiacepinas

En el siguiente esquema se expone el nivel de evidencia disponible para cada fármaco según EULAR 2017. (75)

Fármaco	Nivel de evidencia	Fuerza de recomendación	Acuerdo 96
Amitriptilina	Ia A	Débil	100
Duloxetina	IaA	Débil	100
Pregabalina	IaA	Débil	94
Cyclobenzaprine	IaA	Débil	75

## Cannabinoides de uso medicinal (CM)

En referencia a los cannabinoides medicinales (CM) no existe consenso sobre su papel para el tratamiento del dolor neuropático (DN). Las guías de las sociedades nacionales e internacionales de dolor han proporcionado recomendaciones contradictorias. El objetivo principal de una revisión sistemática y metaanálisis (SR-MA) llevada a cabo en la Universidad de Toronto fue determinar la eficacia analgésica y la seguridad de los cannabinoides selectivos en comparación con el tratamiento convencional o placebo para el DN crónico (51). Los cannabinoides selectivos proporcionan un pequeño beneficio analgésico en pacientes con DN

crónica. Hubo un alto grado de heterogeneidad entre las publicaciones incluidas en este SR-MA. Se necesitan estudios aleatorios, grandes y bien diseñados para evaluar mejor la dosis específica, la duración de la intervención y el efecto de esta intervención sobre la función física y psicológica.

Mientras tanto, otro MA llevado a cabo en el Departamento de Anestesia, Psiquiatría, *Dalhousie University, Halifax Canada*, expresa que hay evidencia de que los cannabinoides son seguros y moderadamente efectivos en el dolor neuropático, con evidencia preliminar de eficacia en la FM y la artritis reumatoide. (52)

Se analiza el contexto de la necesidad de tratamientos adicionales para el dolor crónico. Se requieren más estudios a gran escala y de mayor duración que examinen cannabinoides específicos en poblaciones homogéneas.

En nuestro país se evaluó el beneficio clínico del tratamiento con cannabinoides (CM) para el dolor crónico no oncológico (Galzerano 2023) (53). Esta revisión estuvo enfocada en el dolor crónico osteoarticular por artrosis, PAR, fibromialgia y dolor neuropático en pacientes que no habían tenido respuesta al tratamiento estándar habitual. El quimiotipo de CM más usado fue cannabidiol (CBD) al 5%, y los autores observaron buena respuesta al tratamiento en el descenso del nivel del dolor de 3,14 (valor  $p \leq 0,0001$ ), lo que indica que el CM puede ser una opción para el tratamiento del dolor crónico no oncológico.

Los autores señalan que se obtuvo reducción de la polifarmacia, se logró suspensión o disminución del uso de opioides (y derivados) y también la disminución o suspensión del uso de AINES en un total de 46,2%. Se observaron escasos y leves efectos adversos en la gran mayoría de los pacientes. Abandonaron el tratamiento menos del 3%.

Finalmente, el grupo que trabajó en la elaboración de esta guía recomienda que en caso de que el médico tratante considere necesario la utilización de cannabinoides de uso medicinal para tratar un paciente con SFM, se realice una consulta previa con médicos especialistas en el empleo de Cannabis.

## **Opioides (5)**

El tramadol se ha estudiado en la FM y puede ser apropiado para algunos pacientes con dolor intenso (76). El tramadol es un opioide que actúa como débil agonista de los receptores  $\mu$ -opioides y como inhibidor mixto de la recaptación

de serotonina y noradrenalina. La asociación tramadol /paracetamol (37.5 mg tramadol/350 mg cada 6h) mostró efectos sobre la calidad sueño, mejoría del dolor y mejoría de valores de cuestionario de impacto de FM (FIQ). Es recomendada por diversas guías, incluyendo la guía EULAR 2017 (75), para el manejo a corto plazo del dolor.

Aparte del tramadol, que puede ser beneficioso debido a sus efectos de inhibición de la recaptación de serotonina y norepinefrina en lugar de sus efectos agonistas opioides débiles, los opioides no tienen evidencia de eficacia en la FM.

Las investigaciones sugieren que los pacientes con FM tienen alteraciones en el sistema opioide endógeno e incluso pueden experimentar una mejoría a largo plazo (76). Los médicos deben trabajar con pacientes actualmente tratados con opioides a largo plazo para involucrarlos en una reducción gradual de las dosis. A menos que los pacientes deseen una reducción de la dosis más rápida, es posible que sea necesario reducirla gradualmente durante muchos meses o años para optimizar los resultados. Aunque los opioides no se consideran una opción apropiada para tratar FM, se debe evitar su interrupción abrupta porque puede empeorar los síntomas, aumentar el riesgo de daños relacionados con los opioides e interrumpir las relaciones terapéuticas.

## Fibromialgia y trabajo

---

La salud del trabajador debe enfocarse desde una dimensión integral, buscando el equilibrio entre los aspectos sociales, psicológicos, fisiológicos y biológicos, lo cual influye fuertemente en el desempeño y relacionamiento entre pares. La salud y el trabajo son procesos complejos, vinculados dialécticamente, y su relación contribuye a la determinación de los procesos de salud y enfermedad. [84]

El trabajo, tal como se lo concibe en nuestro contexto socio cultural, es un factor determinante de la salud, que afecta a los trabajadores cualquiera sea la rama de actividad a la que se dediquen. Las condiciones en las que el trabajo se realiza pueden actuar como un factor que favorezca y estimule el desarrollo humano o bien, por el contrario, convertirse en agente causante de sufrimiento, dolor y enfermedad. Es primordial identificar los factores protectores o saludables en el ámbito laboral como el sentido de pertenencia y la jerarquización del rol social del individuo y su colectivo. [85]

Las características y síntomas de la FM tales como su cronicidad, dolor músculo-esquelético difuso, rigidez articular, trastornos del sueño, ansiedad, depresión, fatiga crónica, trastornos digestivos, dificultades en el concentración, atención y en la memoria , junto a su presentación en edades productivas, tiene un claro impacto negativo en el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana y laboral de los trabajadores, que son principalmente mujeres, sumado a la repercusión a nivel personal, familiar, social y del sistema de salud. [86]

Las tareas laborales que demanden movimientos repetitivos, posturas monótonas, elevada carga física y estrés, han sido reportadas como perjudiciales para los trabajadores con FM. En tanto, las que no parecen exacerbar los síntomas

incluyen trabajos con posturas sedentarias o con cortos desplazamientos, enseñanza y del sector servicios en un sentido amplio.

Algunos estudios revelan que la mayoría de las áreas en las que personas con FM se desempeñan (autocuidado, actividades de la vida diaria, trabajo, educación, ocio y participación social) se ven modificadas y, por tal motivo, dejan de realizar actividades a causa del dolor generalizado, el bajo nivel de energía, la falta de motivación y la fatiga.

Se ha reportado un desempeño ocupacional con reducción de las actividades que realizan, ausentismo o abandono laboral, como consecuencia de su afectación física, social y psicológica, sobre todo en las actividades que se requiere de esfuerzo físico, atención y concentración, con aumento del sentimiento de minusvalía, aislamiento social, falta de integración con otras personas lo cual constituye en un factor negativo para la evolución de la enfermedad. [87]

Las personas con FM a menudo se sienten poco productivas dadas las limitaciones por el dolor y fatiga que les impiden desempeñar las tareas con normalidad, a diferencia del resto de los trabajadores. El no lograr controlar o atenuar los síntomas, sumado a la fatiga precoz, desencadena frustración y sentimientos de inutilidad.

El cumplir con el trabajo prescrito les requiere más tiempo y esfuerzo, lo que hace a este grupo de trabajadores más susceptibles a la pérdida del empleo. Aquellos trabajos donde se exija la realización de fuerza, movimientos repetitivos, permanecer en posturas mantenidas por largos periodos, o sometan al estrés, son los que más repercusión tienen en las personas con FM. (89)

Por otro lado, el ausentismo laboral puede llevar a cuestionamientos, no solo de los empleadores, sino también de los propios compañeros de trabajo, que por falta de información no comprenden la situación de la persona con FM.

### **Incapacidad laboral y discapacidad por fibromialgia**

El estudio EPISER de España refiere que el 78% de los pacientes con FM que tiene trabajo remunerado, ha estado en algún momento en situación de incapacidad temporal, y determina que un 11% de las personas con FM se encuentra en incapacidad laboral temporal o permanente frente a un 3,2% de la población general.[88]

La valoración de la incapacidad laboral en la FM no es fácil, entre otros aspectos por la concurrencia de alteraciones psicológicas, la falta de pruebas objetivas y la escasa eficacia del tratamiento.

La Sociedad Española de Reumatología indica que “no se ha establecido qué componentes de la FM están más relacionados con su gravedad y repercusión laboral, ya que muchos de ellos son de apreciación subjetiva y es difícil introducir instrumentos válidos que permitan medir la discapacidad laboral en la FM. Es posible que determinadas condiciones laborales como insatisfacción laboral, aspectos organizativos y ergonomía inadecuada, entre otros, contribuyan a la discapacidad laboral en la FM”. [89]

Es necesario tener en cuenta que se trata de una afección benigna, que no acorta la esperanza de vida, no es degenerativa ni deformante. La valoración debe realizarse de forma individualizada, teniendo en cuenta la existencia de otras patologías concomitantes, valorando globalmente la movilidad, el nivel de tratamiento, los requerimientos del puesto de trabajo, la práctica de actividades lúdicas o deportivas, y las actividades de la vida cotidiana como el cuidado personal, el cuidado de los hijos y las tareas domésticas.

El médico del trabajo con informe del médico tratante, deberá objetivar si la sintomatología referida provoca una repercusión funcional que impida el desarrollo de las tareas de su puesto de trabajo.[90]

Al tratarse de una afección crónica y dolorosa, puede incapacitar al trabajador para el desempeño de su tarea ya sea de forma temporal o permanente. En nuestro país el sistema nacional de certificación laboral establece que el profesional médico tratante del prestador de salud al cual se encuentre asociado el trabajador en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, es quien debe expedir la constancia de certificación laboral al momento de la consulta si así lo requiere, la que a través de la Historia Clínica Electrónica Nacional ingresa al BPS. Corresponde que el trabajador le informe a la empresa que se ha certificado por enfermedad, sin entregar la constancia.

Al igual que para todo trabajador comprendido, el Banco de Previsión Social (BPS) otorga un subsidio por enfermedad a los trabajadores activos que por razones médicas se encuentran imposibilitados de trabajar, ya sea por enfermedad o por accidente de trabajo.

BPS podrá cubrir al trabajador hasta un año por motivo de enfermedad, con otro año de prórroga como máximo, o 2 años alternados dentro de los últimos 4 años, por la misma dolencia. [91]

El profesional médico tratante al momento de certificar al trabajador, deberá tomar en cuenta los plazos establecidos en la Guía TER (Tiempos Esperados de Recuperación). [91]

El estudio de *Briones* y col mostró que la mayoría de las personas encuestadas presentaban una fuerte motivación por trabajar, que contribuía a su sentimiento de realización y autoestima. Refiere que, en ocasiones, continuar trabajando requiere de cambios no solo en las personas afectadas, sino también en las condiciones de trabajo. Algunas de las estrategias adoptadas por los trabajadores fueron el cambio de posturas, alternar períodos de descanso, invertir más horas para desarrollar la tarea, negociación de las condiciones de empleo como la adaptación y flexibilización de la jornada laboral, así como el ajuste o cambio de tareas.

Si bien en este estudio los pacientes se dividieron entre los que se veían incapacitadas para trabajar y los que sí se sentían capaces, todas consideraron el empleo como una de las principales actividades en sus vidas. (86). Por lo tanto, desde la salud ocupacional se estima que es fundamental que las personas con FM mantengan la actividad laboral como parte de su desarrollo personal y complemento terapéutico, para lo que es necesario adecuar las demandas y exigencias en el trabajo a las capacidades personales.

Los profesionales de salud ocupacional deben aconsejar a los trabajadores con FM a que identifiquen qué elementos de su trabajo pueden exacerbar sus síntomas, así como recomendar a los empleadores las medidas preventivas más oportunas que deben ser tomadas para cada caso en particular.

Medidas que se pueden implementar a nivel laboral:

- Valoración del trabajador por parte del médico de salud ocupacional, integrante del Servicio de Prevención y Salud en el Trabajo, de acuerdo al Decreto 127/2014.[89] Dichos servicios tienen la función de asesoramiento a los empleadores y a los trabajadores sobre las condiciones y medio ambiente de trabajo y sobre la salud de los trabajadores.

- Adaptaciones ergonómicas del puesto de trabajo. Proveer sillas ergonómicas que se adapten a la situación de la persona, que les permitan ajustes en altura, profundidad, inclinación, de forma que no se sobrecarguen grupos musculares en tareas que requieran de posturas mantenidas sedentes durante la jornada laboral.
- Proveer elementos para reposar las extremidades como reposa pies o apoyos para muñecas y miembros superiores.
- Establecer pausas durante la jornada laboral más allá de los tiempos de descanso reglamentados para favorecer los cambios de postura.
- Realizar ejercicios de relajación y estiramiento, instrumentando pausas activas y desplazamientos como caminar dentro de la locación en la medida de lo posible.
- Evitar las tareas que impliquen levantamiento de carga, movimientos repetitivos y posturas forzadas.
- Contemplar la reubicación en puestos de trabajo que no exijan una carga física excesiva.
- Contemplar la flexibilización de los tiempos establecidos para la realización del trabajo o tarea, de manera de disminuir la presión ejercida y ajustar los plazos de entrega del trabajo, teniendo en cuenta que el estrés puede ser un desencadenante de los síntomas.
- Contemplar la posibilidad de flexibilidad horaria dado las dificultades en la conciliación y mantenimiento del sueño, de forma que la persona pueda contar con los tiempos de descanso adecuados.
- Fomentar la colaboración de los compañeros de trabajo y propiciar un ambiente de trabajo saludable, con énfasis en las relaciones laborales.
- Sensibilizar a los empleadores y compañeros de trabajo sobre las características de la FM y las limitaciones que pueden presentar las personas.
- Valorar el puesto de trabajo teniendo en cuenta las características y necesidades del trabajador, procurando adaptar el trabajo a la persona y no la persona al trabajo. (91, 92)

## Anexo

---

Decálogo para el paciente aportado por la Asociación de Pacientes con Fibromialgia y Enfermedades de Sensibilización Central Uruguay | ASSCI URUGUAY

Asociación de Pacientes con Síndrome de Sensibilidad Central Internacional (Asociación de Pacientes con Fibromialgia y otras enfermedades de Sensibilización Central) es una asociación civil sin fines de lucro (AC 64/2014) que reúne personas con estas patologías de todo el país.

Sus principales objetivos se constituyen en un Decálogo que la institución promueve y defiende:

- el acompañamiento del paciente y su familia y vínculos significativos para un mejor abordaje de esta condición;
- la alfabetización en salud del paciente, en orden de otorgarle herramientas para que pueda transitar la enfermedad de manera amigable, evitando los pensamientos y actitudes catastróficos y procurando siempre una mejor calidad de vida;
- el apoyo a pacientes, familias y vínculos significativos en la navegación dentro del sistema de salud;
- la generación de recursos educativos y formativos que apunten a la reinserción social, educativa y laboral de los pacientes;
- el desarrollo de actividades de rehabilitación, recreativas y educativas para pacientes;
- la gestión de proyectos y convenios con organismos públicos e instituciones privadas para usufructo de los pacientes;

- la construcción de espacios seguros, libres de acoso y discriminación, donde los pacientes puedan recuperar su autoestima y reinventar su proyecto de vida personal;
- la defensa y abogacía por los derechos humanos básicos de los pacientes: salud, dignidad, acceso a la alimentación, cuidados, vivienda, trabajo, recreación.

La Asociación presta una variada gama de servicios, entre los que se destaca:

- consultas subvencionadas con profesionales médicos especialistas (medicina interna, medicina cannábica, acupuntura);
- apoyo en la gestión del derecho a asiento y boleto subsidiado en el sistema de transporte público de Montevideo y AMM;
- talleres gratuitos: gimnasia adaptada; herramientas informáticas & estimulación cognitiva; salud sexual y reproductiva;
- actividades recreativas;
- abogado especialista en asuntos laborales y de previsión social;
- espacio de acompañamiento para pacientes en Policlínica Yucatán de la Intendencia de Montevideo;
- psicoterapia individual y en grupos de pares;
- acompañamiento individual para gestionar los recursos disponibles para personas en situación de vulnerabilidad (salud mental, laboral, alimentaria entre otras).

## Bibliografía

---

1. Pérez Fernández C. El dolor crónico desde el punto de vista de la neurociencia. N. Punto Vol. IV Número 41. Agosto 2021: 4-33. <https://www.npunto.es/revista/41/el-dolor-cronico-desde-el-punto-de-vista-de-la-neurociencia>
2. Clauw D. J. Fibromyalgia clinical review. JAMA.2014;311(15):1547-1555.
3. Croft P, Schollum J, Silman A. Population study of tender point counts and pain as evidence of fibromyalgia. BMJ. 1994;309:696-699.
4. Bair MJ and Krebs EE. Fibromyalgia. Ann. Med. 2020 Mar 3; 172(5):ITC33-ITC48.
5. Guías argentinas de practica clínica en el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia 2016. Revista argentina de reumatología.
6. Hooten WM. Chronic pain and mental health disorders: shared neural mechanisms, epidemiology, and treatment. Mayo Clinic Proceedings. 2016;91(7):955-70.
7. Albiol S, Gomà-i-Freixanet M, Valero S, Vega Dy Muro A. Rasgos de personalidad (ZKPQ) en pacientes con fibromialgia: un estudio de casos y controles. Anal. Psicol. vol.30 no.3 Murcia oct. 2014. On-line ISSN 1695-2294 versión impresa ISSN 0212-9728 <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.153791> 10).
8. Bruti, G.; Foggetti, P. Insecure Attachment, Oxytocinergic System and C-Tactile Fibers: An Integrative and Translational Pathophysiological Model of Fibromyalgia and Central Sensitivity Syndromes. *Biomedicines* 2024, 12, 1744. <https://doi.org/10.3390/biomedicines12081744>
9. D’Agnelli, S., Arendt-Nielsen, L., Gerra, M.C., Zatorri, K., Boggiani, L., Baciarello, M., Bignami, E. Fibromyalgia: Genetics and epigenetics insights may provide the basis for the development of diagnostic biomarkers. *Molecular Pain* 2019; 15:1744806918819944. doi: 10.1177/1744806918819944.
10. Xiong, H.-Y., Wyns, A., Campenhout, J.V., Hendrix, J., De Bruyne, E., Godderis, L.,

- Schabrun, S., Nijs, J., Polli, A. Epigenetic Landscapes of Pain: DNA Methylation Dynamics in Chronic Pain. *International Journal of Molecular Sciences* 2024; 25:8324. <https://doi.org/10.3390/ijms25158324>.
11. Dutta, D., Brummett, C.M., Moser, S.E., Fritsche, L.G., Tsodikov, A., Lee, S., Clauw, D.J., Scott, L.J. Heritability of the Fibromyalgia Phenotype Varies by Age. *Arthritis Rheumatology* 2020; 72(5):815-823. doi: 10.1002/art.41171.
  12. McLean, S. A., et al. (2022). *Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in fibromyalgia: Evidence and implications*. Journal of Pain Research, 15, 245-256. Disponible en: <https://www.dovepress.com/journal-of-pain-research>
  13. Arnold LM, Bennett RM, Crofford LJ, et al. AAPT diagnostic criteria for fibromyalgia. *J Pain*. 2019;20:611-28. [PMID: 30453109]
  14. Wolfe F, Clauw DJ, FitzcharlesMA, et al. 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):1113-1122.
  15. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. 2016 revisions to the Diagnosis 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum*. 2016; 46:319-29. [PMID: 27916278]
  16. Dubourdieu M. Psicoterapia integrativa PNIE. Integración cuerpo-mente-entorno. Montevideo. Ed. Psicolibros. 2008. ISBN 978-9974-8126-7-3
  17. Fierro W. y Dubourdieu M. (27-29 de octubre 2016) "Fibromialgia: un sufrimiento subdiagnosticado. Aportes de la Apiterapia y la Psiconeuroinmunoendocrinología para mejorar la calidad de vida del paciente." Presentación oral. V Congreso internacional de FLAPNIE ciudad de México.
  18. Dubourdieu, M y Nasi, L. (2017). Cáncer y Psico-Neuro-Inmunología. Clínica Integrativa en Oncología. Buenos Aires, Argentina. Ed. Nativa.
  19. Ang DC, Kaleth AS, Bigatti S, et al. Research to encourage exercise for fibromyalgia (REEF): use of motivation al inter viewing, out comes from a randomized-controlled trial. *ClinJPain*.2013; 29:296-304.[PMID: 23042474]
  20. Giordano F, Papisidero S, Pereira, Rossi C, Rebon C, Sosa J. Tratamiento no farmacológico de la fibromialgia. [Guías argentinas de práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia]. *Rev Argent Reumatol* 2016:33-44.
  21. Griffith J, Griffith ME. El cuerpo habla. Diálogos terapéuticos para problemas mente- cuerpo. Ed. Amorrortu S. A. Buenos Aires 1996.
  22. Moseley GL, Butler DS. Fifteen Years of Explaining Pain: The Past, Present, and Future. *The journal of pain: official journal of the American Pain Society*. 2015 Sep;16(9):807-13. PubMed PMID: 26051220.
  23. Louw A, Zimney K, Puentedura EJ, Diener I. The efficacy of pain neuroscience

- education on musculoskeletal pain: a systematic review of the literature. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2016;32:332-55.
24. Heathcote LC, Pate JW, Park AL, Leake HB, Moseley GL, Kronman CA, et al. Pain neuroscience education on YouTube. *Peer J*. 2019;7.
  25. Watson JA, Ryan CG, Cooper L, Ellington D, Whittle R, Lavender M, et al. Pain Neuroscience Education for Adults With Chronic Musculoskeletal Pain: A Mixed- Methods Systematic Review and Meta-Analysis. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*. 2019 Oct;20(10):1140 e1- e22. PubMed PMID: 30831273.
  26. 3rd International Conference on Pain and Physiotherapy. Sevilla 17-18 oct 2014 Torres R. Dolor crónico, sensibilización central, dolor disfuncional, etc.... ¿De qué estamos hablando? [https://www.youtube.com/watch?v=NhbmDAbbF\\_4&list=PLFrohRT9\\_cy-](https://www.youtube.com/watch?v=NhbmDAbbF_4&list=PLFrohRT9_cy-)
  27. Ang DC, Kaleth AS, Bigatti S, et al. Research to encourage exercise for fibromyalgia (REEF): use of motivational interviewing, outcomes from a randomized-controlled trial. *ClinJ Pain*.2013; 29:296-304.[PMID: 23042474]
  28. Waddell G. 1987 Volvo award in clinical sciences. A new clinical model of the treatment of low-back pain. *Spine* 1987;12(7):632-44.
  29. Hancock M, Maher C, Macaskill P, Latimer J, Kos W, Pik J. MRI findings are more common in select patients with acute low back pain than controls? *Eur Spine J* 2012;21(2):240-6
  30. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. 2017; 76:318-28. [PMID: 27377815]
  31. Häuser W, Klose P, Langhorst J, et al. Efficacy of different types of aerobic exercise in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Arthritis Res Ther*. 2010;12:R79. [PMID: 20459730]
  32. McDowell CP, Cook DB, Herring MP. The effects of exercise training on anxiety in fibromyalgia patients: a meta-analysis. *Med Sci Sports Exerc*. 2017;49:1868-76. [PMID: 28419024]
  33. Bidonde J, Busch AJ, Webber SC, et al. Aquatic exercise training for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev*.2014: CD011336. [PMID: 25350761]
  34. Bidonde J, Busch AJ, Schachter CL, et al. Aerobic exercise training for adults with fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev*.2017;6:CD012700. [PMID:28636204]
  35. Busch AJ, Webber SC, Richards RS, et al. Resistance exercise training for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev*.2013:CD010884.

36. F. Giordano et al. 2016 Capítulo V: Tratamiento no farmacológico de la fibromialgia. In: NoveltMed (Ed.) *Guías argentinas de práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia: 33-44*
37. Naumann J, Sadaghiani C. Therapeutic benefit of balneotherapy and hydrotherapy in the management of fibromyalgia syndrome: a qualitative systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Res Ther.* 2014 Jul7;16(4):R141
38. Lauche R, Cramer H, Häuser W, et al. A systematic overview fo reviews for complementary and alternative therapies in the treatment of the fibromyalgia syndrome. *Evid Based Complement Alternat Med.*2015; 2015:610615. doi: 10.1155/2015/610615
39. Ang DC, Kaleth AS, Bigatti S, et al. Research to encourage exercise for fibromyalgia (REEF): use of motivation al inter viewing, out comes from a randomized-controlled trial. *ClinJ Pain.*2013; 29:296-304. [PMID: 23042474]
40. Estrategia de la OMS sobre Medicina tradicional 2014-2023 [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf)
41. Li, Y., et al. (2023). Acupuncture for fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Pain Management Nursing*, 24(1), 15-22
42. Vickers, A.J., et al. (2018). Acupuncture for Chronic Pain: Update of an Individual Patient Data Meta-Analysis. *The Journal of Pain*, 19(5), 455-474. Disponible en: [https://www.jpain.org/article/S1526-5900\(17\)30780-0/fulltext](https://www.jpain.org/article/S1526-5900(17)30780-0/fulltext)
43. Wang, C., et al. (2016). Tai Chi for Chronic Pain Conditions: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Scientific Reports*, 6, 25325. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/srep25325>
44. Zeidan, F., et al. (2012). Mindfulness meditation-related pain relief: evidence for unique brain mechanisms in the regulation of pain. *Neuroscience Letters*, 520(2), 165- Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304394012006069>
45. Luo, Y., Wang, C.Z., Sawadogo, R., Tan, T., & Yuan, C.S. (2020). Effects of Herbal Medicines on Pain Management. *The American Journal of Chinese Medicine*, 48(1), 1-16. Disponible en: <https://www.worldscientific.com/doi/10.1142/S0192415X20500019>
46. Kim, J., et al. (2023). Efficacy of ginseng and turmeric in chronic inflammatory conditions: A meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine*, 71, 102415
47. Dietary Interventions in the Management of Fibromyalgia: A Systematic Review and Best-Evidence Synthesis Lowry E, Marley J, McVeigh JG, McSorley E, Allsopp P, Kerr D. Dietary Interventions in the Management of

- Fibromyalgia: A Systematic Review and Best-Evidence Synthesis. *Nutrients*. 2020 Aug 31;12(9):2664. doi: 10.3390/nu12092664. PMID: 32878326; PMCID: PMC7551150.
48. D'Onghia M, Ciaffi J, Lisi L, Mancarella L, Ricci S, Stefanelli N, Meliconi R, Ursini F. Fibromyalgia and obesity: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum*. 2021 Apr;51(2):409-424. doi: 10.1016/j.semarthrit.2021.02.007. Epub 2021 Mar 3. PMID: 33676126. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/guia-alimentaria-para-la-poblacion-uruguaya>
  49. Lim KT, Lim KH, Zhou X, Yang J, Shin KM, Mohabbat AB, Baude WW, Nanda S, Bauer D, Theberath M, Theberath N, Bauer BA, Ganesh R. Dietary Supplements for Pain Relief in Patients with Fibromyalgia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Am J Chin Med*. 2022;50(5):1197-1218. doi: 10.1142/S0192415X22500495. Epub 2022 May 31. PMID: 35642461.
  50. Smit J, Terpening C, Schmidt S and Gums J. Relief of fibromyalgia symptoms following discontinuation of dietary excitoxins. *Ann Phamacother* 2001 Jun;35(6):702-6
  51. Rossi A, Di Lollo AC, Guzzo MP, Giacomelli C, Atzeni F, Bazzichi L, Di Franco M. Fibromyalgia and nutrition: what news? *Clin Exp Rheumatol*. 2015 Jan-Feb;33(1 Suppl 88):S117-25.
  52. Alcocer-Gomez E, Cano-Garcia FJ, Cordero MD. Effect of coenzyme Q10 evaluated by 1990 and 2010 ACR Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and SCL-90-R: four case reports and literature review. *Nutrition* 2013 Nov-Dec;29(11-12):1422-5.
  53. Dubourdiou, M y Nasi, L. (2017). *Cáncer y Psico-Neuro-Inmunología. Clínica Integrativa en Oncología*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Nativa.
  54. Hernández Balboa R, Torres Morera LM, Borrego Martín S, Eizaga Rebolgar R y García Hernández R. ¿Podría la vitamina D ser una aliada en la lucha contra el dolor crónico? ¿Qué dice la evidencia? *Revista de la Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor* 2024;4:1-10. DOI: 10.20986/mpj.2023.1061/2023
  55. Wepner F, Scheuer R, Schuetz-Wieser B, Machacek P, Pieler-Bruha E, Cross HS, et al. Effects of vitamin D on patients with fibromyalgia syndrome: a randomized placebo-controlled trial. *Pain*. 2014;155(2):261-8. DOI: 10.1016/j.pain.2013.10.002.
  56. Schreuder F, Bernsen RM, van der Wouden JC. Vitamin D supplementation for nonspecific musculoskeletal pain in non-Western immigrants: a randomized controlled trial. *Ann Fam Med*. 2012;10(6):547-55. DOI: 10.1370/afm.1402.
  57. Abraham, W. (1996). Activity-depencent regulation of symagtic plasticity

- (metaplasticity) in the hippocampus” In the Hippocampus: Functions and clinical relevance. Ed. N. Kato. Elsevier Science B.V. pp. 15-26.
58. Díaz A. Página 20 in: La medicina y el sufrimiento. Ed. Trilce, Montevideo 2012
  59. Qaseem A, Kansagara D, Forcica MA, et al; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Management of chronic insomnia disorder in adults: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2016;165: 125-33. [PMID: 27136449]
  60. Koffel E, Kuhn E, Petsoulis N, et al. A randomized controlled pilot study of CBT-I Coach: feasibility, acceptability, and potential impact of a mobile phone application for patients in cognitive behavioral therapy for insomnia. *Health Informatics J.* 2018;24:3- 13. [PMID: 27354394]
  61. Tofferi JK, Jackson JL, O'Malley PG. Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine: a metaanalysis. *Arthritis Rheum.* 2004;51:9-13. [PMID: 14872449]
  62. O'Malley PG, Balden E, Tomkins G, et al. Treatment of fibromyalgia with antidepressants: a meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2000;15: 659-66. [PMID: 11029681]
  63. Häuser W, Urrutia G, Tort S, et al. Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) for fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;CD010292. [PMID: 23440848]
  64. Nishishinya (INRU)
  65. Lunn MP, Hughes RA, Wiffen PJ. Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014: CD007115. [PMID: 24385423]
  66. Murakami M, Osada K, Ichibayashi H, et al. An open-label, long-term, phase III extension trial of duloxetine in Japanese patients with fibromyalgia. *Mod Rheumatol.* 2017;27:688-95. [PMID: 27796152]
  67. Mease PJ, Clauw DJ, Gendreau RM, et al. The efficacy and safety of milnacipran for treatment of fibromyalgia. a randomized, doubleblind, placebo-controlled trial. *J Rheumatol.* 2009; 36:398-409. [PMID: 19132781]
  68. Moore A, Wiffen P, Kalso E. Antiepileptic drugs for neuropathic pain and fibromyalgia. *JAMA.* 2014;312:182-3. [PMID: 25005656]
  69. Häuser W, Bernardy K, Üçeyler N, et al. Treatment of fibromyalgia syndrome with gabapentin and pregabalin—a meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain.* 2009;145:69-81. [PMID: 19539427]
  70. Arnold LM, Goldenberg DL, Stanford SB, et al. Gabapentin in the treatment of fibromyalgia: a randomized, doubleblind, placebo-controlled, multicenter trial. *Arthritis Rheum.* 2007;56:1336- 44. [PMID: 17393438]
  71. Cooper TE, Derry S, Wiffen PJ, et al. Gabapentin for fibromyalgia pain in adults.

- Cochrane Database Syst Rev. 2017; 1:CD012188. [PMID: 28045473]
72. La revisión Cochrane de Üceyler et al (INRU)
  73. Derry S, Wiffen PJ, Hauser W, et al. Oral nonsteroidal antiinflammatory drugs for fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;3:CD012332. [PMID: 28349517]
  74. de Souza Nascimento S, Desantana JM, Nampo FK, et al. Efficacy and safety of medicinal plants or related natural products for fibromyalgia: a systematic review. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2013; 2013:149468. [PMID: 23861696]
  75. Macfarlane GJ, et al. *Ann Rheum Dis* 2017;76:318—328. doi:10.1136/annrheumdis-2016-209724
  76. Goldenberg DL, Clauw DJ, Palmer RE, et al. Opioid use in fibromyalgia: a cautionary tale. *Mayo Clin Proc.* 2016; 91:640-8. [PMID: 26975749]
  77. Younger J, Noor N, McCue R, et al. Low-dose naltrexone for the treatment of fibromyalgia: findings of a small, randomized, double-blind, placebo-controlled, counterbalanced, crossover trial assessing daily pain levels. *Arthritis Rheum.* 2013;65:529-38. [PMID: 23359310]
  78. Arwady MA; Delphin-Rittmon M; and Volkow ND. Major gaps in the cascade of care for opioid use disorder: implications for clinical practice. *JAMA*. Publicado en línea el 27 de junio de 2024. doi:10.1001/jama.2024.11977
  79. B. Sañudo, D. Galiano, L. Carrasco y M. de Hoyo. Evidencias para la prescripción de ejercicio físico en pacientes con fibromialgia. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, vol. 3, núm. 4, octubre-diciembre, 2010, pp. 159-169 Centro Andaluz de Medicina del Deporte Sevilla, España.
  80. J. Lopez Chicharro, L. Lopez Mojares. *Fisiología Clínica del Ejercicio*. Editorial Panamericana. 2008, pp. 255-263.
  81. Latorre-Santiago, D. y Torres-Lacomba, M. Fibromialgia y ejercicio terapéutico. Revisión sistemática cualitativa. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, vol. 17 (65), 2017, pp. 183-204. [Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista65/artfibromialgia776.htm](http://cdeporte.rediris.es/revista/revista65/artfibromialgia776.htm)
  82. Ministerio de Salud Pública, *Manual para la prescripción de Actividad Física*, 2022, Uruguay. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/manual-para-prescripcion-actividad-fisica>
  83. Tomasina, F. La salud de los trabajadores de la salud. *Revista de Salud Pública*. Año 2/Nº 3 Uruguay.
  84. Nieto, H.; Tomasina, F.. La Salud de los trabajadores de la Salud: Estrategias e intervenciones. *Curso Sistemas y Servicios de Salud*. Promoción de la salud de los trabajadores del sector salud. Campus Virtual OPS. <https://cursos.campusvirtuales.org/mod/resource/view.php?id=1605>

85. Briones, E.; Ronda, E.; Vives, C. Percepciones de pacientes con fibromialgia sobre el impacto de la enfermedad en el ámbito laboral. *Aten Primaria*. 2015;47 (4): 205-212.
86. Sixto, A.; Souto, A.; Talavera, M. Analisis del desempeño ocupacional para la promoción de la salud en personas con fibromiagia. Un estudio fenomenológico. *Revista Colombiana de Reumatología*. 2019,26 4): 226-235.
87. Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española.
88. Rivera, J. Alegre, C., Ballina FJ, Carbonell J. Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre Fibromialgia. *Reumatol Clin* 2006; Supl 1:S55-S66.
89. Vicente, M., Terradillos, ., Capdevila L., Ramirez, M., Lopez, A. Fibromialgia y Trabajo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2011, 49 (5): 511-516
90. BPS Subsidio por enfermedad. <https://www.bps.gub.uy/4774/subsidio-por-enfermedad.html>
91. Guía TER BPS. <https://bvs.smu.org.uy/servicios/ToC/GuiaTER.PDF>
92. Decreto 127/2014. Obligatoriedad de los Servicios de Prevención y Salud en el Trabajo.



**Dirección:**  
Avda. 18 de Julio 1892,  
Montevideo, Uruguay.  
**Teléfono:** 1934



[msp.gub.uy](https://msp.gub.uy)