

CONSEJERÍA DE SALUD

Agencia de Evaluación de Tecnologías  
Sanitarias de Andalucía (AETSA)

# Guías de práctica clínica sobre Fibromialgia

Informe de respuesta breve: listado de referencias y valoración crítica

Avda. de la Innovación s/n. Edificio ARENA 1. Planta baja  
CONSEJERÍA DE SALUD  
41020 Sevilla - España (Spain)  
Tlf.: +34 955 006 309 - Fax: +34 955 006 328  
e-mail: [aetsa.csbs@juntadeandalucia.es](mailto:aetsa.csbs@juntadeandalucia.es)

2016



## **Guías de práctica clínica sobre Fibromialgia**

*Informe de respuesta breve: listado de referencias y valoración crítica*


**Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía**

CONSEJERÍA DE SALUD

**JUNTA DE ANDALUCÍA**

***Autores: Patricia Miranda-Romero, Ana M. Carlos-Gil, María Piedad Rosario-Lozano y Teresa Molina-López***

**Fecha:** junio 2016



## Conflicto de interés

Los autores declaran que no tienen intereses que puedan competir con el interés primario y los objetivos de este documento ni influir en su juicio profesional al respecto.



## Índice

1. Contexto y objetivo.....	5
2. Metodología.....	6
3. Resultados .....	8
3.1 Documentos incluidos.....	8
3.2 Recomendaciones de la guía .....	9
3.3 Documentación adicional.....	14
4. Referencias bibliográficas .....	15
5. Anexos .....	16
Anexo I. Estrategias de búsqueda. ....	16
Anexo II. Herramienta AGREE II para evaluar la calidad metodológica de guías de práctica clínica <sup>18</sup>	

## 1. Contexto y objetivo

La metodología de elaboración y actualización de un Proceso Asistencial Integrado establece como paso inicial la identificación de guías de práctica clínica elaboradas con rigor metodológico, que aporten la mejor evidencia disponible y las recomendaciones sobre las distintas etapas del proceso asistencial.

La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA) ha elaborado este documento de consulta como apoyo metodológico para la actualización del Proceso Asistencial Integrado Fibromialgia.

Con el fin de localizar la evidencia disponible sobre el manejo de la fibromialgia, se elaboró este informe que tiene por objetivo principal identificar guías de práctica clínica y otros documentos estratégicos en los que se aborde el manejo y tratamiento de la fibromialgia y se expliciten las recomendaciones y/o estándares de calidad.

## 2. Metodología

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura hasta el 5 de mayo de 2016, con el objetivo de identificar guías de práctica clínica en las que se especificase el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con fibromialgia.

Se planteó la siguiente pregunta de investigación:

**¿Existen guías de práctica clínica recientes y de calidad que evalúen cómo realizar el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes con fibromialgia?**

Como paso previo a la búsqueda de guías, se formuló la pregunta de investigación en el formato PICOd (**P**oblación, **I**ntervención, **C**omparador, **O**utcomes/Resultados y diseño de los estudios a incluir), con el objetivo de realizar la consulta a las bases de datos bibliográficas biomédicas. A continuación, en la tabla 1, se expone la pregunta de investigación en dicho formato.

<b>Tabla 1. Pregunta de investigación en formato PICOd.</b>	
<b>Población</b>	Pacientes adultos con fibromialgia
<b>Intervención</b>	Abordaje general incluyendo diagnósticos y tratamiento
<b>Comparador</b>	Cualquiera
<b>Resultados</b>	Cualquier resultado en salud
<b>Diseño</b>	Guías de práctica clínica (GPC) y otros documentos estratégicos

Con el propósito de localizar guías de práctica clínica que pudieran dar respuesta a la pregunta anteriormente planteada, se realizaron búsquedas bibliográficas en dos fases.

La primera fase consistió en la búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos:

- *National Guideline Clearinghouse (NGC)*
- *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*
- *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH)*
- *Evidence Search, The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*
- *CMA Infobase Clinical Practice Guidelines*
- *Alberta - Toward Optimized Practice*
- *British Columbia - Guidelines and Protocol Advisory Committee (GPAC)*
- *Australia - Clinical Practice Guidelines Portal*
- *New Zealand - Guidelines Group (NZGG)*
- *Singapore - Ministry of Health Singapore Practice Guidelines*
- *US- Preventive Services Task Force (USPSTF)*
- *US- Clinical Practice Guidelines at University of California*
- *GuiaSalud*

Posteriormente, en una segunda fase, se elaboraron búsquedas específicas de guías de práctica clínica en las bases de datos MEDLINE y CINAHL mediante términos Mesh. Las estrategias de búsqueda para ambas bases se detallan en el Anexo I.

Se realizaron búsquedas en páginas webs de Agencias y en Unidades de Evaluación de Tecnologías Sanitarias utilizando términos libres.

La selección de los documentos localizados en la búsqueda bibliográfica detallada anteriormente, estuvo limitada por idioma (español e inglés) y fecha de publicación (últimos 5 años). Se excluyeron las guías que se centraron en poblaciones especiales como embarazadas, niños y ancianos, así como aquellos documentos que no abordaban específicamente el tratamiento de la fibromialgia.

Los documentos localizados y seleccionados se analizaron considerando sus ventajas e inconvenientes y, posteriormente, dos evaluadores, de forma independiente, evaluaron su calidad metodológica, en base a la herramienta AGREE (Anexo II).



### 3. Resultados

Se localizaron 86 referencias, de las cuales sólo una de ellas cumplió con los criterios de inclusión establecidos en el apartado de metodología. Este documento seleccionado se trata de la *Guía Canadiense para el diagnóstico y manejo de la fibromialgia*, elaborada en 2012.

Además de esta guía, se seleccionaron 11 documentos incluidos en el apartado "Documentación adicional". El motivo de añadir este apartado es facilitar aquellos documentos que, a pesar de no cumplir los criterios de inclusión establecidos, podrían ser de interés para el grupo de trabajo sobre fibromialgia.

A continuación se realiza una breve descripción del documento seleccionado y la evaluación de su calidad metodológica bajo el epígrafe "Documento incluido", posteriormente un apartado con las recomendaciones de la guía seleccionada, y por último bajo el apartado "Documentación adicional", se recogen las referencias en orden decreciente según su fecha de publicación.

#### 3.1 Documentos incluidos

**Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Goldenberg DL, Pereira JX, Abbey S, Choinière M, et al. National Fibromyalgia Guideline Advisory Panel. 2012 Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome: executive summary. Pain Res Manag. 2013;18: 119-26.**

Tipo de documento: guía de práctica clínica.

Grupo elaborador: se elaboró a petición de *Canadian Pain Society* creándose para ello el Comité *Canadian Fibromyalgia Guideline Committee* que se encargaría de la supervisión en el desarrollo de la guía. Este comité estaba formado por un equipo multidisciplinar de profesionales de la salud. El documento fue revisado por un experto externo, así como por el Comité Ejecutivo de *Canadian Pain Society* y *Canadian Rheumatology Association*.

Población diana: pacientes adultos con fibromialgia.

Potenciales usuarios: documento enfocado a médicos de atención primaria y al resto de profesionales sanitarios que atienden a los pacientes con fibromialgia.

Alcance del documento: la guía incluye el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con fibromialgia.

Objetivos: presentar la evidencia disponible hasta el año 2010 para el diagnóstico, manejo y seguimiento de los pacientes con fibromialgia.

Aspectos metodológicos: se realizaron búsquedas bibliográficas (MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, PubMed y Cochrane) entre 1990 y 2010. Se seleccionaron estudios originales,

revisiones y guías basadas en evidencia. La evidencia se clasificó según los estándares fijados por Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. EL 80% de las recomendaciones fueron aprobadas por expertos y las que no recibieron inicialmente su aprobación, fueron modificadas de acuerdo a sugerencias y consensuadas de nuevo.

Contenido: se recogen 46 recomendaciones desarrolladas y organizadas de acuerdo a las secciones de diagnóstico, manejo y seguimiento de la fibromialgia. Sólo en 9 de estas 46 recomendaciones se alcanzó un grado de recomendación A o nivel 1. Este nivel máximo se logró en las siguientes recomendaciones:

- El diagnóstico del paciente con fibromialgia debe realizarse por profesionales de



atención primaria.

- Se obtiene una mejoría de los síntomas con intervenciones psicológicas (terapia cognitivo-conductual) y ejercicio físico.
- La información disponible es insuficiente para recomendar tratamientos alternativos a la medicina tradicional.
- Existe beneficio en el manejo de los síntomas con la utilización de antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina e inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina.
- Existe la necesidad de un control estrecho de los efectos adversos en la utilización de medicamentos anticonvulsivos.

Ventajas: las recomendaciones se presentan de forma clara y explícita con el grado de recomendación asignado. Además cada recomendación se asocia a las referencias bibliográficas de las que se extraen.

Inconvenientes: en la elaboración del documento no se detallan los criterios utilizados para seleccionar la evidencia. A esto podría añadirse que no se proporcionan herramientas sobre cómo utilizar estas recomendaciones en la práctica clínica ni ofrece criterios de monitorización ni auditorías.

A continuación se muestra el resultado de la evaluación de la calidad de esta GPC. Para ello se ha utilizado la herramienta AGREE que se adjunta en el Anexo II.

GPC	Alcance y objetivos	Participación implicados	Rigor en la elaboración	Claridad y presentación	Aplicabilidad	Independencia editorial
<i>Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome</i>	92%	78%	68%	83%	42%	100%

## 3.2 Recomendaciones de la guía

### Recomendaciones prácticas para la fibromialgia: Diagnóstico

#### La evaluación clínica

1. La fibromialgia (FM) debe ser considerada en el diagnóstico en pacientes con dolor difuso de al menos tres meses de evaluación, pudiendo presentar a la vez síntomas como fatiga, alteraciones del sueño, alteraciones cognitivas, alteraciones del estado de ánimo y otros síntomas somáticos en diferentes grados, siempre y cuando estos síntomas no puedan ser explicados por cualquier otra enfermedad (nivel 5, grado D).
2. Todos los pacientes con síntomas que sugieran un diagnóstico de FM, deben ser sometidos a un examen físico, el cual debe estar dentro de los límites normales excepto en la presión de los puntos sensibles de los tejidos blandos (ej. hiperalgesia: incremento del

dolor seguido de un estímulo doloroso) (nivel 4, grado D).

3. Se debe realizar una palpación manual en busca de sensibilidad generalizada de los tejidos blandos, entendiendo que el examen específico de los puntos sensibles específicos de acuerdo con los criterios diagnósticos establecidos por el *American College of Rheumatology* en 1990, no es requisito para el diagnóstico clínico de la FM (nivel 5, grado D).

#### **Test y confirmación del diagnóstico**

4. La FM debe ser diagnosticada como una construcción clínica, sin necesidad de confirmación por pruebas de laboratorio. Las pruebas se limitan a un análisis de sangre completo que incluya la tasa de sedimentación eritrocitaria, los niveles de proteína C reactiva, la creatin kinasa y la hormona estimulante del tiroides. Cualquier prueba adicional, ya sea de laboratorio como radiológica, dependerá de la evaluación clínica de un paciente individual que pudiera sugerir otra condición médica distinta (nivel 5, grado D).
5. El médico de atención primaria debe establecer un diagnóstico de FM tan pronto como sea posible, sin la necesidad de confirmación por parte del especialista, y comunicar este diagnóstico al paciente. Tras el diagnóstico, debe evitarse la repetición de pruebas, a menos que sean conducidas debido al inicio de nuevos síntomas o signos en el examen físico (nivel 5, grado D).
6. Los criterios diagnósticos de *American College of Rheumatology* de 2010, pueden utilizarse como una evaluación inicial para validar el diagnóstico clínico de la FM, entendiendo que los síntomas pueden variar con el tiempo (nivel 3, grado B).

#### **Diagnóstico diferencial y condiciones coexistentes**

7. Los profesionales de la salud deben tener en cuenta que algunas patologías pueden manifestarse con un dolor similar al que se presenta en la FM, y que pacientes con otras enfermedades, pueden tener asociada además, FM (nivel 5, grado D).

#### **El equipo de salud**

8. El manejo de individuos con FM se debe centrar en el ámbito de la atención primaria con especialistas con experiencia y, si fuera posible, este cuidado debería ser ampliado con acceso a un equipo multidisciplinar (nivel 1, grado A) o un miembro incorporado al equipo para proporcionar apoyo y seguridad (nivel 3, grado C).
9. La consulta especializada, incluyendo lo referente a especialistas del sueño o psicólogos, podrá ser requerida en sujetos concretos, aunque no se recomienda el cuidado continuo por un especialista y debería estar reservado para pacientes en los que el manejo en atención primaria ha fallado, o para aquellos que presentan comorbilidades más complejas (nivel 5, grado D).

#### **Educación y conocimiento**

10. En el cuidado de los pacientes con FM, los profesionales sanitarios deben formarse en la patogénesis de la enfermedad (nivel 5, consenso). Deben ser empáticos, abiertos, honestos, practicar la toma de decisiones compartidas y no mostrar actitudes negativas (nivel 3, grado D).
11. Las anomalías neurofisiológicas en los pacientes con FM han sido identificadas en el marco de la investigación, y los profesionales sanitarios deben conocer esta información, aunque no esté disponibles su aplicación en la práctica clínica, ni para el diagnóstico ni

para el cuidado de los individuos con esta patología (nivel 5, grado D).

12. Los pacientes y los profesionales de la salud deben conocer cuáles son los factores genéticos y los eventos adversos previos que pueden contribuir al desarrollo de la FM, aunque centrarse excesivamente en el evento que lo desencadena podría comprometer el cuidado del paciente y debería, por lo tanto, desestimarse (nivel 5, grado D).

### **Recomendaciones prácticas para la FM: Manejo**

#### **Aspectos del tratamiento**

13. Una estrategia de tratamiento para los pacientes con FM debería incorporar el principio de autogestión utilizando un enfoque multimodal (nivel 1, grado A). Está recomendada la atención dirigida a los síntomas individuales con un enfoque adaptado al paciente, sometido a un riguroso control y un seguimiento regular, particularmente en los estadios tempranos (nivel 5, grado D).
14. Fomentar al paciente a que identifique al inicio del tratamiento, objetivos específicos respecto al estado de salud y a la calidad de vida, con reevaluaciones de estos objetivos durante el seguimiento (nivel 5, grado D).

#### **Resumen no farmacológico**

15. La participación activa del paciente en las estrategias no farmacológicas debe ser un componente integral del plan terapéutico para el manejo de la FM (nivel 1, grado A). Favorecer la autoeficacia y el apoyo social facilitará las prácticas de vida que promueven la salud (nivel 3, grado D).
16. Se debe motivar a los pacientes con FM a seguir un patrón de vida tan normal como sea posible, con la estimulación y/o el incremento del grado de actividad para mantener y/o mejorar la función (nivel 4, grado D).

#### **Intervención psicológica**

17. La terapia multidisciplinar puede ayudar a conseguir habilidades para afrontar la enfermedad de manera eficaz y la promoción de la autogestión (nivel 5, grado D).
18. Se deben fomentar intervenciones que mejoren la autoeficacia y ayuden al paciente con los síntomas de su enfermedad (nivel 1, grado A).
19. La evaluación psicológica y/o el asesoramiento puede ser útil en personas con FM que presentan asociado un posible malestar psicológico (nivel 5, consenso). Se debe orientar a los pacientes a que reconozcan esta angustia cuando se presente, y ser informados sobre el impacto negativo que ésta tiene sobre su bienestar (nivel 3, grado D).
20. La terapia cognitivo conductual, aunque sea por un corto periodo de tiempo, es útil y puede ayudar a reducir el miedo al dolor y el miedo al ejercicio (nivel 1, grado A).

#### **Actividad física**

21. Los individuos con FM deben participar en la elección de un programa de ejercicios graduado para obtener beneficios globales en salud y su probable efecto sobre los síntomas de FM (nivel 1, grado A).

#### **Medicina alternativa y complementaria**

22. Es necesario informar a los pacientes que actualmente no hay suficiente evidencia que apoye la recomendación de tratamientos con medicina alternativa y complementaria para el manejo de los síntomas, ya que éstas no han sido evaluadas adecuadamente, sobre todo

con respecto a los beneficios (nivel 1, grado A).

23. Fomentar que el paciente solicite al profesional sanitario de referencia información sobre la utilización de medicinas complementarias y alternativas. El profesional sanitario debería poder valorar esta descripción y proporcionar información actualizada, basada en la evidencia disponible, sobre la eficacia y el riesgo de su utilización (nivel 5, consenso).

#### **Resumen farmacológico**

24. Los profesionales de la salud deberían identificar el más molesto de los síntomas que presenta el paciente, para ayudar con el tratamiento farmacológico de acuerdo a un abordaje basado en los síntomas (nivel 5, grado D).
25. El tratamiento farmacológico se debe iniciar a dosis bajas, con precaución, con una escalada gradual para reducir la intolerancia (nivel 5, grado D). Debe realizarse una evaluación regular y continua de la eficacia y del perfil de efectos adversos, con el conocimiento de que los efectos adversos pueden ser similares a los síntomas de la FM (nivel 5, consenso).
26. Los profesionales de salud que prescriban los medicamentos para la FM, deben tener en consideración el amplio espectro de medicamentos disponibles para tratar los síntomas, y no limitarlo a una sola categoría de ellos (nivel 5, consenso).

#### **Terapias tradicionales para aliviar el dolor**

27. Considerando la escalera analgésica de la OMS, el paracetamol puede utilizarse en algunos pacientes, prestando atención para una dosificación segura (nivel 5, consenso).
28. En el caso de prescribir AINES, particularmente en pacientes con patologías asociadas como la artrosis, deberían pautarse a las dosis más bajas y el periodo de tiempo más corto posible, por sus potenciales eventos adversos serios (nivel 5, grado D).
29. Se recomienda que el empleo de opiáceos comience con un opiáceo débil como el tramadol, y debe reservarse para el tratamiento del dolor moderado a severo que no responde a otros tratamientos (nivel 2, grado D).
30. El uso de opiáceos fuertes está desaconsejado, y aquellos que continúan con su uso, deben mostrar una mejora del dolor y de la función. Los profesionales sanitarios monitorizarán su eficacia de forma continua, la aparición de efectos adversos o la evidencia de comportamientos aberrantes tras el consumo de estos medicamentos (nivel 5, grado D).

#### **Terapias no tradicionales para aliviar el dolor**

31. El uso de cannabinoides se puede considerar en pacientes con FM, particularmente en el contexto de una alteración importante del sueño (nivel 3, grado C).
32. Cuando se utilicen medicamentos antidepresivos, se debe explicar a los pacientes los efectos de modulación del dolor para disipar el concepto de queja, principalmente psicológica (nivel 5, grado D).
33. Todas las categorías de medicamentos antidepresivos incluidos los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los inhibidores de la recaptación de la serotonina y noradrenalina se pueden utilizar para el tratamiento del dolor y de otros síntomas en estos pacientes (nivel 1, grado A). La elección debe centrarse en la evidencia disponible sobre eficacia, las características de los pacientes y una especial atención al perfil de efectos adversos (nivel 1, grado A).
34. Comunicar las propiedades de modulación del dolor que presentan los medicamentos

anticonvulsivos, iniciarse con la menor dosis posible seguida de una escalada, prestando atención a los eventos adversos (nivel 1, grado A).

35. Los profesionales sanitarios deben considerar que para el manejo de los síntomas de la FM, sólo están aprobados por Health Canada, la pregabalina y la duloxetina. El uso del resto de medicamentos se consideran fuera de indicación (nivel 5, consenso).

### **Recomendaciones prácticas para la FM: Resultados**

#### **Seguimiento de pacientes**

36. El seguimiento clínico dependerá de la indicación realizada por el médico/a o del equipo sanitario, siendo adecuada una mayor frecuencia de visitas durante la fase inicial del manejo de la enfermedad o hasta que los síntomas se hayan estabilizado (nivel 5, consenso).
37. Durante el seguimiento del paciente con FM, el desarrollo de un nuevo síntoma requiere una nueva evaluación clínica para asegurar que los síntomas no son debidos a alguna otra enfermedad médica distinta a la FM (nivel 5, consenso).
38. Se debe informar a los pacientes que, los resultados obtenidos en la mayoría de los individuos son favorables, con independencia de que los síntomas disminuyan o aumenten con el tiempo (nivel 3, grado B).
39. A los pacientes que durante su vida han experimentado eventos adversos previos, y éstos han impactado en el bienestar psicológico y no han sido eficazmente dirigidos, se les debe ofrecer un soporte apropiado para facilitar la consecución de los objetivos relacionados con la salud (nivel 5, consenso).
40. Los profesionales sanitarios deben alertar que factores como la pasividad, el pobre control interno y los trastornos del ánimo pueden tener una influencia negativa sobre los resultados (nivel 5, consenso).

#### **Herramientas de resultados**

41. Los resultados pueden ser medidos mediante informes donde se recoja el estado de los síntomas o la impresión de cambio global en el paciente, sin necesidad de complejos cuestionarios (nivel 3, grado C).
42. Las metas de los pacientes y sus niveles de logro debe recogerse como una estrategia útil para el seguimiento de los resultados (nivel 5, consenso).
43. No deben utilizarse los puntos sensibles como medida de los resultados (nivel 3, grado C).
44. Recomendación del trabajo y contención de los costes en salud
45. Los profesionales sanitarios deben fomentar que los pacientes continúen en su puesto de trabajo y, si fuera necesario, dar recomendaciones que pudiesen ayudar a mantener una óptima productividad, ya que los resultados son generalmente más favorables en aquellas personas que mantienen su empleo (nivel 3, grado C).
46. Los pacientes con una baja por enfermedad prolongada, deben participar en un adecuado programa de rehabilitación centrado en la mejora de la función, incluyendo si fuera posible, la vuelta al trabajo (nivel 5, grado D).
47. En personas con FM, otras comorbilidades como la depresión, deberían ser reconocidas y tratadas para reducir los costes en salud (nivel 3, grado C).

### 3.3 Documentación adicional

A continuación se citan los 11 documentos localizados que, aunque no cumplen los criterios planteados en la pregunta PICO, se incluyen como información adicional sobre el tema, por ser considerados de interés:

1. Moore RA, Derry S, Aldington D, Cole P, Wiffen PJ. Amitriptyline for fibromyalgia in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7. Art. No.: CD011824. DOI:10.1002/14651858.CD011824.
2. Forte ML, Butler M, Andrade KE, Vincent A, Schousboe JT, Kane RL. Treatments for Fibromyalgia in Adult Subgroups. Comparative Effectiveness Review No. 148. (Prepared by the Minnesota Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2012-00016-I.) AHRQ Publication No. 15-EHC006-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; January 2015. [www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm](http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm).
3. Ablin J, Fitzcharles MA, Buskila D, Shir Y, Sommer C, & Hauser, W. (2013) Treatment of fibromyalgia syndrome: recommendations of recent evidence-based interdisciplinary guidelines with special emphasis on complementary and alternative therapies. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine\_: eCAM, 2013, 485272.
4. Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Goldenberg DL, Pereira JX, Abbey S, Choinere M et al. (2013). Canadian Pain Society and Canadian Rheumatology Association recommendations for rational care of persons with fibromyalgia: a summary report. The Journal of Rheumatology, 40, 1388-93.
5. Fitzcharles MA, Shir Y, Ablin JN, Buskila D, Amital H, Henningsen P, et al. (2013). Classification and clinical diagnosis of fibromyalgia syndrome: recommendations of recent evidence-based interdisciplinary guidelines. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine: eCAM, 2013, 528952.
6. Salaffi F, Ciapetti A, Sarzi Puttini P, Atzeni F, Lannuccelli C, Di Franco, M et al. (2012). Preliminary identification of key clinical domains for outcome evaluation in fibromyalgia using the Delphi method: the Italian experience. Reumatismo, 64, 27–34.
7. Smith HS & Meek PD (2012). Milnacipran Hydrochloride in the Treatment of Fibromyalgia Syndrome: Safety, Efficacy and Tolerability. Clinical Medicine Insights: Therapeutics, 97–111.15p.
8. De Miquel CA, Campayo J, Flórez MT, Arguelles JM, Tarrío EB, Montoya MG et al. Interdisciplinary consensus document for the treatment of fibromyalgia. Actas Esp Psiquiatr. 2010;38:108-20.
9. Winfried Häuser, Kati Thieme, Dennis C. Turk. Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome – A systematic review. European Journal of Pain 14 (2010) 5–10.
10. Brosseau L, Wells GA, Tugwell P, Egan M, Wilson KG, Dubouloz CJ, et al. Ottawa Panel Members. Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for aerobic fitness exercises in the management of fibromyalgia: part 1. Phys Ther. 2008;88:857-71.
11. Brosseau L, Wells GA, Tugwell P, Egan M, Wilson KG, Dubouloz CJ, et al. Ottawa Panel Members. Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for strengthening exercises in the management of fibromyalgia: part 2. Phys Ther. 2008 ;88:873-86.

## 4. Referencias bibliográficas

1. Moore RA, Derry S, Aldington D, Cole P, Wiffen PJ. Amitriptyline for fibromyalgia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 7. Art. No.: CD011824. DOI: 10.1002/14651858.CD011824.
2. Forte ML, Butler M, Andrade KE, Vincent A, Schousboe JT, Kane RL. Treatments for Fibromyalgia in Adult Subgroups. *Comparative Effectiveness Review No. 148*. (Prepared by the Minnesota Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2012-00016-I.) AHRQ Publication No. 15-EHC006-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; January 2015. [www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm](http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm).
3. Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Goldenberg DL, Pereira JX, Abbey S, Choinière M, et al. National Fibromyalgia Guideline Advisory Panel. 2012 Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome: executive summary. *Pain Res Manag.* 2013;18: 119-26.
4. Ablin J, Fitzcharles MA, Buskila D, Shir Y, Sommer C, & Hauser, W. (2013). Treatment of fibromyalgia syndrome: recommendations of recent evidence-based interdisciplinary guidelines with special emphasis on complementary and alternative therapies. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine\_*: eCAM, 2013, 485272.
5. Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Goldenberg DL, Pereira JX, Abbey S, Choinere M et al. (2013). Canadian Pain Society and Canadian Rheumatology Association recommendations for rational care of persons with fibromyalgia: a summary report. *The Journal of Rheumatology*, 40, 1388-93.
6. Fitzcharles MA, Shir Y, Ablin JN, Buskila D, Amital H, Henningsen P, et al. (2013). Classification and clinical diagnosis of fibromyalgia syndrome: recommendations of recent evidence-based interdisciplinary guidelines. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*: eCAM, 2013, 528952.
7. Salaffi F, Ciapetti A, Sarzi Puttini P, Atzeni F, Lannuccelli C, Di Franco, M et al. (2012). Preliminary identification of key clinical domains for outcome evaluation in fibromyalgia using the Delphi method: the Italian experience. *Reumatismo*, 64, 27–34.
9. Smith HS & Meek PD (2012). Milnacipran Hydrochloride in the Treatment of Fibromyalgia Syndrome: Safety, Efficacy and Tolerability. *Clinical Medicine Insights: Therapeutics*, 97–111.15p.
10. De Miquel CA, Campayo J, Flórez MT, Arguelles JM, Tarrío EB, Montoya MG et al. Interdisciplinary consensus document for the treatment of fibromyalgia. *Actas Esp Psiquiatr.* 2010;38:108-20.
11. Winfried Häuser, Kati Thieme, Dennis C. Turk. Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome – A systematic review. *European Journal of Pain* 14 (2010) 5–10.
12. Brosseau L, Wells GA, Tugwell P, Egan M, Wilson KG, Dubouloz CJ, et al. Ottawa Panel Members. Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for aerobic fitness exercises in the management of fibromyalgia: part 1. *Phys Ther.* 2008;88:857-71.
13. Brosseau L, Wells GA, Tugwell P, Egan M, Wilson KG, Dubouloz CJ, et al. Ottawa Panel Members. Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for strengthening exercises in the management of fibromyalgia: part 2. *Phys Ther.* 2008;88:873-86.

## 5. Anexos

### Anexo I. Estrategias de búsqueda.

Las estrategias de búsqueda elaboradas en las bases de datos referenciales de MEDLINE y CINAHL se muestran a continuación:

#### Búsqueda MEDLINE

1. Fibromyalgia/
2. Fibromyalgi\$.tw.
3. fibrositis.tw.
4. myofascial pain syndrome\*.ti,ab.
5. ((Fibromyalg\* OR Fibromyositis) adj3 Syndrome).ti,ab.
6. (muscular adj3 rheumat\*).ti,ab.
7. 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6
8. (letter OR "case report\*" OR "historical article\*" OR (comment OR editorial OR in vitro OR news)).pt.
9. 7 NOT 8
10. exp guideline/ OR Health Planning Guidelines/ OR consensus/ OR exp consensus development conference/ OR exp Guidelines AS Topic/
11. (GUIDELINE OR PRACTICE GUIDELINE OR Consensus- Development-Conference).pt.
12. (rand method OR rand near method OR modified delphi OR (guideline? OR consensus)).ti.
13. 10 OR 11 OR 12
14. 9 AND 13
15. limit 14 TO (yr="2011 -Current" AND (english OR spanish))

#### Búsqueda CINAHL

- S1. MH fibromyalgia
- S2. Fibromyalgi\* OR AB Fibromyalgi\*
- S3. TI fibrositis OR AB fibrositis
- S4. TI "myofascial pain syndrome\*" OR AB "myofascial pain syndrome"
- S5. TI ( ((Fibromyalgi\* OR Fibromyositis) N3 Syndrome) ) OR AB ( ((Fibromyalgi\* OR Fibromyositis) N3 Syndrome) )
- S6. TI (muscular N3 rheumat\*) OR AB (muscular N3 rheumat\*)
- S7. (S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6)
- S8. (MH "Critical Path")
- S9. TI "clinical pathway#" OR AB "clinical pathway#"
- S10. (MH "Practice Guidelines")



- 
- S11.** TI guideline# OR AB guideline#
- S12.** (MM "Health and Welfare Planning")
- S13.** PT (guideline OR practice guideline OR consensus development conference OR consensus development conference, NIH)
- S14.** TI (standards OR guideline OR guidelines)
- S15.** TI (CPG OR CPGs)
- S16.** TI ((critical OR clinical OR practice) N2 (path OR paths OR pathway OR pathways OR protocol\*))
- S17.** (S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16)
- S18.** S7 AND S17 Limitadores - Fecha de publicación: 20110101-20160531; Excluir registros MEDLINE; Idioma: English, Spanish

## Anexo II. Herramienta AGREE II para evaluar la calidad metodológica de guías de práctica clínica

DOMINIO 1: Alcance y objetivo						
<b>1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).</b>						
1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
Comentarios:						
<b>2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).</b>						
1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
Comentarios:						
<b>3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.</b>						
1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
Comentarios:						

DOMINIO 2: Participación de los implicados						
<b>4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.</b>						
1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
Comentarios:						
<b>5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana (pacientes, público, etc.).</b>						
1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
Comentarios:						
<b>6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.</b>						
1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
Comentarios:						

DOMINIO 3: Rigor en la elaboración						
<b>7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.</b>						
1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
Comentarios:						
<b>8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.</b>						
1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
Comentarios:						

<b>DOMINIO 3: Rigor en la elaboración</b>						
<b>9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.</b>						
1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
Comentarios:						
<b>10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.</b>						
1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
Comentarios:						
<b>11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.</b>						
1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
Comentarios:						
<b>12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.</b>						
1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
Comentarios:						
<b>13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.</b>						
1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
Comentarios:						
<b>14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.</b>						
1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
Comentarios:						

<b>DOMINIO 4: Claridad de presentación</b>						
<b>15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.</b>						
1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
Comentarios:						
<b>16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.</b>						
1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
Comentarios:						
<b>17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.</b>						
1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
Comentarios:						

<b>DOMINIO 5: Aplicabilidad</b>						
<b>18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.</b>						
1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
Comentarios:						
<b>19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.</b>						
1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
Comentarios:						
<b>20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos.</b>						
1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
Comentarios:						
<b>21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.</b>						
1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
Comentarios:						

<b>DOMINIO 6: Independencia editorial</b>						
<b>22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.</b>						
1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
Comentarios:						
<b>23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.</b>						
1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
Comentarios:						

<b>EVALUACIÓN GLOBAL DE LA GUÍA</b>						
<b>1. Puntúe la calidad global de la guía.</b>						
1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
Comentarios:						
<b>2. ¿Recomendaría esta guía para su uso?</b>						
Sí		Sí, con modificaciones			No	
<b>Notas:</b>						

