

Evaluación y abordaje de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica

Anexos



La Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) es una entidad adscrita al Departament de Salut. Su misión es generar el conocimiento relevante para contribuir a la mejora de la calidad, seguridad y sostenibilidad del sistema de salud de Catalunya, centrandó el enfoque en la evaluación y utilizando como instrumentos principales la información, el conocimiento y las tecnologías de la información y las comunicaciones. La AQuAS es miembro fundador de la International Network of Agencies of Health Technology Assessment (INAHTA) y de la International School on Research Impact Assessment (ISRIA), miembro corporativo de la Health Technology Assessment International (HTAi), del grupo Reference site "cuatro estrellas" de la European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing de la Comisión Europea, del CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), del grupo de Investigación en Evaluación de Servicios y Resultados de Salud (RAR) reconocido por la Generalitat de Catalunya y de la Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Se recomienda que este documento sea citado de la siguiente manera: Centro Cochrane Iberoamericano y Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Evaluación y abordaje de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica. Anexos. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017

Las personas interesadas en este documento pueden dirigirse a:
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Roc Boronat, 81-95 (segunda planta). 08005 Barcelona
Tel.: 93 551 3888 | Fax: 93 551 7510 | <http://aquas.gencat.cat>

© 2017 Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
Edita: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
Primera edición: Barcelona, enero 2017
Corrección: Joan Ariza



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional. La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Evaluación y abordaje de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica. Anexos

Autoría y participantes

Betina Nishishinya Aquino. Especialista en Reumatología. Instituto Traumatológico Quirón Barcelona.

Carolina Requeijo Lorenzo. Médico residente de Salud Pública y Medicina Preventiva. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Instituto de Investigación Biomédica Sant Pau (IIB-Sant Pau).

Marta Roqué Fíguls. Estadística. Centro Cochrane Iberoamericano, Instituto de Investigación Biomédica Sant Pau (IIB-Sant Pau).

Karla Salas Gama. Médico residente de Salud Pública y Medicina Preventiva. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Instituto de Investigación Biomédica Sant Pau (IIB-Sant Pau).

Gerard Urrútia Cuchí. Especialista en Salud Pública. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Instituto de Investigación Biomédica Sant Pau (IIB-Sant Pau).

Revisión interna y coordinación

Maria-Dolors Estrada Sabadell. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. AQuAS.

Revisores externos

Constança Alberti Casas. Institut Català d'Avaluacions Mèdiques. DGORPS.

Dolores Ibañez de la Chica. Institut Català d'Avaluacions Mèdiques. Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitàries (DGORPS).

Yolanda Triñanes Pego. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Unidade de Asesoramiento Científico-técnico (avalia-t), Axencia de Coñecemento en Saúde (ACIS). Servizo Galego de Saúde.

Rosa Maria Vivanco Hidalgo. Especialista en Neurología.

Agradecimientos

Marta Gorgues Sendra, Centro Cochrane Iberoamericano, Instituto de Investigación Biomédica Sant Pau (IIB-Sant Pau).

Ivan Solà Arnau, Centro Cochrane Iberoamericano, Instituto de Investigación Biomédica Sant Pau (IIB-Sant Pau).

Declaración de intereses

Betina Nishishinya Aquino y Gerard Urrútia Cuchí son autores de revisiones Cochrane sobre fibromialgia incluidas en este informe.

Karla Salas Gama declara no tener conflicto de interés en relación con el tema objeto de este informe.

Carolina Requeijo Lorenzo declara no tener conflicto de interés en relación con el tema objeto de este informe.

Marta Roqué Fíguls declara no tener conflicto de interés en relación con el tema objeto de este informe.

Maria-Dolores Estrada Sabadell declara no tener conflicto de interés en relación con el tema objeto de este informe.

Constança Alberti Casas declara no tener conflicto de interés en relación con el tema objeto de este informe.

Dolores Ibañez de la Chica declara no tener conflicto de interés en relación con el tema objeto de este informe.

Yolanda Triñanes Pego declara no tener conflicto de interés en relación con el tema objeto de este informe. Declara colaboración en el departamento de Psicología Clínica y Psicobiología de la Universidad de Santiago de Compostela (USC) en diferentes proyectos de investigación relacionados con la fibromialgia financiados por el Ministerio de Economía y Competitividad, aunque sin vinculación contractual en los últimos tres años.

Rosa Maria Vivanco Hidalgo declara no tener conflicto de interés en relación con el tema objeto de este informe.

Contenido

Anexo 1. Estrategias de búsqueda bibliográfica	1
Anexo 2. Tabla de revisiones y GPC excluidas sobre fibromialgia	3
Anexo 3. Tablas de revisiones y GPC excluidas sobre síndrome de fatiga crónica	6
Anexo 4. Descripción de las revisiones sistemáticas de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para la fibromialgia	7
Anexo 5. Descripción de las revisiones sistemáticas sobre intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para el síndrome de fatiga crónica	56
Anexo 6. Criterios ACR 2010: WPI, SS score (parte 1) y SS score (parte 2).....	66
Anexo 7. Criterios diagnósticos de ACR 2010	68
Anexo 8. Criterios ACR 2010 modificados.....	69
Anexo 9. Criterios ACR 2013AltCr	70
Anexo 10. Versión española del FSQ (Fibromyalgia Survey Questionnaire).....	72
Anexo 11. Índice combinado de afectación de enfermos con fibromialgia (ICAF)	73

Anexo 1. Estrategias de búsqueda bibliográfica

AHRQ's Guidelines Clearinghouse
 www.guideline.gov
 Keyword: 'fibromyalg* OR fibrositis'
 14 hits
 18.03.2016
 Keyword: "'chronic fatigue" or "fatigue syndrome"
 7 hits

MEDLINE **Scoping search of systematic reviews and guidelines**
 PubMed #1 "Fibromyalgia"[Mesh] 6819
 15/03/2016 #2 fibromyalg*[tiab] 7832
 #3 fibrositis [ti] 363
 #4 diffuse myofascial pain [tiab] 10
 #5 fibromyositis [tiab] 20
 #6 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 9194
 #7 "Practice Guideline"[pt] OR "Guideline"[pt] 27621
 #8 #6 AND #7 26
 #9 #6 NOT #8 9168
 #10 systematic [sb] 278296
 #11 #9 AND #10 463
 #12 #8 OR #11 489
 #13 "Fatigue Syndrome, Chronic"[Mesh] 4638
 #14 fatigue syndrom*[tiab] 4878
 #15 chronic fatigue [tiab] 5683
 #16 CFS [tiab] 4477
 #17 myalgic encephalomyelit*[tiab] 529
 #18 #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 8934
 #19 #18 AND #7 7
 #20 #18 NOT #19 8927
 #21 #20 AND #10 219
 #22 #19 OR #21 226
 #23 #12 OR #22 666

The Cochrane Library
 15/03/2016 #1 MeSH descriptor: [Fibromyalgia] explode all trees 761
 #2 fibromyalg*:ti,ab: ti,ab 1370
 #3 fibrositis:ti: ti 51
 #4 (diffuse near/2 myofascial near/2 pain):ti,ab: ti,ab 0
 #5 fibromyositis:ti,ab: ti,ab 3
 #6 #1 or #2 or #3 or #4 or #5 1451
 #7 MeSH descriptor: [Fatigue Syndrome, Chronic] explode all trees 298
 #8 (fatigue near/5 syndrom*):ti,ab, ab 668
 #9 (chronic near/5 fatigue):ti,ab: ti,ab 855
 #10 CFS:ti,ab: ti,ab 314
 #11 (myalgic near/3 encephalomyelit*):ti,ab: ti,ab 28
 #12 #7 or #8 or #9 or #10 or #11 1057
 #13 #6 or #12 2443

Cochrane Database of Systematic Reviews: Issue 3 of 12, March 2016 38 hits
Database of Abstracts of Reviews of Effect: Issue 2 of 4, April 2015 109 hits
Health Technology Assessment Database: Issue 1 of 4, January 2016 24 hits

EMBASE
Ovid Embase
<1980 to 2016
Week 11>
15/03/2016

- 1 exp fibromyalgia/ (15312)
- 2 fibromyalg*.ti, ab. (12138)
- 3 fibrositis.ti. (285)
- 4 diffuse myofascial pain.ti, ab. (0)
- 5 fibromyositis.ti. (13)
- 6 1 or 2 or 3 or 4 or 5 (16328)
- 7 limit 6 to "systematic review" (433)
- 8 exp chronic fatigue syndrome/ (7960)
- 9 (fatigue adj3 syndrom*).ti, ab. (6639)
- 10 (chronic adj3 fatigue).ti, ab. ti, ab. (8209)
- 11 myalgic encephalomyelit*.ti, ab. (571)
- 12 8 or 9 or 10 or 11 (11131)
- 13 limit 12 to "systematic review" (133)
- 14 7 or 13 (530)

Anexo 2. Tabla de revisiones y GPC excluidas sobre fibromialgia

Referencia	Motivo de exclusión
ICSI 2013	Se trata de una GPC sobre dolor crónico en general, no específica sobre FM
Ablin 2013	No se trata de una RS. Se ha utilizado como fuente para identificar estudios
Ablin 2013	GPC publicada como artículo en hebreo
Ángel García 2016	No se trata de una RS. Se ha utilizado como fuente para identificar estudios
Anonymous 2010	No es una RS, sino un boletín de información terapéutica. Búsqueda bibliográfica < 2010
Arnold 2012	RS publicada en alemán
Arnold 2016	No es una RS
Baranowsky 2009	RS con una búsqueda bibliográfica < 2009. Está incluida en la revisión global (<i>overview</i>) sobre CAM de Lauche 2015
Belenguer 2009	No es una RS
Bernardy 2010	RS con una búsqueda bibliográfica < 2009 y posteriormente actualizada. Ver Bernardy 2013
Bernardy 2011	RS incluida en la revisión global (<i>overview</i>) sobre CAM de Lauche 2015
Bidonde 2013	Corresponde a la revisión Cochrane de Bidonde 2014
Birse 2012 CD009485	Está incluida en el <i>overview</i> de Wiffen sobre antiepilépticos para dolor neuropático y FM CDSR. 2013 Nov 11;CD010567
Busch 2012	Corresponde a la revisión Cochrane de Busch 2013
Chan 2012	RS incluida en la revisión global (<i>overview</i>) sobre CAM de Lauche 2013
Choy 2009	Abstract
Choy 2009	No es una RS de tratamiento de FM
Choy 2010	No es una RS de tratamiento de FM
Choy 2011	RS con una búsqueda bibliográfica de 2008
Clark 2011	No es una RS revisión de experto
Clauw 2014	Revisión clínica narrativa. Se ha utilizado como fuente para identificar estudios
Corrigan 2012 CD009486	Está incluida en el <i>overview</i> de Wiffen sobre antiepilépticos para dolor neuropático y FM CDSR. 2013 Nov 11;CD010567
Courtois 2014	RS duplicada. Ver RS de Courtois 2015
De Miguel 2010	Se trata de un documento de consenso de expertos con una búsqueda bibliográfica anterior a los dos documentos de referencia AQUAS y MSPSI
De Rooij 2011	No es una RS
De Silva 2010	RS incluida en la revisión global (<i>overview</i>) sobre CAM de Lauche 2013
De Souza Nascimento 2013	RS incluida en la revisión global (<i>overview</i>) sobre CAM de Lauche 2015
Eich 2012	No es una RS
Ernst 2009	RS con una búsqueda bibliográfica < 2009. RS incluida en la revisión global (<i>overview</i>) sobre CAM de Lauche 2015
Fitzcharles 2013	No se trata de una RS sobre tratamiento
Fraioli 2013	RS con los estudios incluidos en la revisión global de Lauche 2015
Gaskell 2014 CD010692	No incluye ningún estudio en FM
Gill 2011 CD009183	Está incluida en el <i>overview</i> de Wiffen sobre antiepilépticos para dolor neuropático y FM CDSR. 2013 Nov 11;CD010567
Glombiewski 2013	RS incluida en la revisión global (<i>overview</i>) sobre CAM de Lauche 2015
GPC de FM - Canadá 2013	Se trata de una GPC canadiense de calidad pero con una búsqueda

	bibliográfica del año 2009 que no aporta evidencia adicional a la ya identificada previamente
Halliday 2015	Abstract
Harvie 2013	No es una RS de tratamiento de FM
Häuser 2009	RS con una búsqueda bibliográfica < 2009
Häuser 2009	No es una RS
Häuser 2009	RS con una búsqueda bibliográfica < 2009 ya incluida en los documentos de AQUAS y MSPSI 2011
Häuser 2009	RS con una búsqueda bibliográfica < 2009
Häuser 2010	RS con una búsqueda bibliográfica < 2009
Häuser 2010	No es una RS
Häuser 2010	Fecha de búsqueda 2009. Hay una RS COCHRANE de 2013 sobre ejercicio Busch 2013
Häuser 2012	No es una RS sobre tratamiento
Häuser 2012	RS con una búsqueda bibliográfica de 2010. Documento no disponible. Tratamientos ya cubiertos por otras RS más actualizadas
Häuser 2013	Abstract corresponde a la RS de Nüesch 2013. Nüesch E. Ann Rheum Dis. 2013 Jun;726 :955-62
Hearn 2012 CD009318	Está incluida en el <i>overview</i> de Wiffen sobre antiepilépticos para dolor neuropático y FM CDSR. 2013 Nov 11;CD010567
Heymann 2010	Documento de consenso
Ho Lee 2010	No es una RS de tratamiento de FM
IACFS/ME 2012	Se trata de una GPC sobre síndrome de fatiga crónica de tipo narrativo. Útil solo para consulta
Jones 2012	Abstract
Kelley 2010	RS con los estudios incluidos en la RS de Bidonde 2014
Kelley 2011	RS con una búsqueda bibliográfica de 2008
Kelley 2014	No incluye estudios de FM
Kelley 2014	RS duplicada Kelley 2014 No incluye estudios de FM
Keshavarz 2012	Abstract
Kollner 2012	RS publicada en alemán
Kong 2011	Abstract de una RS con los estudios incluidos en la RS de Yuan 2015
Kung 2011	RS con los estudios incluidos en la RS de Fitzcharles 2016
Lami 2013	Es una revisión descriptiva de los tratamientos psicológicos sin análisis de la eficacia
Lange 2010	No es una RS de tratamiento de FM
Lange 2011	RS publicada en alemán
Langhorst 2009	RS incluida en la revisión global (<i>overview</i>) sobre CAM de Lauche 2015.
Langhorst 2012	RS publicada en alemán
Langhorst 2013	RS incluida en la revisión global (<i>overview</i>) sobre CAM de Lauche 2015
Lauche 2013	RS incluida en la revisión global (<i>overview</i>) sobre CAM de Lauche 2015
Lauche 2013	RS incluida en la revisión global (<i>overview</i>) sobre CAM de Lauche 2015
Lee 2012	No es una RS de tratamiento de FM
Lloyd 2010	No es una RS de tratamiento de FM
Lunn 2010	Ver la RS actualizada de Lunn 2014
Martin-Sanchez 2009	RS incluida en la revisión global (<i>overview</i>) sobre CAM de Lauche 2015
Mease 2009	No se trata de una RS sobre tratamiento

Mian 2013	Abstract
Minelli 2012	RS con los estudios incluidos en la RS más actualizada de Bernardy 2013
Mist 2013	RS incluida en la revisión global (<i>overview</i>) sobre CAM de Lauche 2015
Moore 2009 CD007076	Está incluida en el <i>overview</i> de Wiffen sobre antiepilépticos para dolor neuropático y FM CDSR. 2013 Nov 11;CD010567
Moore 2014 CD007938	Está incluida en el <i>overview</i> de Wiffen sobre antiepilépticos para dolor neuropático y FM CDSR. 2013 Nov 11;CD010567
Nelson 2015	Revisión narrativa
Nüesch 2013	Es un <i>overview</i> , y se han identificado las RS incluidas
Papadopoulou 2016	Es un <i>overview</i> , y se han identificado las RS incluidas
Perraton 2009	RS con una búsqueda bibliográfica < 2009
Perrot 2014	Es un <i>overview</i> , y se han identificado las RS incluidas
Perry 2010	RS con una búsqueda bibliográfica <2009. RS incluida en la revisión global (<i>overview</i>) sobre CAM de Lauche 2015
Porter 2010	RS con una búsqueda bibliográfica < 2009
Puttini 2009	No es una RS
Raman 2014	Abstract
Ramel 2009	RS con una búsqueda bibliográfica < 2009
Reid 2011	No es una RS de tratamiento de FM
Ricci 2010	RS con una búsqueda bibliográfica < 2009
Rico-Villademoros 2015	Revisión narrativa
Russell 2014	Abstract
Sanada 2015	No es una RS de tratamiento de FM
Schneider 2009	RS con una búsqueda bibliográfica < 2009. RS incluida en la revisión global (<i>overview</i>) sobre CAM de Lauche 2015
Siler 2011	Ver la Revisión global Cochrane más actualizada sobre antiepilépticos Wiffen 2013
Smith 2011	Informe de evaluación con una búsqueda bibliográfica < 2010 no disponible
Sommer 2012	RS publicada en alemán
Terhorst 2011	RS incluida en la revisión global (<i>overview</i>) sobre CAM de Lauche 2015
Terhorst 2012	RS duplicada de Terhorst 2011. RS incluida en la revisión global (<i>overview</i>) sobre CAM de Lauche 2015
Terry 2012	RS con los estudios ya incluidos en la revisión global de Lauche 2015
Theadom 2009	Ver la versión más actualizada de la RS de Theadom 2015
Tzellos 2009	RS con una búsqueda bibliográfica <2009
Tzellos 2010	RS con una búsqueda bibliográfica <>2009
Wiffen 2013 CD006044	Está incluida en el <i>overview</i> de Wiffen sobre antiepilépticos para dolor neuropático y FM CDSR. 2013 Nov 11;CD010567
Wiffen 2013 CD008314	Está incluida en el <i>overview</i> de Wiffen sobre antiepilépticos para dolor neuropático y FM CDSR. 2013 Nov 11;CD010567
Wiffen 2014 CD005451	Está incluida en el <i>overview</i> de Wiffen sobre antiepilépticos para dolor neuropático y FM CDSR. 2013 Nov 11;CD010567
Winkelmann 2012	RS publicada en alemán
Wong 2012	No es una RS de tratamiento de FM. Abstract
Zao 2014	Abstract

Anexo 3. Tablas de revisiones y GPC excluidas sobre síndrome de fatiga crónica

Referencia	Motivo de exclusión
Adamowicz 2014	Revisión sobre definición de recuperación en SFC
Adams 2009	No se identificaron ECA
Anderson 2011	Revisión cualitativa sobre experiencias de médicos y pacientes
Band 2015	Revisión sobre creencias de pacientes
Bayliss 2014	Revisión sobre barreras y dificultades de médicos
Blundell 2015	Revisión sobre citoquinas
Brurberg 2014	Revisión con búsqueda 2013 (Revisión Haney 2015 más actualizada)
Cockshell 2010	Búsqueda hasta 2008
Courtois 2015	RS sobre terapias de conciencia corporal de FM y SFC. No identifican estudios de SFC
Drachler 2009	Revisión sobre necesidades de pacientes
Evering 2011	Revisión sistemática que compara grado de actividad física de SFC versus control sano
Green 2015	No es RS. Revisión metodológica
Haywood 2012	Revisión sobre necesidades de pacientes
Hooten 2013	Revisión sobre dolor crónico. No analiza SFC
Jason 2015	Revisión narrativa
Johnston 2013	Revisión sobre prevalencia
Johnston 2013	Resumen de congreso
Larun 2015	RS Cochrane (versión resumida)
Morris 2013	Revisión narrativa
Nijs 2014	RS sobre respuesta inmune en el ejercicio
Nijs 2010	Búsqueda 2009. Compara capacidad de ejercicios SFC versus control sano.
Pihur 2011	Revisión de genética
Porter 2010	Búsqueda 2007
Powell 2013	Revisión sobre fisiopatología
Reid 2011	Búsqueda hasta marzo 2010. RS actualizada en Cleare 2015
Rouleau 2010	Resumen de GPC en francés. Poca información. Búsqueda bibliográfica 2009
Smith 2012	No es una revisión
Twisk 2015	Artículo de análisis crítico de sugerencia de cambio de nombre de la patología (SEID)
Vergauwen 2013	Revisión sobre propiedades psicométricas de diferentes instrumentos o cuestionarios en SFC
Wiborg 2014	Estudio clínico

Anexo 4. Descripción de las revisiones sistemáticas de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para la fibromialgia

INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

Cording M, Derry S, Phillips T, Moore RA, Wiffen PJ. Milnacipran for pain in fibromyalgia in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 10. Art. No.: CD008244.				
Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Cording (2015)</p> <p>Tema Milnacipran para el dolor en FM</p> <p>Diseño RS</p> <p>Patrocinador Ninguno</p> <p>AMSTAR 11/11</p>	<p>Fecha de búsqueda Mayo 2015</p> <p>Bases de datos CENTRAL, MEDLINE y EMBASE</p> <p>Nº de estudios incluidos 6 ECAs</p> <p>Intervenciones evaluadas Milnacipran vs placebo u otra intervención activa</p> <p>Dosis: 100-200 mg</p> <p>Duración: 8-12 semanas</p>	<p>Criterios de inclusión ECA Duración >8 semanas Milnacipran vs placebo u otra intervención activa</p> <p>Criterios FM 1990, 2010</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos</p> <p>Pacientes (n) 4238</p> <p>Edad 47-50 años</p> <p>Sexo 92-97% mujeres</p>	<p>Medidas del efecto:</p> <p>Ambas dosis mejoraron el nivel del dolor (al menos 30% de reducción) en el 40% de los participantes tratados con milnacipran comparado con 30% con placebo (NNT 6 a 10; alta calidad evidencia).</p> <p>Usando una definición más estricta de respuesta y un método de análisis más conservador, la tasa de respondedores fue más baja (aunque se mantenía una diferencia del 10% entre milnacipran y placebo) y el NNT más alto de 11 (alta calidad de evidencia).</p> <p>Efectos adversos en 86% con milnacipran vs 78% con placebo (alta calidad evidencia). Nauseas, constipación y cefaleas los más frecuentes.</p>	<p><i>“The evidence available indicates that milnacipran 100 mg or 200 mg is effective for a minority in the treatment of pain due to fibromyalgia, providing moderate levels of pain relief (at least 30%) to about 40% of participants, compared with about 30% with placebo. There were insufficient data to assess substantial levels of pain relief (at least 50%), and the use of last observation carried forward imputation may overestimate drug efficacy. Using stricter criteria for ‘responder’ and a more conservative method of analysis gave lower response rates (about 26% with milnacipran versus 17% with placebo). Milnacipran was associated with increased adverse events and adverse event withdrawals, which were significantly greater for the higher dose.”</i></p>

NNT: Número necesario a tratar.

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.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Moore (2015) Tema Amitriptilina para la FM Diseño RS Patrocinador No AMSTAR 11/11</p>	<p>Fecha de búsqueda Marzo 2015 Bases de datos CENTRAL, MEDLINE y EMBASE Nº de estudios incluidos 9 ECAs (2 cruzados) Intervenciones evaluadas Amitriptilina vs placebo u otra intervención activa. Dosis: 25-50 mg Duración: 6-24 semanas</p>	<p>Criterios inclusión ECA Duración >4 semanas Amitriptilina vs placebo u otra intervención activa Criterios FM 1990, 2010 Criterios de exclusión NR Pacientes (n) 649 Edad No hay datos Sexo (M/H) 626/33</p>	<p>Medidas de efecto Dolor (4 estudios con 275 pacientes): La proporción de pacientes tratados con amitriptilina con alivio del dolor >50% fue del 36% (56/157, rango 22% a 58%) y del 11% con placebo (13/118, rango 0% a 19%) (RR 2,9; IC95% 1.7 a 4.9) (NNT 4,1; IC95% 2,9 a 6.7) (muy baja calidad de la evidencia). No hubo diferencias entre amitriptilina vs placebo en el alivio de la fatiga, calidad de vida, puntos dolorosos ni en la mejoría del sueño. Amitriptilina no fue mejor que ciclobenzaprina, fluoxetina, panax ginseng o melatonina. Efectos adversos: 78% con amitriptilina vs 47% con placebo (RR 1,5; IC95% 1,3 a 1,8) (NNH 3,3; IC95% 2,5 a 4,9).</p>	<p><i>“Amitriptyline has been a first-line treatment for fibromyalgia for many years. The fact that there is no supportive unbiased evidence for a beneficial effect is disappointing, but has to be balanced against years of successful treatment in many patients with fibromyalgia. There is no good evidence of a lack of effect; rather our concern should be of overestimation of treatment effect. Amitriptyline will be one option in the treatment of fibromyalgia, while recognising that only a minority of patients will achieve satisfactory pain relief.”</i></p>

NNH: Número necesario a dañar. NNT: Número necesario a tratar. IC: Intervalo de confianza. RR: Riesgo relativo.

Tort S, Urrútia G, Nishishinya MB, Walitt B. Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) for fibromyalgia syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 4. Art. No.: CD009807.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Tort (2012)</p> <p>Tema Inhibidores de la monoamino-oxidasa (IMAO) en la FM</p> <p>Diseño RS</p> <p>Patrocinador No</p> <p>AMSTAR 11/11</p>	<p>Fecha de búsqueda Noviembre 2010</p> <p>Bases de datos CENTRAL, MEDLINE y EMBASE</p> <p>Nº de estudios incluidos 2 ECAs</p> <p>Intervenciones evaluadas Pirlindole 150 mg vs placebo (4 semanas) Moclobemida 450-600 mg vs amitriptilina vs placebo (12 semanas)</p>	<p>Criterios inclusión ECA Duración: >4 semanas IMAO vs placebo u otra intervención activa Criterios FM 1990</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos</p> <p>Pacientes (n) 230</p> <p>Edad 39 años (Pirlindole) 49 años (Moclobemida)</p> <p>Sexo (M) 85% mujeres (Pirlindole) 100 % mujeres (Moclobemida)</p>	<p>Medidas del efecto Pirlindole mostró una mejoría significativa vs placebo en el dolor, puntos dolorosos y valoración del paciente y el médico. Moclobemida no mostró diferencias entre los grupos. La combinación de los resultados entre los dos estudios mostró un efecto modesto en el dolor (DM -1,45; 121 pacientes; IC95% -2,71 a -0,20; NNT 2; IC95% 1 a 12; I² = 59%) y un mínimo efecto en el nº de puntos dolorosos (SMD -0,36; 121 pacientes; IC95% -0,72 a -0,00; I² = 31%). No hubo diferencias entre los grupos en otras medidas de resultado. Los efectos adversos más frecuentes fueron náusea y vómitos, con diferencias significativas entre grupos: RR 7,82 (89 pacientes; IC95% 1,02 a 59,97; NNT 7; IC95% 4 a 33). No hubo diferencias entre amitriptilina y moclobemida en las medidas de resultado principales.</p>	<p><i>“Data suggest that the effectiveness of MAOIs for the treatment of FM symptoms is limited. Although we observed a moderate effect size on pain and a small one on tender points, these results should be taken with caution as they are only based on two studies with a small number of patients and inconsistent risk of bias among them.”</i></p>

DM: Diferencia media. IC: Intervalo de confianza. NNT: Número necesario a tratar. RR: Riesgo relativo. SMD: Standardised Mean Difference

DMdsds

Lunn MPT, Hughes RAC, Wiffen PJ. Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. No.: CD007115.				
Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
Lunn (2014) Tema Duloxetina en neuropatía crónica y FM Diseño RS Patrocinador No AMSTAR 11/11	Fecha de búsqueda Noviembre 2013 Bases de datos Cochrane Neuromuscular Disease Group and the Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group (PaPaS) Registry, CENTRAL, MEDLINE y EMBASE Nº de estudios incluidos 18 ECA (6 en FM) Intervenciones evaluadas Duloxetina vs placebo u otros controles activos	Criterios inclusión ECA Neuropatía periférica dolorosa, o dolor neuropático crónico o FM Criterios de exclusión Pacientes (n) 6.407 (con FM 2.249) Edad Sexo	Resultados de FM Duloxetina 60 mg fue efectivo para reducir el dolor (mejoría $\geq 50\%$) a las 8-12 semanas (2 ECA con 528 pacientes, RR 1,57; IC 95% 1,20 a 2,06; NNT 8, IC 95% 4 a 21) y a las 28 semanas (RR 1,58, IC 95% 1,10 a 2,27). Evidencia de baja calidad. Duloxetina 60 mg fue efectivo para reducir el dolor (mejoría $\geq 30\%$) a las 8-12 semanas (2 ECA con 528 pacientes, RR 1,52; IC 95% 1,24 a 1,85; NNT 6, IC 95% 3 a 12, y a las 28 semanas (RR 1,58, IC 95% 1,10 a 2,27). Evidencia de baja calidad. Duloxetina 60 mg redujo la puntuación media del "Patient Reported Global Impression of Change" al final del estudio (12 semanas): 2 ECA (509 pacientes), DM 0,45 (0,73 a 0,18 más baja). Evidencia de baja calidad. Duloxetina 60 mg fue efectivo para mejorar los síntomas físicos dolorosos (mejoría $\geq 50\%$) en los pacientes con depresión (no se limita solo a los estudios en FM): RR 1,37, IC95% 1,19 a 1,59; NNT 8, IC 95% 5 a 14. Evidencia de calidad moderada.	<i>"In fibromyalgia, there is lower quality evidence that duloxetine is effective at similar doses to those used in diabetic peripheral neuropathy (60 mg and 120 mg daily) and with a similar magnitude of effect. The effect in fibromyalgia may be achieved through a greater improvement in mental symptoms than in somatic physical pain. There is low to moderate quality evidence that pain relief is also achieved in pain associated with depressive symptoms, but the NNTB of 8 in fibromyalgia and depression is not an indication of substantial efficacy. Minor side effects are common and more common with duloxetine 60 mg and particularly with 120 mg daily, than 20 mg daily, but serious side effects are rare."</i>

DM: Diferencia media. IC: Intervalo de confianza. NNT: Número necesario a tratar. RR: Riesgo relativo.

Häuser W, Urrútia G, Tort S, Üçeyler N, Walitt B. Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) for fibromyalgia syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 1. Art. No.: CD010292. doi: 10.1002/14651858.CD010292.				
Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
Hauser (2013) Tema Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina en FM Diseño RS Cochrane Patrocinador No AMSTAR 11/11	Fecha de búsqueda Septiembre 2012 Bases de datos CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, www.clinicalstudyresults.org , U.S.-marketed pharmaceuticals), www.clinicaltrials.gov Nº de estudios incluidos 10 (5 ECA duloxetina vs placebo y 5 ECA milnacipran vs placebo) Intervenciones evaluadas SNRIs vs placebo u otro fármaco activo	Criterios inclusión ECA Criterios de FM: -Smythe 1981 -Wolfe 1990 -Wolfe 2010 -Wolfe 2011a -Yunus 1981 -Yunus 1982 -Yunus 1984 Criterios de exclusión Pacientes (n) 6.038 Edad Sexo	Los estudios son de bajo riesgo de sesgo en general. Duloxetina y milnacipran reducen el dolor comparado con placebo (efecto pequeño) (SMD -0,23; IC 95% -0,29 to -0,18; mejoría relativa de 6,1%). 192/1.000 pacientes con placebo mejoraron al menos 50% del dolor comparado con 280/1.000 con SNRIs (RR 1,49; IC95% 1,35 a 1,64; NNT 11, IC95% 9 a 15). Duloxetina y milnacipran no redujeron de forma sustancial la fatiga (SMD -0,14; IC 95% -0,19 a -0,08; una mejoría relativa de 2,5%, NNT 17, IC 95% 12 a 29). Duloxetina y milnacipran no mejoraron de forma sustancial la calidad de vida (SMD -0,20; IC 95% -0,25 a -0,14; mejoría relativa de 4,6%; NNT 12, 95% CI 9 a 17) comparado con placebo. No hubo diferencias en el sueño (SMD -0,07; 95% CI -0,16 a 0,03). 107/1.000 pacientes del grupo placebo abandonaron por efectos adversos vs 196/1.000 del grupo SNRIs (RR 1,83, IC 95% 1,53 a 2,18; NNH 11, IC95% 9 a 13). No hubo diferencias entre duloxetina y milnacipran vs placebo en los efectos adversos graves (RR 0,78, IC 95% 0,55 a 1,12).	<i>"The SNRIs duloxetine and milnacipran provided a small incremental benefit over placebo in reducing pain. The superiority of duloxetine and milnacipran over placebo in reducing fatigue and limitations of QOL was not substantial. Duloxetine and milnacipran were not superior to placebo in reducing sleep problems. The dropout rates due to adverse events were higher for duloxetine and milnacipran than for placebo. The most frequently reported symptoms leading to stopping medication were nausea, dry mouth, constipation, headache, somnolence/dizziness and insomnia. Rare complications of both drugs may include suicidality, liver damage, abnormal bleeding, elevated blood pressure and urinary hesitation".</i>

DM: Diferencia media. IC: Intervalo de confianza. NNT: Número necesario a tratar. RR: Riesgo relativo. SMD: Standardised Mean Difference NNH: Número necesario a dañar. SNRI: inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina.

Üçeyler N, Sommer C, Walitt B, Häuser W. Anticonvulsants for fibromyalgia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 10. Art. No.: CD010782. doi: 10.1002/14651858.CD010782.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Uceyler (2013) Tema Anticonvulsivantes en FM Diseño RS Cochrane Patrocinador No AMSTAR 11/11</p>	<p>Fecha de búsqueda Agosto 2013 Bases de datos CENTRAL, MEDLINE, PsycINFO, SCOPUS, www.clinicaltrials.gov N de estudios incluidos 8 (5 ECA con pregabalina, 1 con gabapentina, 1 con lacosamida, 1 con levetiracetam) Intervenciones evaluadas Pregabalina, gabapentina, lacosamida, levetiracetam vs placebo u otro fármaco activo</p>	<p>Criterios inclusión ECA Adultos Criterios de FM -Häuser 2010a -Wolfe 1990 -Wolfe 2010 -Wolfe 2011a Criterios de exclusión Pacientes (n) 2.480 con anticonvulsivantes y 1.099 placebo Edad Sexo</p>	<p>Medidas de efecto La revisión sólo se centra en los resultados de pregabalina (5 ECA con bajo riesgo de sesgo). Pregabalina mejoró el dolor (mejoría >50%) vs placebo (RR 1,59; IC 95% 1,33 a 1,90; NNT 12, IC95% 9 a 21). Pregabalina no mejoró de forma sustancial la fatiga (SMD -0,17; IC95% -0,25 a -0,09; una mejoría absoluta de 2,7% en una escala de 1 a 50) vs placebo. Hubo un pequeño beneficio sobre el sueño vs placebo (mejoría del 6,2%) en la puntuación de una escala de 0 to 100 (SMD -0,35; IC95% -0,43 a -0,27). La tasa de abandonos fue mayor con pregabalina vs placebo (RR 1,68; IC95% 1,36 a 2,07; NNH 13; IC95% 9 a 23). No hubo diferencias entre los grupos en cuanto a los efectos adversos graves (RR 1,03; IC95% 0,71 a 1,49). Los efecto adverso más frecuente fueron los mareos (RR 3,77; IC95% 3,06 a 4,63; NNH 4, IC95% 3 a 5).</p>	<p><i>“Pregabalin, demonstrated a small benefit over placebo in reducing pain and sleep problems. Pregabalin use was shown not to substantially reduce fatigue compared with placebo. Study dropout rates due to adverse events were higher with pregabalin use compared with placebo. Dizziness was a particularly frequent adverse event seen with pregabalin use. At the time of writing this review, pregabalin is the only anticonvulsant drug approved for treating FM in the US and in 25 other non-European countries. However, pregabalin has not been approved for treating FM in Europe. The amount and quality of evidence were insufficient to draw definite conclusions on the efficacy and safety of gabapentin, lacosamide and levetiracetam in FM.”</i></p>

NNH: Número necesario a dañar. DM: Diferencia media. IC: Intervalo de confianza. RR: Riesgo relativo. SMD: Standardised Mean Difference

Häuser W, Petzke F, Üçeyler N, Sommer C. Comparative efficacy and acceptability of amitriptyline, duloxetine and milnacipran in fibromyalgia syndrome: a systematic review with metaanalysis. Rheumatology (Oxford) 2011; 50:532				
Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
Hauser (2011) Tema Amitriptilina, duloxetina, milnacipran en FM Diseño RS Patrocinador No hay datos AMSTAR 9/11	Fecha de búsqueda Mayo 2010 Bases de datos MEDLINE, SCOPUS, CENTRAL Nº de estudios incluidos 19 (10 amitriptilina, 4 duloxetina, 5 milnacipran) Intervenciones evaluadas Amitriptilina, duloxetina, milnacipran vs placebo u otro fármaco.	Criterios inclusión ECA FM adultos Criterios de exclusión - Pacientes (n) 612 (amitriptilina) 1.420 (duloxetina) 4.129 (milnacipran) Edad Sexo	Los ECA con amitriptilina fueron calificados como de baja calidad, y los de duloxetina y milnacipran de calidad alta. Los tres fármacos fueron superiores a placebo en cuanto a mejoría del dolor, fatiga, sueño y calidad de vida, excepto duloxetina para la fatiga, milnacipran para calidad del sueño y amitriptilina para la calidad de vida. Comparando entre los fármacos (comparaciones indirectas), amitriptilina fue superior a duloxetina y milnacipran en la reducción del dolor, alteraciones del sueño, fatiga y limitaciones de calidad de vida. Milnacipran fue superior que duloxetina para reducir la fatiga. No hubo diferencias en la aceptabilidad de los tres fármacos. Los estudios con amitriptilina mostraron un efecto hasta los 3 meses mientras que con duloxetina y milnacipran hasta los 6 meses.	Amitriptilina no puede considerarse como único fármaco de referencia para FM debido a las limitaciones metodológicas de los estudios. En contraste con duloxetina y milnacipran, amitriptilina tiene un efecto moderado sobre el sueño y un efecto pequeño sobre el dolor y la fatiga, cubriendo así tres síntomas clave de la FM. A las dosis utilizadas, amitriptilina no tiene un efecto sobre la depresión, por lo que duloxetina sería una opción preferible en los pacientes con FM y síntomas de depresión. El diferente perfil de efectos adversos y su relevancia para los pacientes debe tenerse en cuenta a la hora de decidir. Se trata de comparaciones indirectas de fármacos.

Fitzcharles MA, Baerwald C, Ablin J, Häuser W. Efficacy, tolerability and safety of cannabinoids in chronic pain associated with rheumatic diseases (fibromyalgia syndrome, back pain, osteoarthritis, rheumatoid arthritis): A systematic review of randomized controlled trials. Schmerz. 2016 Feb;30; 30(1): 47-61.				
Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
Fitzcharles (2016) Tema Cannabinoides en FM Diseño RS Patrocinador No hay datos AMSTAR 9/10	Fecha de búsqueda Abril 2015 Bases de datos CENTRAL, MEDLINE, ClinicalTrials.gov, International Association for Cannabinoid Medicines (IACM) databank, WHO ICTTRP Nº de estudios incluidos 4 ECA (2 de FM: Schrabek 2008 y Ware 2010) Intervenciones evaluadas Cannabinoides (fitocannabinoides tales como cannabis en hierba [hachish, marihuana], extracto de planta [Nabiximol] o sintético [cannabidiol, dronabinol, nabilona]) vs placebo (en Schrabek 2008) o amitriptilina (en Ware 2010).	Criterios inclusión ECA Criterios de FM 1990, 2010 Criterios de exclusión Pacientes (n) 71 Edad Sexo	Nabilona Ware 2010 no mostró diferencias en la reducción del dolor con nabilona en comparación con amitriptilina. La nabilona fue más efectiva en la mejoría del sueño. No hubo diferencias en cuanto a calidad de vida. El estudio no proporcionó datos sobre las subescalas del FIQ. Tampoco hubo diferencias en el Profile of Mood States. Schrabek 2008 reportó mejorías significativas en el dolor, ansiedad y calidad de vida cuando se compara con placebo (aunque los autores de la revisión cuestionan los resultados). No hubo diferencias para fatiga, y depresión. Ware 2010 informó 187 efectos adversos, 53 posiblemente relacionados con amitriptilina y 921 con nabilona. Schrabek 2008 no informa del número total de EA. En total, hubo 7 abandonos, 3 de 20 (15 %) en el grupo de nabilona y 1/20 en el grupo placebo por causa de los efectos adversos. El más frecuente fueron mareos (siete pacientes con nabilona), boca seca (cinco pacientes con nabilona) y vértigo (cuatro paciente con nabilona).	Se trata de una actualización de otra RS previa, que incluye también estudios en pacientes con dolor crónico (artritis reumatoide y lumbalgia crónica) además de FM (2 estudios). La baja calidad y cantidad de evidencia disponible sobre los cannabinoides en el dolor crónico refractario asociado a patologías que cursan con dolor no permite hacer recomendaciones para su uso clínico. Sin embargo, se podría considerar una pauta breve de nabilona en aquellos pacientes con FM y que son refractarios a otros tratamientos bien establecidos y recomendados por las guías, dentro del contexto de un abordaje multicomponente. El tratamiento continuado con nabilona debería guiarse con unos objetivos terapéuticos preestablecidos (dolor, sueño y/o funcionalidad) y prestando mucho cuidado a los efectos adversos.

VanderWeide LA, Smith SM, Trinkley KE. A systematic review of the efficacy of venlafaxine for the treatment of fibromyalgia. J Clin Pharm Ther. 2015 Feb;40(1):1-6.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>VanderWeide (2015)</p> <p>Tema Venlafaxina en FM</p> <p>Diseño RS</p> <p>Patrocinador No hay datos</p> <p>AMSTAR 3/10</p>	<p>Fecha de búsqueda Junio 2014</p> <p>Bases de datos PubMed, Web of Science, CDSR</p> <p>Nº de estudios incluidos 5 ECA (4 en diseño abierto, 1 ECA vs placebo) en 238 pacientes</p> <p>Intervenciones evaluadas Venlafaxina</p>	<p>Criterios inclusión Estudios primarios sin restricción por el diseño FM</p> <p>Criterios de exclusión</p> <p>Pacientes (n) 238</p> <p>Edad</p> <p>Sexo</p>	<p>4/5 estudios mostraron una mejoría con Venlafaxina en, al menos, una medida de resultado: FIQ (reducción de la puntuación en el rango 26–29%; 2 estudios) VAS dolor (reducción en el rango 36–45%; 2 estudios) McGill Pain Questionnaire (reducción del 48%; 1 estudio) Clinical Global Impression scale (cambio significativo del 51%; 1 estudio). Estudios con pocos pacientes, uso inconsistente de medidas de resultado, problemas metodológicos (diseño abierto) y falta de información detallada acerca de los métodos.</p>	<p>En el contexto de una evidencia disponible limitada, venlafaxina parece ser moderadamente efectivo para el tratamiento de la FM.</p> <p>La mayoría de los estudios identificados mostraron algún beneficio y buena tolerabilidad. Por su bajo coste, puede ser una alternativa a otros antidepresivos más caros.</p> <p>Se necesitan más estudios bien diseñados.</p>

FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire VAS: Visual Analogue Scale

Walitt B, Urrútia G, Nishishinya MB, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors for fibromyalgia syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2015; 6:CD011735.				
Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
Walitt (2015) Tema Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina Diseño RS Cochrane Patrocinador No hay AMSTAR 11/11	Fecha de búsqueda Junio 2014 Bases de datos CENTRAL, MEDLINE y EMBASE Nº de estudios incluidos 7 ECA (2 citalopram, 3 fluoxetina, 2 paroxetina) Intervenciones evaluadas Inhibidores de la recaptación de serotonina vs placebo, control u otra intervención.	Criterios inclusión FM ECA Criterios de exclusión Pacientes (n) 383 Edad Sexo	Todos los estudios presentaban riesgo de sesgo. Hubo una pequeña diferencia en el porcentaje de pacientes que mostraron una reducción del 30% del dolor con SSRI (56/172, 32,6%) vs placebo (39/171, 22,8%): Diferencia de Riesgo 10% (IC 95% 1% a 20%; NNT 10, IC95% 5 a 100). Un mayor número de pacientes reportaron una mejoría global (50/168, 29,8%) con SSRI vs placebo (26/162, 16,0%): Diferencia de Riesgo 14% (IC95% 6% a 23%; NNT 7, IC95% 4 a 17). No hubo diferencias en cuanto a la fatiga y problemas del sueño. SSRI fue superior al placebo en reducir los síntomas de depresión: SMD -0,39, IC95% -0,65 a -0,14; 7,6% de mejoría absoluta en una escala de 0 a 10, IC95% 2,7% a 13,8%; NNT 13, IC95% 7 a 37. La tasa de abandonos no fue diferente con SSRI (23/146, 15,8%) vs placebo (14/138, 10,1%): Diferencia de Riesgo 4% (IC 95% -6% a 14%). No hubo diferencias en el riesgo de efectos adversos graves entre SSRI (3/84, 3,6%) y placebo (4/84, 4,8%): Diferencia de Riesgo -1% (IC95% -7% a 5%).	<i>"There is no unbiased evidence that SSRIs are superior to placebo in treating the key symptoms of fibromyalgia, namely pain, fatigue and sleep problems. SSRIs might be considered for treating depression in people with fibromyalgia. The black box warning for increased suicidal tendency in young adults aged 18 to 24, with major depressive disorder, who have taken SSRIs, should be considered when appropriate."</i>

SSRI: Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina IC: Intervalo de confianza. NNT: Número necesario a tratar. SMD: Standardised Mean Difference

Wiffen PJ, Derry S, Moore RA, Aldington D, Cole P, Rice ASC, Lunn MPT, Hamunen K, Haanpaa M, Kalso EA. Antiepileptic drugs for neuropathic pain and fibromyalgia - an overview of Cochrane reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 11. Art. No.: CD010567.

Autor/año	Método/Intervenciones evaluadas	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios del revisor
<p>Wiffen (2013)</p> <p>Tema Revisión global de RS Cochrane sobre antiepiléticos en dolor neuropático y FM</p> <p>Diseño Revisión global (Overview)</p> <p>Patrocinador No</p> <p>AGREE No aplica</p>	<p>Fecha de búsqueda 2013</p> <p>Bases de datos Revisiones publicadas en <i>The Cochrane Database of Systematic Reviews</i>.</p> <p>Nº de estudios incluidos 10 RS Cochrane</p> <p>Intervenciones evaluadas Carbamazepina (Wiffen 2011a) Clonazepam (Corrigan 2012) Gabapentina (Moore 2011) Lacosamida (Hearn 2012) Lamotrigina (Wiffen 2011b) Oxcarbazepina (Zhou2013) Fenitoína (Birse 2012) Pregabalina (Moore 2009) Topiramato (Wiffen 2013) Ácido valpróico (Gill 2011)</p>	<p>Criterios inclusión RS Cochrane sobre fármacos antiepiléticos para el dolor neuropático y la FM</p> <p>Pacientes (n) 17.955 participantes</p>	<p>Sólo se encontraron ECA en FM con Pregabalina, Gabapentina y Lacosamida.</p> <p>Pregabalina (300-600 mg/d) Hay alguna evidencia de la eficacia de pregabalina (especialmente con la dosis 450 mg) en FM (5 ECA), aunque solo una minoría de pacientes presentan un beneficio importante (la mayoría moderado o sobretodo trivial). Para pregabalina 450 mg (4 ECA), el NNT para lograr una reducción del dolor basal $\geq 30\%$ es de 7 (IC95% 5 a 10), y para una mejoría $\geq 50\%$ es de 10 (IC95% 7 a 16). El NNT de interrupción por falta de eficacia es de 15 (IC95% 11 a 25).</p> <p>Gabapentina Un ECA con 150 participantes mostró una reducción de $\geq 30\%$ del dolor a las 12 semanas con gabapentina (2.400 mg/d) en 49% de los pacientes comparado con el 31% del grupo placebo (RR 1,6; IC95% 1,1 a 2,4; NNT 5,4; IC95% 2,9 a 31). DS</p> <p>Lacosamida Un estudio con 179 participantes mostró una mejoría del PGIC con lacosamida (400 mg/d) en 37% vs 27% del grupo placebo (RR 1,4; IC95% 0,9 a 2,2).</p>	<p>Hay alguna evidencia de la eficacia de pregabalina (especialmente con la dosis 450 mg) en FM (5 ECA). La calidad de la evidencia es alta.</p> <p>La evidencia disponible sobre gabapentina y lacosamida para el dolor en pacientes con FM es muy limitada (1 ECA en cada caso, con resultados favorables), lo que no permite alcanzar ninguna conclusión firme acerca de su uso en esta patología.</p>

DS: Diferencia significativa. NNT: Número necesario a tratar. DS: Diferencias significativas RR: Riesgo relativo. IC: Intervalo de confianza.

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

Theadom A, Cropley M, Smith HE, Feigin VL, McPherson K. Mind and body therapy for fibromyalgia. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2015, Issue 4. Art. No.: CD001980.				
Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Theadom (2015)</p> <p>Tema Terapia mente cuerpo en FM</p> <p>Diseño RS</p> <p>Patrocinador No</p> <p>AMSTAR 11/11</p>	<p>Fecha de búsqueda Octubre 2013</p> <p>Bases de datos (CENTRAL), MEDLINE (Ovid), EMBASE (Ovid), PsycINFO (Ovid), AMED (EBSCO) and CINAHL (Ovid)</p> <p>Nº de estudios incluidos 61</p> <p>Intervenciones evaluadas Terapias mente cuerpo vs cuidados habituales u otra intervención.</p> <p>Categorías -Terapias psicológicas (terapia cognitiva conductual, aproximación psicoanalítica y humanística) -Biofeedback -Terapias de meditación (<i>mindfulness</i>) -Terapias de movimiento (yoga, tai chi, qi-gong). -Terapias basadas en la relajación (técnicas de respiración, de imágenes visuales, relajación muscular progresiva)</p>	<p>Criterios inclusión ECA ≥18 años Criterios FM ACR 1990</p> <p>Criterios de exclusión -</p> <p>Pacientes (n) 4.234</p> <p>Edad -</p> <p>Sexo Predominio de mujeres</p>	<p>Los ECA disponibles son en general de baja calidad.</p> <p>Terapias psicológicas (TCC) vs cuidados habituales</p> <p>Función física (DMS -0,4, IC95% -0,6 a -0,3; cambio absoluto de -7,5%, un cambio de 2 puntos en una escala de 0 a 100). DS (baja calidad)</p> <p>Dolor (DMS -0,3, IC95% -0,5 a -0,2; cambio absoluto de -3,5%, un cambio de 2 puntos en una escala de 0 a 100). DS (baja calidad)</p> <p>Humor (DMS -0,5, IC95% -0,6 a -0,3; cambio absoluto de -4,8%, un cambio de 3 puntos en una escala de 20 a 80). DS (baja calidad)</p> <p>Hubo más abandonos en el grupo de Terapia psicológica vs cuidados habituales (RR 1,38, IC95% 1,12 a 1,69; una diferencia absoluta de 6%). DS (muy baja calidad)</p> <p>Efectos adversos de la Terapia psicológica vs grupo control (RR 0,38, IC95% 0,06 a 2,50; diferencia absoluta de -4%). NS</p> <p>Biofeedback vs cuidados habituales</p> <p>Función física (DMS -0,1, IC95% -0,4 a 3; cambio absoluto de -1.2%, un cambio de 1 punto en una escala de 0 a 100). NS (muy baja calidad)</p> <p>Dolor (DMS -2,6, IC95% -91,3 a 86,1; cambio absoluto de -2,6%). NS (muy baja calidad)</p> <p>Humor (DMS 0,1, IC95% -0,3 a 0,5; cambio absoluto de 1,9%, un cambio de menos de 1 punto en una escala de 0 a 90) post-intervención. NS (muy baja calidad)</p> <p>Hubo más abandonos en el grupo biofeedback (RR 4,08, IC95% 1,43 a 11,62, diferencia absoluta de 20%). No hubo efectos adversos.</p> <p>El biofeedback tiene muy poco o ningún efecto. Muy</p>	<p><i>Las terapias psicológicas (TCC) pueden ser efectivas para mejorar la función física, el dolor y la baja autoestima en pacientes con FM, en comparación con control habitual, pero la calidad de la evidencia es baja. Se necesitan más estudios para determinar si estos efectos positivos identificados son sostenidos en el tiempo.</i></p> <p><i>La efectividad del biofeedback, mindfulness, terapia de movimiento y de relajación es incierta por causa de la calidad baja o muy baja de la evidencia. El número limitado de estudios disponibles y el uso inconsistente de las variables de resultado entre los estudios limita el análisis.</i></p>

Theadom A, Cropley M, Smith HE, Feigin VL, McPherson K. Mind and body therapy for fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 4. Art. No.: CD001980.

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
			<p>baja calidad de la evidencia.</p> <p>Meditación (<i>mindfulness</i>) vs cuidados habituales Función física (DMS -0,3, IC95% -0,6 a 0,1; cambio absoluto de -4,8%, un cambio de 4 puntos en una escala de 0 a 100). DS Dolor (DMS -0,1, IC95% -0,4 a 0,3; cambio absoluto de -1,3%, un cambio de menos de 1 punto en una escala de 0 a 10). NS (baja calidad) Humor (DMS -0,2, IC95% -0,5 a 0,0; cambio absoluto de -3,7%, un cambio de 2 puntos en una escala de 20 a 80). NS (moderada calidad) Abandonos (RR 1,07, IC95% 0,67 a 1,72; diferencia absoluta de 2% entre los grupos post-intervención). NS La calidad de la evidencia es muy baja para dolor y moderada para humor y abandonos. No hubo efectos adversos.</p> <p>Terapia de movimientos vs control habitual Dolor (DM -2,3, IC95% -4,2 a -0,4; cambio absoluto de -23%). DS (baja calidad) Humor (DM -9,8, IC95% -18,5 a -1,2; cambio absoluto de -16,4%). DS (baja calidad) Función física (DMS -0,2, IC95% -0,5 a 0,2; cambio absoluto de -3,4%, un cambio de 2 puntos en una escala de 0 a 100). NS (baja calidad) Abandonos (RR 1,95, IC95% 1,13 a 3,38; diferencia absoluta de 11%). DS (baja calidad) Efectos adversos (RR 4,62, IC95% 0,23 a 93,92; diferencia absoluta de 4%). NS (baja calidad)</p> <p>Terapia de relajación vs control habitual Dolor (DMS -1,0, IC95% -1,6 a -0,5; cambio absoluto de -3,5%, un cambio de 2 puntos en una escala de 0 a 78). DS (baja calidad)</p>	

Theadom A, Cropley M, Smith HE, Feigin VL, McPherson K. Mind and body therapy for fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 4. Art. No.: CD001980.

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
			Función física (DMS -8,3, IC95% -10,1 a -6,5; cambio absoluto de -10.4%). DS (baja calidad) Humor (DMS -4,4, IC95% -14,5 a 5,6; cambio absoluto de -7,4%). NS (baja calidad) No hubo diferencias en la tasa de abandonos ni en los efectos adversos.	

DS: Diferencias significativas NS: No significativas DMS: Diferencia mínima significativa. IC: Intervalo de confianza. RR: Riesgo relativo. DM: Diferencia media.

Bernardy K, Klose P, Busch AJ, Choy EHS, Häuser W. Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 9. Art. No.: CD009796.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Bernardy 2013</p> <p>Tema Terapia cognitivo conductual (TCC) en FM</p> <p>Diseño RS Cochrane</p> <p>Patrocinador No</p> <p>AMSTAR 11/11</p>	<p>Fecha de búsqueda Febrero 2013</p> <p>Bases de datos CENTRAL, MEDLINE, PsycINFO, SCOPUS y los registros clinicaltrials.gov e ICTRP</p> <p>Nº de estudios incluidos 23 ECA</p> <p>Intervenciones evaluadas TCC comparado con controles. Se incluyeron ECA con entrevistas directas, vía telefónica o vía internet como tratamiento activo. No se incluyeron los ECA donde la TCC se administró de forma combinada con otra intervención activa.</p>	<p>Criterios inclusión ECA Criterios de FM según Häuser 2010, Smythe 1981, Wolfe 1990, Wolfe 2010, Yunus 1981.</p> <p>Criterios de exclusión -</p> <p>Pacientes (n) 2.031</p> <p>Edad</p> <p>Sexo Mayoría mujeres (10 estudios 100% mujeres)</p>	<p>La TCC fue superior comparado con control en:</p> <p>-Dolor (DMS 0,29; IC95% -0,49 a -0,17; una reducción de 0,5 puntos en una escala de 0 a 10 al final de tratamiento y de 0,6 puntos a largo plazo (mediana 6 meses) (DMS -0,40; IC95% -0,62 a -0,17) DS</p> <p>-Estado de ánimo negativo (DMS -0,33; IC95% -0,49 a -0,17; una reducción de 0,7 puntos en una escala de 0 a 10 al final de tratamiento y de 1,3 puntos a largo plazo (mediana 6 meses) (DMS -0,43; IC95% -0,75 a -0,11) DS</p> <p>-Discapacidad (DMS -0,30; IC95% -0,51 a -0,08; una reducción de 0,7 puntos en una escala de 0 a 100 al final de tratamiento y de 1,2 puntos a largo plazo (mediana 6 meses) (DMS -0,52; IC95% -0,86 a -0,18) DS</p> <p>No hubo diferencias en la tasa de abandonos: (RR 0,94; IC95% 0,65 a 1,35). NS</p>	<p><i>La TCC mostró un pequeño beneficio incremental comparado con control al reducir dolor, estado de ánimo negativo y discapacidad al final del tratamiento (aproximadamente 12 semanas) y a largo plazo (aproximadamente 6 meses). La evidencia es de baja calidad (GRADE).</i></p> <p><i>La tasa de abandonos no fue diferente entre los grupos. Los efectos positivos al final del tratamiento se observaron en la modalidad de TCC cara a cara, no vía internet o telefónica, así como cuando el grupo control no contenía una intervención activa como, por ejemplo, ejercicio aeróbico.</i></p> <p><i>En los estudios que incluían pacientes con ansiedad y depresión, sólo se observó un efecto positivo sobre el estado de ánimo, pero no en el dolor o la discapacidad al final del tratamiento.</i></p>

DS: Diferencias significativas NS: No significativas DMS: Diferencia mínima significativa. IC: Intervalo de confianza. RR: Riesgo relativo. GRADE: (Grading the Quality of Evidence and the Assessment of Recommendations)

Knijnik LM, Dussán-Sarria JA, Rozisky JR, et al. Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation for Fibromyalgia: Systematic Review and Meta-Analysis. Pain Pract 2016; 16:294

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Knijnik (2016) Tema Estimulación magnética transcraneal repetitiva (rTMS) en la FM Diseño RS Patrocinador AMSTAR 10/11</p>	<p>Fecha de búsqueda Abril 2014 Bases de datos Medline, CENTRAL, Embase, Brazilian Health Services Register (CAPES), PsychINFO, WHO database, INASP, National Library of Australia, Index Medicus for the Eastern Mediterranean Region, IndMED, KoreaMed, LILACS, IMSEAR, Panteleimon, WPRIM, BIOSIS, Derwent Drug File, International Pharmaceutical Abstracts, Biblio-Map, DoPHER, Global Health, ASSIA, C2-SPECTR, ERIC, Google Scholar, TripDatabase, Intute, Social Sciences Citation Index, scientific.thomson.com, isiwebofknowledge.com, and Scopus Elsevier, ProQuest. Grey Literature research Nº de estudios incluidos 5 ECA de moderada a alta calidad (JADAD) Intervenciones evaluadas rTMS vs sham rTMS</p>	<p>Criterios inclusión ECA FM (criterios 1990, 2010) Criterios de exclusión - Pacientes (nº) 143 Edad Sexo</p>	<p>rTMS mejoró la calidad de vida (medida con el FIQ) a los 30 días con un efecto moderado (DMS -0,472; IC95% -0,80 a -0,14; P = 0,005). DS rTMS mostró una tendencia a reducir el dolor (DMS -0,64; IC95% -0,31 a 0,017; P = 0,063). NS No hubo diferencias en los síntomas depresivos (DMS -0,15; IC95% -0,47 a 0,17; P = 0,36). NS</p>	<p><i>En comparación con placebo (sham), la rTMS mostró una mejoría de la calidad de vida de los pacientes con FM al mes de iniciar el tratamiento.</i> <i>Son necesarios más estudios para establecer cuál sería el protocolo óptimo de tratamiento así como para elucidar los mecanismos involucrados en este efecto, los cuales no parecen acompañarse de cambios en la depresión pero que sí podrían involucrar la modulación del dolor.</i></p>

FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire DMS: Diferencia mínima significativa. IC: Intervalo de confianza. DS: Diferencias significativas. NS: No significativas.

Glombiewski JA, Sawyer AT, Gutermann J, et al. Psychological treatments for fibromyalgia: a meta-analysis. Pain 2010; 151:280.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Glombiewski (2010)</p> <p>Tema Tratamientos psicológicos en FM</p> <p>Diseño RS</p> <p>Patrocinador No hay datos</p> <p>AMSTAR 10/11</p>	<p>Fecha de búsqueda Junio 2009</p> <p>Bases de datos PubMed, PsycINFO, CENTRAL</p> <p>Nº de estudios incluidos 23 ECA</p> <p>Intervenciones evaluadas Tratamientos psicológicos de cualquier tipo: -8 TCC -8 Técnicas de relajación -6 Terapia educacional -5 Terapia conductual -2 Mindfulness -1 EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) En 3 ECA la terapia se administró de forma individual y en el resto de forma grupal o una combinación de ambas. La duración de la intervención (número de horas) osciló entre 2 y 120 (media 26,9). En 8 ECA la intervención se combinó con otras formas de tratamiento (ejercicio, Yoga o Qi Gong).</p>	<p>Criterios inclusión ECA FM (criterios de ACR) Adultos</p> <p>Criterios de exclusión -</p> <p>Pacientes (n) 1.396</p> <p>Edad -</p> <p>Sexo -</p>	<p>La calidad de los ECA osciló entre 5 y 16 puntos (de un máximo de 20; media = 11,22).</p> <p>Tratamiento psicológico vs control: Se observó un pequeño efecto (diferencia pre-post) en la reducción del dolor (Hedges's $g = 0.37$, IC95% 0.27 a 0.48) y un pequeño a moderado efecto a largo plazo (media 7,4 meses) (Hedges's $g = 0.47$, IC95% 0.3 a 0.65) para cualquier intervención psicológica. DS</p> <p>Hubo una mejoría de la calidad del sueño (Hedges's $g = 0.46$, IC95% 0.28 a 0.64), depresión (Hedges's $g = 0.33$, IC95% 0.20 a 0.45), estado funcional (Hedges's $g = 0.42$, IC95% 0.25 a 0.58) y catastrofización (Hedges's $g = 0.33$, IC95% 0.17 a 0.49). DS</p> <p>Todas las diferencias pre-post (tamaño del efecto) fueron significativas, así como al final del seguimiento. De acuerdo con la recomendación de Cohen para su interpretación, el tamaño del efecto observado fue pequeño, y los IC95% sugieren efectos de pequeños a moderados. Un análisis adicional (Forest plot) sugiere que estas estimaciones del efecto son fiables y no sesgadas.</p> <p>Comparación entre tratamientos psicológicos: La terapia cognitivo conductual (TCC) fue mejor significativamente que otros tratamientos psicológicos a corto plazo para reducir el dolor (Hedges's $g = 0.60$, IC95% 0.46 a 0.76). DS</p> <p>La TCC y la terapia de relajación y biofeedback fueron más efectivas significativamente que otros tratamientos psicológicos en la mejoría del sueño, mientras que todas las modalidades de tratamiento psicológico fueron igualmente efectivas para la depresión.</p> <p>Mayor intensidad (dosis) de tratamiento parece asociarse con mayor efecto.</p>	<p><i>Los resultados sugieren que las intervenciones psicológicas para la FM son intervenciones prometedoras comparables al efecto a corto plazo que se obtiene con el tratamiento farmacológico. Su efecto estable a largo plazo indica que las intervenciones psicológicas son mejores que otras intervenciones no farmacológicas con un efecto sólo a corto plazo. Los efectos de los tratamientos psicológicos para la FM son pequeños, pero robustos comparado con otros tipos de tratamientos. La terapia cognitivo conductual (TCC) se asoció con un mayor tamaño del efecto.</i></p>

DS: Diferencias significativas. IC: Intervalo de confianza.

Li YH, Wang FY, Feng CQ, et al. Massage therapy for fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS One 2014; 9:e89304.

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Li (2014) Tema Masajes en FM Diseño RS Patrocinador No hubo AMSTAR 10/11</p>	<p>Fecha de búsqueda Junio 2013 Bases de datos PubMed, EMBASE, OVID-MEDLINE, SPRINGLINK, CNKI (China Knowledge Resource Integrated Database), Weipu Database for Chinese Technical Periodicals, and Wan Fang Data Nº de estudios incluidos 9 ECA Los estudios fueron publicados entre 1996 y 2011, con un tamaño que osciló entre 19 y 90 participantes. La duración osciló de 1 a 24 semanas. Intervenciones evaluadas Masajes no combinados con otras intervenciones vs cualquier control. La duración osciló entre 25–90 minutos (nº total de sesiones entre 1 y 20).</p>	<p>Criterios inclusión ECA FM (ACR criteria) Criterios de exclusión - Pacientes (n) 404 Edad Media 47 años Sexo -</p>	<p>-Los masajes con una duración ≥5 semanas (análisis de subgrupos) mejoraron de forma significativa el dolor (6 ECA; DMS 0,62; IC95% 0,05 a 1,20; P = 0,03) DS La reducción del dolor no fue significativa globalmente, sólo cuando el análisis se limitó a los ECA con una duración ≥5 semanas. -Los masajes (cualquier duración) mejoraron de forma significativa la ansiedad (8 ECA; DMS 0,44; IC95% 0,09 a 0,78; P = 0,01) DS La mejoría fue global y en el grupo de ECA con duración ≥5 semanas (pero no en el subgrupo <5 semanas). - Los masajes (cualquier duración) mejoraron de forma significativa la depresión (7 ECA; DMS 0,49; IC95% 0,15 a 0,84; P = 0,005) DS La mejoría fue global y en el grupo de ECA con duración ≥5 semanas (pero no en el subgrupo <5 semanas). -No hubo mejoría en la calidad del sueño (6 ECA; DMS 0,19; IC95% 20,38 a 0,75; P = 0,52) NS Tampoco se observó un efecto en los ECA con una duración ≥5 semanas. Solo dos ECA realizaron un seguimiento hasta 24 semanas. En uno no hubo diferencias significativas en ninguna variable evaluada comparado con el valor basal, mientras que en el otro sólo persistió una mejoría en el sueño. No hay datos de efectos adversos</p>	<p><i>El masaje por más de 5 semanas puede tener un efecto beneficioso inmediato para mejorar el dolor, la ansiedad y la depresión en pacientes con FM. Debería considerarse el masaje como una terapia complementaria y alternativa viable para la FM. No obstante, dado el escaso número de ECA disponibles, su tamaño limitado para análisis de subgrupo y la ausencia de evidencia de efectos a largo plazo, se necesita realizar más estudios adecuados.</i></p>

DS: Diferencias significativas. NS: No significativas. IC: Intervalo de confianza. DMS: Diferencia mínima significativa.

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; 16:R141.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Naumann (2014)</p> <p>Tema Balneoterapia e hidroterapia en FM</p> <p>Diseño RS</p> <p>Patrocinador German Research Foundation (DFG) and the Albert Ludwigs University Freiburg</p> <p>AMSTAR 11/11</p>	<p>Fecha de búsqueda Abril 2013</p> <p>Bases de datos Medline, Cochrane Central Register of Controlled Trials, EMBASE, and CAMBASE</p> <p>Nº de estudios incluidos N=21</p> <p>Balneoterapia 10 (BT) Hidroterapia 11 (HT)</p> <p>Intervenciones evaluadas Cualquier tipo de balneoterapia (agua mineral/termal, spa, talasoterapia, <i>thermotherapy</i>, <i>peloids</i>, gas natural terapéutico) o hidroterapia (<i>treatment in plain water with or without exercise</i>) vs ningún tratamiento o tratamiento activo.</p>	<p>Criterios inclusión ECA FM (ACR criteria)</p> <p>Criterios de exclusión -</p> <p>Pacientes (n) ¿?</p> <p>Edad Rango 18 a 73 años (media 45)</p> <p>Sexo 96% mujeres</p>	<p>Hidroterapia -Hay una evidencia moderada a fuerte de una reducción pequeña del dolor con hidroterapia (8 ECA, 462 participantes) (DMS -0,42; IC95% -0.61 a -0,24; P < 0.00001) DS</p> <p>-Hay una evidencia moderada a fuerte de una pequeña mejoría de la calidad de vida con hidroterapia (HRQOL; 7 ECA, 398 participantes) al final del tratamiento (DMS -0,40; IC95% -0,62 a -0.18; P = 0.0004) DS</p> <p>-No hubo efectos en la depresión ni en el número de puntos sensibles.</p> <p>Balneoterapia en agua mineral/termal (5 ECA, 177 participantes) -Hay una moderada evidencia de una reducción moderada a importante del dolor al final del tratamiento (DMS -0,84; IC95% -1,36 a -0,31; P = 0.002) y en el número de puntos sensibles (DMS -0,83; IC95% -1,42 a -0,24; P = 0.006) DS.</p> <p>-Hay una moderada evidencia de una mejoría intermedia en la calidad de vida (DMS -0,78; IC95% -1,13 a -0,43; P < 0.0001) DS</p> <p>-No hubo efectos en la depresión.</p>	<p><i>Dado el número limitado de ECA disponibles, su pequeño tamaño y el riesgo de sesgo observado, es difícil establecer el beneficio global de la hidroterapia y la balneoterapia. Hay riesgo de sobre-estimar la evidencia sobre la eficacia de la HT y aún más de la BT. Se necesitan más estudios de buena calidad y largo plazo para confirmar estos resultados.</i></p>

HRQOL: Health-related Quality of Life. DS: Diferencias significativas. IC: Intervalo de confianza. DMS: Diferencia mínima significativa.

Yuan SL, Matsutani LA, Marques AP. Effectiveness of different styles of massage therapy in fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. Man Ther. 2015 Apr; 20(2): 257-64.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Yuan (2015) Tema Masajes en FM Diseño RS Patrocinador No hay datos AMSTAR 8/11</p>	<p>Fecha de búsqueda Mayo 3013 Bases de datos MEDLINE, SCiELO, EMBASE, ISI (Web of Knowledge), PEDro, SPORTDiscus, CINAHL, Cochrane CENTRAL and LILACS Nº de estudios incluidos 10 (8 ECA y 2 ECC) Intervenciones evaluadas Masajes (diferentes tipos) vs control, no tratamiento u otras intervenciones. Hubo 6 tipos de masaje: sueco, de tejido conectivo, de drenaje linfático, de liberación miofascial, shiatsu y la combinación de varios</p>	<p>Criterios inclusión ECA o ECC FM Adultos Criterios de exclusión - Pacientes (n) 478 Edad La edad media osciló entre 34,5 y 53,7 años Sexo 97,4% mujeres</p>	<p>El metanálisis del masaje de liberación miofascial vs placebo (2 ECA de bajo riesgo de sesgo y 145 pacientes) mostró un efecto positivo importante inmediato y a corto-plazo en el dolor, y un efecto pequeño a medio plazo. El efecto sobre la ansiedad fue moderado al final del tratamiento, pero el efecto no se mantuvo a corto y medio plazo. En cuanto a la depresión, hubo un efecto moderado al final del tratamiento y a corto plazo, pero no a medio plazo. En cuanto a la calidad de vida (medida con FIQ y SF-36), hubo también una mejoría significativa al final del tratamiento y a corto plazo. Un solo ECA midió fatiga y rigidez, con un efecto favorable al final del tratamiento y a corto plazo. Solo para la fatiga se mantenía el efecto a medio plazo. La revisión concluye que sólo para el masaje de liberación miofascial la evidencia favorable en todos los resultados reportados es de moderada calidad. El análisis narrativo concluye que: -La Liberación miofascial mostró que esta técnica mejora la fatiga, la rigidez y la calidad de vida. -Los Masajes de tejido conectivo mejoran la depresión y calidad de vida. El Drenaje linfático manual mejora depresión, rigidez, calidad de vida. -El Shiatsu: mejora el dolor, umbral de dolor a la presión, fatiga, sueño y calidad de vida.</p>	<p><i>Existe moderada evidencia que la liberación miofascial mejora los síntomas de FM (dolor, fatiga, rigidez, ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada con la salud).</i> <i>El efecto sobre dolor, depresión y ansiedad es clínicamente importante, y se observan a corto y medio plazo.</i> <i>La evidencia disponible para las demás técnicas de masaje es muy limitada, aunque globalmente parecen mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con FM.</i> <i>El masaje sueco no parece ser beneficioso para la FM.</i></p>

Yuan SL, Matsutani LA, Marques AP. Effectiveness of different styles of massage therapy in fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. Man Ther. 2015 Apr; 20(2): 257-64.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
			El <u>Masaje sueco</u> : no mejoró ninguna medida de resultados.	

Yang B, Yi G, Hong W, et al. Efficacy of acupuncture on fibromyalgia syndrome: a meta-analysis. J Tradit Chin Med 2014; 34:381.				
Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
Yang (2014) Tema Acupuntura en FM Diseño RS Patrocinador State Key Program of National Natural Science of China AMSTAR 8/11	Fecha de búsqueda 2012 Bases de datos China National Knowledge Infrastructure Database China Science and Technology Journal Database, Wanfang Database, PubMed, EMBASE, CENTRAL Nº de estudios incluidos 9 estudios: 3 ECC 6 ECA Intervenciones evaluadas Acupuntura (needle acupuncture (4), electro-acupuncture (2), TENS (2), laser irradiation (1)) vs placebo u otra intervención (ejercicio y/o antidepresivos).	Criterios inclusión FM (ACR 1990) ECA o ECC Criterios de exclusión Pacientes (n) No hay datos Edad Sexo	Resultados narrativos. Acupuntura vs sham (simulada) a corto plazo: A las 3 semanas, hubo una diferencia significativa en el dolor (VAS y MPI) (1 ECA) y en el FIQ a las 4 semanas, a favor de la acupuntura, pero no en el <i>pain pressure threshold</i> (PPT) (1 ECA). Los efectos desaparecen a las 7 semanas de tratamiento. Por el contrario, no hubo diferencias en el dolor medido con la Numerical Rating Scale a las 3 semanas (2 ECA) ni tampoco más adelante. Acupuntura vs fármacos a corto plazo Hubo diferencias a favor de acupuntura vs amitriptilina/fluoxetina (3 ECA) en el dolor (VAS) y en el número de puntos dolorosos a corto plazo. Los efectos desaparecen a medio y largo plazo. Acupuntura + fármacos + ejercicios vs fármacos + ejercicios Hubo diferencias a favor del grupo de tratamiento combinado que incluye acupuntura en el recuento de puntos dolorosos a los 3 y 6 meses, no así a los 12 y 24 meses (1 ECA).	<i>Comparado con acupuntura simulada (sham) no hay suficiente evidencia que la acupuntura activa sea más eficaz.</i> <i>Existe alguna evidencia que la acupuntura es mejor que el tratamiento farmacológico (amitriptilina o fluoxetina), pero los estudios presentan limitaciones metodológicas, por lo que se necesita más investigación.</i> <i>Existe alguna evidencia de que la combinación de acupuntura con ejercicio y fármacos aumenta el umbral de dolor a corto plazo (3 – 6 meses), pero este efecto no se mantiene a largo plazo (12 a 24 meses).</i>

MPI: Multidimensional Pain Inventory. VAS: Visual Analogue Scale FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire.

Boehm K, Raak C, Cramer H, Lauche R, Ostermann T. Homeopathy in the treatment of fibromyalgia -- a comprehensive literature-review and meta-analysis. Complement Ther Med. 2014 Aug;22; 22(4): 731-42.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Boehm (2014) Tema Homeopatía en la FM Diseño RS Patrocinador Ninguno AMSTAR 9/11</p>	<p>Fecha de búsqueda Febrero 2013 Bases de datos Medline, Cochrane Register of Controlled Trials, Embase, AMED, PsycInfo, CAMbase Nº de estudios incluidos 18 estudios: 10 case-reports 3 estudios observacionales 1 ECC 4 ECA Intervenciones evaluadas Tratamiento homeopático vs control u otro tratamiento</p>	<p>Criterios inclusión ECA – ECC - series FM Cualquier edad Criterios de exclusión - Pacientes (n) 163 Edad Sexo</p>	<p>La RS comenta de forma narrativa los resultados de cada uno de los estudios, y realiza un meta-análisis con 6 estudios (incluye los 4 ECA). En el metanálisis, la homeopatía vs placebo mejoró: -Puntos dolorosos (3 ECA; DMS -0,42; IC95% -0,78 a -0,05; P = 0,03) DS -Dolor (VAS) (3 ECA; DMS -0,54; IC95% -0,97 a -0,10; P = 0,02) DS -Fatiga (FIQ) (2 ECA; DMS -0,47; IC95% -0,90 a -0,05; P = 0,03) DS -No hubo diferencias entre los grupos en el dolor medido con la escala McGill (subescalas de dolor sensorial o afectivo) (2 ECA) o en la depresión (2 ECA). NS En un análisis de subgrupo, cuando sólo se analizaron los estudios que usaron homeopatía individualizada, el efecto sobre la intensidad del dolor ya no fue significativo P 0.15). No se pudo realizar análisis de subgrupo (homotoxológico y antroposófico)</p>	<p><i>Debido a los pocos estudios y la baja calidad metodológica no se pueden sacar conclusiones definitivas sobre la homeopatía para la FM, siendo estos resultados preliminares. Sin embargo, como sugieren los resultados de algunos estudios, la homeopatía podría considerarse como una terapia complementaria para los pacientes con FM.</i></p>

VAS: Visual Analogue Scale FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire. IC: Intervalo de confianza. DS: Diferencias significativas. NS: No significativas. DMS: Diferencia mínima significativa.

Cao H, Liu J, Lewith GT. Traditional Chinese Medicine for treatment of fibromyalgia: a systematic review of randomized controlled trials. J Altern Complement Med. 2010 Apr;16; 16(4): 397-409.

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Cao (2010)</p> <p>Tema Medicina Tradicional China en FM</p> <p>Diseño RS</p> <p>Patrocinador National Basic Research Program of China. Ministry of Science and Technology of China. National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) of the U.S. Rufford Maurice Laing Foundation.</p> <p>AMSTAR 9/11</p>	<p>Fecha de búsqueda Agosto 2009</p> <p>Bases de datos China Network Knowledge Infrastructure (CNKI), Chinese Scientific Journal Database, VIP Wan Fang Database, Chinese Biomedicine (CBM) database, PubMed, CENTRAL</p> <p>Nº de estudios incluidos 25 ECA (10 se metaanalizaron)</p> <p>7 ECA se consideraron de bajo riesgo de sesgo</p> <p>Intervenciones evaluadas Cualquier tipo de Medicina Tradicional China (acupuntura, hierbas, masajes, cupping) comparado con ningún tratamiento, placebo u otro tratamiento. También se aceptaron tratamientos combinados con otras intervenciones. La duración del tratamiento osciló entre 12 días y 12 semanas.</p>	<p>Criterios inclusión FM (en su gran mayoría ACR 1990)</p> <p>Estudios clínicos controlados con grupos paralelos</p> <p>Criterios de exclusión -</p> <p>Pacientes (n) 1.516</p> <p>Edad Rango 17 a 77 años</p> <p>Sexo</p>	<p>Acupuntura vs tratamiento farmacológico habitual: Acupuntura disminuyó el Nº de puntos dolorosos (3 ECA; DM -3,21; IC95% -4,23 a -2,11; p<0.00001) DS</p> <p>Acupuntura mejoró el dolor (VAS) (3 ECA; DM -1,78; IC95% -2,24 a -1,32; p<0.00001) DS</p> <p>Acupuntura vs acupuntura simulada: No hubo diferencias en la reducción del dolor (VAS) (4 ECA; DM -0,55; IC 95% -1,35 a 0,24; P 0.17) NS.</p> <p>Combinación de acupuntura + cupping (técnica de ventosas) vs tratamiento farmacológico habitual: La combinación de acupuntura + <i>cupping</i> mejoró el dolor (VAS) (2 ECA; DM -1,66; IC95% -2,14 a -1.19; p<0.00001) DS, y la depresión (HAMD) relacionada con la FM (2 ECA; DM -4,92; IC95% -6,49 a -3,34; p<0.00001) DS.</p> <p>2 ECA informaron de la tasa de recaídas a los 6 meses sugiriendo que la acupuntura (incluyendo TENS y electroacupuntura) son mejores significativamente que amitriptilina para prevenir las recaídas (RR 0,28; IC95% 0,11 a 0,67; P<0,005; I²0%). DS</p> <p>6 ECA evaluaron hierbas medicinales. Las limitaciones de los estudios, la gran variabilidad en sus características clínicas y la poca consistencia en sus resultados impiden alcanzar una conclusión al respecto.</p> <p>En un estudio pequeño sobre masajes (masaje de tejido conectivo) no hubo diferencias en el dolor. No se informaron efectos adversos serios</p>	<p><i>La Medicina Tradicional China parece ser efectiva en la FM, pero faltan más estudios bien diseñados y a largo plazo para confirmar estos resultados.</i></p>

Cao H, Liu J, Lewith GT. Traditional Chinese Medicine for treatment of fibromyalgia: a systematic review of randomized controlled trials. J Altern Complement Med. 2010 Apr;16; 16(4): 397-409.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
			relacionados con la Medicina Tradicional China.	

VAS: Visual Analogue Scale IC: Intervalo de confianza. DS: Diferencias significativas. NS: No significativas. RR: Riesgo relativo. DM: Diferencia media.

Cao H, Li X, Han M, Liu J. Acupoint stimulation for fibromyalgia: a systematic review of randomized controlled trials. Evid Based Complement Alternat Med. 2013;2013:362831; 2013:362831. doi: 10.1155/2013/362831. Epub 2013 Dec 17. Review.

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Cao (2013)</p> <p>Tema Estimulación de Acu-puntos en FM</p> <p>Diseño RS</p> <p>Patrocinador Research Capacity Establishment Grant of Beijing University of ChineseMedicine.</p> <p>AMSTAR 9/11</p>	<p>Fecha de búsqueda Mayo 2013</p> <p>Bases de datos China Network Knowledge Infrastructure (CNKI), Chinese Scientific Journal Database</p> <p>Patrocinador VIP, Wan FangDatabase, Chinese Biomedicine (Sino-Med) database, PubMed, CENTRAL</p> <p>Nº de estudios incluidos 16 ECA</p> <p>En su mayoría, con limitaciones importantes.</p> <p>Intervenciones evaluadas Cualquier tipo de terapia que estimule puntos (acupuntura, <i>cupping</i>, inyecciones, moxibustión, <i>point catgut embedding</i>), comparado con no tratamiento, placebo u otro tratamiento.</p> <p>Duración del tratamiento entre 2 y 13 semanas.</p>	<p>Criterios inclusión FM (ACR 1990 en 15 ECA e IASR en uno)</p> <p>ECA con diseño paralelo</p> <p>Criterios de exclusión -</p> <p>Pacientes (n) 1.081</p> <p>Edad Rango 18 a 73 años</p> <p>Sexo -</p>	<p>No se observaron diferencias entre acupuntura vs sham acupuntura en la reducción del dolor (6 ECA) NS</p> <p>Electroacupuntura fue superior a sham electroacupuntura en la reducción del dolor (3 ECA; DMS -0,42, IC95% -0,77 a -0,06, P = 0,02). DS</p> <p>El metanálisis mostró que acupuntura fue mejor en cuanto a reducción del dolor (VAS) que el tratamiento farmacológico con amitriptilina (25mg/día) (4 ECA; DMS -0,60, IC95% -0,93 a -0,27, P = 0,0004) o ibuprofeno (0.9 g/días) (5 ECA; DMS -0,74, IC95% -1,13 a -0,35; P 0,0002) y en el número de puntos dolorosos (3 ECA; DM -2,38, IC95% -3,40 a -1,37, P < 0,00001). DS</p> <p>La combinación de acupuntura + <i>cupping</i> (técnica de ventosas) fue superior al tratamiento farmacológico habitual en reducir el dolor (2 ECA; DMS -1,65, IC95% -2,10 a -1,31, P < 0,00001). DS</p> <p>Electroacupuntura no fue mejor que sham EA para la depresión ni tampoco la acupuntura combinada con <i>cupping</i> NS. En cambio, acupuntura sí fue mejor que los antidepresivos (amitriptilina o fluoxetina) (2 ECA; DMS -0,67, IC95% -1,10 a -0,25, P 0,02) así como la combinación de acupuntura y <i>cupping</i> vs antipresivos (2 ECA) (P < 0.01). DS</p> <p>Acupuntura fue mejor que amitriptilina (25-50 mg/día) para mejorar la calidad del sueño (3 ECA; DMS -0,32, IC95% -0,63 a -0,01, P = 0.04). DS</p> <p>Acupuntura no fue mejor que sham acupuntura (3 ECA) o antidepresivos (1 ECA) para la fatiga. NS</p>	<p><i>Existe evidencia de baja calidad de que la acupuntura o la combinación de acupuntura y cupping es más efectiva que el tratamiento habitual con antidepresivos o analgésicos para reducir el dolor y mejorar los síntomas de la FM como la depresión y la fatiga.</i></p> <p><i>No parece que la acupuntura tenga un efecto mayor que sham acupuntura en el alivio del dolor (nivel de evidencia moderado).</i></p> <p><i>El efecto terapéutico de otras modalidades de acupuntura es incierto dado el número de estudios limitado.</i></p>

Cao H, Li X, Han M, Liu J. Acupoint stimulation for fibromyalgia: a systematic review of randomized controlled trials. Evid Based Complement Alternat Med. 2013;2013:362831; 2013:362831. doi: 10.1155/2013/362831. Epub 2013 Dec 17. Review.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
			La acupuntura no fue mejor que la acupuntura simulada. No se informaron efectos adversos serios relacionados con la estimulación de acu-puntos.	

IC: Intervalo de confianza. DS: Diferencias significativas. NS: No significativas. RR: Riesgo relativo. DM: Diferencia media. DMS: Diferencia mínima significativa. VAS: Visual Analogue Scale

Collado-Mateo D, Adsuar JC, Olivares PR, Del Pozo-Cruz B, Parraca JA, Del Pozo-Cruz J, Gusi N. Effects of Whole-Body Vibration Therapy in Patients with Fibromyalgia: A Systematic Literature Review. Evid Based Complement Alternat Med. 2015;2015:719082;2015: 719082. doi: 10.1155/2015/719082. Epub 2015 Aug 17. Review.				
Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
Collado Mateo (2015) Tema Terapia vibratoria de cuerpo entero en FM Diseño RS Patrocinador Spanish Ministry of Economy and Competitiveness Government of Extremadura AMSTAR 6/10	Fecha de búsqueda Enero 2015 Bases de datos CENTRAL, PEDro, PubMed, TRIP Nº de estudios incluidos 8 ECA La calidad en una escala de 10 puntos (PEDro) osciló entre 6 y 8 puntos (media 6,8) Intervenciones evaluadas Whole-body vibration (WBV) El número de sesiones osciló entre 12 y 36 y la duración del estudio entre 6 y 12 semanas.	Criterios inclusión WBV ECA FM Inglés Criterios de exclusión - Pacientes (n) 345 Edad Sexo	Los resultados se presentan de forma narrativa en tablas (sin metanálisis). La terapia vibratoria de cuerpo parece mejorar las medidas de resultado de los pacientes con FM: balance (3 ECA), dolor (1 ECA), calidad de vida (2 ECA), fatiga (3 ECA) e índice de discapacidad (FIQ) (3 ECA). El nivel de evidencia fue superior para el balance, calidad de vida, fatiga y discapacidad (FIQ).	<i>La WBV podría ser un tratamiento adecuado para la FM, como intervención principal o como parte de un programa de ejercicios.</i> <i>Sin embargo, se necesitan más estudios para confirmar estos resultados.</i>

FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire.

Cramer H, Lauche R, Langhorst J, Dobos G. Yoga for rheumatic diseases: a systematic review. Rheumatology (Oxford). 2013 Nov;52;52(11): 2025-30.				
Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
Cramer (2013) Tema Yoga en	Fecha de búsqueda Febrero 2013 Bases de datos	Criterios inclusión Enfermedades reumáticas (FM)	En un estudio de 56 pacientes con FM, el yoga (8 semanas) comparado con tratamiento habitual mejoró la discapacidad. DS	Existe evidencia de calidad muy baja para dolor y baja para discapacidad, que apoyaría una

Cramer H, Lauche R, Langhorst J, Dobos G. Yoga for rheumatic diseases: a systematic review. Rheumatology (Oxford). 2013 Nov;52;52(11): 2025-30.				
Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
enfermedades reumáticas Diseño RS Patrocinador Rut- and Klaus-Bahlsen-Foundation AMSTAR 8/10	Medline/PubMed, Scopus, CENTRAL, IndMED Nº de estudios incluidos 8 ECA (solo 2 ECA en FM con 106 pacientes) Intervenciones evaluadas Yoga vs no tratamiento o cualquier tratamiento activo	incluida) ECA Criterios de exclusión - Pacientes (n) 106 (FM) Edad Sexo	No hubo diferencias en dolor (VAS), número de puntos dolorosos o discapacidad (FIQ). NS Un segundo estudio con 40 pacientes con FM que comparó yoga con técnica de respiración en el agua vs tratamiento habitual, mostró una mejoría del dolor (VAS), discapacidad (FIQ) y ansiedad (HAS) a favor del yoga. DS La calidad de la evidencia (GRADE) se consideró muy baja para dolor y baja para discapacidad, apoyando una recomendación débil a favor del uso de yoga en la FM.	recomendación débil a favor del uso de yoga en la FM.

FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire. DS: Diferencias significativas. NS: No significativas. VAS: Visual Analogue Scale

Meeus M, Nijs J, Vanderheiden T, Baert I, Descheemaeker F, Struyf F. The effect of relaxation therapy on autonomic functioning, symptoms and daily functioning, in patients with chronic fatigue syndrome or fibromyalgia: a systematic review. Clin Rehabil. 2015 Mar;29;29(3): 221-33. doi: 10.1177/0269215514542635. Epub				
Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Meeus (2015)</p> <p>Tema Técnicas de relajación en FM y SFC</p> <p>Diseño RS</p> <p>Patrocinador No hubo</p> <p>AMSTAR 4/10</p>	<p>Fecha de búsqueda Mayo 2014</p> <p>Bases de datos PubMed, Web of Science</p> <p>Nº de estudios incluidos 14 (11 en FM)</p> <p>Intervenciones evaluadas Cualquier técnica de relajación (administrada de forma aislada, sin combinarla con otras intervenciones) comparada con control u otras terapias.</p>	<p>Criterios inclusión ECA FM (ACR 1990) - SFC Adultos</p> <p>Criterios de exclusión -</p> <p>Pacientes (n) 650 (FM)</p> <p>Edad La edad media osciló entre 31,9 y 50,9 años</p> <p>Sexo "La mayoría eran mujeres"</p>	<p>Análisis narrativo de los resultados.</p> <p>Ningún estudio informó sobre función autonómica.</p> <p>Seis ECA evaluaron imágenes guiadas/ visualización en el dolor en pacientes con FM, mostrando un efecto beneficioso en tres. En cuanto a la funcionalidad (FIQ), un estudio de tres mostró un resultado favorable. Un estudio evaluó fatiga con resultado positivo.</p> <p>Un programa de relajación muscular fue evaluado por 2 ECA sin resultados positivos vs el grupo control.</p> <p>Masaje fue más eficaz que la relajación muscular progresiva en reducir el dolor (auto-reportado) y fatiga (1 ECA).</p> <p>La relajación muscular con biofeedback y/o ejercicio fue más eficaz para reducir el número de puntos dolorosos comparado con una intervención informacional educacional.</p> <p>Para otras técnicas como entrenamiento autogénico de relajación muscular no hay evidencia de un beneficio.</p>	<p><i>Hay una evidencia moderada sobre el efecto de las imágenes guiadas/ visualización en el dolor y la funcionalidad en pacientes con FM.</i></p> <p><i>Aunque el contenido de la visualización es un tema de debate, probablemente la visualización de imágenes placenteras sea lo mejor.</i></p> <p><i>La relajación muscular aislada es menos eficaz para aliviar el dolor que en combinación con otras modalidades.</i></p> <p><i>Programas de relajación más prolongados parecen más beneficiosos para mejorar la funcionalidad.</i></p>

FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire.

Courtois I, Cools F, Calsius J. Effectiveness of body awareness interventions in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: a systematic review and meta-analysis. J Body Mov Ther. 2015 Jan;19;19(1):35: 35-56. doi: 10.1016/j.jbmt.2014.04.003. Epub 2014 Apr 18.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Curtois (2015)</p> <p>Tema Terapias de conciencia corporal (<i>Body Awareness Interventions</i>) en FM y SFC</p> <p>Diseño RS</p> <p>Patrocinador No hay datos</p> <p>AMSTAR 6/11</p>	<p>Fecha de búsqueda No hay datos</p> <p>Bases de datos Medline, Cinahl, PEDro, Web of Knowledge, PsycINFO, CENTRAL</p> <p>Nº de estudios incluidos 29 ECA (18 con datos útiles para el metanálisis)</p> <p>Intervenciones evaluadas <u>Terapias manuales ('hands-on')</u>: masajes, técnicas de tejido conectivo, terapia de Alexander, rolfing (integración estructural), Feldenkrais (integración funcional), método trabajo del cuerpo Rosen, Terapia de fascia, terapia cráneo-sacral, Reiki, Shiatzu, Tuina, trabajo Trager, Bowen. <u>Terapias no manuales ('hands-off')</u>: Tai Chi, Yoga, terapia de movimiento, Feldenkrais, conciencia a través del movimiento (ATM), ejercicios de respiración, técnica de relajación progresiva de Jacobson, meditación, foco de atención plena, pesso-terapia, Mensendieck, terapia Gestalt, hipnosis, tratamiento basado en la mentalización, terapia de concienciación básica, psicoterapia orientada en el cuerpo, pilates, terapia con danza, eutonía, sofrología, Resselguier Method</p>	<p>Criterios inclusión ECA FM (ACR 1990/2010) SFC (CDC criteria)</p> <p>Criterios de exclusión -</p> <p>Pacientes (n) 1.538</p> <p>Edad</p> <p>Sexo</p>	<p>Metanálisis (18 ECA)</p> <p>Globalmente, hay evidencia de moderada calidad de que las terapias de conciencia corporal tiene efectos positivos en el FIQ (11 ECA con 684 paciente; DM -5,55; IC95% -8,71 a -2,40), dolor (10 ECA con 613 pacientes; DMS -0,39, IC95% -0,75 a -0,02), depresión (7 ECA con 419 pacientes; DMS -0,23, IC95% -0,39 a -0,06), ansiedad (9 ECA con 573 pacientes; DMS -0,23, IC95% -0,44 a -0,02), y calidad de vida (6 ECA con 632 pacientes; DMS 0,62, IC95% 0,35 a 0,90) cuando se compara con control. DS</p> <p>Hubo alta heterogeneidad global para FIQ (I^2 92%) y dolor (I^2 97%), que no se explica por la variabilidad del grupo control ni a la modalidad de terapias de conciencia corporal evaluada ('hands-on' o 'hands-off'). La heterogeneidad fue baja a moderada para ansiedad y depresión (I^2 0% y I^2 37%, respectivamente).</p>	<p>Las terapias de conciencia corporal parecen tener un efecto favorable en el FIQ, dolor, ansiedad, depresión y la calidad de vida. La gran heterogeneidad observada en FIQ y dolor hacen difícil su aplicación en la práctica clínica al no poder predecir qué pacientes podrían beneficiarse. Estos resultados hay que interpretarlos con mucha cautela, por la falta de calidad de los estudios identificados. No es posible recomendar un tipo específico de terapias de conciencia corporal ('hands-on' o 'hands-off'), siendo necesario más estudios de calidad.</p>

FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire. DM: Diferencia media. IC: Intervalo de confianza. DS: Diferencias significativas. DMS: Diferencia mínima significativa.

Marlow NM, Bonilha HS, Short EB. Efficacy of transcranial direct current stimulation and repetitive transcranial magnetic stimulation for treating fibromyalgia syndrome: a systematic review. Pain Pract. 2013 Feb;13;13(2): 131-45.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Marlow (2013)</p> <p>Tema Estimulación con corriente directa transcraneal (tDCS) y estimulación magnética transcraneal repetitiva (rTMS)</p> <p>Diseño RS</p> <p>Patrocinador No hay datos</p> <p>AMSTAR 5/10</p>	<p>Fecha de búsqueda No hay datos</p> <p>Bases de datos PubMed, Ovid MEDLINE, PsychINFO, CINAHL, CENTRAL</p> <p>Nº de estudios incluidos 9 (8 ECA y una serie de casos) 5 con rTMS 4 con tDCS</p> <p>Intervenciones evaluadas rTMS/tDCS vs control u otra intervención</p>	<p>Criterios inclusión FM ECA</p> <p>Criterios de exclusión -</p> <p>Pacientes (n) rTMS = 228 tDCS = 41</p> <p>Edad -</p> <p>Sexo -</p>	<p>Análisis narrativo.</p> <p>Se identificaron 5 ECA de rTMS (high-frequency-M1 = 2; low-frequency-DLPFC = 2; high-frequency-DLPFC = 1) y 4 ECA de tDCS (anodal-M1 = 1; anodal-M1/DLPFC = 3)</p> <p>Dolor: Cuatro de los 5 ECA con rTMS mostraron una reducción significativa del dolor. 3 ECA con tDCS evaluaron dolor, mostrando una reducción significativa del dolor.</p> <p>FIQ: Todos los ECA que evaluaron FIQ (3 con rTMS, 2 con for tDCS) reportaron una mejoría significativa</p> <p>BDI: De los 5 estudios (2 rTMS y 3 tDCS) que evaluaron BDI, ninguno encontró cambios significativos.</p> <p>Puntos sensibles: Los resultados de 4 estudios (2 rTMS y 2 tDCS) fueron variados e inconsistentes.</p> <p>Efectos adversos: cefalea transitoria, molestias en los sitios de estimulación. Hubo muy pocos abandonos por causa de los efectos adversos.</p>	

DLPFC: Dorsolateral prefrontal cortex. BDI: Beck Depression Inventory. FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire

Santoro M, T. Cronan T. A systematic review of neurofeedback as a treatment for fibromyalgia syndrome symptoms. *Journal of Musculoskeletal Pain* 2014;22; 22(3): 286-300.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Santoro (2014)</p> <p>Tema Neurofeedback en la FM</p> <p>Diseño RS</p> <p>Patrocinador No hay datos</p> <p>AMSTAR 4/10</p>	<p>Fecha de búsqueda Octubre 2012</p> <p>Bases de datos PubMed, PsycINFO, CENTRAL, Web of Science, Medline</p> <p>Nº de estudios incluidos N=7</p> <p>3 (1 ECA, 1 Cohorte con control histórico, 1 Caso clínico) con entrenamiento de neurofeedback como único tratamiento.</p> <p>4 (2 ECA y 2 Cohortes retrospectivas) con entrenamiento de neurofeedback alternante.</p> <p>Intervenciones evaluadas Intervenciones con neurofeedback comparado con control u otro tipo de intervención (tecnología con EEG)</p>	<p>Criterios inclusión FM</p> <p>Cualquier tipo de estudio</p> <p>Criterios de exclusión -</p> <p>Pacientes (n) 511</p> <p>Edad Rango (media) de 31 a 67</p> <p>Sexo 93-100% mujeres</p>	<p>Hubo mucha variabilidad y diferencias metodológicas entre los estudios.</p> <p>Los estudios con neurofeedback tradicional en monoterapia (de baja calidad) mostraron una mejoría importante pre-post tratamiento en el dolor, fatiga, función cognitiva, depresión y ansiedad. En un estudio los efectos duraron por semanas después del tratamiento.</p> <p>Sólo un estudio (ECA) comparó neurofeedback con antidepressivos, observándose una mejoría de síntomas en ambos grupos, pero con neurofeedback la mejoría fue más rápida e importante.</p> <p>En los estudios con neurofeedback alternante (calidad variable) los resultados fueron no concluyentes.</p>	<p>Los resultados sugieren que neurofeedback podría ser una intervención útil para la FM, aunque se necesitan más estudios.</p>

García-Hermoso A, Saavedra JM, Escalante Y. Effects of exercise on functional aerobic capacity in adults with fibromyalgia syndrome: A systematic review of randomized controlled trials. J Back Musculoskelet Rehabil. 2015 Dec 2;28;28(4): 609-19. doi: 10.3233/BMR-140562.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>García-Hermoso (2015)</p> <p>Tema Ejercicios en la capacidad funcional de la FM</p> <p>Diseño RS</p> <p>Patrocinador European Social Fund and the Autonomous Government of Extremadura</p> <p>AMSTAR 7/11</p>	<p>Fecha de búsqueda Agosto 2013</p> <p>Bases de datos CINAHL, Index Medicus, MEDLINE, PEDro, Science Citation Index, Scopus, SPORTDiscus</p> <p>Nº de estudios incluidos 8 (2 ejercicios de fuerza, 4 ejercicios aeróbicos, 2 mixtos)</p> <p>Intervenciones evaluadas Ejercicios vs no tratamiento o control usual. Se excluyen las comparaciones de ejercicios.</p>	<p>Criterios inclusión ECA FM</p> <p>Criterios de exclusión -</p> <p>Pacientes (n)</p> <p>Edad</p> <p>Sexo</p>	<p>Cambio en la capacidad funcional aeróbica:</p> <p>-No se incrementa con ejercicios de fuerza o mixtos.</p> <p>-Sí se incrementa con ejercicios aeróbicos (ES 0,85; IC95% 0,57 a 1,12) ($I^2 = 0\%$). DS</p> <p>-La actividad acuática muestra un aumento moderado en la capacidad funcional (ES 0,44; IC95% 0,15 a 0,73) ($I^2 = 0\%$). DS</p> <p>Los programas multidisciplinares no aumentaron la capacidad funcional. Los estudios tienen deficiencias metodológicas y falta información sobre el programa de ejercicios. No hay medida de resultados clínicos.</p>	<p>Los ejercicios aeróbicos y acuáticos, al menos dos veces por semana de 30-60 minutos de duración, son efectivos para mejorar la capacidad aeróbica funcional en pacientes con FM.</p>

DS: Diferencias significativas. IC: Intervalo de confianza. ES: Effect Size.

Lorena SB, Lima Mdo C, Ranzolin A, Duarte ÂL. Effects of muscle stretching exercises in the treatment of fibromyalgia: a systematic review. Rev Bras Reumatol. 2015 Mar-Apr;55(2): 167-73. doi: 10.1016/j.rbr.2014.08.015. Epub 2014 Nov 1.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Lorena (2015)</p> <p>Tema Ejercicios de estiramiento muscular</p> <p>Diseño RS</p> <p>Patrocinador No hay datos</p> <p>AMSTAR 4/10</p>	<p>Fecha de búsqueda Octubre 2012</p> <p>Bases de datos MEDLINE, LILACS, SciELO, PEDro</p> <p>Nº de estudios incluidos 4 ECA</p> <p>Intervenciones evaluadas Ejercicios de estiramiento vs control u otro tipo de intervenciones</p>	<p>Criterios inclusión ECA FM</p> <p>Criterios de exclusión -</p> <p>Pacientes (n) 164</p> <p>Edad Rango (media) de 42 a 48 años</p> <p>Sexo 90% mujeres</p>	<p>No hay metanálisis. Resultados en tablas. Hubo una mejoría del dolor, calidad de vida y la condición física en todos los estudios, sin diferencias entre los grupos comparados (diferentes tipos de ejercicios). Los estudios son de baja calidad. Falta de información.</p>	<p>Los ejercicios de estiramientos son importantes en FM. Se necesitan más estudios para establecer los beneficios.</p>

Elizagaray-Garcia I, Muriente-Gonzalez J, Gil-Martínez A. Education for patients with fibromyalgia. A systematic review of randomised clinical trials. Revista de Neurologia. 2016;62;62(2): 49-60.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Elizagaray-Garcia (2016)</p> <p>Tema Educación en FM</p> <p>Diseño RS</p> <p>Patrocinador No hay datos</p> <p>AMSTAR 4/10</p>	<p>Fecha de búsqueda Diciembre 2014</p> <p>Bases de datos Medline, EMBASE, PEDro, CINAHL, PsycINFO</p> <p>N de estudios incluidos 5 ECA</p> <p>Intervenciones evaluadas Educación al paciente con un grupo control u otras intervenciones terapéuticas protocolizadas</p>	<p>Criterios inclusión ECA FM Adultos Inglés, español</p> <p>Criterios de exclusión -</p> <p>Pacientes (n) 611</p> <p>Edad</p> <p>Sexo</p>	<p>Medidas de efectos</p> <p>4 de los 5 ECA presentaron una calidad metodológica buena.</p> <p>En tres de los estudios, la educación al paciente, en combinación con otra intervención basada en ejercicio terapéutico, mejoró el dolor y la calidad de vida en comparación con las mismas intervenciones realizadas por separado.</p> <p>Además, un ECA de buena calidad metodológica mostró que la educación del paciente activó vías neurales inhibitorias descendentes del dolor.</p> <p>El análisis cualitativo muestra evidencia fuerte-moderada acerca de que la educación al paciente, en combinación con otras intervenciones de ejercicio terapéutico, ofrece resultados positivos en las variables de dolor, calidad de vida y funcionalidad.</p>	<p>La educación al paciente por sí sola no ha mostrado ser efectiva sobre el dolor, la calidad de vida ni la funcionalidad en pacientes con fibromialgia.</p> <p>Existe evidencia fuerte de la efectividad de la combinación de educación al paciente con ejercicio y estrategias activas de afrontamiento sobre el dolor, la calidad de vida y la funcionalidad a corto, medio y largo plazo en pacientes con fibromialgia</p>

Bidonde J, Busch AJ, Webber SC, Schachter CL, Danyliw A, Overend TJ, Richards RS, Rader T. Aquatic exercise training for fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 10. Art.No.: CD011336. doi: 10.1002/14651858.CD011336.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Bidonde (2014) Tema Ejercicios acuáticos en la FM Diseño RS Patrocinador No AMSTAR 11/11</p>	<p>Fecha de búsqueda Octubre 2013 Bases de datos CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PEDro, Dissertation Abstracts (ProQuest), Current Controlled Trials, WHO International Clinical Trials Registry Platform, AMED (Allied and Complementary Medicine) Nº de estudios incluidos 16 ECA Intervenciones evaluadas Ejercicios acuáticos vs controles u otras intervenciones</p>	<p>Criterios inclusión ECA Criterios FM ACR 1990 Ejercicios acuáticos vs controles u otras intervenciones Criterios de exclusión Estudios con ejercicios en el agua con menos del 50% de la intervención. Pacientes (n) 881 Edad Rango (media) de 46 a 48 Sexo 866 mujeres 15 hombres</p>	<p>Ejercicio acuático vs control Mejoría significativa a favor del ejercicio acuático en todas las medidas de resultados principales: -Función multidimensional: DM -5,97; IC95% -9,06 a -2,88; NNT 5, IC95% 3 a 9) -Función física: DM -4,35; IC95% -7,77 a -0,94; NNT 6, IC95% 3 a 22) -Dolor: DM -6,59, IC95% -10,71 a -2,48; NNT 5, IC95% 3 a 8) -Rigidez: DM -18,34; IC95% -35,75 a -0,93; NNT 3, IC95% 2 a 24) -Fuerza muscular: DMS 0,63; IC95% 0,20 a 1,05; NNT 4, IC95% 3 a 12) -Función cardiovascular submáxima: mejoró 37 mts en el test de la caminata de 6 minutos (IC95% 4,14 a 69,92). Ejercicio acuático vs ejercicios en tierra: No hubo diferencias significativas entre los grupos en las medidas de resultados principales (función multidimensional, función física, dolor, rigidez, función cardiovascular submáxima). La fuerza muscular fue favorable a los ejercicios en tierra. Los abandonos fueron similares entre los grupos. Ejercicio acuático vs Ai Chi vs stretching en agua, ejercicios en agua de piscina versus ejercicios en agua de mar) Solo mejoró la rigidez a favor de Ai Chi (1.00 on a 100-point scale, IC95% 0.31 a 1.69).</p>	<p>Existe evidencia de baja a moderada de que los ejercicios acuáticos son beneficiosos comparado con control (sin ejercicios) para mejorar el bienestar general y los síntomas de FM. No hubo efectos adversos serios</p>

DM: Diferencia media. IC: Intervalo de confianza. NNT: Número necesario a tratar. DMS: Diferencia mínima significativa.

Deare JC, Zheng Z, Xue CCL, Liu JP, Shang J, Scott SW, Littlejohn G. Acupuncture for treating fibromyalgia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD007070. doi: 10.1002/14651858.CD007070.pub2.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Deare (2013) Tema Acupuntura en FM Diseño RS Cochrane Patrocinador No AMSTAR 11/11</p>	<p>Fecha de búsqueda Enero 2012 Bases de datos CENTRAL, MEDLINE, CAM PubMed and PubMed Central, EMBASE, CINAHL, Chinese databases: Chongqing Weipu (VIP) and Wanfang Database, unpublished databases: National Research Register via the Department of Health, UK HSRProj via the National Library of Medicine, USA Current Contents Nº de estudios incluidos 9 ECA Intervenciones evaluadas Técnicas de acupuntura que irrumpen la piel (WHO 2002). Comparaciones de diferentes técnicas. Acupuntura como coadyuvante de otras</p>	<p>Criterios inclusión ECA y cuasi-ECAs 18 años Criterios FM ACR 1990 Criterios de exclusión - Pacientes (n) 395 Edad - Sexo -</p>	<p>Baja calidad de la evidencia. 1 ECA (n=13) mostró que electroacupuntura (EA) mejoró los síntomas al mes, sin efectos adversos. La EA redujo el dolor una media de 22 puntos (IC95% 4 a 41), el bienestar global mejoró 15 puntos (IC95%5 a 26), la rigidez se redujo en 0,9 puntos (IC95% 0,1 a 2), la fatiga se redujo 1 punto (IC95% 0,22 a 2) No hubo diferencias en calidad de sueño. Moderada calidad de evidencia 6 ECA (n=286) mostraron que la acupuntura manual o EA no fue mejor que la acupuntura simulada (Sham). En 2 ECA (n=104) de EA vs sham, la EA redujo un 13% el dolor (5-22%) (DMS -0,63; IC95% -1,02 a -0,23). También mejoró el bienestar global (DMS 0,65; IC95% 0,26 a 1,05); mejoría absoluta del 11% (4% a 17%) y el sueño (DMS 0,40; IC95% 0;01 a 0,79); mejoría absoluta del 8% (0,2% a 16%). 1 ECA (n=58) mostró que, comparado con terapia estándar (antidepresivos + ejercicios) vs ídem + acupuntura, esta combinación redujo el dolor al mes [(reducción de 3 puntos; IC95% -3,9 a -2,1, una reducción absoluta de 30% (21% a 39%)). Baja calidad de evidencia 1 ECA de baja calidad mostró empeoramiento de función física con acupuntura manual. A partir de 3 ECA (n=289) no hubo diferencias en los efectos adversos entre acupuntura real y simulada (RR 0,44; IC95% 0,12 a 1,63). En 1 ECA (n=38) a corto plazo la acupuntura fue mejor que antidepresivos en el alivio del dolor (redujo 17 puntos, IC95% -24,1 a -10,5). En 1 ECA (n=41) de acupuntura profunda con búsqueda de <i>deqi</i> vs no <i>deqi</i> no hubo diferencias en el dolor, fatiga, función o efectos adversos. 4 estudios no mostraron diferencias entre acupuntura vs control a los 6 a 7 meses de seguimiento. No hay información sobre efectos adversos serios.</p>	<p>Hay baja a moderada evidencia que acupuntura vs no tratamiento o tratamiento estándar mejora el dolor y la rigidez en FM. Hay evidencia moderada de que con acupuntura vs sham no hay diferencias en la reducción del dolor, fatiga o mejoría del sueño o estado bienestar global. La EA es probable mejor que acupuntura manual en la reducción del dolor y bienestar global, sueño y fatiga. El efecto dura un mes, no a largo plazo. Acupuntura manual no mejoró el dolor ni la función física. La acupuntura parece ser segura. Los pacientes con FM deben valorar si recibir EA sola o con ejercicios y antidepresivos. Faltan estudios grandes, de calidad y a largo plazo.</p>

Deare JC, Zheng Z, Xue CCL, Liu JP, Shang J, Scott SW, Littlejohn G. Acupuncture for treating fibromyalgia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD007070. doi: 10.1002/14651858.CD007070.pub2.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
	terapias. Técnicas de acupuntura en puntos Ashí o gatillos.			

IC: Intervalo de confianza. DMS: Diferencia mínima significativa. RR: Riesgo relativo.

Busch AJ, Webber SC, Richards RS, et al. Resistance exercise training for fibromyalgia. Cochrane Database Syst Rev 2013; 12:CD010884. (* ref actualizada de la núm 166 del MSPSI 2011)

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Busch (2013)</p> <p>Tema Ejercicios de resistencia en FM</p> <p>Diseño RS Cochrane</p> <p>Patrocinador Ninguno</p> <p>AMSTAR 11/11</p>	<p>Fecha de búsqueda Marzo 2013</p> <p>Bases de datos MEDLINE, EMBASE, DARE, CENTRAL, HTA, NHS Economic Evaluation Database (EED), CINAHL, PEDro, Dissertation Abstracts (Proquest), Current Controlled Trials, World Health Organization (WHO) International Clinical Trials Registry Platform, AMED</p> <p>Nº de estudios incluidos 5</p> <p>Intervenciones evaluadas Ejercicios de resistencia vs otros tipos de ejercicios, control o lista de espera.</p>	<p>Criterios inclusión ECA Criterios de FM (Smythe 1981; Yunus 1981; Yunus 1982; Yunus 1984; Wolfe 1990). Adultos ECA</p> <p>Criterios de exclusión -</p> <p>Pacientes (n) 219</p> <p>Edad -</p> <p>Sexo -</p>	<p>Ejercicios de resistencia fueron mejores significativamente vs grupo control:</p> <p>-FIQ total: disminución de 16,75 puntos en una escala de 0 a 100 (IC95% -23,31 a -10,19)</p> <p>-Función física: -6.29 puntos en una escala de 0 a 100 (IC95% -10,45 a -2,13)</p> <p>-Dolor: reducción de -3,3 cm en una escala de 10 cm (IC95% -6,35 a -0,26)</p> <p>Sensibilidad (-1,84 en una escala de 18 puntos; IC95% -2,6 a -1,08)</p> <p>-Fuerza muscular (27.32 kg fuerza concéntrica extensión bilateral piernas IC95% 18,28 a 36,36).</p> <p>Ejercicios de resistencia y entrenamiento aeróbico: no hubo diferencias (FIQ, función física, sensibilidad)</p> <p>Sí hubo mejoría del dolor a favor de los ejercicios aeróbicos (0.99 cm en una escala de 10-cm; IC95% 0,31 a 1,67).</p> <p>Ejercicios de resistencia mejor vs ejercicios de flexibilidad</p> <p>FIQ (-6.49 FIQ unidades en una escala de 0 a 100; IC95% -12,57 a -0,41).</p> <p>Dolor (-0,88 cm en una escala de 0 a 10 cm; IC95% -1,57 a -0,19).</p> <p>Sin diferencias en la sensibilidad y fuerza.</p> <p>No hubo diferencias en las tasas de abandonos y efectos adversos.</p> <p>Evidencia de baja calidad por causa de los estudios pequeños y con sesgos.</p>	<p>Existe evidencia de baja calidad que muestra que los ejercicios de moderada a alta intensidad de resistencia mejoran el FIQ, dolor, sensibilidad y fuerza muscular.</p> <p>Existe evidencia de baja calidad que muestra que 8 semanas de ejercicios aeróbicos fueron superiores para mejorar el dolor vs el entrenamiento de resistencia de moderada intensidad</p> <p>Existe evidencia de baja calidad que muestra que 12 semanas de entrenamiento de baja intensidad de resistencia fue superior a los ejercicios de flexibilidad en el dolor, FIQ y función.</p> <p>Existe evidencia de baja calidad de que pacientes con FM puedan entrenar de forma segura con este tipo de ejercicios.</p>

FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire. IC: Intervalo de confianza.

Lauche R, Cramer H, Häuser W, et al. A Systematic Overview of Reviews for Complementary and Alternative Therapies in the Treatment of the Fibromyalgia Syndrome. Evid Based Complement Alternat Med 2015; 2015:610615.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Lauche (2015) Tema Terapias alternativas y complementarias en FM Diseño Overview Patrocinador Rut and Klaus Bahlsen Foundation AMSTAR No aplica</p>	<p>Fecha de búsqueda Septiembre 2013 Bases de datos PubMed/MEDLINE, Scopus, Cochrane Library Nº de estudios incluidos 25 (RS) Publicadas entre 2000 y 2013 Intervenciones evaluadas CAM (medicina alternativa y complementaria): -CAM en general (n = 4) -Terapia basada en ejercicios (n = 4) -Terapias manipulativas (n = 3) -Terapias mente-cuerpo (n = 5) -Acupuntura (n = 4) -Balneoterapia (n = 3) -Fitoterapia (n = 1) -Homeopatía (n = 1)</p>	<p>Criterios inclusión RS FM ACR criteria Criterios de exclusión - Pacientes (n) Edad Sexo</p>	<p>La calidad promedio de las RS (AMSTAR) fue baja (rango 4 a 6). Problemas metodológicos más frecuentes fueron: falta de datos, proceso de extracción de datos, estudios incluidos, excluidos, falta de datos de estudios y conclusiones no adaptadas a la calidad de los estudios. Intervenciones basadas en ejercicios. Dos revisiones, con y sin meta-análisis, investigaron los efectos de qigong. Mientras que la primera revisión llegó a la conclusión de que era demasiado pronto para sacar conclusiones, un año más tarde una segunda revisión con casi el doble de estudios encontró un efecto de moderado a grande a corto plazo en la mayoría de los resultados relevantes en comparación con la atención habitual. En cuanto a las revisiones más exhaustivas, los resultados fueron más equívocos. Para el yoga, así como el taichi, las revisiones mostraron resultados mayormente positivos, a pesar de que para taichi se dispone de una evidencia muy limitada. La calidad de las revisiones era muy variable (dos eran de alta calidad y dos de moderada). Terapias manipulativas. Hay dos revisiones sobre terapia quiropráctica y una sobre masaje, ninguna con meta-análisis. Las revisiones de cuidado quiropráctico eran de moderada calidad y encontraron evidencia limitada o ninguna evidencia sobre los efectos de la intervención quiropráctica. Resultados similares fueron reportados por revisiones más exhaustivas [52,53]. La revisión de masaje se estimó como de baja calidad, y su conclusión fue que "la literatura existente proporciona un modesto apoyo para el uso de la terapia de masaje en el tratamiento de la fibromialgia". Holdcraft et al. [52] llegó a una conclusión similar, mientras que Terhorst et al. [53] llegó a la conclusión de que no había evidencia de un efecto del masaje en absoluto. Terapia mente/cuerpo. Las revisiones investigaron los efectos de cualquier modalidad de tratamiento, las intervenciones basadas en la meditación, mindfulness,</p>	<p>Resultados homogéneos. Se encontraron resultados positivos consistentes para taichi, yoga, intervenciones mente/cuerpo, meditación, reducción del stress con mindfulness, hipnosis o imágenes guiadas y balneoterapia o hidroterapia. Se encontraron resultados negativos para entrenamiento autogénico, y no concluyentes para fitoterapia, aunque sólo había una revisión para cada una de ellas. Resultados heterogéneos. Hubo resultados contradictorios (positivos y negativos) para qigong, quiropraxis, biofeedback, acupuntura, y suplementos nutricionales. En conclusión, a pesar del creciente volumen de evidencia científica sobre CAM en el manejo de la FM, las limitaciones metodológicas impiden alcanzar conclusiones definitivas acerca de su eficacia y seguridad.</p>

Lauche R, Cramer H, Häuser W, et al. A Systematic Overview of Reviews for Complementary and Alternative Therapies in the Treatment of the Fibromyalgia Syndrome. Evid Based Complement Alternat Med 2015; 2015:610615.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
			<p>hipnosis o imágenes guiadas o retroalimentación. Sólo 3 de ellas llevaron a cabo meta-análisis. Dos revisiones exhaustivas también incluyeron intervenciones mente/cuerpo [50,52]. Su calidad fue muy heterogénea con un rango de muy baja a muy alta.</p> <p>Casi todas las revisiones encontraron evidencia al menos limitada para los efectos de las intervenciones mente/cuerpo, a excepción de biofeedback y la biorretroalimentación con EEG en particular. También se encontró evidencia limitada para la relajación, pero no para el entrenamiento autógeno.</p> <p>Acupuntura. Cuatro revisiones evaluaron acupuntura en FM y tres overviews incluyeron la acupuntura [50,52,53]. Los resultados sobre la acupuntura fueron muy variables, con revisiones que encuentran una evidencia fuerte de efectos sobre el dolor [52,66,67], otras dos que no encuentran ninguna evidencia de un efecto [53,68] y dos con resultados no concluyentes [50,69]. La calidad de las revisiones era muy variable, dos de baja calidad y otras dos de alta calidad.</p> <p>Hidroterapia / Balneoterapia. Se encontraron tres revisiones sobre Balneoterapia / Hidroterapia [70-72]. Junto con las overviews [50,52,53], sólo se encontró una evidencia positiva de diferentes grados [50,52,53,70-72]. De nuevo, la calidad de las revisiones fue muy variable, entre muy baja a muy alta. Sólo una incluyó un meta-análisis.</p> <p>Fitoterapia. Para la fitoterapia sólo se encontró una revisión [73] y los resultados indican la necesidad de nuevos estudios antes de poder hacer cualquier juicio acerca de los efectos. Esta revisión era de calidad moderada.</p> <p>Homeopatía. Sólo se encontró una revisión específica sobre homeopatía [74], y los autores concluyeron que la eficacia permanece sin probarse. De las revisiones globales u overviews, una llegó a la misma conclusión, mientras que otras tres encontraron al menos algunas pruebas</p>	

Lauche R, Cramer H, Häuser W, et al. A Systematic Overview of Reviews for Complementary and Alternative Therapies in the Treatment of the Fibromyalgia Syndrome. Evid Based Complement Alternat Med 2015; 2015:610615.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios																																																																
			<p>limitadas [50-52].</p> <p>Otros. Las revisiones globales también incluyeron suplementos nutricionales, algunos de los cuales tenían evidencia limitada [52], mientras que otros fueron considerados ineficaces [53].</p> <hr/> <p style="text-align: center;">TABLE 3: Overview of conclusions for investigated therapies from included systematic reviews.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Intervention</th> <th style="width: 25%;">Positive evidence</th> <th style="width: 25%;">Negative evidence</th> <th style="width: 25%;">Inconclusive</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Mind/Body interventions</td> </tr> <tr> <td>Mind/Body interventions in general</td> <td>(i) Effects on pain [53] (ii) More effective than usual care for some outcomes [63]</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Meditation-based interventions</td> <td>(i) Mostly positive results [50] (ii) Most studies indicate improvement [64]</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mindfulness-based stress reduction</td> <td>Moderate short-term effects on FMS key symptoms [65]</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hypnosis/guided imagery</td> <td>Strong short-term effects on pain [61]</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Biofeedback</td> <td>(i) Limited evidence for biofeedback [52] (ii) Moderate effects on pain for EMG biofeedback [62]</td> <td>(i) No positive results [50] (ii) No effects of EEG biofeedback [62]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Relaxation</td> <td>Limited evidence [52]</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Autogenic training</td> <td></td> <td>No effects of autogenic training [50]</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Exercised-based CAM</td> </tr> <tr> <td>Qigong</td> <td>(i) Moderate-to-strong short-term effects on FMS key symptoms [56] (ii) Moderate effect on functional disability [57] (iii) A positive trend [53]</td> <td>(i) No positive results [50] (ii) No evidence of effects [55]</td> <td>Too early to draw conclusions [54]</td> </tr> <tr> <td>Tai Chi</td> <td>(i) Strong effect on functional disability [57] (ii) Moderate effect on sleep quality [55] (iii) One study in favor of tai chi [53]</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Yoga</td> <td>(i) Significant effects on pain, fatigue, depression, and quality of life [55] (ii) Moderate effect on functional disability [57]</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Manipulative therapies</td> </tr> <tr> <td>Chiropractic interventions</td> <td>Limited evidence [60]</td> <td>(i) No positive evidence [58] (ii) Insufficient evidence for benefit [52]</td> <td>Not enough evidence [53]</td> </tr> <tr> <td>Massage</td> <td>(i) Moderate evidence [52] (ii) Massage is beneficial for patients with fibromyalgia [59]</td> <td>Ineffective [53]</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Intervention	Positive evidence	Negative evidence	Inconclusive	Mind/Body interventions				Mind/Body interventions in general	(i) Effects on pain [53] (ii) More effective than usual care for some outcomes [63]			Meditation-based interventions	(i) Mostly positive results [50] (ii) Most studies indicate improvement [64]			Mindfulness-based stress reduction	Moderate short-term effects on FMS key symptoms [65]			Hypnosis/guided imagery	Strong short-term effects on pain [61]			Biofeedback	(i) Limited evidence for biofeedback [52] (ii) Moderate effects on pain for EMG biofeedback [62]	(i) No positive results [50] (ii) No effects of EEG biofeedback [62]		Relaxation	Limited evidence [52]			Autogenic training		No effects of autogenic training [50]		Exercised-based CAM				Qigong	(i) Moderate-to-strong short-term effects on FMS key symptoms [56] (ii) Moderate effect on functional disability [57] (iii) A positive trend [53]	(i) No positive results [50] (ii) No evidence of effects [55]	Too early to draw conclusions [54]	Tai Chi	(i) Strong effect on functional disability [57] (ii) Moderate effect on sleep quality [55] (iii) One study in favor of tai chi [53]			Yoga	(i) Significant effects on pain, fatigue, depression, and quality of life [55] (ii) Moderate effect on functional disability [57]			Manipulative therapies				Chiropractic interventions	Limited evidence [60]	(i) No positive evidence [58] (ii) Insufficient evidence for benefit [52]	Not enough evidence [53]	Massage	(i) Moderate evidence [52] (ii) Massage is beneficial for patients with fibromyalgia [59]	Ineffective [53]		
Intervention	Positive evidence	Negative evidence	Inconclusive																																																																	
Mind/Body interventions																																																																				
Mind/Body interventions in general	(i) Effects on pain [53] (ii) More effective than usual care for some outcomes [63]																																																																			
Meditation-based interventions	(i) Mostly positive results [50] (ii) Most studies indicate improvement [64]																																																																			
Mindfulness-based stress reduction	Moderate short-term effects on FMS key symptoms [65]																																																																			
Hypnosis/guided imagery	Strong short-term effects on pain [61]																																																																			
Biofeedback	(i) Limited evidence for biofeedback [52] (ii) Moderate effects on pain for EMG biofeedback [62]	(i) No positive results [50] (ii) No effects of EEG biofeedback [62]																																																																		
Relaxation	Limited evidence [52]																																																																			
Autogenic training		No effects of autogenic training [50]																																																																		
Exercised-based CAM																																																																				
Qigong	(i) Moderate-to-strong short-term effects on FMS key symptoms [56] (ii) Moderate effect on functional disability [57] (iii) A positive trend [53]	(i) No positive results [50] (ii) No evidence of effects [55]	Too early to draw conclusions [54]																																																																	
Tai Chi	(i) Strong effect on functional disability [57] (ii) Moderate effect on sleep quality [55] (iii) One study in favor of tai chi [53]																																																																			
Yoga	(i) Significant effects on pain, fatigue, depression, and quality of life [55] (ii) Moderate effect on functional disability [57]																																																																			
Manipulative therapies																																																																				
Chiropractic interventions	Limited evidence [60]	(i) No positive evidence [58] (ii) Insufficient evidence for benefit [52]	Not enough evidence [53]																																																																	
Massage	(i) Moderate evidence [52] (ii) Massage is beneficial for patients with fibromyalgia [59]	Ineffective [53]																																																																		

Lauche R, Cramer H, Häuser W, et al. A Systematic Overview of Reviews for Complementary and Alternative Therapies in the Treatment of the Fibromyalgia Syndrome. Evid Based Complement Alternat Med 2015; 2015:610615.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios																																															
			<hr/> <p style="text-align: center;">Acupuncture</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">(i) Strong evidence [52]</td> <td style="width: 33%;">(i) Ineffective [53]</td> <td style="width: 33%;">(i) Mixed quality [50]</td> </tr> <tr> <td>(ii) Strong evidence for small short-term effects on pain [67]</td> <td>(ii) No evidence for effectiveness [68]</td> <td>(ii) Effectiveness not yet supported, mixed evidence [69]</td> </tr> <tr> <td>(iii) Low-to-moderate evidence for acupuncture compared to usual care or standard care [66]</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <hr/> <p style="text-align: center;">Balneotherapy/hydrotherapy</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">(i) Positive evidence [50]</td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td>(ii) Limited evidence [52]</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(iii) Effects on pain [53]</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(iv) Moderate evidence for pain [69]</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(v) Strong evidence [72]</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(vi) Appears efficacious [70]</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <hr/> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">Intervention</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Positive evidence</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Negative evidence</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Inconclusive</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">Phytotherapy</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">Unclear whether medicinal products or related natural products are effective [73]</td> </tr> </table> <hr/> <p style="text-align: center;">Nutritional supplements</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Limited evidence for diverse supplements [52]</td> <td style="width: 50%;">Ineffective [53]</td> </tr> </table> <hr/> <p style="text-align: center;">Homeopathy</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">(i) Positive results [50]</td> <td style="width: 40%;">(i) Not enough evidence [53]</td> </tr> <tr> <td>(ii) Limited evidence [52]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(iii) Some evidence [51]</td> <td>(ii) Effectiveness remains unproven [74]</td> </tr> </table> <hr/>	(i) Strong evidence [52]	(i) Ineffective [53]	(i) Mixed quality [50]	(ii) Strong evidence for small short-term effects on pain [67]	(ii) No evidence for effectiveness [68]	(ii) Effectiveness not yet supported, mixed evidence [69]	(iii) Low-to-moderate evidence for acupuncture compared to usual care or standard care [66]			(i) Positive evidence [50]			(ii) Limited evidence [52]			(iii) Effects on pain [53]			(iv) Moderate evidence for pain [69]			(v) Strong evidence [72]			(vi) Appears efficacious [70]			Intervention	Positive evidence	Negative evidence	Inconclusive			Phytotherapy					Unclear whether medicinal products or related natural products are effective [73]	Limited evidence for diverse supplements [52]	Ineffective [53]	(i) Positive results [50]	(i) Not enough evidence [53]	(ii) Limited evidence [52]		(iii) Some evidence [51]	(ii) Effectiveness remains unproven [74]	
(i) Strong evidence [52]	(i) Ineffective [53]	(i) Mixed quality [50]																																																	
(ii) Strong evidence for small short-term effects on pain [67]	(ii) No evidence for effectiveness [68]	(ii) Effectiveness not yet supported, mixed evidence [69]																																																	
(iii) Low-to-moderate evidence for acupuncture compared to usual care or standard care [66]																																																			
(i) Positive evidence [50]																																																			
(ii) Limited evidence [52]																																																			
(iii) Effects on pain [53]																																																			
(iv) Moderate evidence for pain [69]																																																			
(v) Strong evidence [72]																																																			
(vi) Appears efficacious [70]																																																			
Intervention	Positive evidence	Negative evidence	Inconclusive																																																
		Phytotherapy																																																	
			Unclear whether medicinal products or related natural products are effective [73]																																																
Limited evidence for diverse supplements [52]	Ineffective [53]																																																		
(i) Positive results [50]	(i) Not enough evidence [53]																																																		
(ii) Limited evidence [52]																																																			
(iii) Some evidence [51]	(ii) Effectiveness remains unproven [74]																																																		

Revisiones sistemáticas incluidas:

Baranowsky J, et al. Qualitative systemic review of randomized controlled trials on complementary and alternative medicine treatments in fibromyalgia. Rheumatology International. 2009;30(19): 1–21.

Bernardy K, et al. Efficacy of hypnosis/guided imagery in fibromyalgia syndrome - a systematic review and meta-analysis of controlled trials. BMC Musculoskeletal Disorders. 2011;12, article 133.

Chan CLW, et al. Qigong exercise for the treatment of fibromyalgia: a systematic review of randomized controlled trials. Journal of Alternative and Complementary Medicine. 2012;18(7): 641–6.

de Silva V, et al. Evidence for the efficacy of complementary and alternative medicines in the management of fibromyalgia: a systematic review. Rheumatology. 2010;49(6): 1063–8.

de Souza Nascimento S, et al. Efficacy and safety of medicinal plants or related natural products for fibromyalgia: a systematic review. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2013;Article ID 149468.

Deare JC, et al. Acupuncture for treating fibromyalgia. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2015;5:Article ID CD007070.

Ernst E. Chiropractic treatment for fibromyalgia: a systematic review. Clinical Rheumatology. 2009;28(10):1175–8.

Lauche R, Cramer H, Häuser W, et al. A Systematic Overview of Reviews for Complementary and Alternative Therapies in the Treatment of the Fibromyalgia Syndrome. Evid Based Complement Alternat Med 2015; 2015:610615.				
Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Fraioli A, et al. Clinical researches on the efficacy of spa therapy in fibromyalgia. A systematic review. Annali dell'Istituto Superiore di Sanita. 2013;49(2):219–29.</p> <p>Glombiewski JA, et al. Efficacy of EMG- and EEG-biofeedback in fibromyalgia syndrome: a metaanalysis and a systematic review of randomized controlled trials. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2013;Article ID963741.</p> <p>Hadhazy VA, et al. Mindbody therapies for the treatment of fibromyalgia. A systematic review. The Journal of Rheumatology. 2000;27(12):2911–8.</p> <p>Holdcraft LC, et al, Complementary and alternative medicine in fibromyalgia and related síndromes: Best Practice and Research. Clinical Rheumatology. 2003;17(4):667–83.</p> <p>Kalichman L. Massage therapy for fibromyalgia symptoms. Rheumatology International. 2010;30(9):1151–7.</p> <p>Kozasa EH, et al. The effects of meditation-based interventions on the treatment of fibromialgia. Current Pain and Headache Reports. 2012;16(5):383–7.</p> <p>Langhorst J, et al. Efficacy and safety of meditative movement therapies in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Rheumatology International. 2013;33(1): 193–207.</p> <p>Langhorst J, et al. Efficacy of acupuncture in fibromyalgia syndrome: a systematic review with a meta-analysis of controlled clinical trials. Rheumatology. 2010;49(4):778–88.</p> <p>Langhorst J, et al. Efficacy of hydrotherapy in fibromyalgia syndrome—a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. Rheumatology. 2009;48(9):1155–9.</p> <p>Lauche R, et al. A systematic review and meta-analysis of qigong for the fibromyalgia síndrome. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2013;Article ID635182</p> <p>Lauche R, et al. A systematic review and meta-analysis of mindfulness-based stress reduction for the fibromyalgia syndrome,” Journal of Psychosomatic Research. 2013;75(6):500–10.</p> <p>Martin-Sánchez E, et al. Efficacy of acupuncture for the treatment of fibromyalgia: systematic review and meta-analysis of randomized trials. Open Rheumatology Journal. 2009;3:25–9.</p> <p>Mayhew E, et al. Acupuncture for fibromyalgia—a systematic review of randomized clinical trials. Rheumatology. 2007;46(5):801–4.</p> <p>McVeigh JG, et al. The effectiveness of hydrotherapy in the management of fibromialgia syndrome: a systematic review. Rheumatology International. 2008;29(2):119–30.</p> <p>Mist SD, et al. Complementary and alternative exercise for fibromyalgia: a meta-analysis. Journal of Pain Research. 2013;6:247–60.</p> <p>Perry R, et al. A systematic review of homoeopathy for the treatment of fibromialgia. Clinical Rheumatology. 2010;29(5):457–64.</p> <p>Schneider M, et al. Chiropractic management of fibromyalgia syndrome: a systematic review of the literatura. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics. 2009;32(1):25–40.</p> <p>Terhorst L, et al. Complementary and alternative medicine in the treatment of pain in fibromyalgia: a systematic review of randomized controlled trials. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics. 2011;34(7):483–96.</p>				

Bidonde J, Busch AJ, Bath B, Milosavljevic S. Exercise for adults with fibromyalgia: an umbrella systematic review with synthesis of best evidence. *Curr Rheumatol Rev*. 2014;10(1):45-79.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Bidonde (2014)</p> <p>Tema Ejercicios en FM</p> <p>Diseño Revisión global</p> <p>Patrocinador No hay datos</p> <p>AMSTAR No corresponde</p>	<p>Fecha de búsqueda Marzo 2013</p> <p>Bases de datos Medline, EMBASE, CINAHL, AMED, Cochrane Library, DARE</p> <p>Nº de estudios incluidos 9 RS (con 60 ECA)</p> <p>Intervenciones evaluadas Cualquier tipo de actividad física. Evaluaron AMSTAR</p>	<p>Criterios inclusión RS de ECA FM</p> <p>Criterios de exclusión -</p> <p>Pacientes (n) 3.816</p> <p>Edad</p> <p>Sexo</p>	<p>La calidad de las RS fue muy variable (AMSTAR), con un rango de 1 a 10 (3 de alta calidad, 4 moderada y 2 baja).</p> <p>Se encontraron resultados positivos a favor de los ejercicios (diversas intervenciones) en dolor, función multidimensional, función física.</p> <p>No hay evidencia para las nuevas intervenciones (qigong, taichi). No hubo efectos adversos serios. Debido a la variabilidad de las intervenciones no se pueden sacar conclusiones sobre programas óptimos o frecuencias, intensidades, duración, etc.</p>	<p>Esta revisión global resume la evidencia sobre este tipo de intervenciones a partir de 9 RS. Hay resultados positivos para las distintas intervenciones en cuanto a mejora del dolor, función multidimensional y función física. No hay evidencia sobre Qigong y tai chi.</p>

Estudios

Bidonde J, Busch AJ, Webber S, Schachter C, Danyliw A, Overend T, *et al*. Aquatic exercise training for fibromyalgia. *Cochrane Data Base of Systematic Reviews* (In Press). In press 2014.

Busch AJ, Webber S, Richards R, Bidonde J, Schachter C, Schafer L, *et al*. Resistance exercise training for fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; (12): Art.No.:CD010884.

Chan CL, Wang CW, Ho RT, Ng SM, Ziea ET, Wong VT. Qigong exercise for the treatment of fibromyalgia: a systematic review of randomized controlled trials. *J Altern Complement Med* 2012; 18(7): 641-6.

Lima T, Dias J, Mazuquin B, daSilva C, Pereira Nogueira R, Pasqual Marques A, *et al*. The effectiveness of aquatic physical therapy in the treatment of fibromyalgia: a systematic review with meta-analysis. *Clin Rehabil* 2013; 27(10): 892-908.

Ramel J, Bannuru R, Griffith M, Wang C. Exercise for fibromyalgia pain: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Curr Rheumatol Rev* 2009; (5): 188-93

Hauser W, Klose P, Langhorst J, Moradi B, Steinbach M, Schiltenswolf M, *et al*. Efficacy of different types of aerobic exercise in fibromyalgia syndrome: a systematic review and metaanalysis of randomised controlled trials. *Arthritis Res Ther* 2010; 12(3): R79.

Kelley G, Kelley K, Hootman J, Jones D. Exercise and global wellbeing in community-dwelling adults with fibromyalgia: a systematic review with meta-analysis. *BMC Public Health* 2010; 10(1): 1-11.

Kelley GA, Kelley KS, Hootman JM, Jones DL. Exercise and global well-being in community-dwelling adults with fibromyalgia: a systematic review with meta-analysis.

Bidonde J, Busch AJ, Bath B, Milosavljevic S. Exercise for adults with fibromyalgia: an umbrella systematic review with synthesis of best evidence. *Curr Rheumatol Rev.* 2014;10(1):45-79.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
BMC Public Health 2010; 10: 198.				
Mist SD, Firestone KA, Jones KD.				
McVeigh JG, McGaughey H, Hall M, Kane P.				
The effectiveness of hydrotherapy in the management of fibromyalgia syndrome: a systematic review. <i>Rheumatol Int</i> 2008; 29(2): 119-30.				

Anexo 5. Descripción de las revisiones sistemáticas sobre intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para el síndrome de fatiga crónica

INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

Meeus M, Nijs J, Vanderheiden T, Baert I, Descheemaeker F, Struyf F. The effect of relaxation therapy on autonomic functioning, symptoms and daily functioning, in patients with chronic fatigue syndrome or fibromyalgia: a systematic review. Clin Rehabil. 2015 Mar;29(3):221-33. doi: 10.1177/0269215514542635. Epub				
Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Meeus (2015)</p> <p>Tema Técnicas de relajación (FM y SFC)</p> <p>Diseño RS</p> <p>Patrocinador Ninguno</p> <p>AMSTAR 4/10</p>	<p>Fecha de búsqueda Mayo 2014</p> <p>Bases de datos PubMed, Web of Science</p> <p>N de estudios incluidos 14 ECAs (11 FM, 3 SFC)</p> <p>Intervenciones evaluadas Cualquier técnica de relajación comparada con control u otras terapias. Si las técnicas complementaban otras intervenciones eran excluidas</p>	<p>Criterios inclusión ECA FM SFC (Criterios de CDC) Adultos</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos</p> <p>Pacientes (n) 650 FM 88 SFC</p> <p>Edad 31-41 años</p> <p>Sexo Mujeres 60-70%</p>	<p>Medidas de efectos Estudios en SFC_(n=3) Para la fatiga del SFC un manejo multimodal (terapia cognitivo conductual, estimulación (<i> pacing</i>), atención plena (<i> mindfulness</i>), etc) parece ser mejor que la relajación (n=1).</p> <p>A los 5 años no hubo diferencias entre los grupos de terapia cognitivo conductual y relajación (n=1)</p> <p>Estudios en FM (n=6) Ningún estudio informó sobre función autonómica. FM Seis ECA que evaluaron imágenes en el dolor en pacientes con FM mostraron efecto beneficioso. Para otras técnicas como entrenamiento autogénico de relajación muscular) no hay evidencia.</p>	<p><i>Hay una evidencia moderada sobre el efecto de las imágenes guiadas/ visualización en el dolor y la funcionalidad en pacientes con FM.</i></p> <p><i>Aunque el contenido de la visualización es un tema de debate, probablemente la visualización de imágenes placenteras sea lo mejor.</i></p> <p><i>La relajación muscular aislada es menos eficaz para aliviar el dolor que en combinación con otras modalidades.</i></p> <p><i>Programas de relajación más prolongados parecen más beneficiosos para mejorar la funcionalidad.</i></p>

Alraek T, Lee MS, Choi TY, Cao H, Liu J. Complementary and alternative medicine for patients with chronic fatigue syndrome: a systematic review. BMC Complement Altern Med. 2011 Oct 7;11:87. doi: 10.1186/1472-6882-11-87. Review.

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Alraek (2011)</p> <p>Tema Medicina alternativa y complementaria en SFC</p> <p>Diseño RS</p> <p>Patrocinador Norwegian Directorate of Health</p> <p>AMSTAR 7/10</p>	<p>Fecha de búsqueda Agosto 2011</p> <p>Bases de datos Medline, PsycInfo, Alternative Medicine (AMED), the Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL), EMBASE, and the Cochrane Library</p> <p>Chinese databases (China Network Knowledge Infrastructure (CNKI), the Chinese Scientific Journal Database VIP, the Wan Fang Database and the Chinese Biomedicine (CBM) database the Korean medical databases (including Korean Studies Information, DBPIA, Korea Institute of Science and Technology Information, Research Information Service System, KoreaMed, and National Assembly Library); and Japanese databases (Japan Science and Technology Information Aggregator, Electronic).</p> <p>N de estudios incluidos 26 ECAs</p> <p>Intervenciones evaluadas Todas excepto ACUPUNTURA y HIERBAS MEDICINALES CHINAS Terapias mente cuerpo (n=4) Tuina y Taichi (n=1) Homeopatía (n=2) Masajes (n=2)</p>	<p>Criterios inclusión ECA SFC Criterios: Fukuda, Oxford, CDC, Holmes.</p> <p>Criterios de exclusión ECAs sobre acupuntura, hierbas medicinales china. Estudios que no mostraban variables clínicas.</p> <p>Pacientes (n) 3273</p> <p>Edad NR</p> <p>Sexo NR</p>	<p>Medidas de efectos ECA 26 (n=3273)</p> <p>Revisión cualitativa</p> <p>Estudios de Qigong, masajes y tuina mostraron un efecto beneficioso.</p> <p>No hubo diferencia con curación a distancia (<i>distal healing</i>), ni en homeopatía.</p> <p>Los suplementos no mostraron efectos beneficiosos, con excepción NADH y magnesio.</p>	<p>La revisión mostró evidencia limitada de la efectividad de las CAM en SFC, procedente de estudios de alto riesgo de sesgo y de un volumen de evidencia pequeño.</p>

Alraek T, Lee MS, Choi TY, Cao H, Liu J. Complementary and alternative medicine for patients with chronic fatigue syndrome: a systematic review. BMC Complement Altern Med. 2011 Oct 7;11:87. doi: 10.1186/1472-6882-11-87. Review.

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
	Gingseng (n=1) Dinucleotido adenina de Nicotinamida (n=2) Suplementos dietéticos (n=14)			

NADH: nicotinamida adenina dinucleótido.

Kim KW, Won-Suk Chung, Mi-Yeon Song, Seok-Hee Chung. Complementary and alternative medicine treatments in the management of chronic fatigue syndrome: a systematic review of randomized controlled trial. *Oriental Pharmacy and Experimental Medicine.* 2013; 13; 2: 85-93

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Kim (2013)</p> <p>Tema Medicina alternativa y complementaria en SFC</p> <p>Diseño RS</p> <p>Patrocinador <i>The research was supported by the 2nd grant in 2010 for excellent research articles from Graduate School of Korean Medicine, College of Korean Medicine, Kyung Hee University.</i></p> <p>AMSTAR 6/10</p>	<p>Fecha de búsqueda Diciembre 2010</p> <p>Bases de datos Cochrane Central Register of Controlled Trials , Medline , EMBASE, CINAHL , Allied and Complementary Medicine Database (AMED), Korean medical databases (which include the National Assembly Library, KoreaMed, Korean Studies Information Service System, DBpia, and Korea Institute of Science Technology Information and Research Information Service System) and Chinese Journals Fulltext Database (CNKI).</p> <p>N de estudios incluidos ECAs 8</p> <p>Intervenciones evaluadas Dieta (n=3) Curación a distancia (n=1) Hierbas (n=2) Homeopatía (n=1) Masajes (n=1)</p>	<p>Criterios inclusión ECA SFC Criterios Oxford, CDC.</p> <p>Criterios de exclusión -</p> <p>Pacientes (n) No datos</p> <p>Edad NR</p> <p>Sexo NR</p>	<p>Medidas de efectos ECA 8 (n=no datos)</p> <p>Dietas (n=3) no mostraron diferencias entre los grupos.</p> <p>Curación a distancia (n=1) no mostraron diferencias entre los grupos.</p> <p>Homeopatía (n=1) mostró mejoría clínica de la fatiga y otras medidas a favor del grupo homeopatía. Alto % de pérdidas.</p> <p>Masajes (intelligent-turtle) (n=1) mostró mejoría clínica de la fatiga y otras medidas a favor del grupo homeopatía</p> <p>Hierbas (n=2) un ECA mostró mejoría clínica de la fatiga y el otro no mostró diferencias entre los grupos.</p> <p>3/8 ECAs mostraron diferencias significativas entre tratamiento y placebo en las medidas primarias.</p> <p>La evidencia es muy pequeña para mostrar beneficios de las CAM en pacientes con SFC.</p>	<p>Evidencia preliminar sobre la eficacia de las CAM en SFC. Faltan estudios bien diseñados para confirmar los resultados observados.</p>

Wang YY, Li XX, Liu JP, Luo H, Ma LX, Alraek T. Traditional Chinese medicine for chronic fatigue syndrome: a systematic review of randomized clinical trials. *Complement Ther Med.* 2014 Aug;22(4):826-33. doi: 10.1016/j.ctim.2014.06.004. Epub 2014 Jun 30. Review.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Wang (2014)</p> <p>Tema Medicina tradicional China en SFC</p> <p>Diseño RS</p> <p>Patrocinador <i>Program for Innovative Research Team (2011-CXTD-09) of Beijing University of Chinese Medicine, grant 2012/07007 from the State Administration of Traditional Chinese Medicine in China, and postgraduate program (532/0100604225) from Beijing University. Grant from the Norwegian Directorate of Health</i></p> <p>AMSTAR 6/11</p>	<p>Fecha de búsqueda Septiembre 2013</p> <p>Bases de datos PubMed , CENTRAL China National Knowledge Infrastructure (CNKI) Chinese Scientific Journals Database (VIP) Chinese Biomedical Database (Sino-Med) Wanfang Database.</p> <p>N de estudios incluidos ECAs 23</p> <p>Intervenciones evaluadas Cualquier tipo de MTC sola o en combinación, comparado con placebo, control, no intervención u otra intervención.</p>	<p>Criterios inclusión ECA SFC CDC criterios Cualquier edad</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos</p> <p>Pacientes (n) 1776</p> <p>Edad No hay datos</p> <p>Sexo No hay datos</p>	<p>Medidas de efectos ECAs 23 (n=1776)</p> <p>Hierbas medicinales chinas (n=9), acupuntura (n=6), electroacupuntura (n=1), moxibustión (n=3), acupuntos (n=1), qigong (n=1)</p> <p>Estudios con alto riesgo de sesgo. Los resultados del metanálisis y estudios individuales mostraron que la MTC sola o en combinación con otras intervenciones alivian de forma significativa la fatiga.</p> <p>No hay datos sobre calidad de vida.</p> <p>No hay información de efectos adversos serios.</p>	<p>La MTC parece aliviar la fatiga en SFC, en estudios con alto riesgo de sesgos.</p>

Marques MM, De Gucht V, Gouveia MJ, Leal I, Maes S. Differential effects of behavioral interventions with a graded physical activity component in patients suffering from Chronic Fatigue (Syndrome): An updated systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2015 Aug;40:123-37. doi: 10.1016/j.cpr.2015.05.009. Epub 2015 Jun 4.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios																																																																																																		
<p>Marques (2015)</p> <p>Tema Intervenciones conductuales con un componente de actividad física gradual en SFC</p> <p>Diseño RS</p> <p>Patrocinador <i>Partially funded by the Portuguese Foundation for Science and Technology with a grant to the first author (SFRH/BD/47579/2008).</i></p> <p>AMSTAR 8/11</p>	<p>Fecha de búsqueda 2013</p> <p>Bases de datos MEDLINE, Cochrane Database of Clinical Trials, PsychINFO, Web of Science</p> <p>N de estudios incluidos ECAs 16 (26 artículos)</p> <p>Intervenciones evaluadas Intervenciones conductuales o psicológicas con un grado de actividad física en el SFC. Control: cuidados habituales u otro tipo de intervención.</p>	<p>Criterios inclusión ECA Adultos Idiopathic Chronic Fatigue or Chronic Fatigue Syndrome/ Myalgic Encephalomyelitis (CFS/ME). Cualquier criterio diagnóstico Inglés</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos</p> <p>Pacientes (n) 2004</p> <p>Edad 39 años</p> <p>Sexo Mujeres 75%</p>	<p>Medidas de efectos ECA 16 (N=2004)</p> <p>Efecto de tamaño pequeño a mediano en todas las medidas post-tratamiento y en el seguimiento (6 meses después), con excepción de la actividad física post-tratamiento.</p> <p>El mayor efecto se observó en la severidad de la fatiga. Un análisis de subgrupo mostró que intervenciones con contacto mínimo tuvieron un efecto adicional en la fatiga y la depresión.</p> <p>Las intervenciones impartidas por psicoterapeutas y las intervenciones realizadas en entornos de atención secundaria o terciaria también causaron un efecto beneficioso sobre la fatiga.</p> <p>Effects of the interventions for each outcome at post-treatment and follow-up.</p> <table border="1" data-bbox="1003 906 1738 1082"> <thead> <tr> <th>Outcomes</th> <th>Assessment point</th> <th>Sample size</th> <th>Hedges' g (95% CI)</th> <th>Z</th> <th>Q</th> <th>I²</th> <th>No. of trials</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Fatigue</td> <td>Post-treatment</td> <td>1776</td> <td>0.61 (0.44-0.78)</td> <td>6.98**</td> <td>37.94**</td> <td>66%</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>Follow-up</td> <td>1325</td> <td>0.66 (0.38-0.93)</td> <td>4.70**</td> <td>43.97**</td> <td>82%</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Physical functioning</td> <td>Post-treatment</td> <td>1612</td> <td>0.29 (0.13-0.44)</td> <td>3.70**</td> <td>21.46*</td> <td>53%</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Follow-up</td> <td>1216</td> <td>0.38 (0.13-0.64)</td> <td>2.98**</td> <td>30.24**</td> <td>77%</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Physical activity</td> <td>Post-treatment</td> <td>513</td> <td>0.11 (-0.07-0.28)</td> <td>1.21</td> <td>4.64</td> <td>35%</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Follow-up</td> <td>773</td> <td>0.28 (0.15-0.40)</td> <td>4.18**</td> <td>4.49</td> <td>11%</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">*Physical capacity</td> <td>Post-treatment</td> <td>214</td> <td>0.27 (0.00-0.54)</td> <td>1.96*</td> <td>10.90**</td> <td>73%</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Follow-up</td> <td>921</td> <td>0.41 (0.22-0.59)</td> <td>4.38**</td> <td>16.56†</td> <td>46%</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Depression</td> <td>Post-treatment</td> <td>999</td> <td>0.37 (0.17-0.58)</td> <td>3.62**</td> <td>12.59*</td> <td>52%</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Follow-up</td> <td>686</td> <td>0.28 (0.13-0.43)</td> <td>3.67**</td> <td>2.70</td> <td>0%</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Anxiety</td> <td>Post-treatment</td> <td>939</td> <td>0.25 (0.14-0.37)</td> <td>4.20**</td> <td>2.50</td> <td>0%</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Follow-up</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>† p < 0.10. * p < 0.05. ** p < 0.01. ‡ Data available only at post-treatment.</p>	Outcomes	Assessment point	Sample size	Hedges' g (95% CI)	Z	Q	I ²	No. of trials	Fatigue	Post-treatment	1776	0.61 (0.44-0.78)	6.98**	37.94**	66%	14	Follow-up	1325	0.66 (0.38-0.93)	4.70**	43.97**	82%	9	Physical functioning	Post-treatment	1612	0.29 (0.13-0.44)	3.70**	21.46*	53%	11	Follow-up	1216	0.38 (0.13-0.64)	2.98**	30.24**	77%	8	Physical activity	Post-treatment	513	0.11 (-0.07-0.28)	1.21	4.64	35%	4	Follow-up	773	0.28 (0.15-0.40)	4.18**	4.49	11%	5	*Physical capacity	Post-treatment	214	0.27 (0.00-0.54)	1.96*	10.90**	73%	4	Follow-up	921	0.41 (0.22-0.59)	4.38**	16.56†	46%	10	Depression	Post-treatment	999	0.37 (0.17-0.58)	3.62**	12.59*	52%	7	Follow-up	686	0.28 (0.13-0.43)	3.67**	2.70	0%	7	Anxiety	Post-treatment	939	0.25 (0.14-0.37)	4.20**	2.50	0%	6	Follow-up							<p>Las intervenciones psicológicas y conductuales combinadas con ejercicio gradual parecen tener un efecto beneficioso sostenido en el manejo de SFC; se demuestra un efecto de tamaño medio en la reducción de la severidad de la fatiga.</p>
Outcomes	Assessment point	Sample size	Hedges' g (95% CI)	Z	Q	I ²	No. of trials																																																																																															
Fatigue	Post-treatment	1776	0.61 (0.44-0.78)	6.98**	37.94**	66%	14																																																																																															
	Follow-up	1325	0.66 (0.38-0.93)	4.70**	43.97**	82%	9																																																																																															
Physical functioning	Post-treatment	1612	0.29 (0.13-0.44)	3.70**	21.46*	53%	11																																																																																															
	Follow-up	1216	0.38 (0.13-0.64)	2.98**	30.24**	77%	8																																																																																															
Physical activity	Post-treatment	513	0.11 (-0.07-0.28)	1.21	4.64	35%	4																																																																																															
	Follow-up	773	0.28 (0.15-0.40)	4.18**	4.49	11%	5																																																																																															
Physical capacity	Post-treatment	214	0.27 (0.00-0.54)	1.96	10.90**	73%	4																																																																																															
	Follow-up	921	0.41 (0.22-0.59)	4.38**	16.56†	46%	10																																																																																															
Depression	Post-treatment	999	0.37 (0.17-0.58)	3.62**	12.59*	52%	7																																																																																															
	Follow-up	686	0.28 (0.13-0.43)	3.67**	2.70	0%	7																																																																																															
Anxiety	Post-treatment	939	0.25 (0.14-0.37)	4.20**	2.50	0%	6																																																																																															
	Follow-up																																																																																																					

Larun L, Brurberg KG, Odgaard-Jensen J, Price JR. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Feb 7;2:CD003200. doi: 10.1002/14651858.CD003200.pub4. Review.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Larun (2016)</p> <p>Tema Ejercicios en SFC</p> <p>Diseño RS</p> <p>Patrocinador No hay</p> <p>AMSTAR 11/11</p>	<p>Fecha de búsqueda Mayo 2014</p> <p>Bases de datos Cochrane Collaboration Depression, Anxiety and Neurosis Controlled Trials Register (CCDANCTR), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), SPORTDiscus World Health Organization (WHO) International Clinical Trials Registry Platform</p> <p>N de estudios incluidos ECAs 8</p> <p>Intervenciones evaluadas Ejercicios aeróbicos y anaeróbicos Control, otros tratamientos</p>	<p>Criterios inclusión ECA Adultos SFC Criterios: Carruthers 2011</p> <p>Fukuda 1994 NICE 2007 Reeves 2003 Sharpe 1991</p> <p>Criterios de exclusión -</p> <p>Pacientes (n) 1.518</p> <p>Edad 33-44.6 años</p> <p>Sexo Mujeres 71-84%</p>	<p>Medidas de efectos ECA 8 (n=1518)</p> <p>Ejercicios vs control pasivo (n=971) (n=8) Mostraron reducción de fatiga al final del tratamiento (n=7) Escala 11 puntos (MD -6.06, IC95% -6.95 to -5.17; (n=1, n=148) (baja calidad de evidencia). Escala 0-33 puntos (MD -2.82, IC95% -4.07 to -1.57; (n=3, n=540) (moderada calidad de evidencia) Escala 42 (MD -6.80, IC95% -10.31 to -3.28; (n=3, n=152) (moderada calidad de evidencia). Efectos adversos serios no hubo diferencias (RR 0.99, IC95% 0.14 to 6.97) (n=1, n=319)</p> <p>Mejoría del sueño en el grupo ejercicios (MD -1.49, IC95% -2.95 to -0.02; (n=2, n=323), función física (MD 13.10, IC95% 1.98 to 24.22; n=5, n=725), cambio general de la salud (RR 1.83, IC95% 1.39 to 2.40; n=4, n=489).</p> <p>Ejercicios vs TCC (n=2, n=351) Un ECA (n=298) leve o no diferencias en la fatiga entre los grupos (MD 0.20, IC95% -1.49 to 1.89). Efectos adversos fueron raros en ambos grupos. No hubo diferencias en función física, depresión, ansiedad y calidad del sueño. No se pueden sacar conclusiones con dolor y cambios de salud global.</p> <p>Ejercicios vs otras intervenciones (n=1, n=320) sugiere un beneficio general de los ejercicios. Otro estudio (n=183) sugiere un beneficio comparado con acompañamiento (<i>supportive listening</i>). No se pueden sacar conclusiones.</p>	<p>Los pacientes con SFC pueden obtener beneficios y sentirse menos fatigados después de la terapia de ejercicio. No hay evidencia de que los ejercicios puedan empeorar los síntomas. Se observó un efecto positivo en el sueño, la función física y la percepción de salud global, pero no es posible derivar conclusiones con respecto al dolor, la calidad de vida, la ansiedad y la depresión, la tasa de abandonos y el consumo de servicios de salud. La efectividad del ejercicio parece ser mejor a la estimulación (<i>spacing</i>), pero similar a la del TCC</p>

IC: Intervalo de confianza. RR: Riesgo relativo. MD: Mean difference.

Van Cauwenbergh D, De Kooning M, Ickmans K, Nijs J. How to exercise people with chronic fatigue syndrome: evidence-based practice guidelines. Eur J Clin Invest. 2012 Oct;42(10):1136-44. doi: 10.1111/j.1365-2362.2012.02701.x. Epub 2012 Jun 23.

Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Van Cauwenbergh (2010)</p> <p>Tema Ejercicios en SFC</p> <p>Diseño RS</p> <p>Patrocinador No hay datos</p> <p>AMSTAR 3/10</p>	<p>Fecha de búsqueda No hay datos</p> <p>Bases de datos PubMed, PEDro</p> <p>N de estudios incluidos ECAs 12</p> <p>Intervenciones evaluadas Ejercicios vs control u otras intervenciones</p>	<p>Criterios inclusión ECA Cualquier edad SFC CDC criterios Oxford criterios Canadian criterios Danés o inglés</p> <p>Criterios de exclusión -</p> <p>Pacientes (n) No hay datos</p> <p>Edad No hay datos</p> <p>Sexo No hay datos</p>	<p>Medidas de efectos ECA 12 (n= No hay datos)</p> <p>1 estudio con niños y 3 con adultos y niños, 8 adultos</p> <p>Por la heterogeneidad de los estudios no se puede comparar entre los mismos.</p> <p>Los 12 estudios confirman un efecto positivo de Terapia de ejercicios graduada y terapia cognitivo conductual en la fatiga y la función física (p<0.05) en pacientes con SFC.</p>	<p>En base a la evidencia disponible, los pacientes con SFC deberían realizar programas de ejercicios aeróbicos de 10-11 sesiones durante un período de 4-5 meses. También podrían realizar ejercicios en su domicilio 5 veces por semana con una duración inicial de 5-15 minutos por sesión, e ir aumentando gradualmente hasta 30 minutos.</p>

INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

Smith ME, Haney E, McDonagh M, Pappas M, Daeges M, Wasson N, Fu R, Nelson HD. Treatment of Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: A Systematic Review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. Ann Intern Med. 2015 Jun 16;162(12):841-50. doi: 10.7326/M15-0114.				
Autor/año	intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Smith (2014)</p> <p>Tema Tratamientos de EM/CFS</p> <p>Diseño RS</p> <p>Patrocinador Agency for Healthcare Research and Quality. (PROSPERO: CRD42014009779)</p> <p>AMSTAR 11/11</p>	<p>Fecha de búsqueda Septiembre 2014</p> <p>Bases de datos MEDLINE, PsycINFO, Cochrane</p> <p>N de estudios incluidos ECAs 35</p> <p>Medicación (n=9), CAM (n=7), terapias de asesoramiento o conductuales (n=14), ejercicios (n=7), combinaciones (n=4)</p> <p>Intervenciones evaluadas Intervenciones farmacológicas y no farmacológicas</p>	<p>Criterios inclusión ECA Ingles >18 años ME/CFS >12 semanas</p> <p>Criterios de exclusión -</p> <p>Pacientes (n)</p> <p>Edad Sexo</p>	<p>Medidas de efectos</p> <p>Fármacos ECAs (n=9), baja calidad metodológica. Rintalomid (n=2) n=324, mejoraron el test de tolerancia al ejercicio y duración (performance al ejercicio) vs placebo. Valgancilovir (n=1), Galantamina (n=1), Hidrocortisona (n=1) Hidrocortisona + fludrocortisona (n=1), IgG (n=1), Isoprinosina (n=1), Fluoxetina (n=1) resultados no concluyentes. Ninguno de estos fármacos autorizados por la FDA.</p> <p>T no farmacológicos Terapias de asesoramiento y ejercicios gradual comparado con no tratamiento relajación mejoraron la fatiga y la función global. Algunos ECAs de asesoramiento o conductuales mejoraron la calidad de vida.</p> <p>No hay datos de efectos adversos (evidencia insuficiente)</p>	<p>En SFC hubo beneficios en estudios con rintatolimod, terapias de asesoramiento (counseling) y ejercicio gradual. Para las demás intervenciones la evidencia es insuficiente. La evidencia es insuficiente respecto a la seguridad de las intervenciones.</p>

Anexo 6. Criterios ACR 2010: WPI, SS score (parte 1) y SS score (parte 2)

Nuevos Criterios Preliminares para el Diagnóstico Clínico de la Fibromialgia

Índice de Dolor Generalizado – Widespread Pain Index (WPI)

ifrr
ESPALDA FRETE

Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell U, Winfield JB, Yunus MB. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthritis Care Res, 2010; 62: 600-10.

Ponga una cruz sobre cada área en la que ha sentido dolor durante la semana pasada, teniendo en cuenta que no debe incluir dolores producidos por otras enfermedades que sepa que sufre (artritis, lupus, artrosis, tendinitis, etc.):

<input type="checkbox"/>	Cintura Escapular Izquierda	<input type="checkbox"/>	Pierna Inferior Izquierda
<input type="checkbox"/>	Cintura Escapular Derecha	<input type="checkbox"/>	Pierna Inferior Derecha
<input type="checkbox"/>	Brazo Superior Izquierdo	<input type="checkbox"/>	Mandíbula Izquierda
<input type="checkbox"/>	Brazo Superior Derecho	<input type="checkbox"/>	Mandíbula Derecha
<input type="checkbox"/>	Brazo Inferior Izquierdo	<input type="checkbox"/>	Pecho (Tórax)
<input type="checkbox"/>	Brazo Inferior Derecho	<input type="checkbox"/>	Abdomen
<input type="checkbox"/>	Nalga Izquierda	<input type="checkbox"/>	Cuello
<input type="checkbox"/>	Nalga Derecha	<input type="checkbox"/>	Espalda Superior
<input type="checkbox"/>	Pierna Superior Izquierda	<input type="checkbox"/>	Espalda Inferior
<input type="checkbox"/>	Pierna Superior Derecha		

Cuente el número de áreas que ha marcado y anótelo aquí: _____

Observará que el valor WPI oscila entre 0 y 19.

Índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score – SS Score)

SS-Parte 1

Indique la gravedad de sus síntomas durante la semana pasada, utilizando las siguientes escalas, que se puntúan del 0 (leve) al 3 (grave):

1. Fatiga	
<input type="checkbox"/>	0 = No ha sido un problema
<input type="checkbox"/>	1 = Leve , ocasional
<input type="checkbox"/>	2 = Moderada , presente casi siempre
<input type="checkbox"/>	3 = Grave, persistente, he tenido grandes problemas

2. Sueño no reparador	
<input type="checkbox"/>	0 = No ha sido un problema
<input type="checkbox"/>	1 = Leve , intermitente
<input type="checkbox"/>	2 = Moderada , presente casi siempre
<input type="checkbox"/>	3 = Grave, persistente, grandes problemas

2. Trastornos Cognitivos	
<input type="checkbox"/>	0 = No ha sido un problema
<input type="checkbox"/>	1 = Leve , intermitente
<input type="checkbox"/>	2 = Moderada , presente casi siempre
<input type="checkbox"/>	3 = Grave, persistente, grandes problemas

Sume el valor de todas las casillas marcadas y anótelo aquí: _____

Observará que el valor SS-Parte 1 oscila entre 0 y 9.

Índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score – SS Score)

SS-Parte 2

Marque cada casilla que corresponda a un síntoma que ha sufrido durante la semana pasada.

<input type="checkbox"/>	Dolor muscular	<input type="checkbox"/>	Pitidos al respirar (sibilancias)
<input type="checkbox"/>	Síndrome de Colon Irritable	<input type="checkbox"/>	Fenómeno de Raynaud
<input type="checkbox"/>	Fatiga / agotamiento	<input type="checkbox"/>	Urticaria
<input type="checkbox"/>	Problemas de comprensión o memoria	<input type="checkbox"/>	Zumbidos en los oídos
<input type="checkbox"/>	Debilidad muscular	<input type="checkbox"/>	Vómitos
<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	Acidez de estómago
<input type="checkbox"/>	Calambres en el abdomen	<input type="checkbox"/>	Aftas orales (úlceras)
<input type="checkbox"/>	Entumecimiento / hormigueos	<input type="checkbox"/>	Pérdida o cambios en el gusto
<input type="checkbox"/>	Mareo	<input type="checkbox"/>	Convulsiones
<input type="checkbox"/>	Insomnio	<input type="checkbox"/>	Ojo seco
<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	Respiración entrecortada
<input type="checkbox"/>	Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	Pérdida de apetito
<input type="checkbox"/>	Dolor en la parte alta del abdomen	<input type="checkbox"/>	Erupciones / Rash
<input type="checkbox"/>	Nauseas	<input type="checkbox"/>	Intolerancia al sol
<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	Trastornos auditivos
<input type="checkbox"/>	Dolor torácico	<input type="checkbox"/>	Moretones frecuentes (hematomas)
<input type="checkbox"/>	Visión borrosa	<input type="checkbox"/>	Caída del cabello
<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	Micción frecuente
<input type="checkbox"/>	Boca seca	<input type="checkbox"/>	Micción dolorosa
<input type="checkbox"/>	Picores	<input type="checkbox"/>	Espasmos vesicales

Cuente el número de síntomas marcados, y anótelo aquí: _____

Si tiene 0 síntomas, su puntuación es 0

Entre 1 y 10, su puntuación es 1

Entre 11 y 24, su puntuación es 2

25 o más, su puntuación es 3

Anote aquí su puntuación de la SS-Parte 2 (entre 0 y 3): _____

Suma de su puntuación SS-Parte 1+ SS-Parte 2 = _____

Compruebe que la puntuación se encuentre entre 0 y 12 puntos.

Anexo 7. Criterios diagnósticos de ACR 2010

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE FIBROMIALGIA

Wolfe et al., *Arthritis Care Res* 2010;62:600-10

Un paciente cumple criterios diagnósticos para fibromialgia si están presentes las siguientes tres condiciones:

- 1) Índice de Dolor Generalizado (Widespread Pain Index – WPI) ≥ 7 e índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score – SS Score) ≥ 5 ó WPI 3-6 y SS ≥ 9 .
- 2) Los síntomas han estado presentes, en un nivel similar, durante los últimos tres meses.
- 3) El enfermo no tiene otra patología que pueda explicar el dolor.

Comprobación

- 1) WPI: anote el número de áreas en las que el paciente ha tenido dolor durante la última semana ¿En cuántas ha tenido dolor? El valor debe estar entre 0 y 19.

Áreas : Cintura Escapular Izquierda, Cintura Escapular Derecha, Pierna Inferior Izquierda, Pierna Inferior Derecha, Brazo Superior Izquierdo, Brazo Superior Derecho, Mandíbula Izquierda, Mandíbula Derecha, Brazo Inferior Izquierdo, Brazo Inferior Derecho, Pecho (Tórax), Abdómen, Cadera (glúteo/trocánter)Izquierda, Cadera (glúteo/trocánter)Derecha, Cuello (nuca y cara anterior), Espalda Superior, Espalda Inferior, Pierna Superior Izquierda, y Pierna Superior Derecha.

- 2) SS Score:

- Fatiga
- Sueño no reparador
- Síntomas cognitivos

Para cada uno de los tres síntomas indicados, elija el nivel de gravedad durante la pasada semana, en base a la siguiente escala:

0= Sin problemas

1= Leve, casi siempre leve o intermitente.

2= Moderado, produce problemas considerables, casi siempre presente a nivel moderado.

3= Grave, persistente, afectación continua, gran afectación de la calidad de vida.

Considere los síntomas somáticos en general, indicando si el paciente presenta: *

0= Asintomático (0 síntomas)

1=Pocos síntomas (entre 1 y 10)

2=Un número moderado de síntomas (entre 11 y 24)

3=Un gran acumulo de síntomas (25 o más)

La SS Score es la suma de la gravedad de los tres síntomas (fatiga, sueño no reparador y síntomas cognitivos) más el valor de síntomas somáticos. La puntuación final debe estar entre 0 y 12.

*Dolor muscular, Síndrome de Colon Irritable, Fatiga / agotamiento, Problemas de comprensión o memoria, Debilidad muscular, Dolor de cabeza, Calambres abdominales, Entumecimiento/hormigueo, Mareo, Insomnio, Depresión, Estreñimiento, Dolor epigástrico, Náuseas, Ansiedad, Dolor torácico, Visión borrosa, Diarrea, Boca seca, Picores, Sibilancias, Fenómeno de Raynaud, Urticaria, Tinnitus, Vómitos, Acidez de estómago, Aftas orales, Pérdida o cambios en el gusto, Convulsiones, Ojo seco, Respiración entrecortada, Pérdida de apetito, Erupciones / Rash, Intolerancia al sol, Trastornos auditivos, Equimosis frecuentes, Caída del cabello, Micción frecuente, Micción dolorosa, Espasmos vesicales

Fuente: Wolfe 2010.

Anexo 8. Criterios ACR 2010 modificados

Table 3. Modification of the American College of Rheumatology 2010 preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia*

Criteria

A patient satisfies the modified 2010 fibromyalgia diagnostic criteria if the following 3 conditions are met:

1. A Widespread Pain Index (WPI) of ≥ 7 and a Symptom Severity (SS) Scale score of ≥ 5 , or a WPI between 3–6 and an SS Scale score of ≥ 9
2. Symptoms have been present at a similar level for at least 3 months
3. The patient does not have a disorder that would otherwise sufficiently explain the pain

Ascertainment

WPI: Note the number of areas in which the patient has had pain over the previous week. In how many areas has the patient had pain?

Score will be between 0 and 19.†

Shoulder girdle (left and right)	Jaw (left and right)
Upper arm (left and right)	Chest
Lower arm (left and right)	Abdomen
Hip (buttock, trochanter) (left and right)	Upper back
Upper leg (left and right)	Lower back
Lower leg (left and right)	Neck

SS: For each of the symptoms of fatigue, waking unrefreshed, and cognitive symptoms, indicate the level of severity over the previous week, using the following scale:

0 = no problem

1 = slight or mild problems; generally mild or intermittent

2 = moderate; considerable problems; often present and/or at a moderate level

3 = severe: pervasive, continuous, life-disturbing problems

The SS Scale score is the sum of the severity of the 3 symptoms above plus the sum of the number of the following symptoms occurring during the previous 6 months: headaches, pain or cramps in the lower abdomen, and depression (0–3). The final score is between 0 and 12.

* Reformatted, with permission, from ref. 8.

† Areas indicated as left and right should be scored separately.

Anexo 9. Criterios ACR 2013AltCr

CRITERIOS MODIFICADOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE FIBROMIALGIA (Benett et al. 2013 AltCr)

Inventario de Localización del Dolor (PLI) -28 áreas

Pain Location Inventory (PLI) - 28 areas

Marque, entre las siguientes 28 áreas dónde ha presentado dolor persistente en los últimos 7 días (su puntuación será entre 0 y 28).

<input type="checkbox"/> Zona Cervical	<input type="checkbox"/> Rodilla Derecha	<input type="checkbox"/> Mano Izquierda	<input type="checkbox"/> Brazo Izquierdo
<input type="checkbox"/> Espalda Sup. Izq.	<input type="checkbox"/> Mandíbula Izquierda	<input type="checkbox"/> Tobillo Izquierdo	<input type="checkbox"/> Cadera Izquierda
<input type="checkbox"/> Muñeca Derecha	<input type="checkbox"/> Zona Lumbar Izq.	<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/> Pie Derecho
<input type="checkbox"/> Muslo Izquierdo	<input type="checkbox"/> Mano Derecha	<input type="checkbox"/> Hombro Izquierdo	<input type="checkbox"/> Espalda Sup. Derecha
<input type="checkbox"/> Mandíbula Izq.	<input type="checkbox"/> Rodilla Izquierda	<input type="checkbox"/> Cadera Derecha	<input type="checkbox"/> Brazo Derecho
<input type="checkbox"/> Zona Lumbar Dcha.	<input type="checkbox"/> Espalda Central-Alta	<input type="checkbox"/> Tobillo Izquierdo	<input type="checkbox"/> Muslo Derecho
<input type="checkbox"/> Muñeca Izquierda	<input type="checkbox"/> Hombro Derecho	<input type="checkbox"/> Espalda Central-Baja	<input type="checkbox"/> Pie Izquierdo

Suma Total Áreas PLI= (máximo 28)

Cuestionario de Impacto de Síntomas SIQR
Symptom Impact Questionnaire (SIQR)

Para cada una de las siguientes 10 preguntas, por favor, marque el número que mejor indica la intensidad de su síntoma en los últimos 7 días.

1. Dolor

Sin dolor ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ El peor dolor posible

2. Energía

Mucha energía ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Sin energía

3. Rigidez

Sin rigidez ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Mucha rigidez

4. Sueño

Reparador ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Despertarse agotado

5. Depresión

Sin depresión ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Muy deprimido/a

6. Problemas de memoria

Buena memoria ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Muy mala memoria

7. Ansiedad

Sin ansiedad ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Mucha ansiedad

8. Dolor al tacto

Sin dolor al tacto ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Mucho dolor al tacto

9. Problemas de equilibrio

Sin problemas ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Muy importantes

10. Sensibilidad (Incluye ruidos, luz, olores y frío)

No sensibilidad ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Extrema sensibilidad

Suma el total del grado de cada síntoma (0-10), cuyo resultado máximo es 100, y divide la suma por dos para obtener la puntuación SIQR.

Total SIQR =

- ¿ Los síntomas se han mantenido, por lo menos, tres meses?
- ¿ El valor del PLI es igual o superior a 17?
- ¿ El valor del SIQR es igual o superior a 21?

Anexo 10. Versión española del FSQ (Fibromyalgia Survey Questionnaire)

Appendix 1: Spanish version of the Fibromyalgia Survey Questionnaire

ii Usando la escala que se indica a continuación, indique la gravedad de sus síntomas durante la semana pasada, colocando una X en la casilla correspondiente

0. No ha sido un problema.
 1. Problemas ligeros o leves, presentes ocasionalmente.
 2. Problemas moderados, presentes a menudo.
 3. Problemas severos o graves, presentes continuamente.

Cansancio/fatiga..... 0 1 2 3

Problemas de atención, concentración o memoria: 0 1 2 3

Despertar por la mañana con la sensación de no haber descansado: 0 1 2 3

ii. ¿Ha tenido molestias a causa de alguno de los siguientes síntomas en los últimos 6 meses?

Dolor abdominal o retortijones:..... SI NO

Depresión:..... SI NO

Dolor de cabeza:..... SI NO

iii. Por favor, indique si ha tenido dolor o molestia en los últimos 7 días en cada una de las áreas que se indican a continuación. Marque una X en la casilla correspondiente, asegurándose de que marca el lado del cuerpo (izquierdo o derecho) correspondiente.

<input type="checkbox"/> Hombro izquierdo.	<input type="checkbox"/> Parte superior de la pierna izquierda.	<input type="checkbox"/> Parte superior de la espalda.
<input type="checkbox"/> Hombro derecho.	<input type="checkbox"/> Parte superior de la pierna derecha.	<input type="checkbox"/> Parte inferior de la espalda.
<input type="checkbox"/> Lado izquierdo de la cadera.	<input type="checkbox"/> Parte inferior de la pierna izquierda.	<input type="checkbox"/> Cuello.
<input type="checkbox"/> Lado derecho de la cadera.	<input type="checkbox"/> Parte inferior de la pierna derecha.	<input type="checkbox"/> Sin dolor en todas esas áreas.
<input type="checkbox"/> Parte superior del brazo izquierdo.	<input type="checkbox"/> Lado izquierdo de la mandíbula.	
<input type="checkbox"/> Parte superior del brazo derecho.	<input type="checkbox"/> Lado derecho de la mandíbula.	
<input type="checkbox"/> Parte inferior del brazo izquierdo	<input type="checkbox"/> Pecho.	
<input type="checkbox"/> Parte inferior del brazo derecho.	<input type="checkbox"/> Abdomen.	

iv. En conjunto, ¿los síntomas señalados en los apartados i, ii y iii han estado presentes durante al menos 3 meses? SI NO

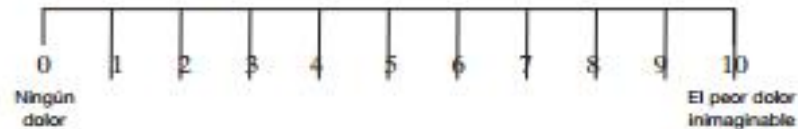
Anexo 11. Índice combinado de afectación de enfermos con fibromialgia (ICAF)

Instrucciones

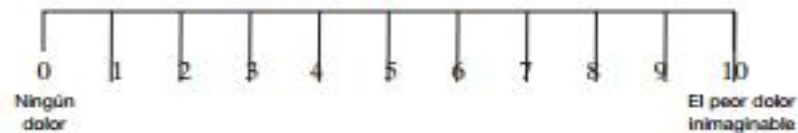
Nos interesa conocer cómo han sido los síntomas de su enfermedad durante la **ÚLTIMA SEMANA**. Por favor, marque una sola respuesta por cada pregunta.

Intensidad del dolor

1. Rodee con un círculo el número que mejor describa la **intensidad mínima** de su dolor en la **ÚLTIMA SEMANA**.



2. Rodee con un círculo el número que mejor describa la **intensidad media** de su dolor en la **ÚLTIMA SEMANA**.



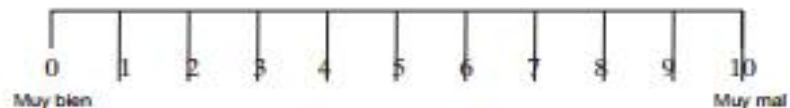
PUNTUACIÓN 1

(ítems 1+2)

Rango 0-20

Calidad del sueño

3. Rodee con un círculo para indicar **cómo ha dormido por las noches** durante la **ÚLTIMA SEMANA**.



PUNTUACIÓN 2

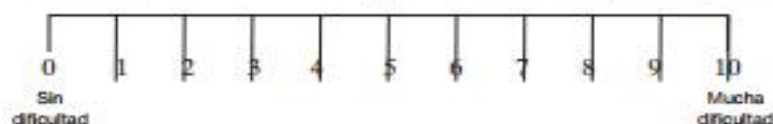
(ítem 3)

Rango 0-10

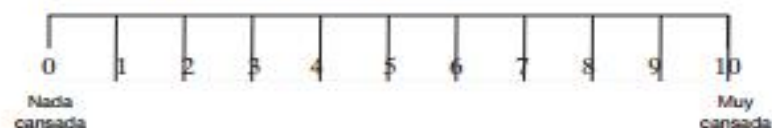
Impacto

Rodee con un círculo el número que mejor indique **cómo se sintió en general** durante la **ÚLTIMA SEMANA**.

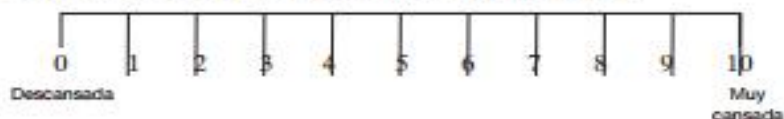
4. En su trabajo habitual, incluido el doméstico, ¿hasta qué punto el dolor y otros síntomas de la Fibromialgia dificultaron su capacidad para trabajar?



5. ¿Cómo se ha encontrado de cansada?



6. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?



PUNTUACIÓN 3
(ítems 4+5+6)
Rango 0-30

Fatiga

Rodee con un círculo para indicar **cómo se ha sentido** durante la **ÚLTIMA SEMANA**.

	Nunca	Pocas veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre
7. Estoy molesta por la fatiga	0	1	2	3	4
8. Me canso enseguida	0	1	2	3	4
9. No hago mucho durante el día	0	1	2	3	4
10. Físicamente me encuentro agotada	0	1	2	3	4
11. Me cuesta ponerme a hacer cosas	0	1	2	3	4

PUNTUACIÓN 4
(ítems 7-11)
Rango 0-20

Capacidad funcional

Rodee con un círculo la respuesta que mejor indique su **capacidad para realizar** las siguientes actividades durante la **ÚLTIMA SEMANA**.

Durante la semana, ¿ha sido usted capaz de ...

	Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de hacerlo
12. Vestirse solo/a, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos	0	1	2	3
13. Lavarse y secarse todo el cuerpo	0	1	2	3
14. Coger un paquete de azúcar de 1 kg de una estantería colocada por encima de su cabeza	0	1	2	3
15. Entrar y salir de un coche	0	1	2	3
16. Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos	0	1	2	3

PUNTUACIÓN 5

(ítems 12-16)

Rango 0-15

Ansiedad y depresión

Marque con una cruz la respuesta que mejor describa **cómo se ha sentido durante la ÚLTIMA SEMANA**.

17. Me siento tensa y ansiosa

- (3) Casi todo el día
(2) Gran parte del día
(1) De vez en cuando
(0) Nunca

18. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre

- (0) Ciertamente, igual que antes
(1) No tanto como antes
(2) Solamente un poco
(3) Ya no disfruto con nada

19. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas

- (0) Igual que siempre
- (1) Actualmente, algo menos
- (2) Actualmente, mucho menos
- (3) Actualmente, en absoluto

20. Tengo la cabeza llena de preocupaciones

- (3) Casi todo el día
- (2) Gran parte del día
- (1) De vez en cuando
- (0) Nunca

21. Espero las cosas con ilusión

- (0) Como siempre
- (1) Algo menos que antes
- (2) Mucho menos que antes
- (3) En absoluto

22. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor

- (3) Muy a menudo
- (2) Con cierta frecuencia
- (1) Raramente
- (0) Nunca

PUNTUACIÓN 6

(ítems 17-22)

Rango 0-18

Salud general

¿Cómo ha estado de salud durante la **ÚLTIMA SEMANA**? Sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado. Ponga una cruz en la casilla correspondiente.

23. **¿Se ha notado constantemente agobiada y en tensión?**
- (0) No, en absoluto
 - (1) No más que lo habitual
 - (2) Bastante más que lo habitual
 - (3) Mucho más que lo habitual
24. **¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorada?**
- (0) No, en absoluto
 - (1) No más que lo habitual
 - (2) Bastante más que lo habitual
 - (3) Mucho más que lo habitual
25. **¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?**
- (0) No, en absoluto
 - (1) No más que lo habitual
 - (2) Bastante más que lo habitual
 - (3) Mucho más que lo habitual
26. **¿Se ha notado nerviosa y “a punto de explotar” constantemente?**
- (0) No, en absoluto
 - (1) No más que lo habitual
 - (2) Bastante más que lo habitual
 - (3) Mucho más que lo habitual
27. **¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?**
- (0) Mejor que lo habitual
 - (1) Igual que lo habitual
 - (2) Peor que lo habitual
 - (3) Mucho peor que lo habitual
28. **¿Se ha sentido satisfecha con su manera de hacer las cosas?**
- (0) Más satisfecha que lo habitual
 - (1) Igual que lo habitual
 - (2) Menos satisfecha que lo habitual
 - (3) Mucho menos satisfecha que lo habitual

29. **¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?**

- (0) Más que lo habitual
- (1) Igual que lo habitual
- (2) Menos que lo habitual
- (3) Mucho menos que lo habitual

30. **¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?**

- (0) No, en absoluto
- (1) No más que lo habitual
- (2) Bastante más que lo habitual
- (3) Mucho más que lo habitual

31. **¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?**

- (0) Claramente, no
- (1) Me parece que no
- (2) Se me ha cruzado por la mente
- (3) Claramente, lo he pensado

32. **¿Ha notado que desea estar muerta y lejos de todo?**

- (0) No, en absoluto
- (1) No más que lo habitual
- (2) Bastante más que lo habitual
- (3) Mucho más que lo habitual

33. **¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?**

- (0) No, en absoluto
- (1) No más que lo habitual
- (2) Se me ha cruzado por la mente
- (3) Claramente lo he pensado

PUNTUACIÓN 7

(ítems 23-33)

Rango 0-33

Estrategias de afrontamiento

Durante la **ÚLTIMA SEMANA**, ¿cuántos días ha utilizado cada uno de los siguientes medios para **intentar reducir el dolor?** (Anótelos con independencia de que en ese momento se encontrara con dolor, con menos dolor, o sin dolor).

		Número de días							
		0	1	2	3	4	5	6	7
34	Pensar en algo agradable o que me distraiga y me ayude a relajarme								
35	Ignorar el dolor								
36	Pedirle a alguien que haga algo por mí								
37	Centrarme en relajar mis músculos								
38	Apoyarme en algo cuando me siento o me levanto								
39	Decirme cosas a mí misma que me hagan sentirme mejor								
40	Conseguir el apoyo de algún familiar								
41	Pensar en las cosas buenas que tengo								
42	Pedir ayuda si tengo que levantar, llevar o empujar algo								
43	Decirme a mí misma que el dolor mejorará								
44	Evitar ponerme peso en los pies o en las piernas								
45	No dejar que el dolor interfiera mis actividades								
46	Caminar menos a causa del dolor								
47	No prestar atención al dolor								
48	Hablar con un familiar o amigo para pedirles ayuda o apoyo								
49	Sigo haciendo lo que estoy haciendo en ese momento								
50	Tumbarme en la cama								
51	Recordarme las cosas buenas que tengo, como buenos amigos, inteligencia, etc.								
52	Estar junto a un familiar								
53	Respirar profunda y lentamente para relajarme								
54	Irme a descansar a una habitación								
55	No dejar que el dolor interfiera en lo que estoy haciendo								

PUNTUACIÓN 8

(ítems fondo blanco)

34 + 35 + 37 + 39 + 41 + 43 + 45 + 47 + 49 + 51 + 53 + 55)

Rango 0-84

PUNTUACIÓN 9

(ítems fondo de color)

36 + 38 + 40 + 42 + 44 + 46 + 48 + 50 + 52 + 54)

Rango 0-70

Autoeficacia

Con las siguientes preguntas nos gustaría saber cómo le afecta o influye la fibromialgia y su opinión sobre su **habilidad para controlarla**.

56. ¿Está usted segura de que puede hacer disminuir su dolor bastante?



57. ¿Está usted segura de que puede evitar que el dolor le dificulte el sueño?



58. ¿Está usted segura de que puede hacer algo para ayudarle a sentirse mejor si se siente triste o deprimida?



59. En comparación con otras personas con Fibromialgia, ¿está usted segura de que puede manejar el dolor mientras realiza sus actividades diarias?



PUNTUACIÓN 10

(ítems 56-59)

Rango 0-40

HOJA DE PUNTUACIONES ICAF

Factor Físico	Factor Afrontamiento activo
Puntuación directa (1+2+3+4+5)	<input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/>
Punt. Z ¹ (directa - 61.7) / 13.43	<input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/>
Punt. T ² (z * 10) + 50	<input style="width: 50px; height: 25px; background-color: #d9ead3;" type="text"/>
Factor Emocional	Factor Afrontamiento pasivo
Puntuación directa (6+7)	Puntuación directa (9)
Punt. Z ¹ (directa - 23.84) / 10.48	Punt. Z ¹ (directa - 37.06) / 14.38
Punt. T ² (z * 10) + 50	Punt. T ² (z * 10) + 50

Para el cálculo del ICAF TOTAL, utilizar las **puntuaciones directas** según la siguiente fórmula:

F. Físico	F. Emocional	F. Afront. Pasivo	F. Afront. Activo	Puntuación directa
*	*	*	*	
0,23	0,53	0,1	0,14	
<input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/>	+	<input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/>	+	<input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/>
		-	<input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/>	=
				<input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/>
Punt. Z ¹ (directa - 21,38) / 9,8	<input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/>	Punt. T ² (z * 10) + 50	<input style="width: 50px; height: 25px; background-color: #d9ead3;" type="text"/>	ICAF

¹ La puntuación Z permite ubicar al paciente con respecto a los valores de referencia del estudio inicial realizado con 301 pacientes de Fibromialgia. En su cálculo se tiene en cuenta la media y la desviación estándar de la muestra del referido estudio.²⁹⁷

² La puntuación T tiene una media de 50 y una desviación estándar de 10.



European Innovation
Partnership on Active
and Healthy Ageing

REFERENCE SITE



INAHTA

Membre fundador



Membre corporatiu

ciberesp

Membre corporatiu