PRESCRIPCIÓN DE OPIOIDES POR PARTE DE MÉDICOS EN BOGOTÁ, COLOMBIA COMO PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

Mariam Housni Gaviria
María Paula León Gómez
David Santiago Libreros Pineda
Valentina Linares Díaz
Mariana Linero López

Universidad El Bosque
Facultad de Medicina
Pregrado en Medicina

Bogotá

2025

PRESCRIPCIÓN DE OPIOIDES POR PARTE DE MÉDICOS EN BOGOTÁ, COLOMBIA COMO PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

Mariam Housni Gaviria
María Paula León Gómez
David Santiago Libreros Pineda
Valentina Linares Díaz
Mariana Linero López

Directora: Dra. Andrea del Pilar Useche Patiño
Asesora metodológica: Irene Catalina Parra García

Trabajo de Grado para Optar por el Título de Médico Cirujano

Universidad El Bosque
Facultad de Medicina
Pregrado en Medicina

Bogotá

2025

La Universidad El Bosque no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia

Agradecimientos

Agradecemos a la Universidad El Bosque, por brindarnos la oportunidad de realizar este trabajo, que es una experiencia enriquecedora para nuestra formación académica, A nuestras tutoras de aula, a la doctora Diana Sánchez, a nuestra asesora metodológica, Irene Parra y a nuestra directora de trabajo, la doctora Andrea Useche. Su experiencia y apoyo constante han sido una fuente de inspiración y han enriquecido significativamente la calidad de este trabajo. Gracias a los participantes de este estudio por su disposición, colaboración y experiencia, que han sido la base sobre la cual se construye este trabajo.

Por último y no menos importante, agradecer a nuestros padres, Cristina Gaviria, Jack Housni, Narda Gómez, Javier León, Gloria Pineda, Jaime Libreros, Liliana Díaz, Enrique Linares, Tatiana López y José Linero. Su paciencia, comprensión y estímulo emocional han sido el sustento durante los momentos desafiantes de este proceso. Agradecemos sinceramente su constante aliento y confianza en nuestras capacidades para llevar a cabo esta investigación y en poder cumplir nuestro tan añorado sueño.

Tabla de contenido

Resumen 9

Abstract 10

Introducción 11

Planteamiento del problema 13

Justificación 17

Objetivos 20

Objetivo general 20

Objetivos específicos 20

Marco teórico 21

Diagnóstico y abordaje fibromialgia 21

Calidad de vida en pacientes con fibromialgia 22

Enfoque multidisciplinario 23

Terapia farmacológica 24

AINES y analgésicos 25

Opioides 26

Uso de opioides según las guías 27

Recomendaciones para el uso de opioides en Colombia 28

Antidepresivos 29

Anticonvulsivantes 30

Otros medicamentos 30

Terapia no farmacológica 31

Antecedentes 35

Tendencia investigativa de atención primaria en fibromialgia 35

Tendencia investigativa del tratamiento hacia la fibromialgia 38

Tendencia investigativa de efectos adversos del uso de opioides en fibromialgia 42

Marco metodológico 44

Paradigma: Interpretativo 44

Enfoque: Investigación cualitativa 45

Método: Estudio de casos 46

Diseño metodológico 48

Participantes 50

Plan de análisis 52

Posibles limitaciones del estudio 56

Consideraciones éticas 57

Resultados 58

Descripción de resultados 58

Desconocimiento de las guías de fibromialgia por parte de los médicos 59

Barreras de acceso a la información 59

Influencia externa hacia el profesional y lugar de trabajo 62

Patología desconocida y de difícil manejo 65

Determinantes para la elección terapéutica en pacientes con fibromialgia 67

Tratamiento adecuado para el paciente 68

Posibilidad de acceso al tratamiento 71

Cumplimiento terapéutico 76

Implicaciones de los efectos adversos en la elección de opioides como tratamiento 80

Tratamiento óptimo 81

Progreso del tratamiento 85

Efectos no deseados 89

Discusión 96

Conclusiones 107

Glosario 112

Referencias 114

Anexos 121

Índice de tablas

Tabla 1.Cuadro comparativo guías de práctica clínica de la sociedad canadiense, italiana, argentina de reumatología y guía de práctica clínica de la liga europea de reumatología 32

Tabla 2. Perfil demográfico y profesional de los entrevistados 51

Tabla 3. Codificación abierta 53

Tabla 4. Codificación abierta 53

Índice de diagramas

Diagrama 1. Codificación axial 54

Diagrama 2. Codificación axial 54

Diagrama 3. Codificación selectiva 55

Diagrama 4. Codificación selectiva 55

Diagrama 5. Codificación selectiva 56

Resumen

La fibromialgia es una patología compleja caracterizada por dolor musculoesquelético generalizado y fatiga persistente. A pesar de la presencia de guías de práctica clínica que desaconsejan el uso de opioides como tratamiento de primera línea para la fibromialgia, se observa una tendencia en la prescripción de estos por parte de médicos de consulta externa y urgencias en la ciudad de Bogotá, Colombia. El objetivo principal es identificar y comprender los factores que impulsan a los médicos a prescribir opioides en pacientes con fibromialgia, a pesar de las recomendaciones establecidas en las guías de práctica clínica.

A nivel metodológico, se desarrolló un enfoque cualitativo, bajo el paradigma interpretativo, haciendo uso de la entrevista a profundidad como técnica de campo. Los datos obtenidos fueron analizados con la teoría fundamentada, teniendo en cuenta la codificación abierta, axial y selectiva. Los resultados evidencian que la prescripción de opioides como tratamiento de primera línea para pacientes con fibromialgia, está influenciada por una compleja interacción de factores. La toma de decisiones terapéuticas revela deficiencias en el conocimiento de las guías sobre fibromialgia entre los profesionales de la salud, lo que plantea desafíos para la implementación efectiva de las recomendaciones de práctica clínica.

Esta investigación destaca la necesidad de promover la divulgación de información sobre la fibromialgia entre los profesionales de la salud y desarrollar guías actualizadas y accesibles. También señala la importancia de limitar la venta y comercialización de opioides para mitigar riesgos de dependencia. En conjunto, estas recomendaciones buscan mejorar el abordaje integral de la fibromialgia.

Palabras claves: Fibromialgia, dolor crónico no oncológico, opioides, guías de práctica clínica, efectos secundarios, adicción y dependencia.

Abstract

Fibromyalgia is a complex condition characterized by widespread musculoskeletal pain and persistent fatigue. Despite of the existence of clinical guidelines that discourage the use of opioids as first line treatment, there is tendency of prescribing them by emergency and outpatient physicians in Bogotá, Colombia. The main objective is to identify and comprehend the factors that drive physicians to prescribe opioids in patients with fibromyalgia, despite established recommendations in clinical guidelines.

Methodologically, a qualitative approach was made under the interpretative paradigm, through in depth interviews. The obtained data was analyzed using grounded theory, considering open, axial, and selective coding. Results showed that prescribing opioids as a first line treatment for patients with fibromyalgia is influenced by a complex interplay of factors. Therapeutic decision making reveals the existence of deficiencies in the knowledge of fibromyalgia guidelines by healthcare professionals, posing challenges for effective implementation of clinical practice recommendations.

This research emphasizes the need to promote information dissemination about fibromyalgia among healthcare professionals and develop updated and accessible guidelines. It also highlights the importance of restricting the marketing and sale of opioids to mitigate dependency risks. Together, these recommendations aim to enhance a comprehensive approach to fibromyalgia.

Keywords: Fibromyalgia, non-oncologic chronic pain, opioids, clinical practice guidelines, side effects, addiction, and dependency.

Introducción

La presente investigación buscó comprender los factores que llevan a los médicos a recetar opioides en fibromialgia, que es la patología a la cual se hace alusión, considerando su formación, criterios personales y las condiciones del paciente. Además, destaca cómo la fibromialgia, al afectar el contexto biopsicosocial de los pacientes, puede influir en la decisión de los profesionales de la salud de prescribir opioides, a menudo pasando por alto otras opciones de tratamiento. La falta de claridad en las guías de práctica clínica y la limitación de opciones farmacológicas en algunos países, específicamente en Colombia, pueden llevar a la prescripción inadecuada de opioides.

La fibromialgia es un trastorno crónico de etiología y patogenia desconocida, sin embargo, se cree que se basa en la disfunción o sensibilización central, en donde existe una alteración de los receptores y desequilibrio en los neurotransmisores, generando hiperalgesia difusa y/o alodinia lo que explica los diferentes síntomas como fatiga, dolor musculoesquelético generalizado e hipersensibilidad. La importancia del abordaje de esta patología surge que al ser un síndrome poco estudiado y de difícil manejo, cuyo componente psicológico y emocional juega un papel fundamental en su desarrollo y evolución. El tratamiento de esta patología debe ser integral y multidisciplinario.

Dentro de las herramientas no farmacológicas se encuentra la terapia cognitivo conductual, manejo por psicología, terapia física, ejercicio regular y técnicas de manejo del estrés. Estas herramientas contribuyen a un mejor control sintomático, mejoran la calidad de vida y con las técnicas de relajación y el manejo del estrés se reduce la tensión física y emocional, aliviando algunos de los síntomas asociados con la fibromialgia. Por otro lado, el manejo farmacológico implica el uso de analgésicos, antidepresivos y anticonvulsivantes.

En algunos casos, los profesionales de la salud optan por prescribir opioides, que son analgésicos potentes para ayudar a aliviar el dolor asociado con la fibromialgia, sin embargo, en algunas guías se

menciona que no deben ser utilizados como primera línea, debido a sus efectos secundarios y riesgo de dependencia. Por lo anterior, es fundamental que el paciente participe activamente en la discusión y elección de las opciones de tratamiento y los posibles riesgos asociados con el uso de opioides por tiempos prolongados. La decisión en el uso de estos analgésicos debe basarse en una evaluación cuidadosa de los riesgos y beneficios, por lo cual es crucial que los pacientes trabajen estrechamente con sus médicos para encontrar un plan de tratamiento individualizado que aborde sus necesidades específicas.

El uso de opioides ha aumentado en los últimos años, lo que ha llevado a una preocupación creciente sobre la epidemia de opioides, especialmente en lo que respecta a la adicción y dependencia. Por esta razón, los profesionales de la salud tienden a ser cautelosos al formular opioides y generalmente los reservan para casos de dolor moderado a severo cuando otras opciones de tratamiento no han sido efectivas. El uso adecuado de los opioides implica una evaluación y seguimiento terapéutico continuo del paciente. Así mismo, es importante resaltar que las diferentes guías de práctica clínica que se encuentran disponibles sobre el abordaje de esta patología varían en sus primeras líneas de manejo y no logran un consenso sobre cuál es el tratamiento más adecuado para estos pacientes, lo que puede causar que el médico deje de lado estrategias no farmacológicas, haciendo uso de algunos fármacos, como los opioides, que no se encuentran recomendados por las guías de práctica clínica y se genere así en los pacientes un incumplimiento de las metas terapéuticas y complicaciones a largo plazo.

Planteamiento del problema

El dolor crónico se define como "dolor que persiste más allá del tiempo normal de curación del tejido, el cual se asume que es de 3 a 6 meses"(1). Este se puede presentar en enfermedades oncológicas y no oncológicas como la fibromialgia, cuya incidencia es del 2% a nivel mundial (2) y en Colombia del 0,72% (3). El uso de opioides suele ser un tratamiento aceptado para el dolor crónico oncológico o terminal, no obstante, también es de uso frecuente en patologías no oncológicas (4).

Los opioides son un grupo de fármacos que tiene como objetivo generar analgesia. Dentro de los opioides se encuentran 2 grandes grupos, los opioides semisintéticos y sintéticos que interactúan mediante su acción agonista en receptores opioides específicos (5). En el caso de la fibromialgia se ha identificado que el efecto analgésico que produce se debe a la creación de endorfinas que bloquean el dolor y además activan los procesos de recompensa del cerebro (6). De acuerdo con la literatura, el uso indiscriminado de opioides se ha visto en aumento en los pacientes con dolor crónico no oncológico, de ahí la importancia de entender los factores de riesgo relacionados con la adicción y el uso inadecuado de estos fármacos (5,6).

Se ha observado una variabilidad en la prescripción de opioides en pacientes con dolor crónico no oncológico que muestra un comportamiento creciente de un 28% en los últimos años. Además, en la revisión realizada por los autores Mathieson S et al, se mostró que en los 42 estudios donde hubo 5.059.098 participantes se prescribieron opioides en un 30,7%, los cuales se clasifican según su potencial analgésico en opioides débiles que se recetaron en un 8,5% (tramadol y codeína) y en opioides fuertes que se recetaron en un 18,4% (morfina, el fentanilo, la buprenorfina y la metadona) (7,8).

Por otro lado, se evidenció que dentro de los factores de riesgo de adicción a opioides se encuentran las enfermedades psiquiátricas previamente diagnosticadas, algunos factores socioeconómicos como el desempleo, fallas y ausencia de la red de apoyo, antecedentes de uso y abuso de sustancias y la utilización

de dosis elevadas en pacientes que consumen por tiempos prolongados para mantener el efecto analgésico (9). De igual forma, se encontró que la prescripción indiscriminada se puede deber a que, en estudios antiguos, el uso de opioides demostró eficacia analgésica en el alivio de dolor crónico no oncológico con una baja dependencia, sin embargo, estos tenían fallas metodológicas que generaba una falsa creencia de la seguridad de su uso (9).

Para el desarrollo de este trabajo, es importante definir la fibromialgia como una condición crónica del sistema nervioso que causa dolor y sensibilidad generalizada. Esta se caracteriza por varios síntomas adicionales que varían en cada paciente como fatiga severa, trastornos de ánimo (depresión y ansiedad), trastornos del sueño y problemas con la memoria (10).

De acuerdo con los reportes de la literatura, existe una mayor prevalencia de fibromialgia en mujeres que en hombres. Si bien hay variabilidad según los tipos de estudio y en sus criterios diagnósticos, se ha mostrado una relación que oscila entre 8:1 hasta 50:1 mujer-hombre (3). De igual manera, esta patología es uno de los motivos de consulta de dolor musculoesquelético generalizado frecuente en mujeres de 20 a 55 años en Estados Unidos, en donde hay una prevalencia mayor en mujeres entre los 40 a los 60 años de edad (3).

Para el tratamiento de la fibromialgia es fundamental tener en cuenta un enfoque no farmacológico y otro farmacológico, la primera estrategia se basa en la educación del paciente para que este tenga la capacidad de reconocer su diagnóstico, comprender que se trata de una enfermedad crónica y entender cuáles son los objetivos del tratamiento, asimismo es importante educar al paciente para que practique actividad física, debido a que esto ayuda en la reducción del dolor musculoesquelético, por último con el fin de apoyar el enfoque educativo se debe realizar una intervención multidisciplinaria en donde se observe la participación de áreas como psicología y fisioterapia (11).

Con el objetivo de reducir el dolor crónico de esta patología, en la revisión de la guía EULAR realizada por la facultad de medicina de la universidad de Aberdeen en el año 2017, se recomienda como primera opción farmacológica el uso de la pregabalina y la duloxetina, los cuales tienen efectos adversos como somnolencia, cefalea, mareos, náuseas, xerostomía y estreñimiento, en esta misma revisión se desaconseja el uso de analgésicos opioides debido al gran riesgo de presentar efectos secundarios como lo son la tolerancia, la resistencia, el abuso, la adicción y la abstinencia, todo esto a consecuencia de su uso prolongado (2,9).

En Colombia los fármacos que más se prescriben por parte de los reumatólogos para la fibromialgia, son acetaminofén seguido del tramadol y por último un antiinflamatorio no esteroideo (AINE), también se emplean fármacos en menor medida como la duloxetina y la pregabalina (12). En caso de utilizar opioides en el tratamiento de la fibromialgia, debido a sus efectos adversos, las guías de práctica clínicas recomiendan para su prescripción, que previo al inicio del tratamiento se realice una historia clínica apropiada que contribuya a evaluar los factores de riesgos de abuso, el uso inadecuado o la adicción. A su vez, los médicos pueden considerar su uso en pacientes con dolor crónico no oncológico moderado a severo, cuando dicho dolor tiene un impacto en la calidad de vida del paciente impidiéndole realizar actividades cotidianas, considerando el costo-beneficio, evaluando el historial de cada paciente y teniendo en cuenta el examen físico, los antecedentes, el impacto sobre la calidad de vida, los factores de riesgo y el adecuado diagnóstico (13).

Asimismo, el mal uso de opioides representa una crisis mundial de salud pública, puesto que existe una gran preocupación respecto al incremento del uso de estos medicamentos, como en el tratamiento de pacientes con fibromialgia. Sin embargo, dependiendo de la variación geográfica, existe un mayor aumento en algunos países de Europa y Norteamérica sobre el uso de estos analgésicos con respecto a

países de Latinoamérica. Existen factores contextuales y estructurales locales, como el uso autorizado y el libre comercio o la difusión entre pares (14).

Teniendo en cuenta que la fibromialgia es una patología de menor prevalencia, en comparación como si lo es la diabetes o la hipertensión arterial, puede haber un desconocimiento por parte de los profesionales de la salud en cuanto al tratamiento y el manejo del dolor en esta enfermedad (15). Por lo anterior, este trabajo pretende resolver la pregunta de investigación ¿Cuáles son los factores influyen en la prescripción de opioides por parte de los profesionales de la salud como tratamiento de primera línea para la fibromialgia, a pesar de que las guías de práctica clínica revisadas no recomiendan su uso como fármacos de primera línea?

Justificación

La fibromialgia es una enfermedad crónica que se ha visto en aumento en los últimos años, a pesar de esto su etiología y patogenia aún son desconocidas, así como su heterogeneidad en cuanto a los síntomas y manifestaciones clínicas, lo cual representa un gran reto para el médico al momento de realizar su diagnóstico y tratamiento oportuno. Esta es una afección que compromete de manera muy importante la calidad de vida de los pacientes y de su entorno familiar, adicionalmente contribuye a desarrollar otras patologías como la depresión y los trastornos del sueño (3,10).

Al ser una patología compleja, su tratamiento no solo debe incluir medidas farmacológicas, sino también otras medidas, como prácticas de actividad física, terapias en conjunto con psicología y una adecuada higiene del sueño (11). Todo esto con el fin de darle un manejo integral a la enfermedad, teniendo en cuenta el gran impacto que se genera en la calidad de vida del paciente. No tener en cuenta el uso de terapias no farmacológicas puede generar un mal manejo de los síntomas como el dolor, llevando al médico a enfocar su tratamiento en analgésicos opioides.

En Colombia, la fibromialgia tiene una prevalencia de 0,72%, afectando más a mujeres mayores de 50 años (3). Dada su baja prevalencia no existen muchos estudios de dicha enfermedad por lo cual no se encuentran guías ni recomendaciones claras sobre el diagnóstico, abordaje y tratamiento en el país. Si bien la FDA aprueba el uso de duloxetina, amitriptilina, ciclobenzaprina, milnacripran y pregabalina, el INVIMA solo tiene aprobada la pregabalina como línea de tratamiento para la fibromialgia, lo cual genera una limitación en las opciones farmacológicas, lo que influye a que se dé una mayor prescripción de analgésicos como los AINE y los opioides (16,17).

Atendiendo a lo anterior, se realizó un estudio centrado en el manejo y el tratamiento de la fibromialgia, que permitió comprender y analizar las problemáticas frente al abordaje de esta patología como el conocimiento y la desinformación. Este punto impacta negativamente el desarrollo de la consulta

médica puesto que el médico no tiene las herramientas necesarias para afrontar la patología y repercute en el bienestar, el entorno y la calidad de vida de los pacientes.

Un punto importante es que, a pesar de ser una enfermedad con una prevalencia en aumento tiene una fisiopatología poco clara, lo que conlleva a difícil manejo, hay mucha información sobre múltiples opciones farmacológicas y no farmacológicas, sin embargo, muchas de estas no están 100% comprobadas y no existe un consenso en el cual se identifique de manera clara cuál es la mejor línea de tratamiento. Adicionalmente muchas de las opciones terapéuticas conllevan un sinfín de efectos secundarios y no está clara su relación riesgo-beneficio. Estos factores influyen fuertemente en la prescripción inadecuada de fármacos riesgosos que en cambio de generar un beneficio al paciente le suman complicaciones a su enfermedad y contribuyen en la generación de resistencia y poca adherencia frente al tratamiento.

Esta investigación giró en torno a la gran preocupación generada por la inadecuada prescripción de opioides en pacientes con fibromialgia, ya que, de acuerdo con los artículos revisados a pesar de la existencia de múltiples guías de práctica clínica, se encontró un alto índice de prescripción de opioides en Colombia (18), posiblemente por el difícil manejo de la patología sumado al dolor crónico y el deterioro funcional del paciente que no mejoran con las primeras líneas de tratamiento descritas. Todos estos factores junto al desconocimiento por parte de los médicos, lleva a la formulación inadecuada y el uso de opioides a pesar de sus contraindicaciones y de los múltiples efectos adversos que generaban en los pacientes, como la adicción debido al aumento de euforia y analgesia que estos producen, la hiperalgesia dado por uso prolongado y su poca evidencia en tratamiento de los síntomas (19).

De igual forma cabe mencionar que la investigación no solo estableció aportes referentes al inadecuado uso y prescripción de opioides en pacientes con fibromialgia, sino que también buscaba reconocer los distintos factores que llevan a los médicos a utilizarlos, como su nivel de formación, los criterios personales, su actualización en el tema, el contexto y las condiciones del paciente y del

profesional para establecer el diagnóstico y prescribir este grupo farmacológico como línea de tratamiento. Así mismo, se analizó cómo la fibromialgia al ser una enfermedad compleja y de gran impacto en el enfoque biopsicosocial de cada paciente, tuvo un impacto en la decisión de los profesionales de la salud a la hora de formular estos fármacos pasando por alto las primeras líneas de tratamiento, sin considerar sus contraindicaciones y aumentando así, el uso inapropiado de opioides y abuso de estos.

Objetivos

Objetivo general

Establecer los factores que llevan a los médicos a prescribir opioides como tratamiento de dolor crónico en pacientes con fibromialgia, a pesar de las recomendaciones de las guías de práctica clínica que argumentan la falta de evidencia de su utilidad en esta patología.

Objetivos específicos

1. Señalar las falencias que existen en el conocimiento sobre las guías para el tratamiento de la fibromialgia que llevan al médico a no seguir las recomendaciones de práctica clínica.
2. Identificar los factores que influyen en la toma de decisiones de los médicos en el tratamiento en pacientes con fibromialgia.
3. Analizar cuál es el impacto de los efectos adversos y/o secundarios sobre la decisión de los médicos para formular opioides como primera línea de tratamiento para la fibromialgia.

Marco teórico

Teniendo en cuenta la temática que se desarrolló a lo largo de esta investigación, se realizó una revisión de la literatura, en la que se encontraron 4 guías de práctica clínica de diferentes países (guía canadiense publicada en el año 2012, argentina en el 2016, italiana 2021 y EULAR de 2016), así mismo se encontraron varias revisiones de estas guías y algunas sugerencias de diferentes autores que fueron de suma importancia para la elaboración de este marco teórico.

Diagnóstico y abordaje fibromialgia

La fibromialgia se define como un trastorno crónico caracterizado por dolor musculoesquelético no inflamatorio persistente y generalizado. Los síntomas concomitantes suelen incluir fatiga, insomnio, rigidez matutina, depresión, ansiedad y problemas cognitivos como olvidos, dificultades de concentración, problemas de memoria y atención, entre otros. Además, la mayoría de los pacientes con fibromialgia suelen mostrar efectos predominantemente negativos, que incluyen neuroticismo, alexitimia y calidad de vida deteriorada relacionada con la salud (20).

Si bien la etiología de esta enfermedad es completamente desconocida, una parte importante que se encuentra implicada es la disfunción o sensibilización central, en donde existe una alteración de los receptores y desequilibrio en los neurotransmisores, generando hiperalgesia difusa y/o alodinia lo que explica los diferentes síntomas de este síndrome (21).

Según el American College of Rheumatology para el diagnóstico de la fibromialgia se debe hacer us de dos escalas, la cuales son, el Índice de Dolor Generalizado y la Escala de Gravedad de los Síntomas, la primera comprende una serie de áreas dolorosas que se ven más comprometidas en la fibromialgia y la segunda evalúa la severidad de la fatiga según diversos factores como despertarse sin energía o si ha presentado algunos síntomas cognitivos, estos criterios permiten una evaluación más integral de la severidad de esta patología (20).

Todas las guías coincidieron en que es una enfermedad de difícil abordaje por diversos factores, la sintomatología se vuelve un reto, pues si bien se reconocen algunos síntomas prevalentes, hay diversos síntomas somáticos que experimenta cada paciente de manera diferente, sumando a esto, la falta de pruebas específicas para su confirmación, la diversidad de opciones terapéuticas (22), el desconocimiento de su etiología y fisiopatología fueron factores que dificultan su diagnóstico y tratamiento (23). Las pruebas de laboratorio e imágenes fueron útiles para identificar los diagnósticos diferenciales, entre los cuales están el síndrome de fatiga crónica, la osteoartritis, el lupus eritematoso sistémico, el hipotiroidismo, entre otros (24).

Calidad de vida en pacientes con fibromialgia

Teniendo en cuenta los diferentes síntomas y la complejidad de su diagnóstico y manejo, esta enfermedad repercute de manera importante en la cotidianidad de la persona que la padece, se evidenció que cerca del 10,3% de los pacientes requieren de una incapacidad médica y aproximadamente el 7,8% obtienen una pensión por invalidez causando el cese temporal o permanente de sus actividades laborales, lo cual generó un impacto negativo en su calidad de vida (3). Para la medición de esta en pacientes con fibromialgia se realizó la aplicación de diversas escalas como la Medical Outcome Study Short Form (MOSSF-36), Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) y World Health Organization Quality of Life, versión breve (WHOQOL-BREF) (25,26).

La MOSSF-36 es una herramienta genérica que evalúa mediante sus 2 componentes (físico y mental) la percepción de los individuos con respecto a la enfermedad. El FIQ es un instrumento específico para fibromialgia que permite medir la calidad de vida respecto al estado de salud de los pacientes. En un metaanálisis realizado por Hernández A. Cardona J, desarrollado con 3,320 pacientes a los cuales se les aplicaron ambas escalas, se evidenció que la fibromialgia afecta dominios generales del MOSSF-36 y dominios específicos del FIQ, siendo el componente físico el más afectado, esto implica que si bien las

limitaciones psicológicas y mentales constituyen un grave problema en el curso de esta enfermedad, las limitaciones físicas son las de mayor gravedad siendo el factor determinante para la disminución de la calidad de vida de estos pacientes (25).

Así mismo, Cardona-Arias, et al., en 2014 (26), realizó la aplicación de 3 escalas para medir la calidad de vida de 100 pacientes con fibromialgia, dos escalas son las mencionadas anteriormente y se hace uso de una tercera escala la cual es WHOQOL-BREF, esta evalúa la calidad de vida en cuatro diferentes aspectos que son salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. A partir del empleo de estas escalas se evidenciaron varios factores protectores entre los cuales se encuentran una buena red de apoyo, la escolaridad del paciente, la realización de ejercicio, tener adecuados ingresos económicos y si cuenta con acceso a servicios de salud, sin embargo, este estudio demostró un impacto negativo en aspectos como el desempeño físico, la actividad laboral, la vitalidad y la salud mental, esto último pone en evidencia las bases para enfocar el tratamiento y la necesidad de un manejo multidisciplinario (26).

Enfoque multidisciplinario

El manejo multidisciplinario es indispensable entendiendo que la enfermedad no tiene cura y que las opciones de tratamiento con evidencia científica que pueden cubrir los síntomas en su totalidad no son del todo claras (2). Los pacientes deben ser analizados individualmente teniendo en cuenta la gravedad y las consecuencias de los síntomas de cada uno e incluso es necesario descartar la posible influencia de enfermedad psiquiátrica (27). Cuando se sospecha que un paciente presenta fibromialgia, la guía de la sociedad italiana propone que se evalúe el dolor del paciente, su funcionalidad y su contexto psicosocial, para así dar manejo interdisciplinario donde participen especialistas del sueño, nutricionistas, fisiatras e incluso psicólogos, todo esto con el fin de brindar un tratamiento enfocado y personalizado a cada paciente, priorizando la calidad de vida (23).

Al inicio del tratamiento se deben plantear objetivos claros y de entendimiento para el paciente, sumado a una vigilancia estrecha y seguimiento regular de los síntomas por parte de un especialista (reumatólogo) (23), estos objetivos se deben ir replanteando a medida que el tratamiento avanza según los logros adquiridos. Es importante tener en cuenta que el éxito del tratamiento se basa en la adherencia y continuidad del mismo, por lo cual el médico debe conocer las características propias del paciente (la edad o la red de apoyo con la que cuente, así como reconocer el afrontamiento y la introspección de la enfermedad) (24). De igual forma, el enfoque multidisciplinar se basa en 2 grupos principales: las medidas no farmacológicas y las medidas farmacológicas (22).

Terapia farmacológica

Un punto fundamental en el manejo de la enfermedad es la terapia farmacológica, esta se centra en reducir los síntomas característicos como el dolor generalizado, la disfunción cognitiva, la fatiga y el insomnio, está estrategia tiene en cuenta diferentes grupos farmacológicos como los analgésicos, los opioides, los AINES, los antidepresivos, los anticonvulsivantes, entre otros (24,28). Es indispensable un uso racional de fármacos destinados a mejorar la sintomatología, teniendo en cuenta los efectos adversos y evitando la polifarmacia, iniciando el tratamiento con dosis bajas e ir aumentando la dosis de manera gradual conforme a la progresión de los síntomas y la tolerancia a los medicamentos (22).

Como se ha mencionado anteriormente la fibromialgia es un síndrome de dolor crónico generalizado, cuya etiopatogenia involucra mecanismos complejos, principalmente relacionados con la disfunción en la modulación central del dolor. El tipo de dolor predominante en esta entidad clínica es el dolor nociplástico, definido como aquel que surge de una alteración en el procesamiento nociceptivo sin evidencia de daño tisular o lesión somática detectable (29). Este dolor se caracteriza por fenómeno de alodinia e hiperalgesia generalizadas, producto de la sensibilización central, donde las neuronas del asta dorsal de la médula espinal y estructuras supra segmentarias presentan una hiperexcitabilidad persistente.

Como resultado, estímulos habitualmente inocuos pueden percibirse como dolorosos, y los estímulos dolorosos pueden producir respuestas exageradas (30).

Adicionalmente, algunos pacientes con fibromialgia pueden presentar componentes de dolor neuropático, a pesar de no existir una lesión estructural evidente en el sistema nervioso periférico o central. Este tipo de dolor se manifiesta con síntomas como disestesias, parestesias, sensaciones urentes y descargas eléctricas, atribuibles a una alteración en la señalización aferente y en los mecanismos inhibitorios descendentes (31).

AINES y analgésicos

En la escalera analgésica del dolor de la OMS, los analgésicos y los AINEs son el primer escalón para el manejo del dolor de tipo nociceptivo (32), sin embargo, no se consideran una opción clara para el tratamiento de esta patología, por la falta de estudios y de evidencia. La coexistencia de los 2 tipos de dolor características de la fibromialgia (dolor nociplástico y neuropático) refleja la complejidad fisiopatológica de la fibromialgia y resalta la importancia de una evaluación multidimensional del paciente, que permita orientar estrategias terapéuticas individualizadas basadas en el fenotipo doloroso predominante (33).

El acetaminofén es un analgésico cuyo mecanismo de acción no es del todo claro, actualmente se conoce que actúa inhibiendo las ciclooxigenasas, bloqueando la liberación de prostaglandinas en el sistema nervioso central y tiene implicaciones en el sistema endocannabinoide y las vías serotoninérgicas (34), además cumple un efecto antipirético al actuar sobre el centro termorregulador del hipotálamo que induce vasodilatación periférica y da lugar a un incremento del flujo sanguíneo en la piel, sudoración y por tanto pérdida de calor (35). Por su parte los AINEs o antiinflamatorios no esteroideos actúan a nivel tanto periférico como central. A nivel del sistema nervioso periférico inhiben la actividad de las enzimas ciclooxigenasa 1 y 2, conduciendo a una disminución en la síntesis de prostaglandinas y a nivel central

actúan aumentando los niveles de serotonina (36). En la fibromialgia no hay evidencia clara de la existencia de un proceso inflamatorio, ni de componente nociceptivo que explique el dolor, por lo que el empleo de AINEs podría no ser un tratamiento eficaz (37). A pesar de esto, algunas guías de práctica clínica sugieren su uso (23,24).

Teniendo en cuenta lo anterior la guía canadiense no indica el uso de analgésicos como el acetaminofén ni los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), por la falta de evidencia de su efectividad, sin embargo, si se indica el uso de acetaminofén junto con tramadol (22). La combinación de tramadol y paracetamol está ampliamente revisada y se asocia a una buena eficacia en el manejo del dolor y el control de otros síntomas (38,39). Esta combinación es efectiva y recomendada ya que mejora el dolor, la calidad de vida y reduce la discapacidad, asimismo presenta un buen perfil de seguridad, lo cual es ideal para el uso en dolor crónico no oncológico (24). A pesar de lo mencionado anteriormente, el acetaminofén está indicado por la guía italiana, en casos de que tratamientos no farmacológicos fallen (23).

Opioides

Los opioides son agentes muy utilizados para el manejo analgésico agudo y crónico, actúan mediante el sistema opioide por medio de la comunicación y coordinación de péptidos opioides endógenos (encefalina, β-endorfina, prodinorfina y nociceptina/orfanina FQ) y sus receptores en el sistema nervioso central y periférico, específicamente sobre el receptor tipo 1, modulando diversas funciones sensoriales, emocionales, motivacionales y cognitivas, así como las conductas adictivas (40,41).

Los ligandos opioides pueden ser de origen endógeno y exógeno. Los endógenos se encuentran en el sistema nervioso central, sistema nervioso periférico y sistema gastrointestinal (40), de acuerdo a sus precursores (proencefalina, prodinorfina, proopiomelanocortina y prepronociceptina) tendrán afinidad por ciertos receptores. Los ligandos exógenos provienen de la planta de amapola como la morfina, el

opio y la codeína los cuales derivan los sintéticos y semisintéticos como la buprenorfina, el dextropropoxifeno, la hidromorfona, la oxicodona, la petidina, el fentanilo, la metadona, el tapentadol y el tramadol (40).

Una parte fundamental del sistema son los receptores opioides acoplados a proteína G transmembrana, los cuales se subdividen en μ, δ y κ, si bien todos los receptores actúan en la analgesia, el más relevante en este proceso es el receptor μ, sin embargo, este es responsable de los diferentes efectos adversos que tienen estos fármacos como lo son la tolerancia, adicción y dependencia, estos son causados por la activación de la recompensa hedónica por parte de estos receptores, la cual se relaciona con el bienestar y el placer. Debido a los efectos adversos se han buscado nuevas dianas terapéuticas con los otros dos receptores δ y κ, pero a pesar de ello estos no cuentan con la misma eficiencia en la modulación del dolor que los receptores μ (40).

Uso de opioides según las guías

Según la guía italiana y argentina para el tratamiento farmacológico el uso de opioides débiles como tramadol está indicado como terapia de segunda línea y se recomienda un seguimiento continuo por parte del profesional de salud, debido a los posibles efectos adversos y en caso de no presentar mejoría, lo ideal es descontinuar su uso (23,24). En contraparte, la guía canadiense no indica el uso de opioides puesto que el tramadol ofrece analgesia a corto plazo y falta evidencia con respecto a su uso, sin embargo el 30% de los pacientes con fibromialgia usan opioides y aseguran mejoría en su sintomatología, por lo cual en caso de que se inicie el tratamiento con estos, se sugieren las mismas indicaciones de las guías mencionadas anteriormente, se debe iniciar con opioides débiles como la codeína, el tramadol, el tapentadol y la metadona, ya que son agentes analgésicos con múltiples efectos que pueden usarse como segunda línea después del acetaminofén y antes de opioides más fuertes (22).

Un aspecto importante a tener en cuenta en la prescripción de opiáceos son los efectos adversos, que pueden llegar a interrumpir la cotidianidad del paciente como estreñimiento, náuseas y somnolencia, además se evidenció que a largo plazo el uso excesivo puede provocar tolerancia y hepatotoxicidad (24). Adicionalmente se pueden relacionar con efectos psicosociales negativos como trastorno psiquiátrico inestable, abuso de sustancias, desempleo y pagos por discapacidad (22).

Recomendaciones para el uso de opioides en Colombia

En la guía de práctica clínica para el tratamiento con opioides del dolor crónico no oncológico en población adulta y pediátrica en Colombia, publicada en 2022 por el Ministerio de salud y Protección Social, se hacen recomendaciones generales sobre el uso de opioides, entre las cuales se resalta la importancia del uso de herramientas no farmacológicas y optimizar el tratamiento analgésico multimodal antes de iniciar con la prescripción de estos. Una vez se considera iniciar terapia con opioides se debe tener en cuenta el riesgo beneficio, los antecedentes del paciente incluyendo el abuso a sustancias y se sugiere hacer una prueba terapéutica corta de respuesta a opioides débiles. Así mismo, esta guía menciona que una vez iniciado el tratamiento con opioides es importante un manejo multidisciplinario y continuar con otros agentes terapéuticos y manejo no farmacológico. Sin embargo, en los pacientes en los cuales el tratamiento no haya presentado efectividad se recomienda realizar una rotación de opioides, evaluar la adherencia al tratamiento o valorar el caso del paciente por un equipo interdisciplinario (42).

Si bien la guía de práctica clínica coincidió con algunas de las recomendaciones dadas en las guías anteriormente mencionadas, sus recomendaciones son generales y no centran su atención en otras líneas terapéuticas, sino en una adecuada prescripción de opioides, así como el momento en que se debe iniciar su uso, la dosis efectiva, la dosis máxima y el empleo de herramientas para definir el riesgo de eventos adversos. Sin embargo, no tiene en cuenta ninguna indicación directa y no hace énfasis frente a enfermedades específicas y complejas como la patología trabajada en este estudio.

Antidepresivos

Todas las guías de práctica clínica coinciden en el uso de antidepresivos como una excelente opción terapéutica. Se recomiendan varias opciones como los inhibidores de la recaptación de serotonina (fluoxetina y paroxetina), inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (duloxetina y milnacipran) o antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) (2,22–24). Estos fármacos poseen varias características que resultan muy útiles en el tratamiento de la fibromialgia, entre las cuales no solo se encuentra una gran capacidad analgésica propia, sino que también mejora otras manifestaciones clínicas como las alteraciones del sueño, la capacidad funcional, las alteraciones en el estado del ánimo y trastornos de ansiedad (24,37). El antidepresivos tricíclico más utilizado es la amitriptilina, este medicamento cuenta con estudios donde se demostró un resultado beneficioso en el manejo del dolor, la fatiga y el patrón del sueño desde la semana 8 después de empezar el tratamiento con dosis de 25 mg/día, sin cambios evidentes al aumentar la dosis a 50 mg/ día (2). Adicionalmente es un fármaco de bajo costo y con alta evidencia de mejoría en la calidad de vida de los pacientes, su dosis inicial puede ser de 10 a 25 mg al día (24).

Los antidepresivos tricíclicos y duales son utilizados en pacientes con fibromialgia, debido a que su efecto analgésico se debe principalmente a su acción inhibitoria en la recaptación de serotonina y norepinefrina a nivel central, lo cual inhibe a través de una vía descendente la transmisión de señales de dolor en la médula espinal (43). La inhibición de la recaptación de noradrenalina potencia los efectos analgésicos a través de los receptores adrenérgicos alfa 2 en el asta dorsal de la médula, lo que genera hiperpolarización de las membranas celulares y disminuye la excitabilidad (44). Adicionalmente se ha visto que actúan en el bloqueo postsináptico de los canales de sodio, receptores de histaminérgicos, colinérgicos y NMDA (45). Los inhibidores de la recaptación de serotonina no han mostrado suficiente evidencia para reducir el dolor o la fatiga, por lo cual su uso es incierto y no suele ser recomendado (24).

Sin embargo, la sociedad italiana de reumatología si incluyen a este grupo de medicamentos dentro de sus recomendaciones (23).

Anticonvulsivantes

Otra opción farmacológica son los anticonvulsivantes con efecto modulador del dolor, el más estudiado y que mayor eficacia ha demostrado es la pregabalina (22). En estudios realizados la pregabalina mostró una reducción de aproximadamente 30% del dolor, hubo una mínima mejoría en los factores del patrón del sueño y de la fatiga; con dosis de 300-600 mg/día por 8-14 semanas (2). Se recomienda que la dosis de inicio sea la más baja posible e irla aumentando progresivamente, haciendo seguimiento de los posibles efectos secundarios como mareos, somnolencia, abuso, dependencia, efectos depresores del sistema nervioso central, entre otros (23,28). La gabapentina también demostró eficacia en la modulación de la intensidad del dolor, las alteraciones del sueño y la fatiga, sin embargo, esta presentó con más frecuencia efectos adversos que la pregabalina, como mareos, náuseas y aumento en el peso (24).

Otros medicamentos

Entre otros fármacos mencionados por las guías de práctica clínica se encuentran ansiolíticos, antipsicóticos, corticoides, relajantes musculares y antiparkinsonianos. Si bien no suelen ser la primera opción pueden requerirse en pacientes que presenten ciertas comorbilidades (24). Algunos agentes farmacológicos nuevos que podrían eventualmente funcionar para el manejo de los síntomas son los agentes dopaminérgicos, el oxibato de sodio, los antagonistas de los receptores de 5-hidroxitriptamina 3 y los antagonistas de los receptores de N-metil D-aspartato (NMDA), sin embargo, por la falta de evidencia sobre su uso en fibromialgia aún no se recomiendan (22).

Terapia no farmacológica

En la fibromialgia uno de los pilares de tratamiento son las medidas no farmacológicas incluso con una mayor importancia frente al manejo farmacológico, la participación activa del paciente en su enfermedad debe ser una parte fundamental del enfoque terapéutico de la fibromialgia, así mismo para el paciente es importante mantener una buena salud mental, debido a que esta impacta de manera significativa en los síntomas físicos que este refiera (23). Estas medidas demostraron una gran mejoría en la calidad de vida y van destinadas a motivar al paciente a llevar una vida lo más normal posible e incrementar las medidas propias para mejorar su estado físico y mental (22). Entre las estrategias más utilizadas se encontraron la educación al paciente, la terapia cognitivo-conductual, ejercicio, higiene del sueño (46), terapia psicológica e incluso se pueden incluir terapias adicionales como la medicina integrativa (22).

El primer paso para el manejo de la fibromialgia debe ser la educación a los pacientes desde el momento del diagnóstico, es importante explicar al paciente de forma detallada su enfermedad y hacerlo partícipe de esta (46), existe evidencia que el conocimiento de la enfermedad reduce significativamente los niveles de ansiedad y depresión, las cuales fueron una barrera importante en el manejo de la enfermedad (24). A su vez la terapia psicológica es importante, debido a las múltiples afectaciones psicológicas que conlleva esta enfermedad y está demostrado que son una barrera para el manejo (22). Una vez el paciente llega a la consulta psicológica es necesario establecer una relación de confianza, debido a que muchos de los pacientes anteriormente han sido cuestionados con respecto a sus síntomas o la veracidad de su dolor (46). La terapia cognitivo-conductual busca minimizar los pensamientos negativos y la magnitud de la sintomatología y reemplazarlos por pensamientos realistas, lo cual mejora la adherencia al tratamiento farmacológico, la sintomatología y el aislamiento social (24).

El ejercicio está fuertemente recomendado por las guías de práctica clínica (2), puesto que este mejora la depresión, el estado general y la salud física de los pacientes, esto es de suma importancia dado a que uno de los síntomas principales que más afecta a las personas con fibromialgia es la fatiga. La actividad física se recomienda siempre y cuando sea ajustado de manera progresiva de acuerdo a las necesidades propias de cada paciente, siempre teniendo en cuenta los riesgos y beneficios de este (24). Está comprobado que los pacientes con fibromialgia pueden realizar con seguridad ejercicios de resistencia moderada, debido a que estos mejoran la función multidimensional, el dolor, la sensibilidad y la fuerza muscular (47).

Después de haber realizado la revisión de las diferentes guías de práctica clínica y artículos se puede concluir que todas las guías hacen la recomendación de realizar un abordaje multidisciplinario priorizando el tratamiento no farmacológico, el cual incluye la educación al paciente, la realización de actividad física y seguimiento con psicoterapias. Adicionalmente recomendaron el uso de farmacoterapia empezando con la primera línea en la cual están los antidepresivos, los anticonvulsivantes y los analgésicos. Los opioides por su parte se recomendaron como segunda línea en caso de que el dolor sea de moderado a severo y persista a pesar del manejo inicial con fármacos como el acetaminofén, amitriptilina o pregabalina, sin embargo, es importante solo hacer uso de opioides débiles ya que no se cuenta con la suficiente evidencia para los opioides fuertes. Asimismo, el profesional tratante debe hacer un estricto seguimiento de los pacientes que requieren el uso de opioides, debido a que como se evidenció en las guías este tipo de fármacos suelen tener diversos efectos secundarios que empeoran la calidad de vida del paciente (2,22–24).

Tabla 1.Cuadro comparativo guías de práctica clínica de la sociedad canadiense, italiana, argentina de reumatología y guía de práctica clínica de la liga europea de reumatología

	Recomendaciones

Guías de práctica clínica y año de publicación	Manejo multidisciplinar	Farmacológico	No farmacológico
Guías argentinas de práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia **2016**	• Su tratamiento inicial se basa en estrategias no farmacológicas como la educación que se brinde al paciente por parte del médico y la actividad física que realice el paciente. • Un manejo multidisciplinar debe incluir tratamiento farmacológico, psicoterapia, ejercicio y educación.	• Para el tratamiento farmacológico se hace énfasis en los antidepresivos y anticonvulsivantes, seguidos de los fármacos analgésicos, entre estos el acetaminofén, los cuales hacen parte de la primera línea farmacológica. • Como segunda línea se recomienda el uso de tramadol en conjunto con el acetaminofén en caso de que exista un fallo terapéutico en la primera línea. • La guía aclara que el uso de opioides como la oxicodona debe evitarse en la práctica clínica, debido al desconocimiento de su eficiencia y a los posibles efectos adversos que se pueden presentar.	• El manejo fundamental de la fibromialgia consiste en brindar información y educación inicial al paciente para que este tenga la capacidad de tomar decisiones en conjunto con el médico. • Hace la recomendación de estrategias como terapia cognitivo-conductual, ejercicio e hidroterapia. • La guía menciona también medicina complementaria como la acupuntura, meditación, hipnosis, homeopatía y nutrición, sin embargo, la evidencia es escasa para fibromialgia y se prefiere otras estrategias como la terapia psicológica y la farmacoterapia.
Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome. **2012**	• La guía enfatiza en la importancia de la utilización de medidas no farmacológicas acompañadas por medidas farmacológicas, donde exista una participación activa del paciente. • La terapia multidisciplinaria incluye manejo con un psicólogo y un fisioterapeuta. • Se debe promover y alentar la autosuficiencia por parte del paciente y asegurar una buena red de apoyo.	• Se recomienda el uso de acetaminofén por encima de los AINES teniendo en cuenta la dosificación y los eventos adversos. • Con respecto al uso de opioides, no se recomienda su uso dado que no existe suficiente evidencia y el alivio parece ser a corto plazo, además de sus efectos negativos a nivel psicosocial como la adicción. • La única recomendación dada por la guía para el uso de opioides es el uso de tramadol en casos de dolor moderado-severo que no responden a otros tratamientos.	• Propone estrategias como la educación del paciente sobre su enfermedad, actividad física y terapia cognitiva-conductual. • Si bien hay poca evidencia en tratamientos como la acupuntura, homeopatía, meditación e hidroterapia, la guía recomienda a los profesionales de la salud informar sobre la existencia de estas terapias, su eficacia y riesgos que pueden influir en su patología.

		• Se aprueba el uso de otras medidas farmacológicas como los antidepresivos y los anticonvulsivantes, como la duloxetina y la pregabalina.	
The Italian Society for Rheumatology clinical practice guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia Best practices based on current scientific evidence. **2021**	• La guía hace como recomendación inicial realizar un manejo multidisciplinar enfocado en el tratamiento no farmacológico seguido de estrategias farmacológicas. • Es importante contar con el acompañamiento por parte de psicología, psiquiatría y fisioterapia.	• Como primera línea farmacológica se indica el acetaminofén junto con la pregabalina. • La guía recomienda el uso de opioides débiles como el tramadol como segunda línea de tratamiento farmacológico y el paciente presente dolor moderado a severo. • También se indican anticonvulsivantes y antidepresivos, para estos últimos se recomienda el seguimiento con un psiquiatra.	• Se recomienda la realización de actividad física de manera constante, el yoga, acupuntura e hidroterapia. • El objetivo que plantea la guía para el manejo de la fibromialgia es lograr que el paciente no haga uso de farmacoterapia y solo requiera de estrategias no farmacológicas.
The original European League Against Rheumatism recommendations for managing fibromyalgia. **2016**	• Es importante reconocer que es una patología crónica donde los diferentes tratamientos, ya sean farmacológicos y no farmacológicos, cuentan con poca evidencia científica y su eficiencia varía en cada paciente, debido a esto es fundamental realizar un abordaje integral y multidisciplinario.	• La primera línea de manejo farmacológico que se indica son la amitriptilina y la pregabalina. • Adicionalmente se recomienda el uso de fármacos como la ciclobenzaprina, la hormona de crecimiento, AINES, la duloxetina, y milnacipran. • Una recomendación específica sobre el tramadol y los corticoides es evitar su prescripción, debido a que no cuentan con la suficiente evidencia y tienen diversos efectos adversos como la adicción.	• El Tratamiento no farmacológico se basa en terapias físicas, actividades físicas, masajes y terapias conductuales.

Fuente: Elaboración propia a partir de las guías de práctica clínica de la sociedad canadiense, italiana, argentina de reumatología y guía de práctica clínica de la liga europea de reumatología

Antecedentes

Para la construcción del estado del arte, se consideraron como categorías que representan el objeto de estudio de la presente investigación, la tendencia investigativa de atención primaria, tratamiento y efectos adversos. Después de la revisión de la literatura en las bases de datos Embase, Scopus, PubMed, Clinicalkey, Access Medicine y por medio de palabras clave como "fibromialgia", "opioides", "guías fibromialgia", "abuso de opioides", "tratamiento fibromialgia", se encontraron 47 artículos entre revisiones de la literatura, estudios de caso, transversales, descriptivos, longitudinales, retrospectivos y repositorios de la Universidad El Rosario y tesis de posgrado la Universidad Nacional de Colombia.

Tendencia investigativa de atención primaria en fibromialgia

Una de las tendencias que se encontró durante la búsqueda de la literatura consiste en la atención primaria de la fibromialgia, esta es de suma importancia debido a que no se conoce del todo a esta enfermedad crónica, por lo cual hacer un adecuado abordaje inicial lleva a mejores desenlaces (3). Este primer paso se debe basar en un adecuado diagnóstico y caracterización de la población, junto con unas efectivas medidas preventivas y la realización de un manejo multidisciplinario con el fin de dar calidad de vida al paciente por medio de un tratamiento eficaz y seguro (17).

La fibromialgia es una afección crónica caracterizada por dolor corporal generalizado, fatiga, trastornos del sueño, deterioro cognitivo y ansiedad de etiología desconocida y sus posibles causas incluyen factores genéticos, neurológicos, psicológicos, del sueño e inmunológicos, sin embargo, en el artículo Update on Treatment Guideline in Fibromyalgia Syndrome with Focus on Pharmacology, 2017, se menciona que se han identificado factores contribuyentes a la fibromialgia como anomalías en el procesamiento del dolor en varios niveles (periférico y central), alteración del sueño, desregulación del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal y anomalías del sistema nervioso autónomo (48). El primer criterio

clínico para el diagnóstico fue establecido en 1990 por el Colegio Americano de Reumatólogos, que se basó en dolor corporal generalizado durante al menos tres meses, más la sensibilidad en al menos 11 de los 18 puntos sensibles (3).

Los autores Arce y Guevara, 2020, caracterizaron a la población que padece de fibromialgia, mostraron que quienes más presentan esta enfermedad son las mujeres con una edad promedio de 58 años (3). En este estudio se pone en evidencia que más de la mitad de los pacientes identificados con fibromialgia refieren un dolor de intensidad moderada, lo que se puede desencadenar en una incapacidad médica, alejando al paciente de sus labores ocupacionales desde tiempos menores a un mes o incluso hasta obtener una pensión por invalidez (17). Por otra parte, se caracteriza el manejo que se le dio a esta población estudio, en la cual existe una alta prevalencia de uso de analgésicos opioides, de los cuales los más utilizados son los opioides combinados con acetaminofén, seguido del uso de solo opioides débiles y por último el uso de monoterapia con opioides fuertes (3).

En cuanto a la fisiopatología, Schmidt-Wilcke y Diers, 2017, Ji-Hyoun, Sung-Eun Choi, Dong-Jin Park y Shin-Seok Lee, 2022 y Massimo, 2020, abordaron la existencia de diferentes mecanismos para describir la patogénesis de la fibromialgia, sin embargo, al no existir un consenso en lo que ocurre específicamente en esta patología, definir qué farmacoterapia es más útil se torna complicado (49–51). Así mismo, de acuerdo con Arnold, et al., y Buitrago-Ramírez, et al., el uso de un medicamento único como manejo principal por estas múltiples explicaciones fisiopatológicas debería ser cuestionado (52,53). Los autores proponen el uso de terapia combinada para mejorar la intensidad del dolor y los síntomas concomitantes que presente el paciente, sin embargo, en estos se sugiere un manejo multidisciplinario centrado en el paciente que permita que la fibromialgia sea manejada con éxito en el ámbito de la atención primaria (49–53).

A su vez, Higgs, en 2018, corroboró que el origen de esta enfermedad es multifactorial y que posterior a un correcto diagnóstico clínico, el manejo debería tener un componente farmacológico junto con otras terapias no farmacológicas, como los son el ejercicio o la higiene del sueño, que favorecen a llevar un estilo de vida satisfactorio (46). De igual forma, Fernández-Ávila, et al., en 2020, describieron que el acompañamiento por parte de médicos especialistas en medicina física y rehabilitación mejora su tratamiento (12).

Adicionalmente en 2015 González-González, et al., afirmaron que la fibromialgia es una enfermedad altamente prevalente e incapacitante, demostrando que el manejo multidisciplinario desde la sospecha, pasando por el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del mismo crean mejor calidad de vida (54). Y en 2019 García-Rodríguez, afirmó la alta complejidad de esta patología por su difícil diagnóstico y posterior abordaje del tratamiento, sin embargo, mencionó que la realización de ejercicio físico, psicoterapia, acupuntura, homeopatía y una adecuada educación al paciente sobre su enfermedad, permiten una mejora en los síntomas y por ende en su calidad de vida (55).

También los autores Acuña et al., en 2016 establecieron que el conocimiento de los médicos en atención primaria es inadecuado tanto para el diagnóstico, como para el tratamiento (15). El desconocimiento de criterios diagnósticos, el corto tiempo con el que se cuenta en la consulta externa, y la falta de una guía unificada con un adecuado abordaje farmacológico, son variables que los profesionales mencionan preocuparles a la hora de atender pacientes con fibromialgia (49–51). Sin embargo, algo importante a resaltar es que aproximadamente el 70% de los médicos que participaron conocían que la fibromialgia sí debe tener un manejo multidisciplinar (15).

Tendencia investigativa del tratamiento hacia la fibromialgia

De acuerdo al tema de investigación para el tratamiento de la fibromialgia se encontraron distintas guías de manejo, sin embargo, se evidenció el no seguimiento de estas, como se ve reflejado en los distintos artículos. Sumado a esto se encuentra una amplia discusión frente al uso de opioides, AINES e incluso Cannabis.

Carville, et al., en sus recomendaciones basadas en la evidencia para el manejo de la fibromialgia en 2017, argumentaron que la probable causa que conduce a todas las manifestaciones de esta enfermedad es que el sistema nociceptivo tiene conexiones con el sistema regulador de estrés, el inmunológico y el de sueño y vigilia en el cerebro límbico y por lo tanto, involucra un gran número de síntomas y características que deben ser tratadas con un enfoque global (56). En este sentido, los autores, Álvarez-Mena, et al., en 2019, consideraron la importancia de individualizar a cada paciente con base a la evidencia disponible, por medio de medicamentos como gabapentina, pregabalina y paroxetina, así como obtener apoyo psicológico, orientación, realizar fisioterapia y actividad física (57). Sin embargo, a diferencia de Álvarez et al., 2019, S.F Carville et al., 2017, propusieron que el uso de analgésicos simples y otros opioides débiles pueden ser considerados en el tratamiento de la fibromialgia y no recomendaban los corticoesteroides, ni los opioides fuertes (56,57).

Por otro lado, Pinzón en 2019 y Robinson, et al., en 2013 establecieron que el tratamiento farmacológico de la fibromialgia debe estar orientado a la reducción del dolor, la restauración de la movilidad y las funciones físicas (17,58). Actualmente, los medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para el tratamiento de la fibromialgia son la pregabalina, los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN), la duloxetina y milnacipran (58). Sin embargo, Pinzón en 2019 informa que de los medicamentos

mencionados previamente, el INVIMA en Colombia, solo tiene aprobada la pregabalina, la cual es un modulador α-2-delta, que tiene un efecto antiepiléptico y analgésico (17).

Así mismo, se desarrollaron las pautas EULAR, las cuales fueron desarrolladas por 18 miembros de 12 países europeos, incluidos médicos, científicos no clínicos, representantes de pacientes y profesionales relacionadas con la salud, en el cual se basaron en la síntesis de revisiones sistemáticas con el dolor como resultado primario y criterios de valoración secundarios como la fatiga, el sueño y el funcionamiento diario, en las que se hicieron una serie de recomendaciones basadas en efectos deseables e indeseables (2).

Como mencionaron Tzadok y Ablin en 2020, el dolor crónico en general y la fibromialgia en particular, siguen siendo un reto pendiente, si bien en los últimos años se ha avanzado mucho en el campo de la reumatología sobre el control del amplio espectro de trastornos inflamatorios y autoinmunes, aquellas entidades clínicas como la fibromialgia que se centran sobre la amplificación del dolor dentro del SNC continúan desconcertando tanto a los médicos como a los investigadores debido a su complejidad (59).

Por su parte, Andrade R, et al., en 2019, mencionaron que los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) se recetan tradicionalmente como el tratamiento de primera línea para la fibromialgia (60). Sin embargo, cuando los pacientes no toleran el dolor o cuando las otras modalidades de tratamiento han fallado, se recetan opioides, una estrategia adecuada para el tratamiento del dolor crónico pero que trae consigo elevados riesgos lo que ha provocado la suspensión de su uso (58).

Los autores Rivera-Redondo, et al., en 2022, junto con los doctores Jacob T. PharmD, et al., en 2013 y lo descrito en las guías de recomendaciones SER sobre el manejo de los pacientes con fibromialgia, 2022, establecieron la importancia de llegar al diagnóstico para instaurar un mejor manejo del paciente

y reducir los costos, evitando el uso de benzodiacepinas y opioides mayores por los efectos adversos que tienen y la falta de evidencia que justifique su uso (41) (60–62). Adicionalmento, Painter J, et al., en 2013, y Valladales-Restrepo LF, et al., en 2022, recomendaron educar al paciente sobre su condición, ya que un buen conocimiento sobre la fibromialgia por el paciente mejora el afrontamiento y la aceptación de la enfermedad, ayudando a reducir la gravedad de algunas de las manifestaciones clínicas y resaltaron que los profesionales de la salud que tratan a estos pacientes deben tener una buena formación para mejorar la relación médico-paciente y los resultados del tratamiento (18,41).

De acuerdo con Storheim y Zwart en 2014 al tratar de evidenciar la carga de la enfermedad (63) destacaron los trastornos musculoesqueléticos como la principal causa de discapacidad en el Reino Unido, siendo el dolor un síntoma principal de muchas afecciones musculoesqueléticas y está estrechamente relacionado con la depresión, la ansiedad, la fatiga y la falta de sueño. Así como se muestra en los estudios de acuerdo con Mathieson, et al., (7), quienes refirieron que uno de cada cinco adultos en los Estados Unidos y casi la mitad de los adultos en el Reino Unido tienen un dolor crónico no oncológico, siendo las personas con esta afección quienes tienen una menor calidad de vida, con más discapacidades y más depresión que otros miembros de la comunidad.

El dolor crónico no oncológico es un problema común y puede ser causado por muchas afecciones diferentes, incluido el dolor lumbar crónico y la osteoartritis, es por eso que los artículos mencionados anteriormente (7,13), se mencionó que la prescripción de opioides para pacientes con dolor crónico no oncológico es común y ha aumentado con el tiempo. Así mismo, de acuerdo con Miranda, et al., en 2008 (64), se propuso el uso de una terapia dual de opioides con gabapentinoides como tratamiento de primera línea en la fibromialgia, ya que demuestran que pueden controlar la sintomatología en un rango de 44 - 825 días.

Sin embargo, de acuerdo con Bedson J, et al. (65) la orientación de la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención (NICE) del Reino Unido sugiere el uso de opioides como parte de un enfoque escalonado para controlar el dolor, pero este consejo aboga por aumentos graduales de analgésicos como el acetaminofén a analgésicos más fuertes como los opioides.

Se evidenció que los opioides como tratamiento no tienen resultados beneficiosos para la fibromialgia, así como lo mostraron los autores Peng X, et al., en 2015 (66), Hwang J, et al., en 2019 (67) y Bruce B, et al., en 2021 (9), los cuales afirmaron que el uso de opioides no afecta la respuesta sobre la modulación de los síntomas de fibromialgia, incluso mostrando en los pacientes un aumento de su sintomatología y un incremento en su deterioro físico y capacidad funcional. Así mismo, Alcántara-Moreno y González-Curado en 2017 (68) analizaron que el papel de los opioides en la fibromialgia como modulador del dolor es limitado, ya que estos no tienen interacciones específicas con los receptores de los opioides μ, ni los de acción corta como prolongada.

Painter, et al., en 2013 encontraron diferentes variantes hacia el consumo de opioides (14). En su estudio analizaron la variación geográfica en el uso crónico de opioides entre pacientes con fibromialgia, donde se sugiere que las decisiones de prescripción se basan no solo en las interacciones médico-paciente, sino también en factores contextuales y estructurales a nivel estatal. En Colombia Valladales-Restrepo, et al., determinaron el tratamiento de la fibromialgia en el país, donde se encontró que un número significativo de pacientes tenía terapia con un opioide (hidrocodona), sin tener en cuenta las guías de práctica clínica (18).

Sumado a esto, en los artículos de Mayorga-Anaya, et al., en 2021 (69), Bourke, et al., en 2022 (70) y Khoo, et al., en 2022 (71), dieron una alternativa para la fibromialgia, ya que puede llegar a ser

beneficioso el uso de Cannabis para modular el dolor y el descanso del paciente, por medio del sistema cannabinoide endógeno. Existe un nivel preocupante de uso de opioides, así como el uso frecuente de cannabis para el control de los síntomas de esta enfermedad, pasándose por alto así, otras líneas de tratamiento, que según los entrevistados ha sido la mejor estrategia terapéutica para el manejo de su dolor y esta es la verdadera razón por la cual el uso de opioides continúa siendo tan frecuente en este grupo de pacientes.

Tendencia investigativa de efectos adversos del uso de opioides en fibromialgia

Con lo revisado anteriormente, un punto fundamental en el abordaje de la fibromialgia es analizar los efectos adversos producidos por los opioides que es un tema ampliamente estudiado, así como los riesgos de generar adicción a estos. Debido a los múltiples efectos encontrados esta investigación se basó en determinar los factores que llevan a la prescripción de estos.

Shor, et al., en 2017 (72) y Fitzcharles, et al., en 2011 (73), evaluaron las tasas de persistencia y adherencia frente a la terapia farmacológica entre los pacientes con fibromialgia e identificaron los factores asociados con la interrupción de la terapia, en donde se demostró que la persistencia y la adherencia al año siguiente del diagnóstico son notablemente bajas y se deben a factores como las características propias del paciente, como la creencia de que el dolor es una parte inherente de la enfermedad, las barreras cognitivas, las preocupaciones con respecto al uso de analgésicos y antidepresivos, la mala comunicación médico-paciente, la falta de apoyo familiar o social, un nivel menor de educación, el desempleo, la discapacidad, los trastornos psiquiátricos y los antecedentes de abuso de sustancias e intentos de suicidio previos.

Sumado a lo anterior Acuña en 2019 (74), indicó que, a pesar de la eficacia de los opioides, el tratamiento a largo plazo genera tolerancia, dependencia física y riesgo de desarrollar adicción, el cual

aumenta cuando hay antecedentes de abuso y dependencia a sustancias, psicomorbilidades y ambiente social favorecedor al consumo.

En 2016 Cunningham, et al., (75) evidenciaron el uso de opioides a pesar de las contraindicaciones de estos en el tratamiento de la fibromialgia, así mismo se realizó un estudio donde se hizo una reducción gradual de las dosis de opiáceos y se evaluaron los síntomas de abstinencia en estos pacientes, en los cuales no se observó una diferencia significativa en los síntomas de abstinencia en función de la dosis de opioides, pero, los autores Jackson, et al., en 2021 (19), mostraron un desacuerdo con esto, debido a que en su estudio observaron un alivio temporal del dolor, sin embargo, a largo plazo se puede dar una hiperalgesia inducida por opioides.

Finalmente, se identificó que, en las 3 tendencias mencionadas previamente, hay varias problemáticas a tratar, como son el desconocimiento sobre la fisiopatología de la enfermedad, la ausencia de una guía unificada de práctica clínica, la adherencia por parte de los médicos al manejo y de los pacientes al tratamiento. Teniendo en cuenta lo anterior, esta investigación surgió de la preocupación de abordar las problemáticas ya mencionadas, haciendo un enfoque en el uso desmedido y preocupante de opioides en pacientes con fibromialgia.

Marco metodológico

En el marco metodológico de esta investigación se adoptó el paradigma interpretativo como enfoque central, con el objetivo de comprender y dar sentido a las experiencias de los entrevistados a través de la comprensión de un fenómeno. La herramienta principal para la recopilación de datos que se utilizó fue la entrevista a profundidad, la cual permitió explorar perspectivas y significados que los individuos hayan atribuido a sus vivencias. Se utilizó la teoría fundamentada como herramienta de análisis de los datos recopilados, por medio de la construcción de categorías que llevaron a una nueva interpretación de la realidad.

Paradigma: Interpretativo

El paradigma es el método de estudio de una investigación cualitativa, el cual se enfoca en analizar, interpretar y/o comprender el desarrollo y los resultados por medio de un conjunto de ideas predeterminadas. Para este trabajo de grado, se utilizó el paradigma interpretativo, el cual se basó en el argumento de que el enfoque científico educacional podría solucionar los problemas de educación de forma racional y que tiene como finalidad describir y comprender, a partir de la interpretación subjetiva y las características individuales del sujeto frente a las situaciones analizadas, es decir, en este paradigma se realizan narraciones de los sujetos e investigadores para interpretar una realidad social, teniendo en cuenta su contexto cultural, social y físico, evitando hacer generalizaciones (76,77).

El paradigma interpretativo tiene una serie de características, que la presente investigación cumple, descritos por Taylor y Bogdman en 1992 (citados por Sandoval, 2022) siendo de carácter *holístico*, ya que todos los participantes y elementos que la componen conforman una realidad; es de modo *inductivo*, porque se pretende identificar factores de toma de decisiones frente a una totalidad; es *interactiva* por la influencia recíproca que hay dentro de los sujetos participantes, además, es *humanista*, ya que se analiza

el estado biopsicosocial teniendo en cuenta la experiencia personal y es *abierta* para generar un espacio de libertad de diálogo (76).

Teniendo en cuenta lo anterior, en el caso del paradigma interpretativo, la obtención o recolección de datos cualitativos junto con su análisis se desarrollan en conjunto, de forma que se realicen simultáneamente y tengan relación, dado a que el concepto y entendimiento del investigador frente a los datos recolectados son fundamentales en este método de estudio, pues depende en gran medida de sus habilidades y sensibilidad analítica. Por lo cual, para la recolección de datos se pueden combinar metodologías de investigación, con el fin de dar un enfoque multimodal donde se da fin a la división cualitativa y cuantitativa, lo que implica adoptar nuevas formas de integración (76,77).

Enfoque: Investigación cualitativa

En esta sección se describe el método de investigación utilizado, el cual corresponde a una investigación cualitativa, a través del estudio de casos. En este sentido, la investigación se centra en encontrar y comprobar nuevas formas de indagar y comprender aspectos de la realidad. Los métodos adoptados para definir y medir aspectos investigativos dependen en gran medida de los antecedentes, la formación, los intereses y la familiaridad del tema del investigador individual (78). La investigación se puede definir simplemente como un proceso sistemático de búsqueda e informe de hechos, realizada paso a paso en búsqueda de un objetivo.

El método cualitativo brinda un panorama amplio para recopilar datos sobre salud, riesgo, enfermedad y comportamiento de búsqueda en salud, sin embargo, no hay una definición global y unificada sobre la investigación cualitativa, ya que cada autor menciona diversos conceptos, no obstante, todos se agrupan para comentar que el objetivo de este método cualitativo es ayudar a responder preguntas descriptivas como ¿Qué está pasando? ¿Cuál es el alcance del problema? ¿Cómo está cambiando el problema con el

tiempo? También se utilizan para evaluar similitudes, diferencias y asociaciones (por ejemplo, de un factor de riesgo con una enfermedad dada) en los datos a través de análisis estadísticos (78,79).

La investigación cualitativa es humanista porque se enfoca en la base personal, subjetiva y experiencial del conocimiento y la práctica, también tiene un enfoque holístico porque busca situar el significado de comportamientos particulares y formas de hacer las cosas en un contexto dado (78). En este método, se usa un conjunto de prácticas interpretativas, que hacen visibles temas de interés social. Estas prácticas consisten en una serie de representaciones, que incluyen notas de campo, entrevistas, conversaciones, fotografías, grabaciones y notas personales. En este nivel, la investigación cualitativa implica un enfoque interpretativo y naturalista del mundo (79).

El enfoque cualitativo tiene un proceso dividido en 9 fases que inicia desde un marco de referencia, que conlleva a una idea, para ser desarrollada por medio un planteamiento, con inmersión inicial en el campo, con concepción del diseño del estudio, luego se debe definir la muestra inicial del estudio y el acceso a esta y así poder recolectar los datos y realizar su debido análisis, junto con la interpretación, para finalmente elaborar un reporte de resultados, todo esto acompañado siempre de una lectura existente (80). Este tipo de investigación tiene la ventaja de que siempre será posible modificar la muestra, los insumos y los alcances del estudio en diferentes fases y las preguntas se pueden desarrollar antes, durante o después de la recolección de datos, ya que su dinámica es muy flexible, pero compleja puesto que se debe tener una habilidad de integrar información ya que la muestra, la recolección y el análisis se hacen casi de manera simultánea, sin necesidad de tener una secuencia lineal.

Método: Estudio de casos

Dentro de la investigación cualitativa, hay dos tipos de estudio, el primero es la investigación participativa, la cual, mediante la participación de la población encuestada, se trabaja en colaboración para desarrollar una agenda de investigación, recopilar datos, participar en análisis críticos y diseñar

acciones para dar soluciones en conjunto a los problemas que de forma voluntaria se decidió estudiar, mientras que la investigación etnográfica se ocupa del estudio y descripción de fenómenos sociales de la cultura de un grupo (80).

Asimismo, este tipo de estudios se caracterizan por tener una participación activa y a largo plazo del investigador, una relación constante en el escenario natural entre el investigador y el participante y una comprensión del significado de las acciones de ambos a partir de los hechos observados sin especificación de la teoría previa. Por esta razón, el uso de este instrumento atiende a la necesidad del investigador de profundizar y analizar en el tema de estudio considerando múltiples realidades. Teniendo esto en cuenta, los estudios de caso tienen la virtud de que le permiten al investigador descubrir hechos que utilizando otros métodos podría llegar a pasar por alto, a causa de que es posible recoger suficiente información para analizar y comprender el motivo y el alcance de las acciones a través de la observación, la entrevista, el reporte, etc. del objeto de estudio durante un periodo de tiempo (81).

Adicionalmente, cabe mencionar que esta clase de estudio también cuenta con limitaciones dadas por el impedimento en principio de generalizar o concluir de forma universal, puesto a que la investigación se fundamenta en base a uno o pocos casos, simbolizando a un ínfimo grupo de la totalidad. Por esta razón, Munarriz, en técnicas y modelos de investigación cualitativa, menciona que en los estudios de muestra "la generalización depende de la utilización de los procedimientos empleados (estadísticos) para que realmente la muestra sea representativa, mientras que en el estudio de casos depende de la utilización por el usuario de los informes de la investigación" (81). Por ende, la responsabilidad de que los hallazgos sean representativos recae en el cuerpo de estudio y no en el investigador.

Dicho esto, un estudio de caso cualitativo cuenta con características propias que se deben tener en cuenta en el marco de esta investigación. El primero es considerar los diferentes contextos, el inmediato, que se refiere al tiempo presente, el específico, visto desde un plano personal y el general, que se basa,

como lo indica su nombre, en el entorno general. Lo segundo son los límites que el investigador le otorga al estudio, es decir, lo que sucede dentro de los límites y es primordial para la investigación en relación con otros artículos o fuentes de información que van acorde a el planteamiento del problema. Lo tercero es el tiempo, dado a que los estudios de caso se basan en el presente y lo cuarto es la asociación entre el examinador y los participantes del estudio (82).

Teniendo en cuenta lo descrito previamente, lo que se realizó en esta investigación fue conocer las razones por la cual lleva a algunos médicos a no considerar las guías de práctica clínica de fibromialgia y formular opioides como primera línea de tratamiento. Considerando que en esta investigación se realizó una interpretación de la realidad, se llevó a cabo una investigación cualitativa permitiendo el análisis de preguntas descriptivas a través de análisis estadísticos, específicamente, por medio de un estudio de caso, donde se centró en un grupo de personas para resolver el planteamiento del problema.

Diseño metodológico

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado el paradigma interpretativo sirvió como base para el desarrollo de esta investigación cualitativa, debido a que permitió la recolección y análisis de datos, teniendo en cuenta la perspectiva subjetiva y características de los entrevistados y sus relatos. Así mismo, se realizó una investigación cualitativa por medio de la entrevista a profundidad, la cual a través de una correcta recolección de datos y siguiendo las características previamente mencionadas, se interpretaron los resultados obtenidos.

Para esta investigación se utilizó como técnica de campo la entrevista, la cual es una técnica cualitativa que consta de una conversación guiada entre 2 personas (entrevistado y entrevistador) con el objetivo de obtener información y conocimientos, que permite comprender desde un punto de vista subjetivo la perspectiva de los participantes con respecto al tema abordado en la investigación. Es importante tener en cuenta que la elección de los entrevistados se realizó a partir del plan de investigación, en el cual se

eligieron estratégicamente a los participantes de acuerdo a diferentes parámetros y características que permitieron cumplir el objetivo de investigación (83).

La entrevista es uno de los métodos principales para la obtención de datos de forma verbal y una herramienta valiosa en la investigación cualitativa, porque permite la generación de conocimiento, debido a que cada participante aporta información de una misma realidad desde su perspectiva individual, lo cual no ocurre con el uso de otras herramientas, puesto que estas se basan en la representación o reproducción de conocimiento ya existente. Las entrevistas se caracterizan por tener un diseño flexible lo que permite adaptar y rediseñar las preguntas conforme el progreso del estudio, a partir de esto existen diferentes tipos de entrevistas, las cuales se diferencian según su grado de flexibilidad (84).

Para esta investigación se hizo uso de la entrevista a profundidad, la cual se basó en una recolección de datos caracterizada por la preparación anticipada de un cuestionario guía de preguntas abiertas, con un mismo orden y formulación para todos los entrevistados. La cual permitió, según los criterios de nuestra investigación que, al ser formulado por medio de preguntas abiertas, los entrevistados tuvieron total libertad al momento de responder dichas preguntas y pudieron desarrollar sus ideas sin límites, ni interferencias por parte del entrevistador y así se logró una fluidez y un correcto enfoque del tema. La entrevista se desarrollará en el lugar y momento acordados con los participantes y tuvieron una duración aproximada de 30 - 45 minutos (Ver anexo 3) (83).

Este cuestionario tuvo como función asegurar que se cubriera todo el tema en el mismo orden para cada entrevistado, así mismo demarcar los parámetros y limitaciones con los entrevistados, establecer canales para la dirección y delimitación de las preguntas y permitió al investigador prestar toda la atención a la respuesta del entrevistado. Así como lo menciona Lázaro, (2021), este tipo de entrevista tiene grandes ventajas en la investigación cualitativa, como la facilidad en el desarrollo de la misma y su

ejecución de manera rápida, en la cual el entrevistado preserva la libertad para manifestar su respuesta y así mismo, genera una mejor organización en la recopilación de los datos y en su análisis (83).

Teniendo en cuenta las recomendaciones para alcanzar la dependencia y evitar sesgos, mencionadas por Sampieri, 2014 y para garantizar la confiabilidad y validez de la información analizada, se aplicó un único instrumento, la entrevista a profundidad, la cual se realizó en conjunto con todos los investigadores con cuidado y coherencia, posteriormente fue sometida a una revisión por dos pares expertos, quienes favorecieron que la redacción de las mismas estuvieran en un lenguaje técnico, acorde con la población a la que se le aplicó el instrumento, que fueron profesionales de la salud, asegurando así, que el cuestionario fuera comprensible, sin preguntas redundantes pero que aportaran información individual y grupal. La presente investigación de tipo cualitativo usó como herramienta de análisis a la teoría fundamentada, identificando patrones comunes en los datos, fortaleciendo así la confiabilidad de los resultados expresados (80).

Participantes

La población que se seleccionó para este trabajo de investigación fueron médicos tanto generales como especialistas que se desempeñen tanto en consulta externa, como en urgencias en la ciudad de Bogotá, debido a que es la ciudad donde se encuentran en formación académica los investigadores. Se obtuvo la participación de 10 profesionales de la salud, que contaban con más de 3 años en su ejercicio médico y que en su consulta habitual externa o de urgencias atiendan pacientes con diagnóstico de fibromialgia y, por ende, tuvieran experiencia en el manejo de esta patología. Hay que resaltar que ni la edad, tener o no una especialidad médica quirúrgica o no quirúrgica, su lugar de trabajo, ni el género, fueron consideradas como variables de exclusión (Ver tabla 2).

Tabla 2. Perfil demográfico y profesional de los entrevistados

Datos de los entrevistados					
Código	**Edad**	**Género**	**Años de experiencia**	**Área de trabajo**	**Formación médica**
1Dc	49 años	Femenino	25 años	Urgencias	Médico familiar
2Dc	56 años	Femenino	25 años	Consulta externa	Médico general
3Dc	47 años	Femenino	25 años	Consulta externa	Médico general
4Dc	48 años	Femenino	15 años	Consulta externa	Médico familiar
5Dc	56 años	Femenino	17 años	Urgencias	Médico internista
6Dc	28 años	Femenino	5 años	Urgencias	Médico general
7Dc	27 años	Masculino	3 años	Urgencias	Médico general
8Dc	26 años	Masculino	3 años	Consulta externa	Médico general
9Dc	26 años	Masculino	3 años	Consulta externa	Médico general
10Dc	46 años	Masculino	22 años	Urgencias	Emergenciólogo

Fuente: Elaboración propia

Aquellos que cumplieron los criterios de inclusión deberán firmaron un consentimiento informado (ver anexo 2), donde se aclaró que se podían retirar en cualquier momento que lo deseen. La privacidad de los entrevistados se conservó por medio del anonimato, a quienes se les asignó un código de identificación. Se les esclareció que no sería publicado su sitio de trabajo, ni ninguna institución fue nombrada en el estudio. Así mismo, se aclaró que las entrevistas fueron grabadas solo por audio y posteriormente transcritas, estos archivos reposan bajo la custodia de los investigadores.

Los profesionales que se vincularon a la investigación se contactaron de manera autónoma y voluntaria, cumpliendo los criterios de selección planteados por el grupo de investigación referentes al tiempo de experiencia de los médicos considerados para su participación. El agendamiento se realizó de forma directa a través de conversaciones, correos electrónicos o llamadas telefónicas y posteriormente, se realizaron las entrevistas en modalidad presencial o virtual de acuerdo a la disponibilidad y preferencia

de cada uno de los participantes. Por lo anterior, la firma del consentimiento informado fue efectuada de forma física o virtual, dependiendo de la forma en la que se haya sido realizada la entrevista y se usó el mismo formato del consentimiento informado, previamente descrito (ver anexo 2). Cuando se llevó a cabo de forma virtual se envió el formato Word a un correo electrónico dado por el participante y se recolectó posteriormente con una respuesta desde ese mismo correo electrónico.

Plan de análisis

Dentro del proceso de recolección de datos, se le otorgó un código a cada participante del estudio, previamente los investigadores definieron otorgar 1Dc al 10Dc a los participantes, con el fin de mantener el anonimato y cumplir con el parágrafo 4 del consentimiento informado. El procesamiento de datos se realizó sin el uso de ningún software de apoyo (85).

Sampieri 2014, menciona que el método de análisis de datos en la teoría fundamentada se compone por el diseño sistemático, emergente y constructivista. En el caso de la presente investigación se usó el modelo propuesto por Strauss y Corbin, 2007, en el cual posterior a la recolección de datos, se hizo el proceso de codificación de la información y a partir de esto se elaboraron representaciones gráficas como tablas o diagramas, que permitieron una mejor comprensión de los datos y facilitaron la identificación de conceptos claves (80,86).

Inicialmente se realizó una codificación abierta, que permitió identificar códigos que tuvieran puntos en común para luego agruparlos y generar categorías (ver tabla 3 y 4). A partir de esto se fragmentó la información obtenida para crear subcategorías que respondieran a las preguntas sobre el fenómeno que se estaba estudiando, las cuales fueron parte de la codificación axial, esto permitió relacionar mejor los conceptos extraídos en la codificación anterior y así poder interpretar la información, teniendo en cuenta el soporte teórico de este estudio (ver diagramas 1 y 2), en la última parte se realizó la codificación selectiva, en la cual se integraron todas las subcategorías para finalmente comprender el fenómeno y así

redactar una teoría sobre la realidad que se está investigando (ver diagramas 3-5) (ver anexos 4, 5 y 6) (80,86).

Tabla 3. Codificación abierta

Código	**Color**
Desinterés	
Divulgación de información	
Acceso a la información	
Patología infrecuente	
Guías extensas/tediosas	
Difícil manejo	
Experiencia	
Influencia institucional	
Industria farmacéutica	
Ausencia de guías Nacionales	
Guías desactualizadas	
Capacitaciones	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Codificación abierta

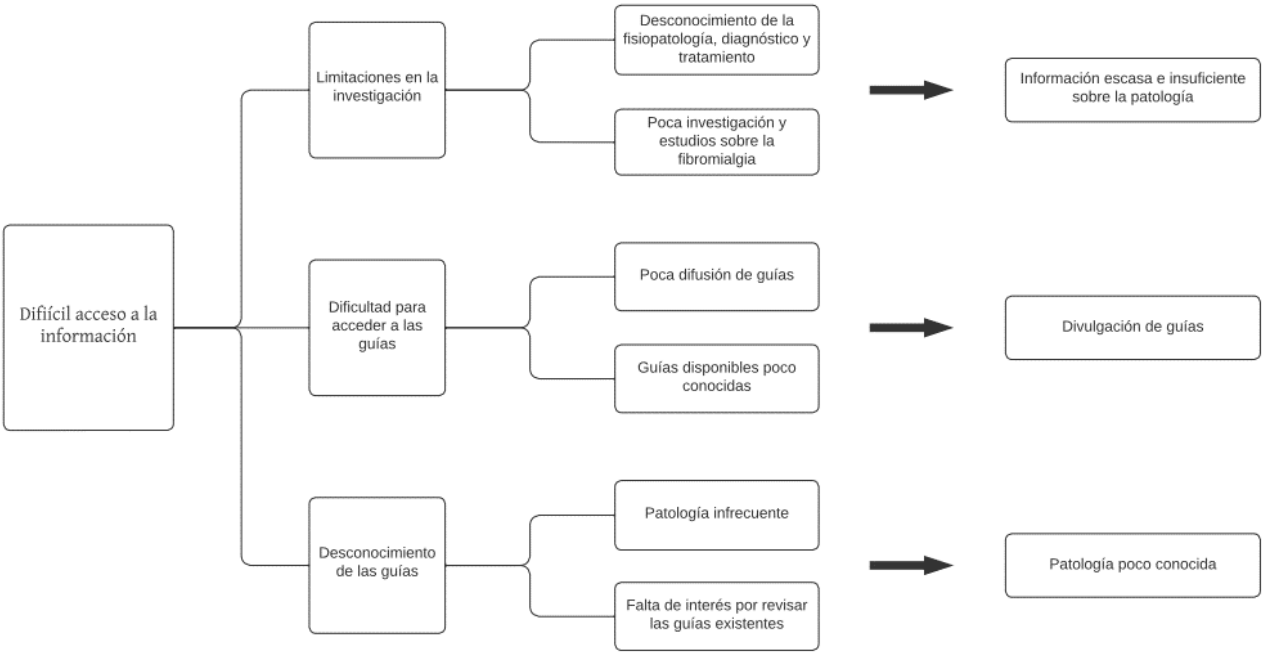
Códigos	**Categorías**
Acceso a la información + Ausencia de guías nacionales	Difícil acceso a la información
Guías desactualizadas + Guías extensas	Falencia en las guías
Experiencia + Capacitaciones	Trayectoria profesional
Difícil manejo + Patología infrecuente	Patología de difícil manejo
Influencia institucional + Industria farmacéutica	Influencia externa
Desinterés + Divulgación de información	Indiferencia

Fuente: Elaboración propia

Diagrama 1. Codificación axial

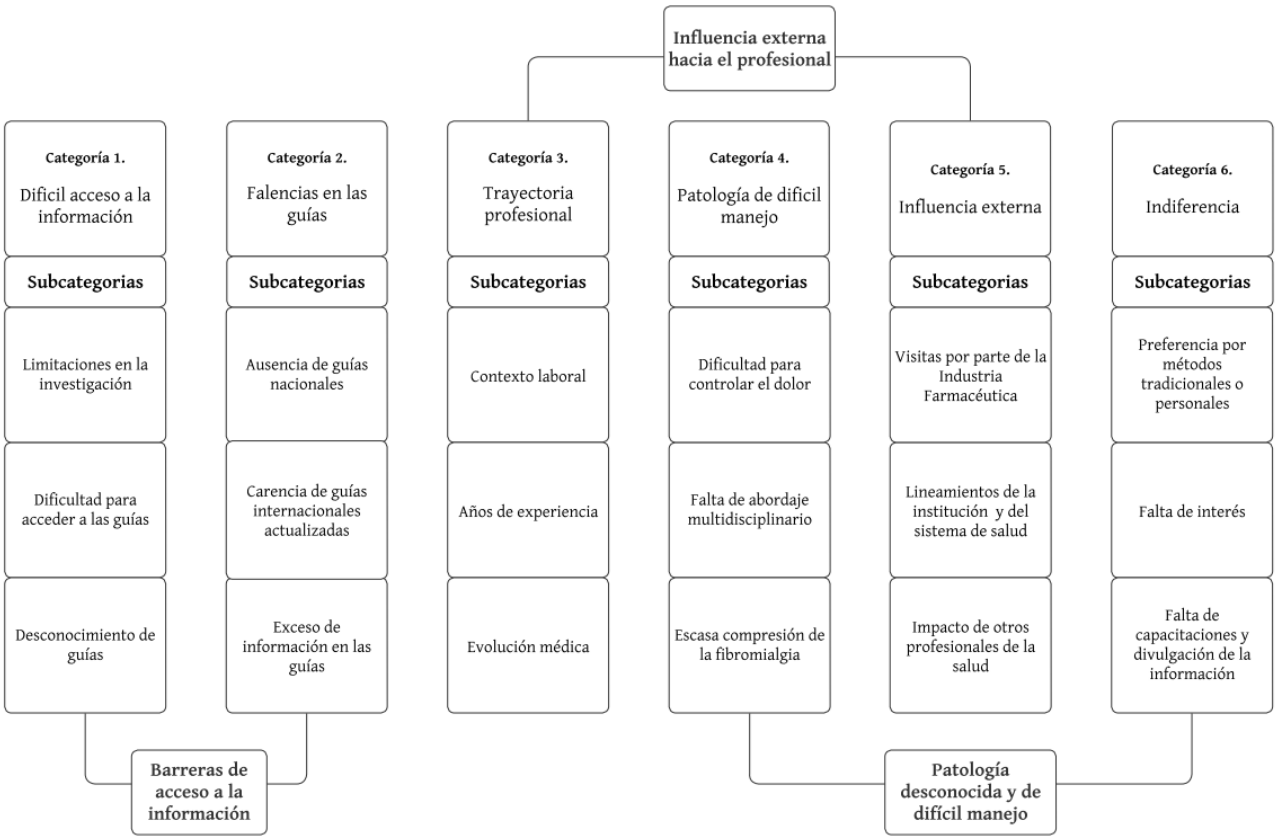
Fuente: Elaboración propia

Diagrama 2. Codificación axial



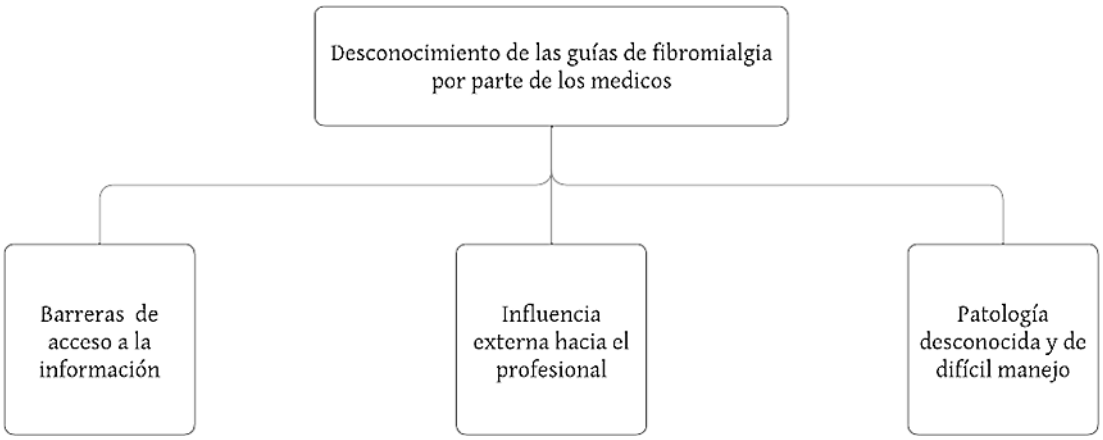
Fuente: Elaboración propia

Diagrama 3. Codificación selectiva



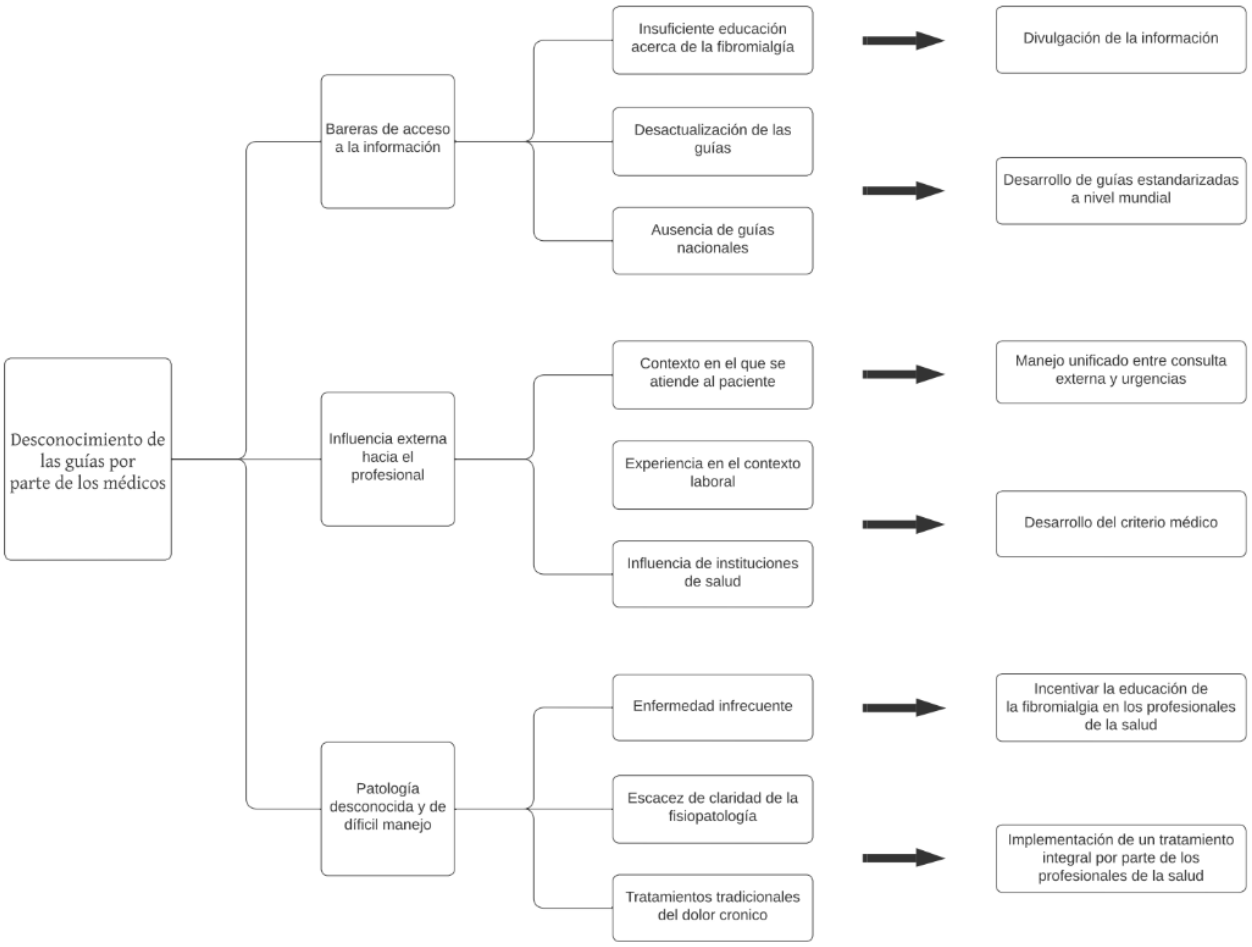
Fuente: Elaboración propia

Diagrama 4. Codificación selectiva



Fuente: Elaboración propia

Diagrama 5. Codificación selectiva



Fuente: Elaboración propia

Posibles limitaciones del estudio

Las limitaciones de una investigación son aquellas características del diseño o metodología que afectan la interpretación de los resultados. Entre las limitaciones de esta investigación se encuentran la falta de información y las escasas publicaciones e investigaciones previas sobre la prescripción de opioides en fibromialgia, el acceso a bases de datos pagas. Adicionalmente se encontró la falta de consensos en fibromialgia y el uso de opioides en Colombia, dado a que a pesar de que existe la guía de práctica clínica para el tratamiento con opioides del dolor crónico no oncológico en población adulta y

pediátrica en Colombia, en esta solo realizan recomendaciones generalizadas frente al tratamiento de paciente con dolor crónico no oncológico y no centra su atención en ninguna patología específica.

Así mismo se puede encontrar una saturación de datos precozmente en la aplicación del instrumento, las dificultades para coordinar tiempos disponibles para la realización de las entrevistas por parte de los entrevistados y entrevistadores, por último, la transcripción de datos manual puede representar un problema de tiempo. Al incluir en este estudio como participantes a médicos de consulta externa y urgencias sin tener en cuenta si tienen o no una especialidad médica quirúrgica o no quirúrgica, se puede presentar un sesgo en las respuestas de los participantes, esta posible limitación puede ser por la diferencia en cuanto a la experiencia y las revisiones de temas de cada uno.

Consideraciones éticas

La presente investigación cumplió con los principios de beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia, a través de los criterios descritos previamente, de anonimato, de la confidencialidad y de la participación voluntaria que se certificó por medio del uso del consentimiento informado. Teniendo en cuenta esto, y de acuerdo con la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social, este estudio se clasifica como una investigación sin riesgo según el artículo 11. Bajo el asentimiento del aval técnico, esta investigación fue aprobada en el acta No. 015-2023 de 2023, por el Comité Institucional de ética de la Universidad El Bosque (ver anexo 1 y 2). Se declara que los investigadores no tuvieron conflicto de interés para el desarrollo de esta investigación.

Resultados

Los investigadores declaran que el grupo estuvo compuesto por seis miembros, cinco de ellos eran estudiantes de medicina en la Universidad El Bosque, el investigador principal es médico general, especialista en Docencia Universitaria, Magíster en Educación, con experiencia en el área de semiología clínica desde hace 12 años, fisiología en ingeniería biomédica hace 4 años y medicina laboral desde hace 18 meses. Esta investigación respondió a unos objetivos de elaboración de un trabajo de grado. Los investigadores favorecieron la adopción de una postura objetiva y neutral manteniendo sus construcciones personales y conductas académicas individuales al margen de los resultados de la investigación, lo cual favoreció el control de los potenciales sesgos que podrían influenciar la validez de los mismos.

Al concluir el análisis detallado de los datos empíricos obtenidos a través de las herramientas utilizadas, teniendo en cuenta la teoría fundamentada como Strauss y Corbin (2002) plantean: "Se desarrolla a partir del estudio de un área pequeña de investigación y de una población especifica.", "Su capacidad de hablar específicamente de las poblaciones de las cuales se derivó"(87). Se encontró que el valor de los resultados obtenidos radica en el estudio meticuloso y en la comprensión del contexto en el cual se obtienen los datos.

Descripción de resultados

Con base en esto y teniendo en cuenta los objetivos de este estudio, los cuales eran, señalar las falencias que existían en el conocimiento de las guías sobre la fibromialgia que llevaban al médico a no seguir las recomendaciones de práctica clínica, identificar los factores que influyeron en la toma de decisiones de los médicos en el tratamiento en pacientes con fibromialgia y analizar cuál era el impacto de los efectos adversos y/o secundarios sobre la decisión de los médicos para formular opioides como

primera línea de tratamiento para la fibromialgia, se realizó la descripción de resultados por medio del desarrollo de categorías que fueron producto de la revisión de cada etapa que se llevó a cabo.

Desconocimiento de las guías de fibromialgia por parte de los médicos

A partir de los datos obtenidos, se expuso el análisis de los resultados teniendo en cuenta el primer objetivo planteado para este trabajo que era "señalar las falencias que existen en el conocimiento sobre las guías de tratamiento de la fibromialgia que llevan al médico a no seguir las recomendaciones de práctica clínica". Estos resultados se expresaron a partir de la construcción de tres categorías finales, que fueron producto del análisis por medio de la teoría fundamentada.

Barreras de acceso a la información

La fibromialgia es una patología muy compleja, que se caracteriza por dolor crónico generalizado y sensibilidad extrema en músculos, ligamentos y tendones de difícil manejo y afectaciones psicológicas, sin embargo, su fisiopatología aún es desconocida, lo que implica que el tratamiento no sea del todo claro. Adicionalmente esta es una patología poco frecuente y por lo tanto las publicaciones al respecto no son tan amplias como en otras patologías, como lo expresó uno de los participantes: "*Creería que se debería indagar o investigar más por esta patología, porque todavía no está clara la fisiopatología, apenas se está teniendo una idea y una hipótesis sobre las posibles teorías del por qué se da la fibromialgia.", "En mis revisiones me he dado cuenta que son muy pocos los estudios y evidencia que uno encuentra en las diversas bases de datos." (9Dc).* Todos estos factores llevaron a la conclusión que para los participantes esta información fue insuficiente, difícil de entender y por lo tanto llevó a un desconocimiento en general.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, cuando los médicos se vieron enfrentados a esta patología, muchas veces primó el desconocimiento y por ende los tratamientos pudieron no haber sido del todo efectivos, como lo indicó el participante *"Hay que aceptar que encontrar las guías actualizadas de esta*

patología no es tan fácil como encontrar las de falla cardiaca o hipertensión arterial, si comparamos." (6Dc). Cuando se realizaba la búsqueda de la literatura los médicos se vieron enfrentados a la poca disponibilidad de estudios, la dificultad para obtener los recursos disponibles, puesto a que muchas veces eran artículos o guías de práctica clínica que no eran gratuitos y resultaban difíciles de encontrar. Es decir, se debía realizar una búsqueda más exhaustiva comparado con otras patologías más frecuentes.

Un punto importante fue que las guías de práctica clínica disponibles eran escasas, no resultaban ser claras sobre el tratamiento ideal de la fibromialgia y no estaban muy difundidas, lo que llevaba a que muchos profesionales ni siquiera las conocieran. Como lo sugirió un participante *"En cuanto las guías no hay mucha información clara o no son lo suficientemente conocidas, no hay mucho material disponible."* (4Dc). En contraposición uno de los participantes indicó que algunas de estas a pesar de contener la información adecuada, no se encontraban actualizadas, *"Me parece que las guías son adecuadas, pero se debe hacer una actualización porque creo que las últimas son del 2017." (7Dc).* Lo anterior reflejó que una parte del personal de salud desconocía sobre las últimas actualizaciones de las guías que hay sobre la enfermedad, lo cual pudo generar repercusiones en el abordaje de la patología.

Por otro lado, se evidenció que existían muchas limitaciones en cuanto a las guías nacionales como lo comentaron varios de los entrevistados: *"Nosotros poco material tenemos si nos comparamos con las guías de otros países, desafortunadamente nosotros casi no hacemos guías y cuando uno mira las guías colombianas, estas se basan mucho en las guías americanas y europeas, son de cierta forma adaptaciones de lo que nosotros tenemos disponible aquí en Colombia."* (1Dc) lo que conllevaba a que hubiera un manejo inadecuado del dolor crónico, como lo estableció el participante (9Dc) *"Entonces el no tener guías nacionales hace que uno se lance muchas veces a ofrecer un tratamiento, no hay muchas guías específicas para cada sector de manejo del dolor."* Así como lo expusieron los profesionales, al no haber un consenso a nivel nacional sobre el diagnóstico y abordaje de la enfermedad debido al poco

material y estudios disponibles de la patología, los médicos no contaron con lineamientos claros sobre cómo abordar a este tipo de pacientes y tomaron decisiones basadas en su conocimiento sobre dolor crónico generalizado.

Adicionalmente, dado a esta escasez de guías específicas para fibromialgia en el país, se encontró que algunos de los entrevistados se basaban únicamente en una guía internacional desconociendo lo que recomendaban las demás guías como lo indicó (5Dc): *"La EULAR, dado a que era la que estaba más difundida en los momentos en que inicie la consulta externa de este tipo y de hecho ni la Canadiense ni la Argentina las utilicé porque la EULAR, no sé si era la más antigua, pero era la que estaba más difundida"* a diferencia de otro de los participantes el cual señaló: "*La canadiense. Me parece que es la más indicada porque es la más extensa y los institutos de estos estudios son los más acertados en cuanto al tratamiento del dolor crónico y de estas patologías de causa desconocida como la fibromialgia" (9Dc).* Esto pudo llevar a que existieran diferencias en el abordaje de la enfermedad y la toma de decisiones por parte de cada médico, generando que hubiera una divergencia en los tratamientos de primera línea.

Debido a las barreras existentes para acceder a la información mencionada previamente se evidenció que existía desconocimiento por parte de los médicos dado por una falencia en la revisión de las guías y el poco interés de mantenerse actualizados como lo indicó uno de los entrevistados: **"***Lo que pasa es que, como la verdad, yo no he leído guías de eso, pero sí siento que el hecho de que desconozca las guías es un problema" (6Dc), "Exacto, no conozco las guías. Y eso sí es mi responsabilidad, por mi falta de actualización" (8Dc).* Este pudo ser un gran problema, ya que el desconocimiento influyó drásticamente en el manejo de la enfermedad y la evolución de los pacientes, como lo expresó el participante 9DC *"Yo digo que en gran parte es el desconocimiento de lo que es la fibromialgia y esto abarca también no saber cuáles son las guías que existen y que se recomiendan, esto claramente lleva a un mal manejo."*

Por último, un punto importante que va de la mano al desconocimiento y que llamó la atención en contraposición a lo que muchos entrevistados sugirieron, es que la mayoría de las guías se encontraban saturadas de información debido a que hablaban sobre dolor crónico no oncológico y no eran específicas para fibromialgia, lo cual generaba que fueran tediosas y por lo tanto difíciles de revisar, como lo indicó un participante *"Desafortunadamente hay algo de las guías y es que son muy largas, tediosas y eso hace que uno no revise toda la guía, sino algún cuadro o esquema en específico y ya. Yo no pienso que debería haber más guías, si hay pocas e igual no se revisan el punto no es que existan más para revisar más, el punto es que debería haber una guía que sea más práctica y rápida." (1Dc)*. El uso de guías no específicas para la fibromialgia radicó en que no habían muchas disponibles que solo hablaran de esta patología, lo que finalmente dificultó su abordaje.

Influencia externa hacia el profesional y lugar de trabajo

En el ejercicio médico se deben tomar decisiones a la hora de abordar patologías como la fibromialgia, identificando así que este manejo varía según el profesional tratante. Estas variaciones pueden ser influenciadas por otros profesionales, la especialidad médica de cada profesional y por el lugar donde ejerzan, ya que estos factores pueden definir el tipo de manejo y las conductas a seguir frente a esta patología. Otros factores importantes que pueden influir en el tratamiento son las industrias farmacéuticas, el sistema de salud y el concepto de otros profesionales de la salud.

El contexto de donde se esté tratando al paciente diagnosticado con fibromialgia fue clave para entender lo anterior, ya que el manejo no era el mismo para el paciente que se encontraba en urgencias o en consulta externa, como lo pone en evidencia el siguiente testimonio: *"Sí he formulado opioides, ha habido casos porque en urgencias ya no se empieza el manejo de la patología crónica que es la fibromialgia, sino que se trata lo agudo, que es el dolor y a veces uno canaliza a ese paciente, le da los AINES a las dosis máximas que se permiten y se le da el tiempo de espera, pero hay algunos que no*

responden y empieza uno a escalonar el tratamiento y desafortunadamente se llega a utilizar en estos casos un opioide." (1Dc). Esta diferencia fue marcada porque el motivo de consulta no solía ser el mismo en los dos escenarios. La razón por la que acudían a urgencias generalmente correspondía a una crisis de su enfermedad en donde el dolor era agudo y requería de tratamientos más potentes, rápidos y eficaces, fue ahí donde el uso de analgésicos como los opioides, ocurrió con más frecuencia, ya que se debía resolver la crisis y no se daba un tratamiento para el seguimiento de esta patología.

Por el contrario, si se habla de que el contexto donde se atendía al paciente, en consulta externa, su manejo dependía de otros factores, un profesional de la salud comentó: "*Casi siempre el médico de la clínica del dolor es el que les deja el manejo, los pacientes normalmente ya llegan con el manejo a mi consulta, yo no los formuló de inicio, llegan a consulta para continuar con ese tratamiento ya establecido." (3Dc)* como lo menciona el profesional, se evidenció que siguieron con las indicaciones de tratamiento dadas por otros especialistas. Así mismo, otro participante comentó: *"En la clínica son dos especialistas con los que yo trabajo y yo veo que ellos lo enfocan de formas diferentes en el manejo por todos los años que han trabajado. Pero creo que ellos sí usan las guías, pero yo desconozco su nombre, además ellos ya tienen muchos años de experiencia como lo dije anteriormente, y uno de ellos es el que principalmente maneja este tipo de dolores asociados a fibromialgia y yo creo que también se basa mucho en la experiencia que tiene, más que en guías porque es más nunca me han mencionado que nos basemos en algún tratamiento según las guías" (8Dc)*. Lo cual llevó a el reconocimiento de que la actualización y formación de los profesionales fueron determinantes a la hora de la prescripción de los medicamentos, ya que la mayoría de los entrevistados son médicos generales y los parámetros por los cuales se basaban para tomar decisiones eran guiados por los médicos especialistas, con los cuales habían compartido en su experiencia.

Por otra parte, algunos profesionales mencionaron que basaron su tratamiento principalmente en su experiencia a lo largo de los años. Dos participantes comentaron: *"Decidió formularle determinado medicamento viendo la respuesta del paciente, como el paciente se mejora o qué efectos tiene cada paciente para decidir inclinarme por uno o por otro medicamento"* (2Dc) de acuerdo a esta respuesta se pudo evidenciar que algunos de los profesionales de la salud estructuraron sus decisiones al momento de prescribir medicamentos no solo en sus experiencias profesionales, sino también en las experiencias de cada paciente. De igual forma, otro entrevistado afirmó: *"Digamos que como es una guía, son estándares de los que se va a guiar uno. Sin embargo, no es una regla que se deba seguir al pie de la letra, sino que depende de la clínica y funcionalidad de cada paciente."* (9Dc). Debido a que ya se encontraban familiarizados con la fibromialgia, los médicos también tenían en cuenta la evolución médica del paciente, debido a que a pesar de existir evidencia científica sobre el manejo la respuesta podía variar, es aquí donde los profesionales de la salud priorizaron el juicio clínico.

En el manejo de la fibromialgia, el tratamiento del dolor crónico es fundamental para la evolución y conservación de la funcionalidad del paciente. Sin embargo, este se puede ver influenciado por la promoción y comercialización que usan las industrias farmacéuticas, para favorecer la prescripción de sus medicamentos. Uno de los médicos expresó: *"Sí, porque uno puede tener más a mano ciertos medicamentos y pueden ser más visibles unos que otros." (4Dc).* En estos casos la toma de decisiones se pudo ver influenciada por las visitas realizadas por las diferentes farmacéuticas, lo cual puedo haber llevado a no seguir los lineamientos y recomendaciones de las guías de práctica clínica de la fibromialgia. Sin embargo, la decisión es propia de cada médico se fundamentó de acuerdo al caso de cada paciente.

Además de las industrias farmacéuticas, el sistema de salud y las instituciones donde ejercen estos profesionales también fueron un determinante relevante para el tratamiento de la fibromialgia, ya que en algunas instituciones contaban con guías propias basadas en lineamientos que podían o no basarse en las

guías sobre fibromialgia reconocidas a nivel mundial. Además, el sistema de salud fue un factor clave para tener una buena adherencia y evolución al tratamiento de esta patología. En Colombia las demoras en la atención de los pacientes, la asignación de citas con especialistas y en la entrega de medicamentos impactaron el manejo de la enfermedad, uno de los entrevistados señaló: *"Acá es importante mencionar otro tema que influye mucho y es una falla del sistema de salud, en cuanto a la demora en las citas (6 meses o hasta 1 año) y esto hace que los pacientes prefieran ir a una farmacia y preguntar por medicamentos que sirvan para controlar sus síntomas." (9Dc).* Todos estos factores fueron tenidos en cuenta por los médicos a la hora de formular un medicamento a estos pacientes.

Patología desconocida y de difícil manejo

La fibromialgia es una patología que no es habitual para el médico general como lo comentó uno de los entrevistados: *"yo creo que el problema es que como uno no ve tantos pacientes con fibromialgia y la mayoría de los pacientes los diagnóstica el reumatólogo o los diagnóstica el fisiatra y él ya les inicia el manejo, entonces uno no los maneja de base solo les continua los tratamientos." (3Dc),* de igual forma otro participante mencionó que: *"No hay una causa clara del por qué se da la fibromialgia, entonces se vuelve un reto tratar a estos pacientes, generalmente son pacientes que van de médico en médico sin encontrar solución a su problema." (4Dc),* dado a lo anterior se pudo identificar que, al no ser una enfermedad frecuente, existe un desconocimiento sobre su fisiopatología y tiene una gran variedad de síntomas, por lo cual el manejo de esta enfermedad es inespecífico y en varios casos requirió de múltiples intervenciones, sin llegar a un verdadero control de la misma.

Como se mencionó anteriormente, al ser una enfermedad compleja y de difícil diagnóstico y tratamiento, los profesionales manifestaron una falta de interés a la hora de actualizarse sobre este tema, como dos de los entrevistados mencionaron: *"Creo que hace falta revisar las guías, por ejemplo, en mi caso, la última vez que revisé una guía con respecto al tema fue cuando era estudiante, no he revisado*

la última actualización de la guía." (1Dc), por lo cual fue evidente que existía indiferencia por el entendimiento de la fibromialgia por parte de algunos profesionales, a lo que otro participante comentó: *"Por el tiempo y realmente hago más actualizaciones de hipertensión, diabetes, enfermedad renal que son patologías que más veo en mi consulta y manejo." (2Dc*), lo que llevó a la conclusión de que existía una prioridad en el estudio e investigación de patologías que son más frecuentes en la consulta.

Así mismo la escasez de divulgación de información tuvo un papel importante en el conocimiento de los médicos sobre la fibromialgia, un participante refirió: *"Además, desde mi perspectiva siento que no se comparte o se hacen suficientes revisiones de tema sobre la fibromialgia, ni de sus guías para el manejo de estas." (8Dc).* Fue claro que aun cuando los profesionales no se interesaban por el estudio de este tema, la falta de difusión de guías de práctica clínica y la deficiencia en la transmisión de información, llevó a un aumento en el desconocimiento de esta enfermedad y de su tratamiento.

Por lo anterior, los profesionales partícipes mencionaron que podían presentarse casos en los que, al momento de atender a un paciente con fibromialgia, tenían preferencia por métodos tradicionales o personales dados a la experiencia, en lugar de seguir las recomendaciones establecidas en las guías. Uno de los participantes comentó: *"Cuando uno se inmersa en la parte del manejo del dolor crónico, lo primero que a uno le enseñan, o uno de los pilares es el manejo con AINES y los opioides, y que los opioides son para el dolor crónico" (9Dc)*. Así como lo reveló este participante, algunos de ellos se enfocaron en dar tratamiento de acuerdo a los pilares del manejo del dolor crónico, entre los cuales se encontraban los opioides, sin importar cual fuera la etiología y omitiendo los posibles tratamientos alternativos que podían mejorar el abordaje terapéutico.

Al momento de hablar sobre el abordaje de la fibromialgia se debe tener en cuenta que es una patología compleja, que afecta la funcionalidad y estilo de vida del paciente, por lo tanto, representa un desafío significativo para los médicos, como lo señaló uno de los doctores: *"No es tan fácil, pero como estos*

pacientes tienen una patología multicausal, de alguna manera se debe garantizar un tratamiento integral." (4Dc). Sin embargo, otro participante refirió: *"Yo creo que más allá de que haya poca opción terapéutica, hay una omisión de conocimiento de cómo combinar y titular. En el caso de la fibromialgia es una patología que debería tener un abordaje multidisciplinario, entonces creo que es más una falta de ajuste y de multidisciplinariedad."* (5Dc). Dada la complejidad de la patología esta requiere tanto un tratamiento farmacológico como uno no farmacológico entre los cuales se encontraban la terapia física, acupuntura y la terapia cognitivo conductual, sin embargo, dado al desconocimiento existente, a muchos de los pacientes no se les garantizó un manejo en conjunto.

Teniendo en cuenta lo señalado anteriormente, se pudo identificar que la fibromialgia es una patología en donde el abordaje multidisciplinario es esencial para el control del dolor crónico que lo caracteriza, uno de los entrevistados comentó: *"La primera línea de tratamiento de ellos suele ser tratamiento no farmacológico, sino una red de apoyo estructurada, teniendo en cuenta ejercicio, psicoterapia, o sea, muchas, inclusive se les puede dar manejo con acupuntura. Son tratamientos que suelen ser no tan relacionados al farmacológico, porque como te decía al principio, son personas más que el aumento del dolor puede estar relacionado muchas veces a trastornos psicosociales." (6Dc),* a partir de esto fue evidente que la fibromialgia no solo se trata de una afectación física, sino que también tiene un componente psicosocial muy importante que no se puede dejar de lado al momento de darle un manejo al paciente, por lo que un abordaje integral busca mejorar la calidad de vida de las personas con fibromialgia, aliviar sus síntomas y ayudarles a desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas para vivir de la mejor manera posible con esta afección crónica.

Determinantes para la elección terapéutica en pacientes con fibromialgia

Basado en la información recopilada, se presentó la evaluación de los resultados considerando el segundo objetivo establecido para este estudio: "Identificar los factores que influyen en la toma de

decisiones de los médicos en el tratamiento en pacientes con fibromialgia", las cuales se describieron a través de la formulación de tres categorías finales, que emergieron del análisis realizado mediante la teoría fundamentada.

Tratamiento adecuado para el paciente

Cuando los profesionales de la salud determinaban el manejo o la continuación del tratamiento en los pacientes con fibromialgia, tuvieron en cuenta que este fuera adecuado para su condición. Para esto se consideraron tanto la intervención de los medicamentos, como la evolución clínica para poder tener una mejoría de los síntomas y una mejor calidad de vida en pro del paciente.

Al realizar una formulación razonable de medicamentos, se tuvieron en consideración varios aspectos como el costo, la seguridad percibida, los efectos secundarios y la eficacia, información que muchas veces era proporcionada por los visitadores de laboratorios farmacéuticos, un médico indicó: *"Lo primero que mencionan los visitadores era lo del costo y en prepagada o EPS eso es importantísimo, entonces tiene mucho que ver, también mencionaban el espectro de seguridad, los efectos secundarios con su porcentaje." (5Dc)* Lo cual demostró que uno de los factores que influyen en la decisión del tratamiento es la experiencia personal y conocimiento del médico con respecto al producto, teniendo en cuenta la presentación de datos sobre la efectividad, seguridad y costo de los fármacos, que les brindan los visitadores, así como su experiencia personal en la práctica clínica.

Otro punto que se tuvo en cuenta y fue un factor importante sobre la intervención de los medicamentos en los pacientes, fue el mecanismo de acción de estos y la fisiopatología o conocimiento de la enfermedad, para así formular y tratar a los pacientes, justificando el por qué tenían preferencia hacía unos medicamentos que son de primera línea y no a los opioides, uno de los participantes comentó lo siguiente: *"Si un paciente presenta una crisis se le un opioide que calme el dolor de forma agudo, pero de forma crónica se debería reajustar la dosis del neuromodulador que es lo que a largo plazo ayudará*

al paciente con el dolor, no tanto el uso del opioide como tal. O si no se le ha añadido a su tratamiento un antidepresivo entonces en el momento agudo el opioide me sirve para ajustar el dolor mientras se le inicia el antidepresivo, pero solo calmara el dolor en la fase aguda y no a largo plazo". (7Dc). De esta forma se pudo beneficiar la evolución clínica del paciente, ya que consideraban el funcionamiento de los medicamentos y el cómo podían mejorar la sintomatología.

Los profesionales de la salud mencionaron que la potencia del medicamento era una característica importante que se debía tener en cuenta a la hora de formular un medicamento, como lo mencionó uno de los participantes: *"La gabapentina tiene mayor evidencia de que es más efectiva en la disminución del dolor" (7Dc),* así mismo otro participante comentó: *"La Duloxetina tiene una ventaja y es que es antidepresivo ya que es familiar de las aminas entonces tiene esa ventaja, adicionalmente de ser un excelente analgésico para el dolor neuropático y te da un amplio importante de dosis." (Dc5),* fue evidente que la evidencia analgésica de los fármacos y la respuesta terapéutica que tenía el paciente a estos, determinaban el uso de ciertos medicamentos, aquellos que habían demostrado un potente efecto analgésico eran los neuromoduladores, es por ello que muchos los consideraban como tratamiento de elección para la fibromialgia.

A partir de la intervención de los medicamentos en el tratamiento de fibromialgia se pudo observar como resultado de un manejo adecuado en estos pacientes, y además en su evolución clínica para la continuidad de estos medicamentos. Al seleccionar el tratamiento adecuado el profesional de la salud debía conocer el desarrollo de la enfermedad, es decir, el curso que esta lleve, debido a que no debe ser el mismo tratamiento si la patología ha sido diagnosticada recientemente o si se consideraba una patología crónica en el paciente, un médico nos refirió lo siguiente: *"Ser juicioso con la prescripción, cuando es muy prolongada, es por esto que tratamos de solo usarlo de manera aguda durante la estancia en urgencia y posteriormente si se da egreso dar otros medicamentos."* (10Dc). Se enfatizó la preferencia

por el uso de medicamentos más fuertes de manera aguda durante la estadía del paciente en urgencias, sin embargo, al egreso se consideraban opciones alternativas de tratamiento con el fin de minimizar el uso prolongado de ciertos fármacos y ofrecer una transición a tratamientos más apropiados para un manejo continuo del dolor crónico.

A medida que el paciente le menciona el curso de su enfermedad al profesional de la salud, un componente clave para la formulación adecuada de los medicamentos era el comportamiento del dolor en el momento que se está atendiendo a este, diferenciando a los pacientes que consultaban por una agudización del dolor de aquellos que asistían a consulta para control y reformulación. Uno de los médicos nos mencionó: *"Los estudios han mostrado que los opioides no son los ideales para tratar una patología crónica, a pesar de que ayudan con el manejo del dolor de forma aguda, no es la indicación para una patología crónica. Hay algunos pacientes que por la escala del dolor se termina formulando, pero no es lo ideal."* (1Dc). El enfoque del tratamiento se manejaba de forma diferente como se mencionó anteriormente, para poder ajustarse y acomodarse a la percepción del dolor del paciente y ver una respuesta óptima al tratamiento.

La percepción del dolor del paciente podía influir en la decisión de tratamiento de los profesionales de la salud, puesto a que la escala del dolor era un determinante a tener en cuenta al momento de formular, como lo afirmó un participante: *"En algunos casos se tiene en cuenta también el antecedente del paciente. Sin embargo, la decisión de tratamiento se basa básicamente en la escala del dolor del paciente" (1Dc)*, la influencia de la percepción del dolor del paciente incidía directamente como un indicador esencial para la evaluación de la necesidad y el tipo de conducta a tomar. Así mismo, el entrevistado mencionó *"Los estudios han mostrado que los opioides no son los ideales para tratar una patología crónica, a pesar de que ayudan con el manejo del dolor de forma aguda, no es la indicación para una patología crónica. Hay algunos pacientes que por la escala del dolor se termina formulando,*

pero no es lo ideal." (1Dc). Por tanto, la interpretación del paciente sobre la intensidad e impacto de sus síntomas a menudo conducía a un enfoque centrado en el alivio inmediato, incluso cuando reconocían que el manejo a largo plazo podría requerir de enfoques más holísticos.

Por último, la respuesta que los profesionales de la salud deseaban obtener con el tratamiento de la fibromialgia era la modulación del dolor y una buena evolución clínica. Para llegar a este punto, algunos consideraban dar remisión a otros especialistas, por lo que un médico mencionó: *"Lo ideal es que yo le hago un primer intento de modular su dolor. Si modula el dolor o no igual se remite a clínica del dolor."* (7Dc). Teniendo en cuenta que si el tratamiento establecido demostraba una mejoría sintomática se decidía continuar este manejo, por el contrario, si no se veía una modulación del dolor estos empezaban a ajustar los medicamentos, las dosis y la combinación medicamentosa. Uno de los participantes expresó lo siguiente: *"Si ya está diagnosticado lo que hacemos es tratar de ajustar la dosis de los neuromoduladores, ya sea que esté con gabapentina o pregabalina."* (7Dc). Con lo anterior, buscando una remisión o modulación del dolor y teniendo una buena evolución clínica desarrollando un tratamiento adecuado para estos pacientes.

Posibilidad de acceso al tratamiento

Un punto importante, fue el tema del acceso al servicio del sistema de salud, ya que los pacientes con fibromialgia presentan muchos desafíos por la complejidad de su diagnóstico y de su tratamiento, por lo que uno de los médicos refirió: "*Tener que realizar más papeleo como el MIPRES, personalmente también influye" (1Dc).* La formulación de estos medicamentos implica procedimientos adicionales, lo que apuntó hacia posibles limitaciones protocolarias establecidas en la prescripción de ciertos medicamentos, en este caso, los opioides, para pacientes con fibromialgia. Teniendo en cuenta esto, se observó que el propio sistema de salud obliga a los profesionales a registrar o llenar diversos formularios y documentos, lo que generó insatisfacción, razón por la cual algunos prefirieron no hacerlo y por ende

se evitó la formulación de dichos medicamentos. Uno de los participantes comentó *"Pues el factor más importante, es con el sistema por el MIPRES que algunos opioides necesitan de este, y se puede complicar la formulación." (8Dc)*. Esto sugirió que los procedimientos y requisitos administrativos relacionados con el MIPRES podrían actuar como obstáculos para la prescripción de ciertos medicamentos, en este caso, de los opioides.

Los costos asociados, la disponibilidad de tratamiento y la atención médica también representaron una barrera significativa del sistema de salud para algunos pacientes, especialmente aquellos con seguros de salud que limitaban la cobertura para acceder a terapias complementarias y medicamentos específicos para la fibromialgia. Uno de los médicos refirió *"Lo que pasa es que a veces hay muchos problemas de abastecimiento en la EPS con la que trabajo, entonces por eso hay mayor preferencia por la hidrocodona porque ese casi siempre está bien abastecido, también hay acetaminofén con tizanidina, pero casi nunca se los entregan, es muy complicado, por eso la hidrocodona siempre es la elección principal." (3Dc)*. Este contexto reflejó la dificultad que enfrentan los médicos para acceder a ciertos medicamentos específicos para tratar la fibromialgia, lo que podría limitar las opciones de tratamiento para los pacientes.

La naturaleza multifacética de la fibromialgia requiere un enfoque multidisciplinario en el tratamiento, lo que llevó a que los médicos entrevistados decidieran remitir a especialistas como reumatólogos o fisiatras. Sin embargo, los pacientes comúnmente enfrentaron dificultades para acceder a dichas citas, debido a la falta de disponibilidad de agendas y demás problemas en el sistema de salud, por lo que uno de los participantes comentó *"Claro y normalmente las citas de clínica del dolor son bien difíciles, acceder a ellas es complejo, donde trabajo a mí me da la impresión de que solo hay un especialista. Y ellos los citan para un nuevo control en 3 meses, pero eso por lo general no pasa." (3Dc)* Lo que generó una prolongación en el tiempo de atención a estos pacientes, por lo que los médicos consideraron iniciar tratamiento con opioides mientras se asignaban las respectivas citas con los especialistas.

Teniendo en cuenta los inconvenientes mencionados por algunos de los participantes, uno de los médicos comentó *"En todas estas opciones debe considerarse si la prescripción de opioides es la mejor opción." (4DC),* por lo cual se observó que una de las limitaciones del sistema de salud, es que algunos médicos no optaban por un manejo multidisciplinar y decidían mantenerse solo dentro del tratamiento farmacológico, debido a que los otros tratamientos interdisciplinarios eran de difícil acceso.

Por otro lado, tenemos a algunos participantes que refirieron que los pacientes si necesitaban de un abordaje polivalente, pero desconocían cuál era el protocolo a seguir para tener en cuenta otras opciones y herramientas de tratamiento, así como lo comentó uno de los participantes, *"Yo creo que más allá de que haya poca opción terapéutica, hay una omisión de conocimiento de cómo combinar y titular. En el caso de la fibromialgia es una patología que debería tener un abordaje multidisciplinario, entonces creo que es más una falta de ajuste y de multidisciplinariedad." (5Dc).* Por lo que se destacó la necesidad de un abordaje integral, atribuyendo la dificultad a una falta de ajuste y coordinación entre diferentes disciplinas médicas, lo que impedía un enfoque completo y efectivo para esta condición.

En cuanto a las consideraciones médicas sobre el uso de opioides y otros tratamientos para el manejo del dolor, se deliberaron distintos aspectos como la refractariedad de los síntomas, el equilibrio entre los riesgos y los beneficios de cada medicamento, teniendo en cuenta los posibles efectos secundarios y la necesidad de ajustar dosis en pacientes con condiciones médicas adicionales, como enfermedades respiratorias, un entrevistado expresó *"En el caso de los opioides es igual, por ejemplo, si es un adulto mayor que tienen de base una neumopatía o una enfermedad respiratoria no se lo voy a mandar o tengo que medir mucho más la dosis por el riesgo de depresión respiratoria". (7Dc)*, así mismo se destacó la preferencia por dosis mínimas y periodos cortos de opioides para maximizar su efectividad y minimizar los riesgos de adicción, un entrevistado comentó *"Lo primero que se pensaba cuando se planteaba la posibilidad del opioide era que se utilizara en periodos cortos en las dosis mínimas para conseguir el*

mejor/mayor efecto." (5Dc). De manera que, se enfatizó en la importancia de adaptar las dosis de acuerdo a las condiciones de cada paciente, teniendo en cuenta los posibles riesgos de efectos secundarios y la tolerancia al medicamento.

De igual forma, se destacó que uno de los manejos más utilizados son los neuromoduladores, no obstante, este grupo de medicamentos pueden generar efectos secundarios, un médico denotó *"El manejo principal son los neuromoduladores y estos causan somnolencia." (7Dc)*, sin embargo, han sido eficaces para el manejo del dolor crónico en fibromialgia, por lo que otro participante mencionó *"He visto que los pacientes responden bien al tratamiento, no generan tantos efectos adversos, pues el efecto adverso más predominante es con la pregabalina que es la somnolencia." (2Dc)*. Por lo tanto, se aclaró la necesidad de realizar una evaluación detallada y personalizada al prescribir medicamentos para el manejo del dolor en la fibromialgia, considerando la situación, contexto y el impacto en la calidad de vida de cada paciente.

En cuanto al tiempo de tratamiento, fue importante tener en cuenta los distintos enfoques que se le podían dar a la terapia dependiendo el contexto del sitio que presta el servicio y la respuesta de cada paciente. En consulta externa, algunos médicos realizaron un abordaje teniendo en cuenta el componente físico y emocional de la enfermedad. Uno de los profesionales manifestó *"Pasado un mes con refractariedad, pero entonces también utilizaba las medidas físicas, también está el componente emocional que es importante, la terapia física, era un enfoque multidisciplinario, entonces más o menos en promedio aquellos pacientes que un mes no mejoraron su sintomatología y seguían con cuadros de dolor severos." (5Dc)*, de igual manera, hubo quienes consideraron utilizar opioides en casos donde el paciente no mejoraba, otro médico comentó *"Cuando el paciente ya lleva bastantes meses con manejo con acetaminofén, ha realizado las terapias y no se ha visto respuesta al tratamiento, se le dan más o menos tres meses de manejo y si no se ve una adecuada respuesta a este se empieza a manejar con un*

opioide o con tramadol o con codeína." (2Dc). Motivo por el cual se resaltó la complejidad del manejo del dolor crónico y el paso progresivo de tratamientos menos riesgosos hacia opciones más potentes.

En contraste, en el contexto de urgencias, la primera línea de elección fueron los AINES, si el paciente persistía con dolor agudo severo optaban por utilizar opioides, el participante (1Dc) señaló *"En urgencias ya no se empieza el manejo de la patología crónica que es la fibromialgia, sino que se trata lo agudo, que es el dolor y a veces uno canaliza a ese paciente, le da los AINES a las dosis máximas que se permiten y se le da el tiempo de espera, pero hay algunos que no responden y empieza uno a escalonar el tratamiento y desafortunadamente se llega a utilizar, en estos casos, un opioide."* Por lo anterior se evidenció la diferencia de enfoques que se le dan a un paciente dependiendo del lugar de atención y el tiempo de respuesta al tratamiento, en urgencias, a diferencia de la consulta externa, el escalonamiento en el tratamiento sucedió más rápido dado al contexto del servicio, el cual se centra en dar un manejo eficaz a la agudización del dolor por el cual paciente consulta.

La titulación de los medicamentos es otro aspecto fundamental a resaltar, puesto a que tuvo un papel importante en la continuidad del tratamiento y mejoría de los pacientes. Un entrevistado destacó *"Yo aprendí lo de la importancia de la titulación en cuidado intensivo y me senté a estudiarlo por lo que también empecé a hacer guías, entonces en qué casos se titula para arriba o para abajo, en qué casos se debe escalar el tratamiento, etc." (Dc5).* De acuerdo con lo anterior, la titulación de dosis y la creación de guías para su adecuada aplicación demostró la necesidad de un enfoque individualizado para el manejo del dolor, para ajustar el tratamiento de acuerdo a las necesidades del paciente y garantizar su seguridad.

Adicionalmente, a la hora de abordar a un paciente y tomar decisiones sobre su tratamiento, se consideró el manejo previo del paciente, ya que esto podía cambiar el manejo y la titulación. Un médico expresó *"Hay varios de los pacientes que ya vienen manejando opioides, especialmente gotas de tramadol que es lo que más utilizan, entonces en la escala de manejo devolverse no es lo ideal o no es*

lo que le da a uno mejor resultado y por lo tanto en algunos pacientes si se debe administrar una dosis de opioide." (1Dc), así mismo, un doctor reflejó la complejidad de una cuidadosa administración de opioides, al iniciar con dosis bajas e irlas titulando de acuerdo al resultado de la terapia. Señaló *"Acetaminofén con tramadol o acetaminofén con codeína, son los que yo más manejo, normalmente los inicio titulándolos de a poco para ir mirando dosis-respuesta del paciente, yo empiezo con dosis bajas y se van titulando a medida que el paciente vaya tolerando el medicamento." (Dc2).* Esto destacó la importancia de la titulación consciente de los opioides y otros medicamentos para el dolor crónico, así como la necesidad de brindar atención personalizada, dado a que esta estrategia busca minimizar los riesgos y optimizar la eficacia del tratamiento.

La capacidad de acceso al tratamiento para pacientes con fibromialgia emergió como un desafío significativo en el panorama de la atención médica. Este aspecto vital no solo involucró la disponibilidad de terapias y medicamentos, sino también la compleja interacción entre los sistemas de salud, las limitaciones de cobertura y los procedimientos administrativos. Se evidenció la necesidad de implementar enfoques multidisciplinarios que no solo reconocieran la complejidad de esta afección, sino que también abordarán las carencias en el conocimiento terapéutico y promovieran una mayor coordinación entre profesionales de diversas áreas.

Cumplimiento terapéutico

Al momento de formular un tratamiento para la fibromialgia se debe tener en cuenta el objetivo terapéutico de este, el cual hace referencia al control del dolor generalizado que caracteriza a esta enfermedad, sin embargo, alcanzar esta meta requiere de pruebas de ensayo – error, como lo mencionó uno de los participantes: *"La mayoría terminan con tapentadol. Y el que usamos primero es el acetaminofén tramadol, luego acetaminofén con codeína, si no funciona, acetaminofén con hidrocodona y por último el que le mencioné." (8Dc)* de igual forma otro participante comentó*: "acetaminofén con*

tramadol o acetaminofén con codeína, son los que yo más manejo, normalmente los inicio titulándolos de a poco para ir mirando dosis-respuesta del paciente, yo empiezo con dosis bajas y se van titulando a medida que el paciente vaya tolerando el medicamento." (2Dc). Se evidenció la necesidad de iniciar un medicamento a bajas dosis e ir titulándolo según la mejoría de los síntomas, en caso de no ver una adecuada modulación del dolor se puede iniciar una combinación de medicamentos, como los opioides débiles con AINES, tratando de dejar como última opción los opioides fuertes, puesto a que estos no deberían ser utilizados de manera crónica.

El cumplimiento del objetivo terapéutico depende de muchos factores que se deben analizarse al momento de prescribir los medicamentos. Además, la continuidad del tratamiento se basó en dos variables fundamentales, el seguimiento exhaustivo por parte de los profesionales de la salud que en ocasiones se dificulta en una patología como la fibromialgia, como uno de los médicos comento: *"Toda patología crónica si no tiene un apoyo o un seguimiento por consulta externa va a terminar siendo un visitante frecuente de los servicios de urgencias y lo que se hace es que se trata de aliviar de forma rápida el síntoma." (1Dc)*, así mismo es de vital importancia la disposición del paciente para mantener una continuidad frente a su tratamiento para lograr un adecuado escalonamiento de líneas terapéuticas como lo mencionó uno de los entrevistados *"Pues cuando uno ya vio que el tratamiento inicial con la duloxetina o la pregabalina no mejora el dolor o cuando ya cambiaste de inhibidores de serotonina a otros y tampoco mejora, ahí si el siguiente manejo serían los opioides." (4CD).* Fue claro que se requirió de una participación activa de las dos partes para lograr un control sintomático de la patología y del desarrollo de la enfermedad con el fin de evitar una crisis o agudización del dolor.

Sin embargo, cuando no había un adecuado seguimiento y control del tratamiento propuesto o este dejaba de tener efectividad, el paciente reconsultaba por un aumento en el dolor que interrumpe su vida cotidiana en los servicios de urgencias, como lo mencionó uno de los médicos: *"cuando ese medicamento*

ya no les funciona se convierten en un paciente que consulta frecuentemente a urgencias, porque están con las dosis más altas de los últimos medicamentos que les recetaron y no han logrado el control de sus síntomas." (1Dc). Fue evidente que el no tener un adecuado control de la enfermedad predisponía al paciente y era un factor que influía en rechazos del tratamiento, múltiples consultas a los servicios de urgencias e incluso la automedicación.

La reconsulta al servicio de urgencias fue frecuente en este tipo de pacientes con patologías que causaban dolor crónico como la fibromialgia, de esta manera como lo comentó uno de los médicos entrevistados: *"En urgencias ya no se empieza el manejo de la patología crónica que es la fibromialgia, sino que se trata lo agudo, que es el dolor y a veces uno canaliza a ese paciente, le da los AINES a las dosis máximas que se permiten y se le da el tiempo de espera, pero hay algunos que no responden y empieza uno a escalonar el tratamiento y desafortunadamente se llega a utilizar en estos casos un opioide." (1Dc)*. Las visitas a urgencias y el uso de fármacos fuertes como los opioides para brindar analgesia de rescate, era útil para brindar un alivio sintomático muy evidente para el paciente, sin embargo, esto se convirtió en un gran problema, al generar en algunos casos una dependencia a estos como lo expresó uno de los participantes: *"cuando empezamos a tener el problema de que al paciente le empiezan a gustar los opioides, quizás sea un motivo para que pidan consulta." (10Dc)* y es un motivo para que al paciente se vuelva un usuario frecuente de urgencias, lo cual también representó problemas en la continuidad del tratamiento.

De igual forma la fibromialgia tiene un gran componente psicológico y emocional, ya que es una enfermedad que supone un deterioro muy marcado de la calidad de vida los pacientes, una gran cantidad de personas con la patología pueden tener trastornos emocionales que condicionan y limitan el uso de ciertos medicamentos como los opioides. Un participante mencionó: *"Hay un caso donde una paciente que tiene no solo fibromialgia dentro de sus diagnósticos, sino que cuenta con otras patologías de ámbito*

emocional y en gran parte, muchos otros pacientes no cuentan con una buena red de apoyo y son generalmente pacientes que terminan utilizando y abusando de opioides, y en el caso de esta paciente hay una alerta sobre el uso de opioides precisamente por eso, dado a que es una joven que no tiene una red de apoyo y toma los medicamentos de forma muy irregular." (1Dc), en contraste, se observó que se favorecía la prescripción de otros medicamentos como los estabilizadores del ánimo, como lo indicó otro participante: *"Y pues, como muchos pacientes también están relacionados con depresión, la duloxetina puede ayudar a las dos formas el control y el manejo de la depresión." (6Dc)*. El estado mental y emocional del paciente en esta patología es fundamental, ya que en gran parte se vio relacionada con un componente psicológico, el cual causaba un aumento en las agudizaciones de la enfermedad. Por lo tanto, se debían considerar los posibles riesgos de prescripción de opioides a pacientes con factores de riesgo dependencia al fármaco para mejorar la efectividad del tratamiento propuesto.

Así mismo el factor socioeconómico desempeñó un papel importante en el tratamiento de elección por parte de los médicos, ya sea debido a las facilidades de acceso a medicamentos, como lo señaló el participante: *"Hay algunos medicamentos que no son opioides y podrían ayudarle más al paciente en cuanto al dolor, pero son medicamentos costosos que no están en los planes obligatorios y a algunos pacientes les cuesta adquirirlos, es por esto que los pacientes de más bajos recursos tienden a ser más resistentes al dolor que aquellos que tienen mayor poder adquisitivo que son quienes pueden comprar con mayor facilidad los últimos medicamentos disponibles en el mercado." (1Dc)*. Además, la tolerancia al dolor de ciertos grupos poblacionales variaba de acuerdo a sus condiciones, como lo señaló el mismo médico: *"Se evidencia una diferencia entre los pacientes con mayor poder adquisitivo, dado a que estos pacientes suelen ser menos tolerantes al dolor y suelen ir con mayor frecuencia al servicio de urgencias, un paciente de estrato socioeconómico bajo es un paciente que soporta más el dolor." (1Dc)*. Es claro que la accesibilidad económica condiciona y puede llegar a redireccionar el tratamiento en ciertos

pacientes, teniendo en cuenta que el acceso a servicios de salud, medicina prepagada y medicamentos de alto costo no fueron los mismos en todos los pacientes.

Un punto fundamental que se tuvo en cuenta para la prescripción de medicamentos en los pacientes con fibromialgia fueron las comorbilidades asociadas, como lo evidenció el siguiente participante: *"Yo veo sobre todo pacientes crónicos con comorbilidades como hipertensos, diabéticos y con EPOC, entonces casi siempre las combinaciones con opioides son lo primero que se les formula a ellos para evitar el manejo con otros analgésicos con el fin de proteger la función renal." (3Dc),* asimismo otro médico mencionó: *"También depende de las comorbilidades, muchos de mis pacientes con fibromialgia han sido mujeres alrededor de los 40 años, entonces que tu veas a un paciente de 55 años con fibromialgia, generalmente muchos de ellos estaban formulados con opioides y realmente se encontraban mejor, pero eran pacientes mayores, entonces uno se pregunta si tiene que ver con el metabolismo, con el nivel de distribución o sus otras enfermedades de base."(5Dc),* este factor representó una dificultad aún mayor para el cumplimiento terapéutico, ya que pone al médico frente a variables como las interacciones medicamentosas, los efectos secundarios de algunos medicamentos, la respuesta sintomática frente a los analgésicos e incluso se convirtió en una variable decisiva para decidir prescribir opioides de manera temprana durante el tratamiento.

Dado lo anterior, fue evidente que lograr el cumplimiento terapéutico en los pacientes con fibromialgia dependía de varios factores, tanto como del paciente como de la efectividad del tratamiento. Resultó importante que el médico tratante tuviera en cuenta estas variables a la hora de prescribir algún fármaco con el fin de dar la mejor estrategia terapéutica y así alcanzar un adecuado control de la enfermedad.

Implicaciones de los efectos adversos en la elección de opioides como tratamiento

Teniendo en cuenta la información obtenida, se procede a analizar los resultados correspondientes al tercer objetivo delineado en este estudio: "Analizar cuál es el impacto de los efectos adversos y/o

secundarios sobre la decisión de los médicos para formular opioides como primera línea de tratamiento para la fibromialgia.". Estos resultados se presentan por medio de tres categorías, las cuales surgieron a partir del análisis llevado a cabo mediante la teoría fundamentada.

Tratamiento óptimo

Lo que se busca en el tratamiento de la fibromialgia es que el paciente tenga un adecuado control del dolor y reducir las agudizaciones de los síntomas, para esto es importante que el profesional de la salud asegure un tratamiento óptimo que se adapte de manera específica a las necesidades y características de cada paciente con el fin de lograr las metas terapéuticas anteriormente mencionadas.

Algunos médicos contemplaron ciertos rasgos del paciente para así ajustar el tratamiento, como lo fueron las condiciones económicas, uno de los participantes manifestó: *"Algo personal que yo creo es que el paciente de bajos recursos está preocupado por otras cosas a parte del dolor y se le dificulta dejar de trabajar, a diferencia de los pacientes con mayor poder adquisitivo que pueden faltas con mayor facilidad al trabajo durante algunos días, entonces son estos pacientes los que pueden asistir con mayor facilidad a urgencias para buscar otras opciones para el alivio de su dolor." (1Dc)*. Se identificó que la capacidad económica del paciente afectaba la manera de afrontar su enfermedad y por consiguiente en la forma de adaptarse y cumplir con el tratamiento, así mismo contar con un buen poder adquisitivo facilitaba el acceso a los servicios de salud. Por lo anterior, fue fundamental que el médico tuviera presente este factor al momento de escoger alguna estrategia terapéutica y más si se trataba del manejo con opioides, ya que esto podía ser un indicador de la adherencia al tratamiento y representaba un factor de riesgo para presentar efectos adversos.

De igual forma fue fundamental tener en cuenta otras características como la actividad laboral que desempeña el paciente, como un médico comentó: *"En cuanto a la condición laboral estamos pendientes de si conducen moto o vehículos o manejan una máquina en donde requieran estar más alerta, puesto*

que pueden generar algún accidente." (2Dc). Así como lo mencionó el médico participante, algunos opioides débiles como la codeína, pueden causar efectos sobre el sistema nervioso, como la somnolencia y mareos, los cuales pueden interferir de manera significativa en el ámbito laboral del paciente, generando un mayor riesgo para su vida que un beneficio frente a su enfermedad, por esto es importante que el profesional conozca la condición laboral y así brindarle el manejo farmacológico que más se ajuste a su vida cotidiana.

Otro determinante en el cual los participantes hicieron énfasis fue la edad del paciente, específicamente si se trataba de un adulto mayor, como lo mencionó uno de los entrevistados: *"De los 7 pacientes, en un tercio de ellos se podría terminar administrando una dosis de opioides y cerca de la mitad llegan con formulación de opioides, porque hay algunos pacientes, sobre todo el paciente joven que entienden que no debería utilizar el opioide, pero el paciente adulto mayor no suele entenderlo por más de que uno se lo explique y son pacientes que van por dolor y se debe manejar." (1Dc)*. Se identificó una limitación en este grupo etario por el poco entendimiento de la enfermedad y del tratamiento, en especial con lo opioides, puesto a que no comprendían la importancia de utilizar estos fármacos solo en casos de dolor incapacitante y que no debían utilizarlos de manera regular para cualquier dolor, esto podía resultar en una toma inadecuada, lo que genera mayor probabilidad de presentar algunos efectos adversos.

Por otro lado, resultó importante considerar que las personas con edad avanzada tienden a presentar otras enfermedades aparte de la fibromialgia, como un participante comentó: *"Un adulto mayor que tiene de base una neumopatía o una enfermedad respiratoria no se lo voy a mandar o tengo que medir mucho más la dosis por el riesgo de depresión respiratoria." (7Dc)*, fue fundamental que el profesional tuviera en cuenta las comorbilidades que presentaba el adulto mayor, específicamente si el manejo que se le quería dar era con opioides, debido a que el uso de estos fármacos podía causar un deterioro de sus

patologías de base y no un beneficio frente a la fibromialgia, por esto se debía realizar un adecuado seguimiento terapéutico con el fin de identificar fallos en el tratamiento o efectos no deseados y así ajustar la dosificación de los medicamentos que estaban siendo utilizados para esta patología.

Un factor que los profesionales de salud debían tener en cuenta a la hora de formular ciertos tipos de medicamentos en fibromialgia, era la red de apoyo con la que contaba el paciente, como lo comentó un entrevistado: *"También es importante involucrar al familiar más que todo en los efectos adversos, en que estén pendientes de los efectos adversos que ven en el paciente, como la somnolencia, mareos o náuseas." (2Dc)*, a partir de esto se identificó que el apoyo familiar y social que tenga el paciente fue fundamental para lograr un tratamiento óptimo. Contar con una buena red de apoyo garantizaba que hubiera más personas, además del paciente, atentas a los posibles efectos secundarios de los medicamentos, específicamente de los opioides. Así mismo, con este tipo de medicamentos, era importante que las personas en el entorno del paciente prestaran mayor atención si observaban un abuso en la toma de estos fármacos para así evitar una dependencia y adicción a largo plazo.

Así mismo se debía tener en cuenta otros factores externos, que pudieran determinar el acceso al tratamiento, especialmente con opioides, como lo es el costo de los medicamentos, un participante comentó: *"En el contexto social en el que estamos, muchos de los medicamentos esenciales en el tratamiento de esta enfermedad son muy costosos y ese es otro factor por lo cual se prescriben tanto los opioides. Dentro de la red de salud que tenemos en Colombia, los opioides débiles como el tramadol y la codeína son económicos. En cambio, los demás como gabapentinoides son más costosos; entonces uno debe mirar el acceso que tienen los pacientes a los medicamentos." (9DC)*, fue evidente que para el paciente existe una facilidad para conseguir opioides débiles como el tramadol o la codeína, debido a que se encuentran dentro del plan de beneficios de salud, se pueden adquirir sin prescripción médica y son más económicos en comparación con otros analgésicos, sin embargo, opioides fuertes como la

oxicodona, no son fáciles de conseguir porque requieren de la elaboración de MIPRES, lo que significa la realización de más trámites y autorizaciones. Por otro lado, fármacos que según guías de práctica clínica son considerados de primera línea en fibromialgia, como la pregabalina, suelen tener un costo más elevado, lo que pudo llevar al médico a no seguir las recomendaciones con evidencia científica y formular como primera opción opioides.

Por último, otro determinante externo que se debió tener en cuenta fueron las barreras administrativas que se presentaron en las entidades prestadoras de salud, como lo mencionó uno de los entrevistados: *"Lo que pasa es que a veces hay muchos problemas de abastecimiento en la EPS con la que trabajo, entonces por eso hay mayor preferencia por la hidrocodona porque ese casi siempre está bien abastecido, también hay acetaminofén con tizanidina pero casi nunca se los entregan, es muy complicado, por eso la hidrocodona siempre es la elección principal." (3Dc)*, por lo cual fue importante que el profesional tratante conociera si la entidad que proveía estos fármacos se encontraba suficientemente abastecida y pudiera garantizar el tratamiento, en caso de que no estuviera disponible, el médico podría considerar el uso de otras opciones terapéuticas.

Sumado a lo anterior el mismo participante comentó: *"Si yo les formuló separado por ejemplo el acetaminofén y las gotas de tramadol o acetaminofén y la tizanidina o si le formuló la pregabalina, se los entregan en una farmacia sin tener que hacer ningún trámite, si yo les formuló el acetaminofén con hidrocodona ellos tienen que hacer un trámite de autorización y esperar unos códigos." (3Dc)*, de igual forma debía conocer si los medicamentos formulados requerían de trámites adicionales como autorizaciones o códigos para que fueran entregados, esto con el fin de evitar que el paciente se quedará sin el tratamiento por un tiempo prolongado o buscará alternativas analgésicas por su propia cuenta, por lo que el médico debía tener en cuenta estas limitaciones y brindarle estrategias terapéuticas que sean más accesibles al paciente.

El tratamiento óptimo, requiere que el médico conozca el entorno de su paciente, cuál es su capacidad económica, como es su vida cotidiana, si cuenta con una buena red de apoyo y a la vez debe conocer las limitaciones que existen en el sistema de salud, con el objetivo de brindarle al paciente opciones terapéuticas que estén a su alcance, siempre teniendo en cuenta las primeras líneas de tratamiento, evitando la automedicación y la toma inadecuada de los medicamentos ya formulados, específicamente los opioides, para prevenir los efectos adversos y lograr las metas terapéuticas.

Progreso del tratamiento

El tratamiento de la fibromialgia ha sido una situación difícil para los profesionales de la salud, donde la adaptación del paciente frente a la enfermedad y la respuesta inadecuada a los tratamientos convencionales han representado desafíos significativos. Esta patología, ha generado la necesidad de abordajes terapéuticos adaptables y personalizados e incluso la necesidad de optar por escalonar medicamentos para la mejoría sintomática de algunos pacientes. La adaptación del paciente no solo implica aceptar y gestionar la complejidad de la condición, sino también la búsqueda incansable de opciones terapéuticas óptimas debido a la inadecuada respuesta a las terapias disponibles, planteando así un panorama desafiante en la atención médica de la fibromialgia.

La educación en salud es un proceso que tiene como objetivo proporcionar a los pacientes información y habilidades para que puedan tomar decisiones informadas sobre su salud y bienestar. En el caso de los pacientes con fibromialgia, la educación en salud representó una herramienta importante para mejorar su calidad de vida. Como lo menciona uno de los participantes *"Es básico que el paciente sea consciente y tenga claro que es un riesgo enorme el que tiene de volverse adicto." (10Dc),* por lo tanto, resultó importante explicarle al paciente para que pudiera comprender los síntomas característicos de la fibromialgia, como el dolor crónico, la fatiga y los trastornos del sueño, proporcionando información

detallada sobre la naturaleza de la patología, contribuyendo que a los pacientes reconocieran y aceptaran su condición, reduciendo la ansiedad asociada a la incertidumbre.

En general, al ser una patología de difícil diagnóstico, se buscó realizar un tratamiento personalizado de acuerdo con los síntomas y necesidades individuales de cada paciente, donde los entrevistados intentaron promover un enfoque integral que abordara los aspectos físicos, emocionales y sociales de la enfermedad. Puntualmente, un participante comentó *"Hay algunos pacientes, sobre todo el paciente joven que entienden que no debería utilizar el opioide, pero el paciente adulto mayor no suele entenderlo por más de que uno se lo explique" (1Dc)*, por lo que además de realizar educación sobre la enfermedad, también importante generar una comunicación asertiva con respecto a los medicamentos formulados. En el caso de los opioides, fue vital explicarle a los pacientes cómo funcionan estos fármacos, la dosificación y los posibles efectos adversos como la adicción.

La adherencia al tratamiento en pacientes con fibromialgia influyó significativamente en la efectividad del manejo de esta condición crónica. Esta patología, requiere un enfoque integral que abarque tratamiento farmacológico, ejercicio, terapias físicas y psicológicas, por lo que una buena adherencia, no solo mejora la efectividad, sino que también puede conducir a una mejor calidad de vida para los pacientes. Así como lo mencionó un participante, *"Otro paciente con acetaminofén con codeína que tenía prescrito 30mg de codeína y se tomaba más de la dosis prescrita." (2Dc),* lo que identificó que al ser una patología de manejo a largo plazo, los pacientes no siguieron de manera consistente las indicaciones médicas, ya sea por omisión de la dosis, interrumpiendo el tratamiento o por no cumplir con las recomendaciones terapéuticas del médico, por ejemplo, haciendo uso excesivo de medicamentos, lo que para varios participantes significó un reto para el seguimiento terapéutico y una serie de consecuencias para los pacientes como el empeoramiento de los síntomas, menor eficacia del tratamiento y mayor riesgo de complicaciones.

Lo anterior llevó a una carencia de prácticas terapéuticas, el cual es un problema de adherencia, que pudo tener un impacto negativo en la salud y el bienestar de los pacientes, provocando un control ineficaz de los síntomas, llevando a un aumento del dolor, fatiga y otros problemas de salud mental. Como lo mencionó un entrevistado, *"Se tomaba 30 gotas de tramadol cada 6 horas porque decía que no sentía ninguna mejoría con el medicamento" (2Dc),* donde se reflejó que el incumplimiento del tratamiento con opioides fue un desafío importante, ya que pudo llevar, a pesar de la educación brindada en consulta, a que los pacientes con síntomas más intensos tuvieran más dificultades para seguir el tratamiento, optando por una sobredosificación, generando inconvenientes para el personal médico a la hora de reformular.

Así mismo, el inadecuado control terapéutico se atribuyó a la complejidad de los síntomas, la falta de tratamientos específicos, la variabilidad en la respuesta a los tratamientos y la accesibilidad limitada a programas multidisciplinarios, así como lo mencionó uno de los participantes *"Cuando el paciente ya lleva bastantes meses con manejo con acetaminofén, ha realizado las terapias y no se ha visto respuesta al tratamiento, se le dan más o menos tres meses de manejo y si no se ve una adecuada respuesta a este se empieza a manejar con un opioide o con tramadol o con codeína." (2Dc).* Por lo anterior, algunos profesionales optaban por escalonar o realizar un cambio de medicamentos a fármacos más potentes como los opioides, cuando los fármacos que utilizaron de primera línea como el acetaminofén, la pregabalina y la duloxetina no lograron mejorar la sintomatología y no proporcionaron un alivio del dolor.

La tolerancia de los pacientes frente a los medicamentos fue un factor de importancia a contemplar, especialmente al considerar la prescripción de opioides dado a los efectos secundarios, sobre todo a nivel gastrointestinal. Como lo mencionó uno de los participantes *"Muchas veces lo que alcance a formular fue Hidrocodona + Acetaminofén o Winadeine que es Acetaminofén + codeína, entonces era la feria de las parálisis gastrointestinales." (5Dc).* Por lo anterior, algunos médicos prefirieron evitar el uso de estos

medicamentos y en caso de utilizarlos, se describe una estrategia de iniciar con opciones menos potentes y a dosis más bajas evaluando la tolerabilidad del paciente, teniendo la posibilidad de titulación. Y como lo comentó otro entrevistado, *"Otro factor que normalmente tengo en cuenta son las comorbilidades del paciente como la enfermedad renal crónica, enfermedades cardíacas porque pueden influir en el deterioro clínico del paciente." (9DC)*, manifestando la importancia de considerar las comorbilidades del paciente, como enfermedades renales o cardíacas, dado a que podían afectar el metabolismo y excreción de los medicamentos e influir en la respuesta al tratamiento, además de que podían implicar el uso de otros fármacos que podrían hacer una interacción farmacológica aumentando así el riesgo de reacciones no deseadas.

Asimismo al tener en cuenta los inconvenientes mencionados por los participantes en torno a las limitaciones del sistema de salud, algunos pacientes no lograron conseguir a tiempo los medicamentos formulados y decidieron automedicarse con cualquier analgésico, sin importar las consecuencias y posibles efectos adversos, a lo que uno de los participantes comentó *"Acá es importante mencionar otro tema que influye mucho y es una falla del sistema de salud, en cuanto a la demora en las citas (6 meses o hasta 1 año) y esto hace que los pacientes prefieran ir a una farmacia y preguntar por medicamentos que sirvan para controlar sus síntomas." (9DC).* Esta situación condujo a que los pacientes se vieran obligados a buscar alternativas, recurriendo a la consulta en farmacias y la autoadministración de medicamentos, en lugar de recibir la atención médica especializada, lo cual generó preocupaciones relevantes sobre la calidad del cuidado proporcionado y la seguridad del paciente.

Otro inconveniente mencionado por los entrevistados fue el diagnóstico tardío de esta patología debido a la complejidad de sus síntomas, la falta de marcadores biológicos específicos y la superposición con otras condiciones médicas. Esta demora en el diagnóstico llevó a una prolongada incertidumbre para los pacientes, así como a un manejo inadecuado de sus síntomas, tratamientos escalonados y altas tasas

de reconsulta. Como lo mencionó uno de los entrevistados, *"Con fibromialgia diagnosticada no, pero pacientes que aún no se les ha diagnosticado y tienen dolor crónico, sí; teníamos dos pacientes estrellas que siempre reingresaron por eso, y pues se le empezaba el protocolo con metadona a dosis bajas e interconsulta a psiquiatría" (6Dc).* De esta manera, se destacó la existencia de pacientes con dolor crónico sin un diagnóstico definido, lo cual ocasionó reingresos frecuentes a los servicios de urgencias en busca de alivio del dolor inmediato.

El progreso en el tratamiento de la fibromialgia ha sido influenciado por una comprensión más amplia de la enfermedad y un enfoque integral que considera la adaptación del paciente frente a la enfermedad. La educación en salud desempeñó un papel crucial al capacitar a los pacientes con información precisa sobre la naturaleza crónica de la condición, promoviendo así una participación activa en su propio cuidado. Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, la adherencia al tratamiento continúa siendo un desafío, ya que algunos pacientes enfrentan dificultades para seguir rigurosamente los planes terapéuticos debido a la complejidad de los síntomas y el tratamiento multifacético. Este incumplimiento, a menudo vinculado al diagnóstico tardío y al inadecuado control sintomático impacta negativamente la respuesta al tratamiento. Además, la tolerancia a los medicamentos pudo plantear obstáculos, ya que algunos pacientes desarrollaron una disminución en la eficacia de ciertos fármacos con el tiempo, requiriendo así estrategias alternativas y un enfoque más personalizado para optimizar el manejo de la fibromialgia.

Efectos no deseados

Uno de los desafíos más importantes en el tratamiento de la fibromialgia fue el uso de medicamentos dado la heterogeneidad en la respuesta de los pacientes a las opciones farmacológicas disponibles. La aparición de efectos adversos o secundarios fue una preocupación para los profesionales de la salud a la hora de formular, los cuales podían abarcar desde manifestaciones leves hasta complicaciones más graves. Algunos de estos efectos incluían molestias gastrointestinales, hipersensibilidad, somnolencia,

deterioro cognitivo, adicción, fatiga persistente, entre otros. La diversidad en la presentación de estos efectos y la respuesta variable de todos los pacientes al tratamiento resaltó la necesidad de dar un enfoque personalizado teniendo en cuenta los antecedentes del paciente, el riesgo de adicción o dependencia, el impacto terapéutico sobre la calidad de vida, la adaptación del paciente al tratamiento y su evolución en el tiempo.

Un punto a resaltar cuando se habla de la fibromialgia fue el estado psicológico del paciente, puesto que suelen tener un mayor riesgo de padecer trastornos del estado del ánimo causados en gran parte por el impacto en su calidad de vida, un entrevistado mencionó *"También es importante considerar que son pacientes que manejan además de su patología de base, patologías asociadas como la depresión, entonces es complicado." (4DC)*. De esta manera, la correlación entre el estado físico y mental influyó fuertemente en el desarrollo y evolución de la enfermedad, así mismo otro médico resaltó *"Son tratamientos que suelen ser no tan relacionados al farmacológico, porque pues como te decía al principio, son personas, más que el aumento del dolor puede estar relacionado muchas veces a trastornos psicosociales." (6Dc)*. Por lo anterior, se evidenció que el estrés asociado con estas patologías de índole emocional intensificó la manera cómo el paciente percibía el dolor y su enfermedad, así como el tratamiento de elección, el cual era manejado dependiendo de las necesidades de cada individuo.

Igualmente, el dolor crónico y sensación de fatiga en los pacientes con antecedentes psiquiátricos puede generó una exacerbación de sus trastornos emocionales causando complicaciones, un profesional expresó *"De pronto la depresión o de ansiedad, a veces puede influir en que el paciente pueda con esos medicamentos causarse autoagresión." (2Dc)*. Esta interacción bidireccional compleja entre la fibromialgia y los trastornos del estado de ánimo tuvo un impacto significativo en la calidad de vida del paciente, llevando a una agudización de su trastorno mental. Por lo anterior, la atención integral junto

con psiquiatría en estos pacientes fue fundamental, considerando tanto los aspectos físicos como los emocionales para brindar una terapia efectiva.

Por otro lado, en el contexto del tratamiento de la fibromialgia, resultó esencial abordar el tema de los opioides y sus efectos adversos, a pesar de que no se encuentra dentro de las primeras líneas de tratamiento, varios pacientes terminaron recibiendo manejo para su dolor crónico con estos fármacos. Un entrevistado comentó *"No se puede desconocer que el opioide les va a ayudar no solo al manejo del dolor, sino que genera otras formas de alivio que hacen que el paciente pueda generar algún tipo de dependencia y en estos casos asisten a urgencias una vez se les acaben los opioides" (1Dc),* lo cual expuso que estos medicamentos al proporcionar alivio de los síntomas y una sensación de bienestar podían llevar a la dependencia del paciente, motivada por la conexión que establecían entre el opioide y el mejoramiento del dolor.

De igual manera, un médico mencionó *"Cuando empezamos a tener el problema de que al paciente le empiezan a gustar los opioides, quizás sea un motivo para que pidan consulta."(10Dc),* lo cual reveló la tendencia de algunos pacientes de solicitar estos fármacos, inclusive fuera de los parámetros terapéuticos dado a que los opioides, al influir en el sistema nervioso central, podían generar tolerancia, lo que llevaba a que la persona necesitará dosis más altas para lograr el mismo efecto, lo cual puede a su vez aumentaba el riesgo de adicción. Así mismo el participante señaló *"Uno empieza a detectar la necesidad y la adicción, eso sí lo tenemos en cuenta, cuando vemos que quizás ese es su real motivo de consulta, a veces muy de frente o a veces de una manera muy diplomática nos piden opioides y eso si lo tenemos en cuenta para tratar de evitar el uso de opioides" (10Dc)*. En consecuencia, la gestión cuidadosa y la consideración de alternativas terapéuticas fueron importantes para brindar un manejo efectivo y seguro, considerando a su vez el entorno y antecedentes del paciente.

Entre los aspectos a tener en cuenta en el tratamiento de fibromialgia, especialmente con neuromoduladores, estaban los efectos secundarios sobre el sistema nervioso central, un médico comentó *"Toca mirar todos los factores para que el medicamento se ajuste a las actividades cotidianas del paciente y no las afecte." (7Dc)*. Lo señalado previamente resaltaba la importancia de conocer el contexto biopsicosocial del paciente, puesto a que la somnolencia era un efecto secundario que podía impactar negativamente en su calidad de vida. Por lo tanto, se hizo énfasis en un enfoque individualizado, considerando no solo el dolor osteomuscular sino también los aspectos emocionales, cognitivos y psiquiátricos asociados a esta patología y ajustando el tratamiento de manera que no interfiera con las actividades diarias del paciente, priorizando las opciones no farmacológicas.

De esta manera fue importante la adaptación del paciente frente al tratamiento, teniendo en cuenta muchos aspectos que condicionaban e impactaban de manera notable la calidad de vida de los pacientes al momento de usar los opioides, aspectos como las implicaciones a largo plazo del uso crónico de opioides, como indicó el participante *"Les da sensibilidad el uso crónico de estos medicamentos hacen que les duela hasta el pelo, como dice el dicho. Y ahí empezamos a quitar los opioides. y empezamos a buscar medidas no farmacológicas." (8Dc)*, dado a estos efectos adversos algunos profesionales preferían continuar el tratamiento con otras medidas como las no farmacológicas, mientras que otros optaban por ir ajustando el medicamento según la respuesta del paciente, como mencionó otro participante *"Yo trato siempre de llevarlos por un tema que no sea tanto opioide, pero ya como última opción lo recetamos, acetaminofén con tramadol o acetaminofén con codeína, son los que yo más manejo, normalmente los inicio titulándolos de a poco para ir mirando dosis-respuesta del paciente, yo empiezo con dosis bajas y se van titulando a medida que el paciente vaya tolerando el medicamento." (2Dc)*. Con el tiempo la sensibilidad al dolor aumentaba y la respuesta al opioide se reducía con una dosis establecida, lo que llevaba a que entre los profesionales variará la decisión en el tratamiento a seguir.

La forma como cada paciente se acoplaba al manejo y la sensibilidad al dolor variaba. Un punto importante para la formulación y continuación del manejo con opioides fue evaluar la eficacia del tratamiento, basándose en la mejoría reportada por el paciente como señaló uno de los participantes *"Yo lo primero que hago es preguntarles si han mejorado. Si se ha visto que hay un efecto positivo con los opioides, se sigue ese parámetro porque toca pensar, si está mejorando con ese medicamento ¿para qué le cambió la formulación? Desde que hagan efecto estos medicamentos tiene que ser un período de tiempo extenso y mientras el cuerpo lo asimila, yo les bajo la dosis de los opioides y voy intentando cambiarlos a los inhibidores de recaptación de serotonina o con duloxetina a dosis bajas e ir ajustándolas para llegar al pilar del tratamiento según la evidencia que encontramos." (9Dc).* Según los reportes del paciente, si estos eran positivos, el opioide se podía continuar por un tiempo extenso mientras se intentaba reducir poco a poco las dosis del medicamento, hasta lograr quitarlo y reemplazarlo por otros más recomendados como los inhibidores de la recaptación de serotonina. De esta forma el seguimiento a corto y largo plazo era útil para monitorear la evolución y respuesta del paciente según la percepción del dolor de cada uno, con el fin de realizar ajustes en la terapia para brindar un manejo más efectivo, personalizado y basado en las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

La polifarmacia fue un punto fundamental al momento de la prescripción de los opioides como indicó el entrevistado *"O que tenga otras comorbilidades y que se encuentre polimedicado. En todas estas opciones debe considerarse si la prescripción de opioides es la mejor opción." (4DC).* Así pues, fue importante conocer todas las comorbilidades y los medicamentos que el paciente utilizaba, para dar con el manejo adecuado. Otro participante también coincidió con el anterior en cuanto a la importancia de ajustar los medicamentos según las características de cada paciente *"Si ha presentado mejoría empiezo a tener una combinación mirando cuáles son sus antecedentes, alergias, interacciones farmacológicas." (9DC),* al analizar todos estos factores y dándoles la importancia debida, se puede llegó a una prescripción

de medicamentos y un manejo de la enfermedad más integral no solo teniendo en cuenta una guía de práctica clínica.

La individualización, como se ha mencionó anteriormente fue uno de los pilares para que el manejo de la enfermedad fuera exitoso, la adaptación al tratamiento varía según cada paciente, por lo que se debía ajustar a cada uno según sus necesidades. Uno de los participantes mencionó al respecto *"Es muy individual porque no hay un patrón que nos asegura 100% de efectividad. Hay que ver cómo va la evolución del paciente. Si el paciente está iniciando con el tratamiento y se utilizaron los pilares del tratamiento que mencione anteriormente, uno les manda un control en 3 a 6 meses para ver cómo va el dolor y a partir de eso es cuando uno empieza a mirar si funciona o no." (9DC)*, no había un tratamiento que asegurara por completo una eficacia para todos los pacientes, es decir, se debían tener en cuenta las características propias de cada uno, su mejoramiento frente a los síntomas, su funcionalidad, su percepción del dolor y cómo evolucionaban a medida que el tratamiento avanzaba. Otro de los participantes indicó sobre él mismo tema *"Es por esto por lo que es importante que el médico tratante esté pendiente de cada paciente para que no solo se le dé el analgésico, sino que cuente con tratamientos complementarios que ayuden a disminuir los episodios de agudización del dolor." (1Dc)*. En este punto fue importante contar con la participación activa del paciente, tener una buena relación médico-paciente y conocer todos los antecedentes para así dirigir el tratamiento y cambiar las líneas de manejo en busca de disminuir los síntomas y mejorar la calidad de vida de estos.

Entre los efectos no deseados de la prescripción de los opioides se encontraron repercusiones en la salud mental y una inadecuada respuesta al tratamiento, lo cual dificultó la gestión integral de la enfermedad. Estos efectos no sólo afectaron el bienestar físico del paciente, sino que también influyeron en su estado mental y emocional, impactando negativamente en su calidad de vida, su capacidad de relacionarse y su percepción frente al dolor. Por ende, fue importante tener en cuenta los efectos

secundarios y adversos de cada medicamento, específicamente en el momento de formular opioides, garantizando un manejo óptimo, donde se considere la adaptabilidad al medicamento, la ocupación del paciente, sus antecedentes y su evolución.

Discusión

Una vez realizado el análisis de los resultados obtenidos, se realizó un diálogo entre estos y los planteamientos de los autores considerados para la construcción del marco teórico y antecedentes. A continuación, se llevó a cabo una interpretación por medio de las fases de análisis planteadas, donde se dio cumplimiento a los objetivos propuestos, reforzando los hallazgos encontrados en la literatura.

En la primera parte del análisis, se identificó un *desconocimiento de las guías de fibromialgia por parte de los médicos*, dado por diferentes factores que obstaculizaron el acercamiento de los profesionales de salud a la información disponible, lo que dificulta la comprensión de esta enfermedad y por consiguiente las estrategias de abordaje y manejo no suelen ser aquellas que cumplen con evidencia científica (15), lo que puede llevar a un mal control terapéutico, al uso inadecuado de algunos medicamentos, como los opioides o a no emplear otros recursos como tratamientos no farmacológicos, a partir de esto entraron en discusión tres categorías de este primer análisis junto con lo revisado en la literatura.

En la primera categoría de este análisis, *barreras de acceso a la información*, se identificó que los profesionales de atención primaria tienen un conocimiento inadecuado sobre la fibromialgia como lo reafirmaron en su estudio Fernández-Ávila DG, et al (12), esto debido a que al momento en el que se realizó la búsqueda de artículos referentes a esta patología, se encontraron escasos recursos, los cuales a su vez eran de difícil acceso o requieren de pagos, en comparación con la información disponible de otras enfermedades que suelen ser más frecuentes.

Sumado a lo anterior, se evidenció que las guías de práctica clínica que existentes sobre la fibromialgia eran escasas, dentro de las más conocidas y de más fácil acceso se encontraron cuatro la canadiense, la italiana, la argentina y la que realizó la EULAR (2,22–24), siendo la italiana la más reciente publicada en el 2021 y la guía de la EULAR la más conocida por los profesionales. Es importante resaltar que las

estrategias de tratamiento varían según la guía de práctica clínica consultada. Mientras que en la guía argentina y la publicada por la EULAR se recomienda como primera línea los antidepresivos (2,24), en la guía canadiense y la italiana (22,23), el acetaminofén es la primera opción farmacológica para esta patología.

A nivel nacional la información es aún más escasa, si bien se encuentra disponible la guía publicada por el Ministerio de Salud sobre el tratamiento con opioides del dolor crónico no oncológico (42), esta no hace énfasis en fibromialgia, lo que generó confusión en los médicos, debido a que no deja una idea clara sobre el tratamiento ideal que deberían tener estos pacientes. De igual forma es importante destacar que esta información no suele ser muy difundida dentro del personal de salud, lo que llevó a que muchos de los profesionales no conocieran estas guías y por ende omitieran las recomendaciones que cuentan con un respaldo científico, ofreciéndole al paciente estrategias terapéuticas que afectan su seguridad y que no cumplen con las metas esperadas del tratamiento.

En la segunda categoría, *influencia externa hacia el profesional y lugar de trabajo*, se reconoció que el ejercicio médico solía estar condicionado por diferentes variables como el lugar en donde labora el médico, el tipo de consulta que realiza y los años de experiencia en la práctica profesional, esto repercute en el abordaje inicial que se le da a los pacientes con fibromialgia, lo cual es fundamental puesto a que, como lo mencionó Arce Gutiérrez JE, et al (3), esto puede llevar a un mejor control de la enfermedad y a mejores desenlaces clínicos.

Un factor determinante en las decisiones por parte de los médicos frente al tratamiento, fueron los años de práctica clínica y frecuencia con la que atendían a pacientes con esta patología. Los profesionales con más experiencia, tienden a abordar a sus pacientes a través de manejos con los cuales han observado una buena respuesta terapéutica, como se evidenció en el estudio realizado por Acuña Ortiz FE, et al (15) en el cual se realizó un cuestionario evidenciando que los profesionales con más de 35 años de

experiencia mencionan el manejo más adecuado en comparación con los que tienen menos años de experiencia, sin embargo, se destacó que este segundo grupo conocía mejor los criterios diagnósticos para fibromialgia.

Así mismo se identificó que el lugar de consulta puede influir en la manera en la que se aborda a estos pacientes. En el servicio de urgencias y en consulta externa los médicos no cuentan con el tiempo suficiente para hacer un correcto diagnóstico, como lo resaltó Acuña Ortiz FE, et al (15), esto puede ocasionar que el tratamiento brindado sea deficiente y no logre metas terapéuticas o que se genere más un deterioro en su salud que un beneficio para su enfermedad.

En la tercera categoría, *Patología desconocida y de difícil manejo*, se observó que la fibromialgia es una enfermedad que suele ser infrecuente en la consulta del médico general, por lo que puede existir un desinterés al momento de investigar más sobre esta patología, generando aún más desconocimiento sobre el tema (15), así mismo es importante tener en cuenta que su fisiopatología no ha sido identificada completamente, sus manifestaciones clínicas son diversas y varían según cada paciente, por lo que actualmente no existe un consenso sobre su diagnóstico y tratamiento. De esta forma Kang JH, et al (50), señaló que la fibromialgia es una enfermedad compleja y multidimensional por lo que el tratamiento debe individualizarse según las características de cada paciente.

Al ser una enfermedad heterogénea su manejo se dificulta y estos pacientes pueden llegar a tener varias intervenciones antes de lograr un adecuado control terapéutico, por lo que es ideal ofrecerle al paciente un enfoque multidisciplinar en el tratamiento, como mencionó Maffei ME, et al (51), la unión de estrategias farmacológicas con intervenciones conductuales y cognitivo-conductuales mejoraron el control del dolor y los síntomas concomitantes, en comparación con tratamientos únicamente farmacológicos.

Con base en la información recopilada y la segunda fase del análisis, *Determinantes para la elección terapéutica en pacientes con fibromialgia*, se evidenció la importancia del reconocimiento de diversos factores al momento de tomar decisiones terapéuticas en pacientes con fibromialgia para la construcción de lineamientos en el manejo que favorezcan la calidad de vida del individuo. Estos factores incluyeron aspectos relacionados con el paciente, su entorno y las instituciones prestadoras de servicios de salud. Por lo tanto, a continuación, se revisaron las tres categorías que se obtuvieron en este proceso y la literatura correspondiente de cada una con el fin de obtener una visión más completa y respaldada por la evidencia.

En la primera categoría, *Tratamiento adecuado para el paciente,* los profesionales de la salud tuvieron en cuenta varias consideraciones. En la primera, se resaltó la relevancia del conocimiento sobre el mecanismo de acción de los fármacos y la fisiopatología de la enfermedad, dado a que esta comprensión permite una formulación más precisa de tratamientos, priorizando opciones como los neuromoduladores sobre los opioides para un manejo a largo plazo, lo cual está asociado con las recomendaciones encontradas en la guía EULAR (2), en cuyos estudios se evidenció que la pregabalina tuvo una buena eficacia en el manejo del dolor, así como una mínima mejoría en el patrón del sueño y la sensación de fatiga.

La percepción del dolor por parte del paciente también influyó en las decisiones terapéuticas. Se reconoció que la escala del dolor puede guiar en la formulación de un tratamiento, si bien se busca la remisión, se destaca la relevancia de ajustar dosis y combinaciones medicamentosas para lograr una mejoría sintomática, por lo cual se convierte en un reto como lo mencionan Fitzcharles M-A, et al en la guía canadiense (22), donde destacaron el reto en el abordaje de pacientes con fibromialgia, dado la aparición de síntomas somáticos y la diversidad en la experiencia y percepción de la sintomatología que tiene cada paciente, sumado a la falta de pruebas específicas y la falta de opciones terapéuticas.

La tercera, se centra en la selección de fármacos donde factores como el costo del medicamento, la percepción de seguridad, los efectos secundarios y el nivel de eficacia desempeñaron un rol de importancia. Se destacó que la información facilitada por los visitadores farmacéuticos influyó en estas decisiones, subrayando la importancia de la experiencia y el conocimiento del médico en la evaluación de dichos datos en la práctica clínica teniendo en cuenta la evolución del paciente, lo cual se relaciona con lo planteado por Painter, Crofford, y Talbert (14), los cuales señalaron que la difusión de la información e interacción entre pares puede jugar un papel importante en la adopción de ciertos manejos respaldados por la medicina basada en la evidencia en pacientes con fibromialgia y afecciones similares.

En la segunda categoría, *Posibilidad de acceso al tratamiento*, se observó como la complejidad terapéutica y diagnóstica de la fibromialgia se vio afectada por barreras administrativas y financieras, teniendo un impacto en la disponibilidad y por la tanto en la elección de tratamientos. Por un lado, los entrevistados manifestaron la importancia de aspectos relacionados con el acceso a los servicios en salud, como los requisitos del MIPRES, los costos y la disponibilidad de tratamientos, puesto a que representan limitaciones que impactan en la adherencia y seguimiento del paciente, restringiendo a su vez las opciones disponibles para el paciente. Asimismo, el enfoque multidisciplinario necesario para brindar un mejor abordaje, con mejores resultados, como lo mencionaron múltiples guías de práctica clínica como la EULAR, la canadiense, la italiana y la argentina (2,22–24), se ve obstaculizado por la dificultad de acceso a especialistas como reumatólogos o fisiatras. La falta de disponibilidad de citas generó una prolongación en el tiempo de atención, lo cual llevó a algunos profesionales a iniciar tratamientos con opioides mientras se gestionan las citas. En relación al argumento anterior, Robinson RL, et al (58), mencionaron que cuando los pacientes no toleran el dolor o cuando las primeras opciones farmacológicas han fallado, se formulan opioides, una estrategia que consideraron adecuada para el manejo del dolor crónico, pero reconocieron que puede representar alto riesgo de adicción en estos pacientes.

La deliberación frente al uso de otros tratamientos y opioides destacó el peso de equilibrar los riesgos y los beneficios, algunos de los médicos participantes consideraron factores como la persistencia de los síntomas, los efectos secundarios y la necesidad de realizar ajustes terapéuticos, especialmente en pacientes con condiciones o enfermedades adicionales. La titulación consciente de los medicamentos y la evaluación y adaptación del tratamiento a cada individuo resalta la necesidad de que exista un enfoque individualizado, así como un seguimiento continuo. Lo anterior va acorde con lo propuesto en la guía de práctica clínica argentina (24), donde se expone que las decisiones terapéuticas no se deben basar únicamente en su efectividad, sino que también se deben considerar los riesgos para el paciente.

De igual forma, es importante mencionar que el éxito terapéutico en pacientes con fibromialgia se basa, como lo determina la Sociedad Argentina de Reumatología (24), en la adherencia y continuidad del tratamiento, sin embargo, en las entrevistas se evidenció que más allá de las consideraciones médicas, existen limitaciones administrativas, financieras y de acceso que influyeron significativamente en las opciones terapéuticas, así como en el seguimiento del paciente, dificultando la opción de brindarle un manejo integral, el cual es recomendado por múltiples guías de práctica clínica, mencionadas previamente.

La tercera categoría, *Cumplimiento terapéutico*, resaltó la importancia de enfocar el manejo según el objetivo terapéutico, que en este caso es el control del dolor crónico generalizado, este objetivo debe ser planteado desde el inicio del tratamiento, se debe contar con la participación activa del paciente y este debe ser claro para el paciente como lo sugiere la guía italiana (23), para garantizar una buena adherencia al tratamiento y así mismo un adecuado manejo y evolución clínica. Este punto depende de diversos factores como la individualización del paciente al momento de realizar la elección del medicamento, de igual forma los participantes mencionaron que en caso de escoger opioides como línea de tratamiento, se debe iniciar con opioides débiles y con las dosis más bajas e ir titulándolos según la mejoría reportada

por el paciente y su evolución, dejando como última opción los opioides fuertes y evitando su utilización a largo plazo, como lo indican también las guías argentinas de práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia (24), mencionando que se evidenció que a largo plazo el uso excesivo puede provocar tolerancia y hepatotoxicidad. La guía italiana (23) y la guía argentina (24) a su vez sugirieron el uso de opioides débiles como terapia de segunda línea, adicionalmente indicaron que se debe contar con un seguimiento estrecho por parte de los profesionales de salud, este punto es otro de los factores influyentes para lograr la meta del tratamiento y evitar la reconsulta por agudizaciones del dolor.

Las condiciones psicológicas y emocionales de los pacientes, son factores determinantes que se deben analizar, en el artículo efecto de la fibromialgia sobre el estado de salud y la calidad de vida relacionada con la salud (25), se destacó la utilización de diversas escalas para medir la salud física y mental de los pacientes, donde si bien se ve una afectación física muy importante, también cobra importancia la salud mental en el desarrollo y evolución de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes con fibromialgia. Así mismo en la guía canadiense para el diagnóstico y manejo de la fibromialgia (22), se recalcó la importancia de la terapia psicológica como manejo adicional para la enfermedad, siendo el componente psicológico una posible barrera para el adecuado tratamiento y evolución de la enfermedad. De esta forma los trastornos mentales sugieren un reto para los profesionales de la salud, en donde se debe tener en cuenta los posibles efectos secundarios, como la posible adicción y dependencia que se puede generar si se formulan opioides en estos pacientes.

Teniendo en cuenta la información recolectada en la tercera y última fase del análisis, *Implicaciones de los efectos adversos en la elección de opioides como tratamiento*, se observó que para un manejo óptimo de la fibromialgia se debe realizar un enfoque integral que considere las condiciones económicas, laborales, la edad, las comorbilidades, el apoyo social, y las barreras administrativas. El médico tratante

debe ser consciente de estos factores para diseñar estrategias terapéuticas que sean efectivas y accesibles para cada paciente, evitando la automedicación y garantizando el cumplimiento adecuado del tratamiento, particularmente en la prescripción de opioides. Por consiguiente, se llevó a cabo el análisis de las tres categorías derivadas de esta fase, así como la revisión de la literatura correspondiente a cada una, con el propósito de obtener una perspectiva más integral respaldada por evidencia científica.

En la primera categoría, *tratamiento óptimo*, los profesionales de la salud resaltaron que para dar cumplimiento al objetivo terapéutico es necesario una adaptación del tratamiento a las necesidades individuales de cada paciente, teniendo en cuenta factores como la situación económica, la actividad laboral, la edad y la red de apoyo. Comentarios que van de la mano con la guía de práctica clínica para el tratamiento con opioides del dolor crónico no oncológico en población adulta y pediátrica en Colombia (42) donde, sugiere alternar el uso de opioides, verificando la conformidad con el tratamiento, por medio de un análisis integral de cada paciente, teniendo en cuenta el riesgo beneficio y los antecedentes del paciente. Así mismo, la guía argentina (24) refiere que uno de los principales efectos adversos que afectan directamente a los factores previamente mencionados son las náuseas y la somnolencia, por lo que recomienda siempre puntualizar sobre estos y así poder lograr una buena adherencia al tratamiento.

La variabilidad en la presentación de la fibromialgia entre los pacientes destacó la necesidad de estrategias de tratamiento individualizadas. La comprensión de la red de apoyo social puede influir en la implementación del plan de tratamiento, ya que el apoyo emocional y práctico puede ser crucial para mejorar la calidad de vida del paciente. Además, reconocer cómo el paciente afronta y reflexiona sobre su enfermedad no solo fortalece la relación médico-paciente, sino que también puede afectar la adherencia al tratamiento. La fibromialgia no solo tiene dimensiones físicas, sino también emocionales y cognitivas, y tener en cuenta estos aspectos contribuye a un manejo más holístico y efectivo. La guía argentina (24), comenta que el éxito del tratamiento de la fibromialgia se basa en la adherencia y la

continuidad del mismo teniendo en cuenta características propias del paciente, que implica no solo considerar la variedad de síntomas físicos, sino también comprendiendo la individualidad de cada paciente, ya que esto puede marcar la diferencia en el alcance de resultados positivos en el manejo de la patología.

La capacidad económica del paciente y el costo de los medicamentos fueron factores determinantes por parte de los profesionales entrevistados a la hora de la formulación de opioides, ya que mencionaron que aquellos de bajos recursos pueden tener más dificultades para el acceso a los servicios de salud, lo que impacta en su adherencia al tratamiento, seguido de la condición laboral como el siguiente aspecto a tener en cuenta, puesto que ciertos opioides pueden interferir con actividades que requieran alerta. Arce Gutiérrez JE, et al (3), comentaron que la fibromialgia tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, muchos pacientes se ven en la necesidad de obtener incapacidades médicas hasta recibir una pensión por invalidez, resultando en la interrupción temporal o permanente de sus actividades laborales.

Los profesionales entrevistados, refirieron que la edad del paciente es otro determinante para la formulación de opioides, específicamente en el adulto mayor, ya que la educación en salud se vuelve compleja y si no se hace de la manera adecuada puede traer consecuencias como la toma inadecuada del opioide, incrementando la probabilidad de presentar efectos adversos y como lo menciona la guía argentina (24), es fundamental considerar que el éxito del tratamiento depende de su adherencia y seguimiento de las indicaciones médicas por parte del paciente. Por lo tanto, el médico debe familiarizarse con las características individuales del paciente, incluyendo la edad. De igual manera, la guía canadiense (22) menciona que, sin importar la edad del paciente, los médicos deben adoptar medidas de prescripción responsable, considerando tanto los aspectos físicos, como los psicosociales y revisar de manera continua el balance riesgo beneficio a la hora de la formulación de opioides.

En la segunda categoría, *progreso del tratamiento*, los médicos participantes identificaron que la evolución del manejo se ve afectado por la poca comprensión de la enfermedad por parte del paciente, lo que genera a su vez un rechazo a tratamientos no farmacológicos como lo menciona Higgs JB, et al (46), esto significó un reto para el profesional, en donde es necesario que durante el seguimiento terapéutico se evalúe el correcto control sintomático de la enfermedad y en caso de no cumplir con metas terapéuticas, como lo menciona Bedson J, et al (65) en su artículo, se debe realizar el escalonamiento gradual de los analgésicos según las necesidades de cada paciente

Al momento de formular opioides se debe considerar una serie de factores cruciales con el objetivo de prevenir el mal uso del medicamento y mitigar el riesgo de adicción (73). Los profesionales de la salud mencionaron que un determinante clave es la educación del paciente frente a su enfermedad, siendo esta una herramienta útil que les proporciona a los pacientes facilidades en la comprensión y adaptación de la enfermedad, permitiendo así una correcta adherencia al tratamiento y una reducción de la ansiedad causada por el desconocimiento y la incertidumbre. Rahman en 2022 (11), destacó que la primera estrategia para un manejo adecuado es la educación del paciente sobre su enfermedad y sobre las medidas que debe tomar frente a esta, como la implementación de la actividad física en su rutina diaria. Asimismo, la individualización del paciente es fundamental puesto la complejidad de la enfermedad, la variación en la intensidad de los síntomas y las necesidades individuales de cada paciente. Este punto es mencionado por Álvarez M, et al., (57) donde además de resaltar la importancia de la individualización para el tratamiento farmacológico, también enfatizó en la utilización del tratamiento no farmacológico basado en terapia psicológica y física, que pueda contribuir a mejorar la funcionalidad y la calidad de vida.

El inadecuado control terapéutico, debido a los factores previamente mencionados, conlleva a que las tasas de continuidad disminuyan al siguiente año del diagnóstico como lo mencionaron Fitzcharles M-A, et al. (73). Además, se resaltaron otros factores que pueden tener un impacto en la continuidad del

tratamiento como el nivel socioeconómico del paciente, la disponibilidad de una red de apoyo, los antecedentes de abuso e intentos de suicidio, y los trastornos psiquiátricos. Estos elementos subrayaron la complejidad de abordar la fibromialgia no sólo desde una perspectiva médica, sino también considerando aspectos sociales, emocionales y psicológicos, resaltando la importancia de un enfoque integral y personalizado en el tratamiento de la fibromialgia.

La falta de respuesta esperada a los analgésicos de primera línea puede conllevar a que muchos pacientes opten por la automedicación, obteniendo estos medicamentos fácilmente en farmacias sin una supervisión médica adecuada. Este comportamiento aumenta el riesgo de desarrollar una adicción a los analgésicos, especialmente en el caso de los opioides. Es relevante señalar que, a pesar de la disponibilidad y uso extendido de opioides para el tratamiento del dolor en pacientes con fibromialgia, no se demostró eficacia en el tratamiento de la enfermedad según la evidencia científica sustancial, como lo mencionaron en el artículo de Bruce BK, et al. (9) donde se afirma que su uso en cambio de generar una mejoría genera una hiperalgesia a largo plazo.

En la tercera categoría, *efectos no deseados*, se evidenció que uno de los mayores desafíos en el tratamiento con opioides en la fibromialgia es la variabilidad de respuesta de los pacientes, debido a la preocupación de los efectos adversos, que van desde molestias gastrointestinales, hasta complicaciones más graves, donde los entrevistados subrayaron la necesidad de una búsqueda de un enfoque personalizado resaltando la importancia de considerar los antecedentes del pacientes, el riesgo de adicción, el impacto terapéutico en la calidad de vida y la adaptación al tratamiento, así mismo, la guía de práctica clínica italiana y la argentina (23,24) recomiendan que al dar tratamiento con opioides, se debe realizar un monitoreo constante al paciente, observando atentamente la posible aparición de efectos adversos y evaluando su eficacia, para así tomar decisiones sobre el mantenimiento o interrupción de estos y si es necesario, ajustar la terapia de manera personalizada y segura.

Conclusiones

Para culminar, respecto a los factores que llevaron a la prescripción de opioides por parte de médicos de consulta externa y urgencias de la ciudad de Bogotá, Colombia, como primera línea de tratamiento en pacientes con fibromialgia, se observó una interacción entre el conocimiento y experiencia médica, el contexto del sitio de atención, las barreras de accesibilidad a la información, las barreras administrativas y económicas, sumado a el contexto y características de cada paciente. Lo cual, destaca la complejidad y variabilidad en la toma de decisiones terapéuticas, donde emerge la necesidad de abordar no solo temas médicos, sino también administrativos, psicológicos y sociales.

Las deficiencias en el conocimiento de las guías sobre fibromialgia entre los profesionales de la salud revelaron un desafío significativo en la implementación efectiva de las recomendaciones de práctica clínica. La complejidad y el difícil acceso a estas guías generaron dificultades para que los médicos se mantuvieran actualizados. La falta de tiempo para revisar de manera regular las actualizaciones resultó en la persistencia de enfoques desactualizados en el tratamiento de la fibromialgia. Este fenómeno resaltó la necesidad de estrategias más efectivas para la diseminación y la comprensión de la información actualizada.

Así mismo, la falta de un consenso a nivel internacional y nacional sobre el abordaje y manejo de esta patología, conlleva a que los médicos que se enfrentan a esta enfermedad omitan ciertas recomendaciones con evidencia científica y en su lugar hagan uso de tratamientos que en su experiencia han traído beneficios para estos pacientes, es importante tener en cuenta que principalmente estos manejos suelen ser farmacológicos, por lo que muchas veces se ignora el componente emocional y psicológico que tiene la fibromialgia y se deje a un lado el tratamiento multidisciplinario que puede traer mejores desenlaces clínicos para el paciente y su calidad de vida.

El tratamiento de la fibromialgia busca proporcionar a los pacientes un adecuado control del dolor y reducir las agudizaciones del mismo. Para lograr estas metas terapéuticas, es esencial que los profesionales de la salud aseguren un enfoque óptimo que se adapte de manera específica a las necesidades y características individuales de cada paciente. La decisión terapéutica de los médicos suele estar condicionada por diversos factores como la adaptación del paciente, las diversas opciones farmacológicas, las barreras administrativas y económicas, la influencia de la industria farmacéutica, entre otras, que llevan al profesional a preferir ciertos tratamientos sobre otros.

Por un lado, existe cierta influencia de la industria farmacéutica, puesto a que cada laboratorio vela por sus propios intereses e intenta dar a conocer sus medicamentos, esto conlleva a que los profesionales de la salud reconozcan algunos medicamentos más que otros. Por otro lado, el sistema de salud a su vez genera un alto impacto en las decisiones de los médicos, las barreras económicas y administrativas sugieren un problema para el acceso a la atención médica especializada, por lo que los profesionales se ven obligados a brindar soluciones temporales a sus pacientes con analgésicos más potentes como los opioides.

La variabilidad en la presentación de la fibromialgia entre los pacientes resalta la necesidad de una búsqueda de estrategias de tratamiento individualizadas. La comprensión de la red de apoyo emerge como un factor crucial, ya que el apoyo emocional y físico puede ser determinante a la hora de una mejoría en la calidad de vida del paciente. Además, considerar la dimensión emocional y cognitiva de la enfermedad, contribuye a un manejo más holístico y efectivo. El reconocimiento de cómo cada paciente afronta y reflexiona sobre su enfermedad no solo fortalece la relación médico-paciente, sino que también incide en la adherencia al tratamiento, considerando las complejidades emocionales y cognitivas asociadas a la fibromialgia.

La interpretación que el paciente tiene frente a su enfermedad y el impacto sobre sus actividades cotidianas a menudo conduce a un enfoque centrado en el alivio del dolor. En el caso de la fibromialgia, se busca que el paciente tenga una mejor calidad de vida, por lo cual se consideran factores como el inadecuado control sintomático y los efectos secundarios para realizar ajustes terapéuticos o cambios en el abordaje, formulando opioides, especialmente en aquellos que manifiestan limitación para realizar sus actividades diarias. La titulación, evaluación y adaptación del tratamiento a cada individuo resalta la necesidad de brindar un enfoque individualizado, donde las decisiones terapéuticas no se basen únicamente en su efectividad, sino también en la evolución y condiciones del paciente.

En el contexto de la fibromialgia, donde los aspectos emocionales y psicológicos juegan un papel significativo, los efectos adversos de los opioides pueden tener un impacto adicional. Teniendo en cuenta que los pacientes con esta patología a menudo presentan comorbilidades psiquiátricas, como depresión y ansiedad, los efectos secundarios como la somnolencia y el deterioro cognitivo pueden exacerbar estos trastornos emocionales, afectando negativamente la salud mental del paciente.

La prescripción de opioides en el tratamiento de la fibromialgia, a pesar de no ser la primera línea de tratamiento, debe ser cuidadosamente evaluada, debido a que hay una diversidad de factores individuales que pueden influir en la eficacia y seguridad del tratamiento. El médico tratante juega un papel crucial al diseñar estrategias terapéuticas adaptadas a cada paciente, basadas en la educación y comprensión de estos hacia su enfermedad para evitar así la automedicación y garantizar la adherencia adecuada al tratamiento, reflejando la importancia de una práctica informada y respaldada por evidencia científica en el manejo integral de la fibromialgia.

Los profesionales de la salud mencionaron que un determinante clave es la educación del paciente sobre la fibromialgia, siendo esta una herramienta útil que les proporciona facilidades en la comprensión y adaptación de la enfermedad, permitiendo así una correcta adherencia al tratamiento y una reducción

de la ansiedad causada por el desconocimiento y la incertidumbre. El apoyo psicológico junto a la educación son herramientas esenciales en este proceso, capacitando a los pacientes para comprender su condición, establecer expectativas realistas y adoptar un enfoque proactivo en la gestión de su salud. La continuidad en el tratamiento juega un papel destacado en el progreso a largo plazo. Los pacientes que perseveran en seguir las pautas terapéuticas, que pueden incluir tanto intervenciones farmacológicas como no farmacológicas, experimentan beneficios sostenidos.

A lo largo del estudio se reconocieron desaciertos en el conocimiento y abordaje de la enfermedad, debido a la escasez de información, las pocas opciones terapéuticas y el difícil control sintomático que finalmente llevaron a un inadecuado uso de los opioides en fibromialgia. Son múltiples los factores que influyeron en la prescripción de estos medicamentos, aun cuando los lineamientos dados por algunas guías de práctica clínica, que, a pesar de ser escasas y poco divulgadas, indicaron claramente que no se recomienda el uso de opioides como terapia de primera línea, debido a la poca evidencia científica que respalde su efectividad y a la innumerable lista de efectos adversos y secundarios que estos pueden provocar. Entre los factores identificados resaltó la desinformación de los profesionales de salud, la falta de consensos mundiales y nacionales sobre la fibromialgia, el poco interés y la falta de divulgación de las guías existentes. De igual forma se identificó que existen factores propios del paciente como la adaptación frente a la enfermedad y la capacidad de acceso a servicios de salud y medicamentos, que en muchas ocasiones condicionan al médico y no permiten brindar el tratamiento óptimo.

A partir de este estudio, se hace énfasis en la importancia de promover la divulgación de información sobre la fibromialgia y las investigaciones llevadas a cabo sobre este tema, esto con el fin de que los profesionales de la salud desde su pregrado tengan conocimientos acerca del mismo y puedan desarrollar un abordaje óptimo para la enfermedad. Lo anterior, con el objetivo de ampliar el conocimiento de las diferentes opciones terapéuticas existentes, evitando el uso inadecuado de opioides, resaltando la

importancia de realizar un abordaje multidisciplinario que se ajuste a las características de cada paciente y así obtener mejores resultados terapéuticos a largo plazo. Así mismo se deben desarrollar guías nacionales e internacionales actualizadas, que sean de fácil acceso, para así poder tener una ruta de manejo unificada y de uso global. De igual forma se identificó la necesidad de que existan limitaciones en la venta y comercialización de opioides, mitigando así uno de los factores para desarrollar dependencia a estos.

Por último es necesario aclarar que se identificaron diversas limitaciones durante el trabajo que retrasaron el desarrollo del mismo, una de ellas se presentó al momento de selección de los participantes, debido a que los profesionales no contaban con la experiencia de haber atendido a pacientes con el diagnóstico de fibromialgia, el cual fue considerado por los investigadores como un criterio de inclusión, así mismo a lo largo del estudio existió una limitación con el tiempo de los investigadores por sus actividades académicas y laborales, lo cual generó ciertos atrasos en la elaboración del mismo. Para mitigar los posibles sesgos, los investigadores sometieron la entrevista a una revisión, tal como se comentó previamente, con la finalidad de garantizar la confiabilidad de estas y evitar la influencia personal sobre la investigación.

Glosario

Dolor crónico: Aquel dolor que persiste más allá del tiempo normal de curación del tejido, el cual se asume que es de 3 a 6 meses. Este se puede categorizar a su vez en dolor crónico oncológico y dolor crónico no oncológico, como el caso de la fibromialgia (1).

Fibromialgia: Es una patología crónica, caracterizada por dolor musculoesquelético generalizado y fatiga persistente, su fisiopatología se basa en la disfunción o sensibilización central, en donde existe una alteración de los receptores y desequilibrio en los neurotransmisores, generando una hiperalgesia difusa y/o alodinia (21,88).

Opioides: Son medicamentos que hacen parte de la familia de los analgésicos, actúan uniéndose a receptores específicos en el sistema nervioso central mediante su acción agonista, específicamente sobre el receptor tipo 1, modulando diversas funciones sensoriales, emocionales, motivacionales y cognitivas, así como las conductas adictivas (5,41).

Adicción: La adicción es un trastorno neurológico de consumo crónico, continuo o periódico, donde la persona no tiene la capacidad para interrumpir voluntariamente el consumo y uso de ciertas sustancias. Está caracterizado por un desarrollo de tolerancia, dependencia física y progresión de las dosis (69). Se describe como un deseo irresistible, un uso fuera de control y un uso compulsivo de alguna sustancia o medicamento. Los opioides son altamente adictivos, en gran parte porque activan poderosos centros de recompensa del cerebro (6).

Abuso: Se entiende como el uso inadecuado y repetido de alguna sustancia adictiva, que trae consigo algún tipo de consecuencia ya sea social, laboral o legal, pero sin presentar dependencia física ni compulsión por el consumo (74).

Enfoque multidisciplinar: Es una integración entre diferentes estrategias, disciplinas y especialidades, con el fin de brindar a los pacientes un manejo más integral, enfocado y personalizado en cada paciente, priorizando la calidad de vida (23).

Referencias

1. Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015;156(6):1003–7. doi:10.1097/j.pain.0000000000000160

2. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. 2024;83(4):e57. doi:10.1136/ard-2024-22857

3. González-Moreno J, Rodríguez-Bayona M, Rodríguez-Bayona A. Caracterización de la población con fibromialgia en un hospital de tercer nivel en Bogotá. [Tesis de maestría]. Bogotá: Universidad del Rosario; 2019. doi:10.48713/10336_25836

4. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10(4):287–333. doi:10.1016/j.ejpain.2005.06.009

5. Page CP, Battista E. *Lo esencial en farmacología*. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019. p. 346–349.

6. Mayo Foundation for Medical Education and Research. Cómo se produce el trastorno por consumo de opioides. Middlesex Health. 2024. Disponible en: https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/articulos/c-mo-se-produce-la-adicci-n-a-los-opioides

7. Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, et al. What proportion of patients with chronic noncancer pain are prescribed an opioid medicine? Systematic review and meta-regression of observational studies. *J Intern Med*. 2020;287(5):497–507. doi:10.1111/joim.13026

8. Mena F, Mora I. Uso de opioides en atención primaria. Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile; 2019. Disponible en: https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/06/Art%C3%ADculo-Uso-de-OPIOIDES.pdf

9. Bruce BK, Allman ME, Rivera FA, Abril A, Gehin JM, Oliphant LM, Nordan LM, White LJ, Martinez D, Niazi SK. Opioid use in fibromyalgia continues despite guidelines that do not support its efficacy or risk. *J Clin Rheumatol*. 2021;27(5):187–93. doi:10.1097/rhu.0000000000001273

10. Chan K. Fibromialgia. American College of Rheumatology. 2023. Disponible en: https://rheumatology.org/patients/fibromialgia

11. Merskey H. Chronic widespread pain and the fibromyalgia syndrome. *Pain*. 2021;162(9):2351–2. doi:10.1016/j.pain.2021.05.010

12. Fernández-Ávila, D. G., Rincón Riaño, D. N., Ronderos, D. M., & Gutiérrez, J. M. (2020). Concepts and perceptions about the diagnosis and treatment of fibromyalgia in a group of Colombian rheumatologists. *Revista Colombiana de Reumatología (English Edition)*, *27*(4), 256–261. doi: 10.1016/j.rcreue.2020.05.003

13. Chou R, Fanciullo GJ, Fine PG, et al. Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain. *J Pain*. 2009;10(2):113–30.e22. doi:10.1016/j.jpain.2008.10.008

14. Painter JT, Crofford LJ, Talbert J. Geographic variation of chronic opioid use in fibromyalgia. *Clin Ther*. 2013 Mar;35(3):303-11. doi: 10.1016/j.clinthera.2013.02.003

15. Acuña Ortiz FE, Capitán de la Cruz VA, León Jiménez FE. Conocimientos de fibromialgia en médicos de atención primaria de la provincia de Chiclayo-Perú, 2016. *Reumatol Clin*. 2017;13(3):121-5. doi: 10.1016/j.reumae.2016.08.005

16. Fibromyalgia. American College of Rheumatology. 2023. Disponible en: https://rheumatology.org/es/patients/fibromyalgia

17. Pinzón Fajardo, D Tratamiento farmacológico de la fibromialgia. Repositorio digital de la Universidad Nacional de Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2019. Disponible en: https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/76824

18. Valladales-Restrepo LF, Oyuela-Gutiérrez MC, Alzate-García M, Osorio-Rodas I, Quintero-Flórez V, Restrepo-Muñoz JF, et al. Treatment patterns in fibromyalgia including the use of opioids. Musculoskeletal Care. 2022;20(4):640-645. doi: 10.1002/msc.1670.

19. Jackson D, Singh S, Zhang-James Y, Faraone S, Johnson B. The effects of low dose naltrexone on opioid induced hyperalgesia and fibromyalgia. *Front Psychiatry*. 2021;12:593842. doi: 10.3389/fpsyt.2021.593842

20. Galvez-Sánchez CM, Reyes del Paso GA. Diagnostic criteria for fibromyalgia: critical review and future perspectives. *J Clin Med*. 2020;9(4):1219. doi: 10.3390/jcm9041219

21. Sluka KA, Clauw DJ. Neurobiology of fibromyalgia and chronic widespread pain. Neuroscience. 2016;338:114–29. doi: 10.1016/j.neuroscience.2016.06.006

22. Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Goldenberg DL, et al. 2012 Canadian guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol*. 2013;40(3): 320–328. doi:10.1155/2013/918216

23. Ariani A, Bazzichi L, Puttini PS, Salaffi F, Manara M, Prevete I, et al. The Italian Society for Rheumatology clinical practice guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia. Best practices based on current scientific evidence. *Reumatismo*. 2021;73(2):89-105. doi:10.4081/reumatismo.2021.1362

24. Sociedad Argentina de Reumatología. Guías argentinas de práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia 2016. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Reumatología; 2016. Disponible en: https://www.reumatologia.org.ar/recursos/guia_fibromialgia_2016.pdf

25. Hernández-Petro AM, Cardona-Arias JA. Efecto de la fibromialgia sobre el estado de salud y la calidad de vida relacionada con la salud, 2004-2014. *Rev Colomb Reumatol*. 2015;22(2):110–118. doi:10.1016/j.rcreuma.2015.02.004

26. Cardona-Arias JA, León-Mira C. Estado de salud y calidad de vida en pacientes con fibromialgia, Medellín. *Rev Colomb Reumatol*. 2014;21(1):10–7. doi:10.1016/S0121-8123(14)70142-2

27. Álvarez Martínez M. Fisiopatología y terapéutica de la fibromialgia. Offarm. 2003 Jan 1;22(1):86–96. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-fisiopatologia-terapeutica-fibromialgia-13042369

28. Coles S, Dabbs W, Wild S. Pharmacologic management of chronic pain. *Prim Care*. 2022;49(3):387–401. doi:10.1016/j.pop.2022.01.005

29. Kosek E, Cohen M, Baron R, Gebhart GF, Mico JA, Rice ASC, Rief W, Sluka AK. Do we need

a third mechanistic descriptor for chronic pain states? *Pain*. 2016 Jul;157(7):1382–6. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000507

30. Clauw DJ. Fibromyalgia: A clinical review. *JAMA*. 2014;311(15):1547–1555. doi:10.1001/jama.2014.3266

31. Üçeyler N, Häuser W, Sommer C. Systematic review with meta-analysis: cytokines in fibromyalgia syndrome. *BMC Musculoskelet Disord*. 2011;12:245. doi:10.1186/1471-2474-12-245

32. Esteva E. Analgésicos: clasificación y uso. *Offarm*. 2008;27(8):68–74

33. Fitzcharles MA, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. Nociplastic pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *Lancet*. 2021;397(10289):2098–2110. doi:10.1016/S0140-6736(21)00392-5

34. Ayoub SS. Paracetamol (acetaminophen): A familiar drug with an unexplained mechanism of action. Temperature. 2021;8(4):351–371. doi: 10.1080/23328940.2021.1886392

35. Rodríguez Carranza R. Acetaminofen: Analgésicos. Vademécum Académico de Medicamentos | AccessMedicina. McGraw Hill Medical. 6th ed. 2015. Disponible en: https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.unbosque.edu.co/content.aspx?bookid=1552&sectionid=90366597

36. Matute Crespo MM, Montero Matamala A. Revisión del tratamiento farmacológico del dolor secundario a artrosis con paracetamol, antinflamatorios no esteroideos clásicos (AINE) y los inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa tipo 2 (COXIB). Rev Soc Esp Dolor. 2021;28(Suppl 1):43–48. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v28s1/1134-8046-dolor-28-s1-0043.pdf

37. Rivera J. Tratamiento farmacológico en la fibromialgia. *Semin Fund Esp Reumatol*. 2010;11(1):21–26. doi:10.1016/j.semreu.2010.05.003

38. Gendreau R, McQuay HJ, Moore RA, et al. Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibromyalgia pain: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Med*. 2003;115(7):506–512. doi:10.1016/S0002-9343(03)00116-5.

39. Bennett RM, Kamin M, Karim R, Rosenthal N. Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibromyalgia pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Am J Med*. 2003;114(7):537–545. doi:10.1016/S0002-9343(03)00116-5

40. Paul AK, Smith CM, Rahmatullah M, Nissapatorn V, Wilairatana P, Spetea M, Gueven N, Dietis N. Opioid analgesia and opioid-induced adverse effects: A review. *Pharmaceutics*. 2021;14(11):1091.

41. Painter JT, Crofford LJ. Chronic opioid use in fibromyalgia syndrome: a clinical review. *J Clin Rheumatol*. 2013;19(2):72–77. doi:10.1097/RHU.0b013e3182863447

42. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo Nacional de estupefacientes. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento con opioides del dolor crónico no oncológico en población adulta y pediátrica en Colombia. Guía No 65 - Versión para Prof la salud. 2022; Disponible en: https://www.edicionmedica.com.co/contenido/images/GPC-DCNO-Version-profesionales-de-la-salud-2022-08-23.pdf

43. Schneider J, Patterson M, Jimenez XF. Beyond depression: Other uses for tricyclic

antidepressants. *Cleveland Clin J Med*. 2019;86(12):807–814. doi:10.3949/ccjm.86a.19005

44. Obata H. Analgesic mechanisms of antidepressants for neuropathic pain. *Int J Mol Sci*. 2017;18(11):2483. doi:10.3390/ijms18112483

45. Collado A, Conesa A. Tratamiento farmacológico de la fibromialgia: hacia la neuromodulación química. *Reumatol Clin*. 2009;5(Supl E2):27–31. doi:10.1016/S1699-258X(09)07555-3

46. Higgs JB. Fibromyalgia in Primary Care. *Prim Care Clin Office Pract*. 2018;45(2):325–341. doi:10.1016/j.pop.2018.02.008

47. Jones KD. Recommendations for resistance training in patients with fibromyalgia. Arthritis Res Ther. 2015 Sep 17;17(1):258. doi: 10.1186/s13075-015-0782-3

48. Kia S, Choy E. Update on treatment guideline in fibromyalgia syndrome with focus on pharmacology. Biomedicines. 2017;5(2):20. doi:10.3390/biomedicines5020020

49. Schmidt-Wilcke T, Diers M. New insights into the pathophysiology and treatment of fibromyalgia. *Biomedicines*. 2017 May 13;5(2):22. doi: 10.3390/biomedicines5020022

50. Kang JH, Choi SE, Park DJ, Lee SS. Disentangling diagnosis and management of fibromyalgia. *J Rheum Dis*. 2022 Jan;29(1):4–13. doi: 10.4078/jrd.2022.29.1.4

51. Maffei ME. Fibromyalgia: Recent Advances in Diagnosis, Classification, Pharmacotherapy and Alternative Remedies. *Int J Mol Sci*. 2020 Oct 23;21(21):7877. doi: 10.3390/ijms21217877

52. Arnold LM, Gebke KB, Choy EHS. Fibromyalgia: management strategies for primary care providers. *Int J Clin Pract*. 2016 Feb;70(2):99–112. doi: 10.1111/ijcp.12757

53. Buitrago Ramírez F, Tejero Mas M, Gato Núñez C, Rivera Jiménez N, Pérez Caballero FL. Abordaje integrado de la fibromialgia. *FMC*. 2017;24(7):395–404. doi: 10.1016/j.fmc.2016.12.003

54. González González J, del Teso Rubio MM, Waliño Paniagua CN, Criado Álvarez JJ, Sánchez Holgado J. Tratamiento sintomático y del dolor en fibromialgia mediante abordaje multidisciplinar desde Atención Primaria. *Reumatol Clin*. 2015;11(1):22–26. doi:10.1016/j.reuma.2014.03.005

55. García Rodríguez M. Abordaje integral de fibromialgia en atención primaria - Revisión bibliográfica. Universidad de Costa Rica; 2019. Disponible en: https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/80155/Tesis Mónica García-FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

56. Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskila D, et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. Ann Rheum Dis. 2008 Apr 1;67(4):536–41. Doi: 10.1136/ard.2007.071522

57. Álvarez Mena MG, Álvarez Mena PR, Montes Reina MJ, Castillo Jumbo EP, Mafla Andrade J. Fibromialgia. Avances en su tratamiento. Rev Cuba Reumatol. 2019;21(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962019000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es

58. Robinson RL, Kroenke K, Williams DA, et al. Longitudinal observation of treatment patterns and outcomes for patients with fibromyalgia: 12-month findings from the REFLECTIONS study. *Pain*

Med. 2013;14(9):1400–1415. doi:10.1111/pme.12168

59. Tzadok R, Ablin JN. Current and Emerging Pharmacotherapy for Fibromyalgia. Pain Res Manag. 2020:6541798. doi: 10.1155/2020/6541798

60. Andrade R, Roe-Prior P, Doan O, Ramos J. Opioid treatment pattern in a community based rheumatology clinic. Arthritis Rheumatol. 2019 Oct 1;71. Disponible en: https://acrabstracts.org/abstract/opioid-treatment-pattern-in-a-community-based-rheumatology-clinic/

61. Rivera Redondo J, Díaz del Campo Fontecha P, Alegre de Miquel C, Almirall Bernabé M, Casanueva Fernández B, Castillo Ojeda C, et al. Recommendations by the Spanish Society of Rheumatology on Fibromyalgia. Part 1: Diagnosis and treatment. Reumatol Clínica (English Ed. 2022 Mar 1;18(3):131–40. doi: 10.1016/j.reumae.2021.02.002

62. Rivera Redondo J, Díaz del Campo Fontecha P, Alegre de Miquel C, Almirall Bernabé M, Casanueva Fernández B, Castillo Ojeda C, et al. Recommendations by the Spanish Society of Rheumatology on the management of patients with fibromyalgia. Part II. Reumatol Clínica (English Ed. 2022 May 1;18(5):260–5. doi: 10.1016/j.reumae.2021.01.005

63. Storheim K, Zwart J-A. Musculoskeletal disorders and the Global Burden of Disease study. Ann Rheum Dis. 2014 Jun 1;73(6):949–50. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204763

64. Miranda JP, Guerra C, Letelier CL, Contador R, Jaque J. Opioides y Gabapentoides en el Tratamiento de la Fibromialgia. Rev El Dolor. 2008;49:11–4. Disponible en: https://www.revistaeldolor.cl/storage/articulos/December2020/7c26Qyg0L0TgDswAIU7g.pdf

65. Bedson J, Chen Y, Hayward RA, Ashworth J, Walters K, Dunn KM, Jordan KP. Trends in long-term opioid prescribing in primary care patients with musculoskeletal conditions: an observational database study. *PAIN*. 2016 Jul;157(7):1525–1531. doi:10.1097/j.pain.0000000000000557

66. Peng X, Robinson R, Mease P, Kroenke K, Williams D, Chen Y, Faries D, Wohlreich M, McCarberg B, Hann D. Long-term evaluation of opioid treatment in fibromyalgia. *Clin J Pain*. 2015 Jan;31(1):7-13. doi: 10.1097/AJP.0000000000000079

67. Hwang JM, Lee BJ, Oh TH, Park D, Kim CH. Association between initial opioid use and response to a brief interdisciplinary treatment program in fibromyalgia. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Jan;98(1):e13913. doi: 10.1097/MD.0000000000013913

68. Alcántara Montero A, González Curado A. Papel de los opioides en el tratamiento de la fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor*. 2017;24(2):107-109. doi:10.20986/resed.2016.3484/2016

69. Mayorga Anaya HJ, Torres Ortiz MP, Flórez Valencia DH, Gomezese Ribero OF. Efficacy of cannabinoids in fibromyalgia: a literature review. Colomb J Anestesiol. 2021 Aug 5;49(4). doi: 10.5554/22562087.e980

70. Bourke SL, Schlag AK, O'Sullivan SE, Nutt DJ, Finn DP. Cannabinoids and the endocannabinoid system in fibromyalgia: A review of preclinical and clinical research. Pharmacol Ther. 2022 Dec 1;240. doi:10.1016/j.pharmthera.2022.108216

71. Khoo T, Hill CL, Hoon E, Whittle S. Patient perspectives of disease activity, medications and substance use in people with fibromyalgia. *Open Access Rheumatol Res Rev*. 2022;14:87-95.

doi:10.2147/OARRR.S361804

72. Shor DBA, Weitzman D, Dahan S, Gendelman O, Bar-On Y, Amital D, Shalev V, Chodick G, Amital H. Adherence and persistence with drug therapy among fibromyalgia patients: Data from a large health maintenance organization. *J Rheumatol*. 2017 Oct;44(10):1499–1506. doi: 10.3899/jrheum.170098

73. Fitzcharles M-A, Ste-Marie PA, Gamsa A, Ware MA, Shir Y. Opioid Use, Misuse, and Abuse in Patients Labeled as Fibromyalgia. Am J Med. 2011;124(10):955–60. doi: 10.1016/j.amjmed.2011.05.031t

74. Acuña JP. Riesgo de adicción a analgésicos opioides en el tratamiento de dolor crónico no oncológico. Rev Médica Clínica Las Condes. 2019 Nov 1;30(6):466–79. doi: 10.1016/j.rmclc.2019.10.004

75. Cunningham JL, Evans MM, King SM, Gehin JM, Loukianova LL. Opioid tapering in fibromyalgia patients: experience from an interdisciplinary pain rehabilitation program. *Pain Med*. 2016 Sep;17(9):1676–1685. doi: 10.1093/pm/pnv079

76. Sandoval Casilimas C. Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social. Investigación Cualitativa. Editores e Impresores Ltda A, editor. Inst Colomb PARA EL Fom LA Educ Super ICFES. 2002; Disponible en: https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/manual colombia cualitativo.pdf

77. Janzen WW. Algunas consideraciones para el uso de la metodologí-a cualitativa en investigación social. Foro Educ. 2016 Feb 28;27:13–32. Disponible en: http://ediciones.ucsh.cl/ojs/index.php/ForoEducacional/article/view/795

78. Kielmann K, Cataldo F, Seeley J. Introduction to Qualitative Research Methodology: A Training Manual. UK; 2012. Disponible en: https://collaboration.worldbank.org/content/usergenerated/asi/cloud/attachments/sites/collaboration-for-development/en/groups/results-based-financing/documents/jcr:content/content/primary/blog/how_important_isthe-I7qE/Introduction to Qualitative Research Methodology - A Training Manual.pdf

79. Guest G, Namey EE, Mitchell ML. Collecting Qualitative Data: A Field Manual for Applied Research. 2017. Chapter 1. Disponible en: https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=--3rmWYKtloC&oi=fnd&pg=PP1&dq=Collecting+Qualitative+Data:+A+Field+Manual+for+Applied+Research.+chapter+1&ots=FZZf9biqR3&sig=6ecXWD6iP87gE5dWJb8qIZvOywo#v=onepage&q=Collecting Qualitative Data%3A A Field Manual for Applied Research. chapter 1&f=false

80. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología De La Investigación. 6th ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2014. Disponible en: https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf

81. Munárriz B. Técnicas y métodos en investigación cualitativa. En: Abalde Paz E, Muñoz Cantero JM, coordinadores. *Metodología educativa I. Xornadas de Metodoloxía de Investigación Educativa*; 1991 abr 23-24; A Coruña, España. A Coruña: Universidade da Coruña, Servizo de Publicacións; 1992. p. 101–116. Disponible en: https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/8533

82. Urra Medina E, Núñez Carrasco R, Retamal Valenzuela C, Jure Cares L. Enfoques de estudio de casos en la investigación de enfermería. *Cienc Enferm*. 2014;20(1):9–17. doi:10.4067/S0717-95532014000100012

83. Tejero González JM, editor. Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario. Cuenca (España): Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha; 2021. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=825468

84. Flick U. El diseño de Investigación Cualitativa. 1st ed. MORATA; 2014. Disponible en: https://dpp2017blog.files.wordpress.com/2017/08/disec3b1o-de-la-investigacic3b3n-cualitativa.pdf

85. Vives Varela T, Hamui Sutton L. La codificación y categorización en la teoría fundamentada, un método para el análisis de los datos cualitativos. *Investig Educ Méd*. 2021;10(40):97–104. doi:10.22201/fm.20075057e.2021.40.21367

86. De La Espriella R, Gómez Restrepo C. Teoría fundamentada. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2020;49(2):127–133. doi:10.1016/j.rcp.2018.08.002

87. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 1st ed. Editorial Universidad de Antioquia ; 2002.

88. Climent CDO, Ballester MC, Cantus DS. Calidad de vida en pacientes con Fibromialgia. Revisión bibliográfica. Rev Española Enfermería Salud Ment. 2019 Oct 17;0(8). Disponible en: http://www.reesme.com/index.php/REESM-AEESME/article/view/47

Anexos

Índice de anexos

Anexo 1. Carta de aprobación comité de ética 122

Anexo 2. Consentimiento informado 124

Anexo 3. Entrevista a profundidad 126

Anexo 4. Codificación abierta 128

Anexo 5. Codificación axial 131

Anexo 6. Codificación selectiva 144

Anexo 1. Carta de aprobación comité de ética

Vigilada Mineducación

COMUNICACIÓN INTERNA

Comité Institucional de Ética de Investigación

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Por una cultura de la vida, su calidad y su sentido

MIEMBROS

LUIS FELIPE RAMÍREZ GIL.
Diseñador Industrial
Especialista en Docencia Universitaria
MSc en Bioética
PhD en Bioética
Experto en Bioética
Presidente

EDGAR ORLANDO BELTRAN Z.
Odontólogo
MSc en Ciencias Básicas Biomédicas
Cargo: Experto en Metodología de la Investigación
Secretario Ejecutivo

DIANA MARCELA BUITRAGO R.
Bacterióloga
PhD Ciencias Farmacéuticas
Cargo: Investigadora

NADIA YADIRA CASTAÑEDA G.
Lic. Biología y Química
MSc. en Bioquímica
cPhD. Biotecnología
Cargo: Experta en Metodología de la Investigación

MIGUEL ANTONIO SÁNCHEZ C.
Enfermero
MSc en Administración en Salud
PhD Bioética
Cargo: Experto en Bioética

MARIA DEL PILAR OLAYA O.
Farmacóloga
MSc en Toxicología
PhD Ciencias Farmacéuticas
Cargo: Química Farmacéutica.

HERNÁN CAMILO MEDINA B.
Filósofo
MSc en Filosofía
PhD en Filosofía
Cargo: Experto en Investigación en Ciencias Sociales

Bogotá, D.C., 10 de julio de 2023

Doctora
ANDREA DEL PILAR USECHE PATIÑO
Investigadora Principal
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Bogotá

Referencia:
Proyecto: "Factores que llevan a la prescripción de opioides por parte de médicos de consulta externa y urgencias de la ciudad de Bogotá, Colombia, como primera línea de tratamiento en pacientes con fibromialgia"

Código del Proyecto: CIE 2023-070

Investigadora Principal: Andrea del Pilar Useche Patiño

Coinvestigadores: Mariam Housni Gaviria, María Paula León Gómez, David Santiago Libreros Pineda, Valentina Linares Díaz, Mariana Linero López.

Asesora Metodológica: Irene Catalina Parra García

Respetada Doctora Useche,

Estamos informando que el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad El Bosque en sesión ordinaria del 04 de julio de 2023, según Acta

PBX: (601) 6489000 Ext. 1520 Fax: (601) 6489006
Calle 132 No. 7A – 63 Pisos 2 y 3
comiteetica@unbosque.edu.co
Bogotá D.C., Colombia

Vigilada Mineducación

COMUNICACIÓN INTERNA

Comité Institucional de Ética de Investigación

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Por una cultura de la vida, su calidad y su sentido

MARIA CRISTINA MEJÍA G.
Psicóloga
Cargo: Representante de la Comunidad.

ANDREA DEL PILAR RINCÓN G.
Médico
Especialista en Medicina Familiar
Candidata a Magíster en Salud Pública
Cargo: Médico

ABELARDO LEAL HERNÁNDEZ.
Abogado
Especialista en Derecho Público, Maestría en Derechos fundamentales y en Derecho Público
Maestría en Escrituras Creativas
Doctor en Derecho
Cargo: Abogado

Número de Miembros Total: 11

Número de Miembros que participaron en la evaluación y aprobación de documentos: 10

Número de miembros que se requiere para que haya quórum: 6

No. 015-2023, con los miembros citados a la izquierda, quienes cumplían con el quórum requerido, revisó y aprobó el proyecto de la referencia.

Investigación Sin Riesgo

Se adjunta la versión final del Protocolo y el Consentimiento Informado aprobado por el Comité se encuentra sellado y firmado por el Presidente del Comité para ser aplicado en este estudio.

Reiteramos que cualquier modificación al proyecto y a los formatos aprobados, debe ser sometida a evaluación por parte del Comité. El Comité considera cualquier cambio sin notificación y aprobación como una falta al cumplimiento del aval ético.

El Investigador Principal deberá entregar el Informe Final antes del 30 de enero de 2023 en el formato y en la fecha establecida en el cronograma aprobado.

Se emitirá el Acta de Cierre por parte del Comité cuando el Investigador Principal cumpla con los todos los requisitos establecidos para tal fin.

Atentamente,

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Comité Institucional de Ética en Investigaciones

LUIS FELIPE RAMIREZ GIL
Presidente
Comité Institucional de Ética de Investigación

PBX: (601) 6489000 Ext. 1520 Fax: (601) 6489006
Calle 132 No. 7A – 63 Pisos 2 y 3
comiteetica@unbosque.edu.co
Bogotá D.C., Colombia

Anexo 2. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Facultad de Medicina
Programa de Medicina

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación: Factores que llevan a la prescripción de opioides por parte de médicos de consulta externa y urgencias de la ciudad de Bogotá, Colombia, como primera línea de tratamiento en pacientes con fibromialgia.

Investigadores: Mariam Housni Gaviria, María Paula León Gómez, David Santiago Libreros Pineda, Valentina Linares Díaz y Mariana Linero López

En la ciudad de Bogotá, a los _____ días del mes _____ año 2022

Yo _____, en calidad de _____, una vez informado (a) que:

1. El objetivo que persigue esta investigación es: Establecer los factores que llevan a los médicos a prescribir opioides como tratamiento de dolor crónico en pacientes con fibromialgia.
2. Esta investigación cuenta con una metodología cualitativa, en la cual se realizarán entrevistas estructuradas a médicos de urgencias y de consulta externa indistintamente de la institución donde trabajan de la ciudad de Bogotá, Colombia, con una muestra de 8 a 10 profesionales, por tanto, las concepciones personales del participante sobre el tema son importantes para la consecución del objetivo propuesto.
3. Durante la investigación debe participar de una entrevista realizada por el investigador, que tendrá una duración de 30-45 minutos.
4. Mi participación en esta investigación es completamente voluntaria y desprovista de cualquier tipo de coacción, por tanto, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento sin ningún tipo de consecuencia.
5. El investigador podrá retirarme de la investigación tempranamente por no cumplir reiterativamente con las orientaciones proporcionadas y acordadas.
6. No recibiré beneficio personal de ninguna clase por mi participación, sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitan mejorar la comprensión sobre la experiencia particular de las instituciones educativas de la Universidad El Bosque.
7. Tanto la información parcial como los resultados finales de la investigación tienen fines exclusivamente académicos y serán tratados confidencialmente.
8. Los testimonios que reporte serán grabados en formato audio y posteriormente transcritos a texto y codificados para su tratamiento y análisis, esto salvaguardando mi anonimato en todo momento, por cuanto mi nombre no reposará en ningún tipo de registro, ni de informe, ni de producto derivado de la investigación. Esto en observancia de la ley estatutaria 1581 de 2012 por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.
9. El participante tiene derecho a que los investigadores respondan sus preguntas a su completa satisfacción antes de firmar este documento o en cualquier momento después de firmarlo y se proveerá a los participantes información de nuevos hallazgos significativos que ocurran durante el curso de la investigación que puedan afectar su decisión de permanencia o no en el estudio. Si tengo alguna pregunta o problema podré comunicarme con los investigadores.

Acta 015-2023 del 04 de julio de 2023

CONSENTIMIENTO INFORMADO

10. Se me puede invitar a participar en una o más etapas de la investigación con la aplicación de diferentes tipos de técnicas, en todos los casos garantizando los principios expuestos en los numerales 1 a 9.

Información de contacto del comité de ética: Comité Institucional de Ética en Investigaciones, 648 9000 extensión 1520, comiteetica@unbosque.edu.co, Calle 132 No.7A-85. Casa 5

Información de contacto de los Investigadores:
Investigador principal: Andrea del Pilar Useche Patiño, 3108171500, apuseche@hotmail.com
Coinvestigadores: David Santiago Libreros Pineda, 317 2935944, dlibreros@unbosque.edu.co, Mariam Housni Gaviria, mhousni@unbosque.edu.co, 3188218067; Mariana Linero López, mlinerol@unbosque.edu.co, 3112012704; Valentina Linares Diaz, vlinaresd@unbosque.edu.co, 3166958784 y Maria Paula Leon Gomez, mpleong@unbosque.edu.co, 3017713054.

He sido invitado(a) a participar en el estudio _____.
Entiendo que mi participación consistirá en _____.
He leído y entendido este documento de Consentimiento Informado o el mismo se me ha leído o explicado. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente y he tenido el tiempo suficiente para pensar acerca de mi decisión. No tengo ninguna duda sobre mi participación, por lo que estoy de acuerdo en hacer parte de esta investigación. Cuando firme este documento de Consentimiento Informado de manera virtual recibiré una copia del mismo (partes 1 y 2).

Autorizo el uso y la divulgación de mi información a las entidades mencionadas en este Consentimiento Informado para los propósitos descritos anteriormente.

Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho de terminar mi participación en cualquier momento. Al firmar esta hoja de Consentimiento Informado no he renunciado a ninguno de mis derechos legales.

Para constancia, firmo a los __ (día) __ de _ (mes) ___ de ___ (año) _____

_____ _____
Nombre del Participante Firma del Participante

_____ _____
Investigador principal Firma del Investigador

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acta 015-2023 del 04 de julio de 2023

Anexo 3. Entrevista a profundidad

Universidad El Bosque		
Título de la investigación	Factores que llevan a la prescripción de opioides por parte de médicos de consulta externa y urgencias de la ciudad de Bogotá, Colombia, como primera línea de tratamiento en pacientes con fibromialgia.	UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Técnica: Entrevista a profundidad	**Objetivo:** Establecer los factores que llevan a los médicos a prescribir opioides como tratamiento de dolor crónico en pacientes con fibromialgia, a pesar de las recomendaciones de las guías de práctica clínica que argumentan la falta de evidencia de su utilidad en esta patología.	

1. ¿En el último mes de su consulta, a cuántos pacientes con fibromialgia atendió en promedio?
2. De las siguientes guías que le voy a enunciar (EULAR, canadiense y de Argentina) ¿Alguna de estas guías es la que usted usa como orientación en su consulta médica habitual? En caso afirmativo explicar por qué esa es la de su elección y si no es ninguna de las anteriores, ¿por cuál se guía usted y explique la razón de su elección?
3. Según estas guías médicas o teniendo en cuenta por la que usted se orienta, ¿Su primera línea de prescripción es la misma que sugiere la guía? En caso de sí o no, justifique su respuesta.
4. Si su primera línea no es la que sugieren las guías, ¿Cuál es su medicamento de prescripción habitual, como manejo inicial y por qué?
5. En su consulta habitual de pacientes con fibromialgia, ¿qué tan frecuente ha sido la formulación de opioides, ¿cuáles son los más utilizados por usted y por qué?
6. ¿Qué aspectos lo llevan a tomar la decisión de formular opioides en pacientes con fibromialgia? (En caso de no considerar los factores sociales y económicos en la respuesta, realizar la siguiente) ¿Dentro de sus consideraciones se encuentran las condiciones sociales y económicas del paciente? (Red de apoyo del paciente, poder adquisitivo, accesibilidad al sistema de salud y condiciones laborales)
7. **Para médico de consulta externa:** ¿En su experiencia el uso de opioides mejora la percepción del dolor del paciente en los controles posteriores a la prescripción, que justifique mantener o continuar con esta medicación?

Para médico de urgencias: ¿En su experiencia el uso de opioides disminuye la tasa de reconsulta de los pacientes con esta patología?

8. ¿Alguno de los pacientes que usted ha tratado por fibromialgia, tiene en su historial médico abuso del consumo de opioides en el tratamiento de esta enfermedad posterior a su prescripción?

9. ¿Considera que las guías médicas disponibles para fibromialgia son insuficientes en cuanto a la revisión del tema? De ser afirmativa su respuesta, ¿cree usted que esa es la razón por la cual son pocas las opciones terapéuticas con las que cuenta el personal de salud y por ende que se les ofrecen a los pacientes?

Anexo 4. Codificación abierta

A partir de los datos obtenidos se realiza esta codificación, la cual permite identificar códigos que tengan puntos en común para luego agruparlos y generar categorías, este proceso se ejecutó con cada uno de los objetivos.

Objetivo 1

Código	**Color**
Desinterés	
Divulgación de información	
Acceso a la información	
Patología infrecuente	
Guías extensas/tediosas	
Difícil manejo	
Experiencia	
Influencia institucional	
Industria farmacéutica	
Ausencia de guías Nacionales	
Guías desactualizadas	
Capacitaciones	

Códigos	**Categorías**
Acceso a la información + Ausencia de guías nacionales	Difícil acceso a la información
Guías desactualizadas + Guías extensas	Falencia en las guías
Experiencia + Capacitaciones	Trayectoria profesional
Difícil manejo + Patología infrecuente	Patología de difícil manejo

Influencia institucional + Industria farmacéutica	Influencia externa
Desinterés + Divulgación de información	Indiferencia

Objetivo 2

Código	**Color**
Estado clínico	
Percepción del dolor	
Antecedentes	
Contexto biopsicosocial del paciente	
Balance riesgo beneficio	
Trámites administrativos	
Adherencia al tratamiento	
Terapias alternativas	
Polifarmacia	
Características farmacéuticas del medicamento	
Respuesta al tratamiento	
Efectos secundarios	

Códigos	**Categorías**
Estado clínico + Percepción del dolor	Evolución clínica
Antecedentes + Contexto biopsicosocial del paciente	Características del paciente
Balance riesgo beneficio + Efectos secundarios	Seguridad para el paciente
Trámites administrativos + Terapias alternativas	Limitaciones en el sistema de salud
Respuesta al tratamiento + Adherencia al tratamiento	Eficacia terapéutica

Polifarmacia + Características farmacéuticas del medicamento	Intervención de los medicamentos

Objetivo 3

Código	**Color**
Interacciones farmacológicas	
Estilo de vida	
Seguimiento terapéutico	
Efectos sobre SNC	
Toma inadecuada de medicamentos	
Patología psiquiátrica concomitante	
Red de apoyo	
Comprensión de la enfermedad	
Accesibilidad al medicamento	
Deterioro de la funcionalidad	
Edad del paciente	
Consultante recurrente	

Códigos	**Categorías**
Estilo de vida + Red de apoyo	Entorno del paciente
Interacciones farmacológicas + Patología psiquiátrica concomitante	Efectos en la salud mental
Toma inadecuada de medicamentos + Comprensión de la enfermedad	Adaptación del paciente frente a la enfermedad
Deterioro de la funcionalidad + Consultante recurrente	Inadecuada respuesta al tratamiento
Accesibilidad al medicamento + Edad del paciente	Garantizar el tratamiento
Efectos sobre SNC + Seguimiento terapéutico	Control terapéutico

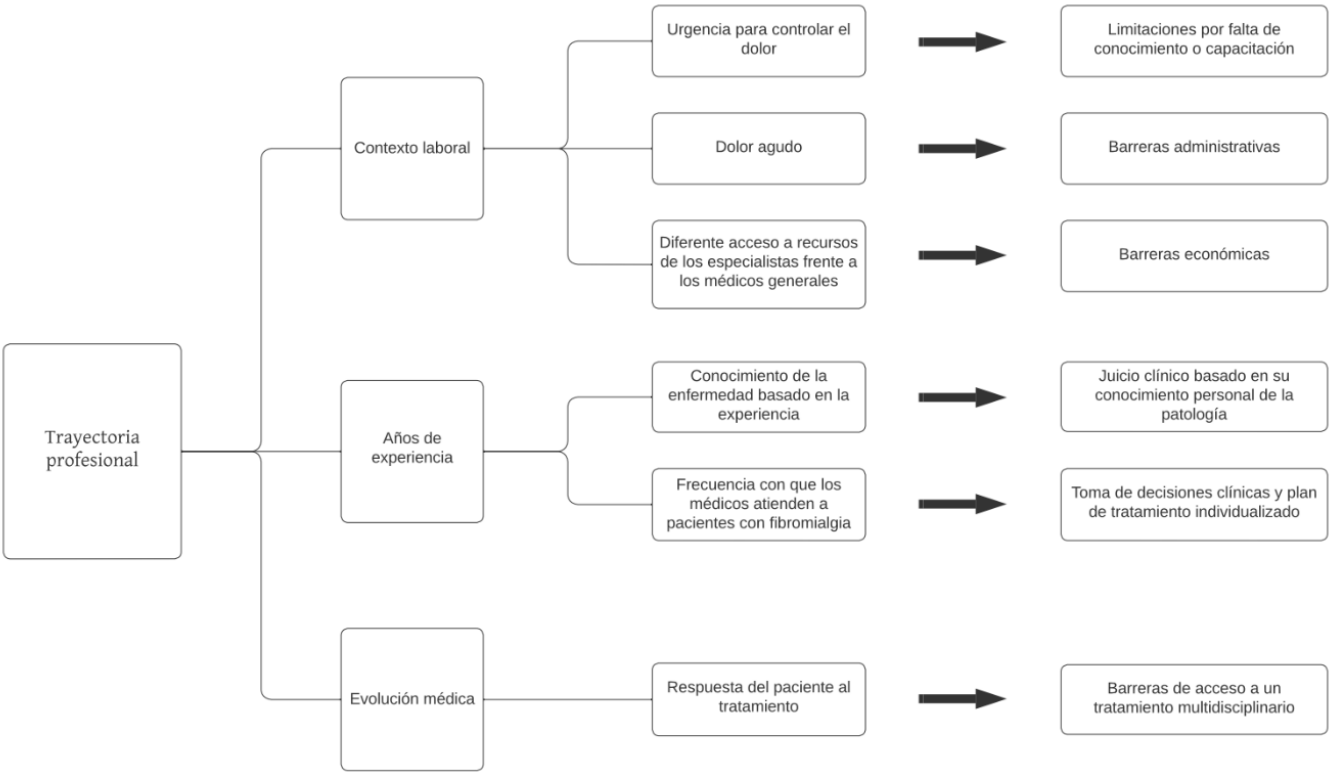
Anexo 5. Codificación axial

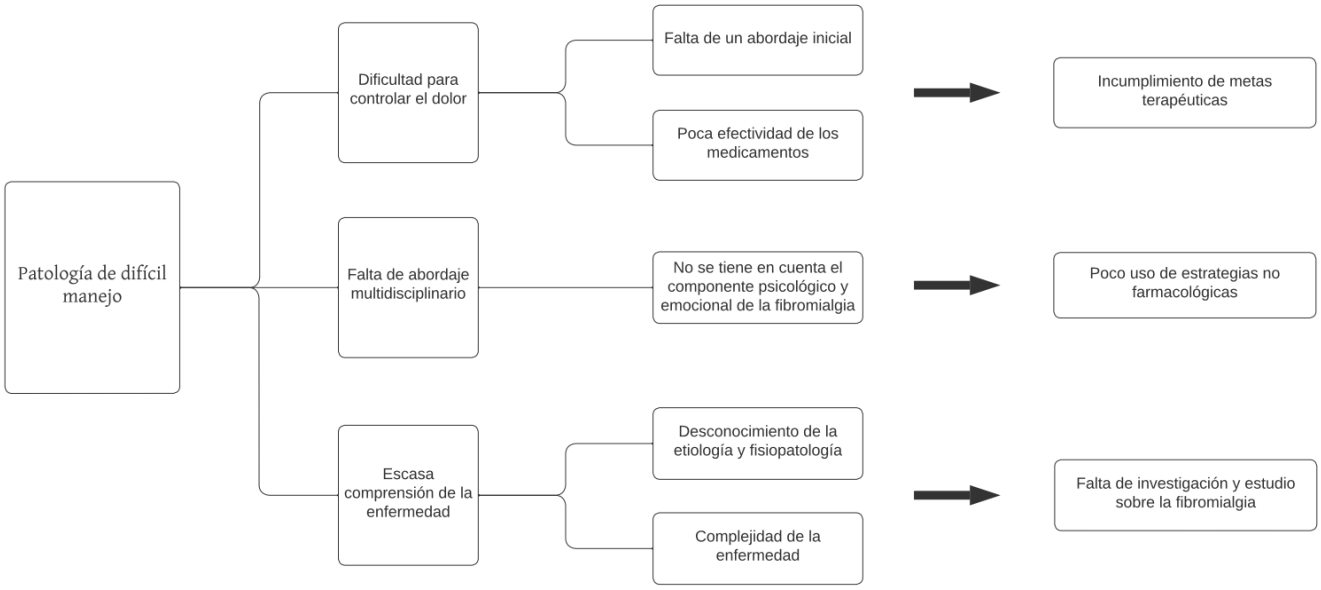
Posterior a la codificación abierta se realiza esta nueva codificación, en la cual se fragmenta la información obtenida para así crear categorías, poder relacionar mejor los conceptos extraídos y de esta forma dar una interpretación de la información junto con el soporte teórico.

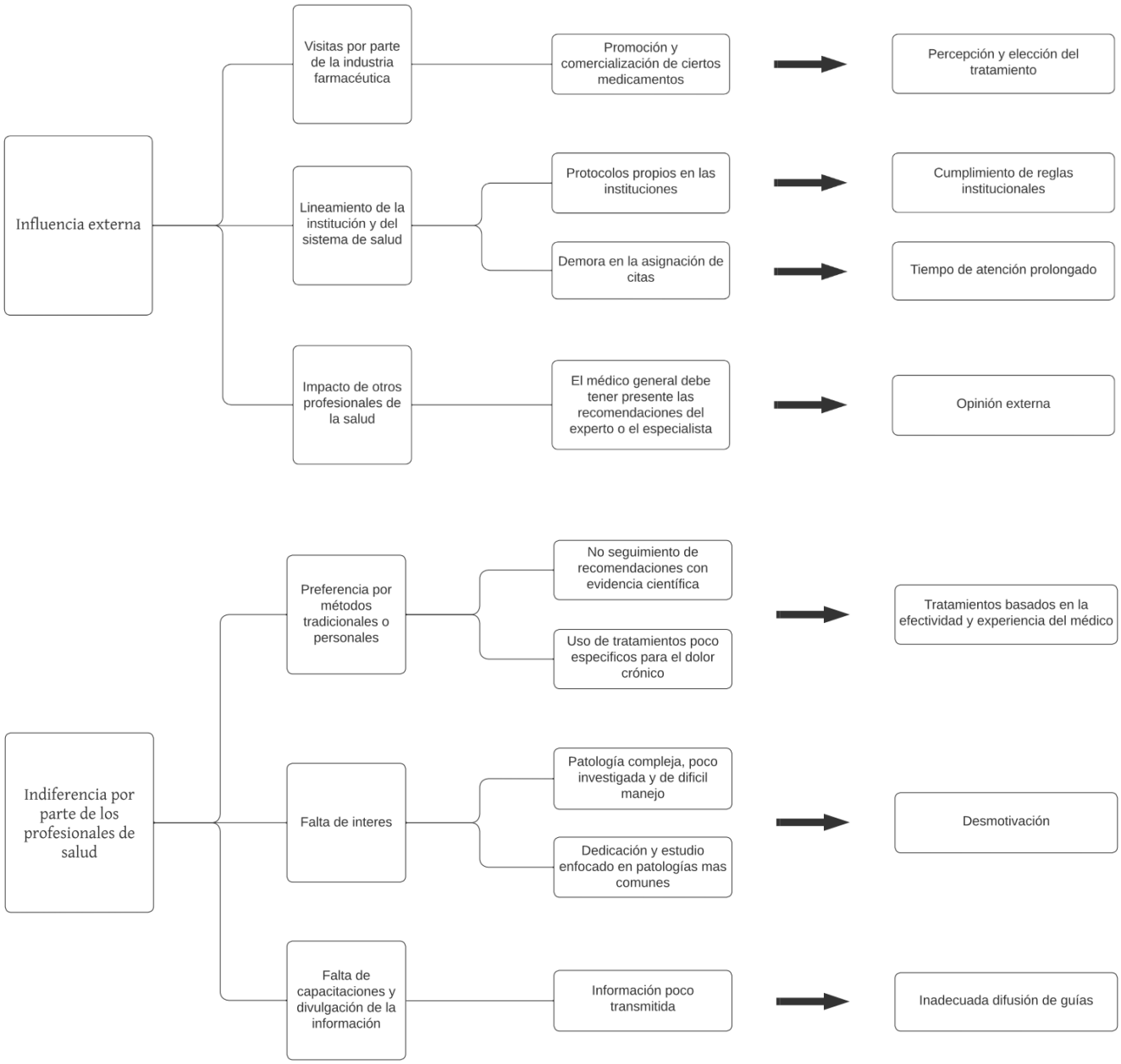
Objetivo 1

Categoría 1. Dificil acceso a la información	**Categoría 2.** Falencias en las guías	**Categoría 3.** Trayectoria profesional	**Categoría 4.** Patología de dificil manejo	**Categoría 5.** Influencia externa	**Categoría 6.** Indiferencia
Subcategorias	**Subcategorias**	**Subcategorias**	**Subcategorias**	**Subcategorias**	**Subcategorias**
Limitaciones en la investigación	Ausencia de guías nacionales	Contexto laboral	Dificultad para controlar el dolor	Visitas por parte de la Industria Farmacéutica	Preferencia por métodos tradicionales o personales
Dificultad para acceder a las guías	Carencia de guías internacionales actualizadas	Años de experiencia	Falta de abordaje multidisciplinario	Lineamientos de la institución y del sistema de salud	Falta de interés
Desconocimiento de guías	Exceso de información en las guías	Evolución médica	Escasa compresión de la fibromialgia	Impacto de otros profesionales de la salud	Falta de capacitaciones y divulgación de la información

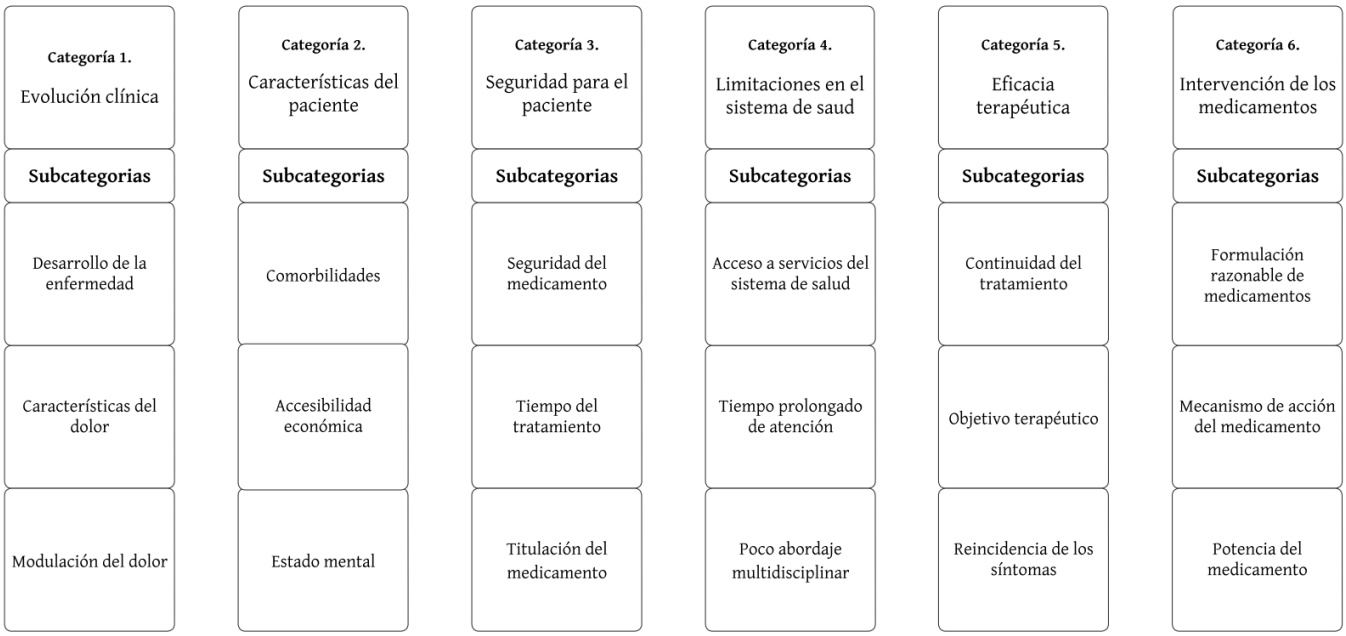
Difiícil acceso a la información
Limitaciones en la investigación
Desconocimiento de la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento
Poca investigación y estudios sobre la fibromialgia
Información escasa e insuficiente sobre la patología
Dificultad para acceder a las guías
Poca difusión de guías
Guías disponibles poco conocidas
Divulgación de guías
Desconocimiento de las guías
Patología infrecuente
Falta de interés por revisar las guías existentes
Patología poco conocida
Falencia en las guías
Ausencia de guías nacionales
Falta de consenso nacional
Información poco específica para fibromialgia
Tratamiento según experiencia y conocimiento
Falta de Información sobre el manejo ideal
Conocimiento sobre manejo de dolor crónico
Carencia de guías internacionales actualizadas
Información insuficiente en las guías
Guías aptas pero desactualizadas
Información en las guías escasa y desactualizada
Exceso de información en las guías
Guias poco especificas para la fibromialgia
Revision incompleta de las guias por parte de los medicos
Guias extensas y poco especificas

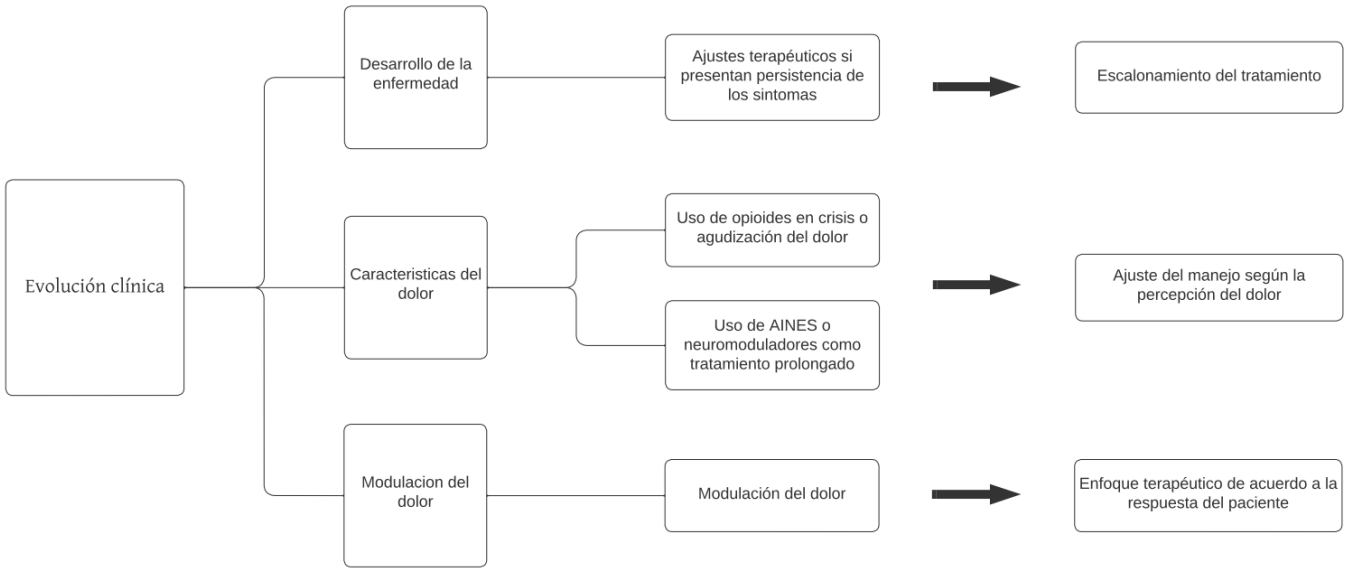

Trayectoria profesional
Contexto laboral
Urgencia para controlar el dolor
Limitaciones por falta de conocimiento o capacitación
Dolor agudo
Barreras administrativas
Diferente acceso a recursos de los especialistas frente a los médicos generales
Barreras económicas
Años de experiencia
Conocimiento de la enfermedad basado en la experiencia
Juicio clínico basado en su conocimiento personal de la patología
Frecuencia con que los médicos atienden a pacientes con fibromialgia
Toma de decisiones clínicas y plan de tratamiento individualizado
Evolución médica
Respuesta del paciente al tratamiento
Barreras de acceso a un tratamiento multidisciplinario

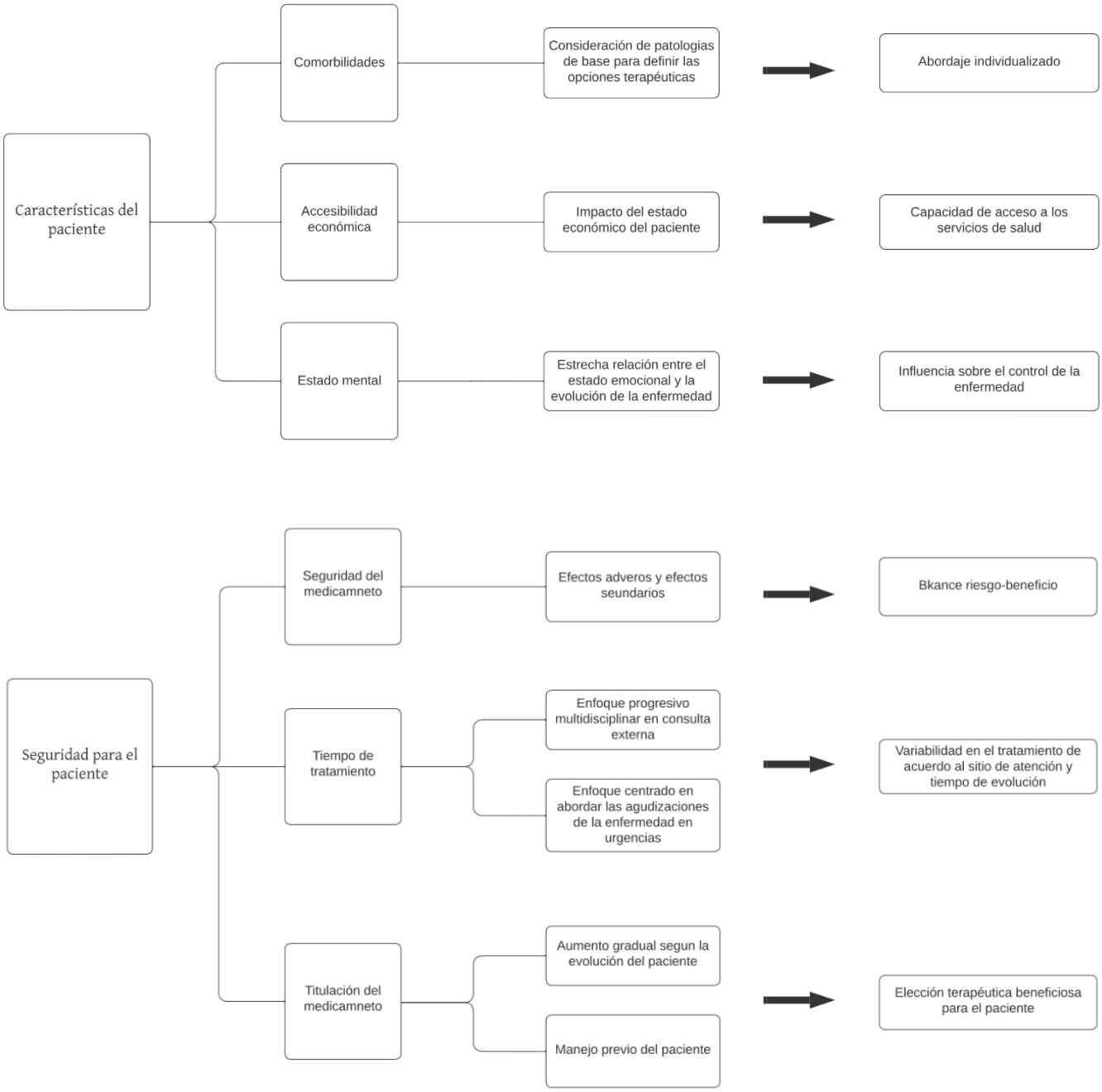

Patología de difícil manejo
Dificultad para controlar el dolor
Falta de un abordaje inicial
Poca efectividad de los medicamentos
Incumplimiento de metas terapéuticas
Falta de abordaje multidisciplinario
No se tiene en cuenta el componente psicológico y emocional de la fibromialgia
Poco uso de estrategias no farmacológicas
Escasa comprensión de la enfermedad
Desconocimiento de la etiología y fisiopatología
Complejidad de la enfermedad
Falta de investigación y estudio sobre la fibromialgia

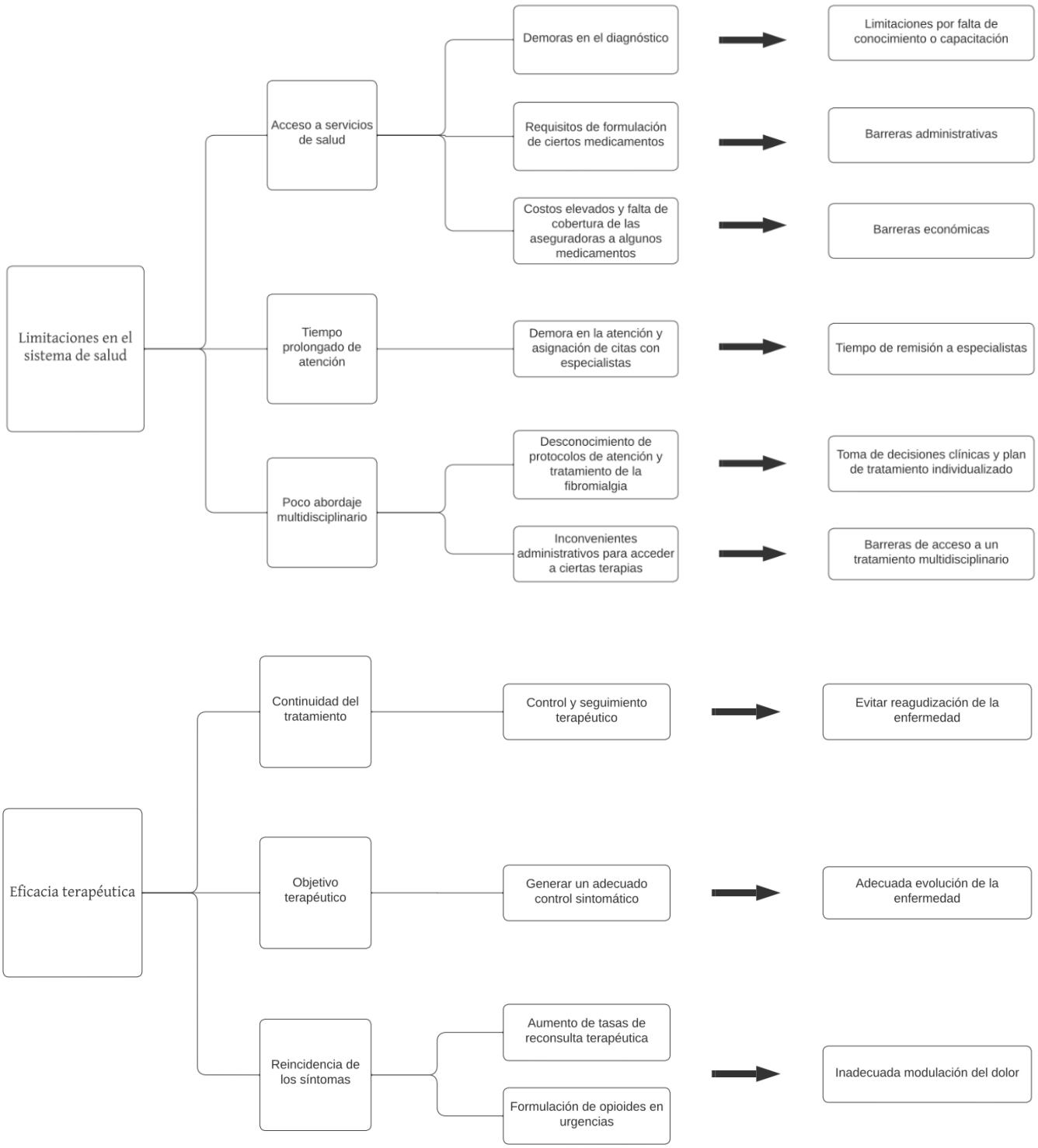

Influencia externa
Visitas por parte de la industria farmacéutica
Promoción y comercialización de ciertos medicamentos
Percepción y elección del tratamiento
Lineamiento de la institución y del sistema de salud
Protocolos propios en las instituciones
Cumplimiento de reglas institucionales
Demora en la asignación de citas
Tiempo de atención prolongado
Impacto de otros profesionales de la salud
El médico general debe tener presente las recomendaciones del experto o el especialista
Opinión externa
Indiferencia por parte de los profesionales de salud
Preferencia por métodos tradicionales o personales
No seguimiento de recomendaciones con evidencia científica
Uso de tratamientos poco especificos para el dolor crónico
Tratamientos basados en la efectividad y experiencia del médico
Falta de interes
Patología compleja, poco investigada y de dificil manejo
Dedicación y estudio enfocado en patologías mas comunes
Desmotivación
Falta de capacitaciones y divulgación de la información
Información poco transmitida
Inadecuada difusión de guías

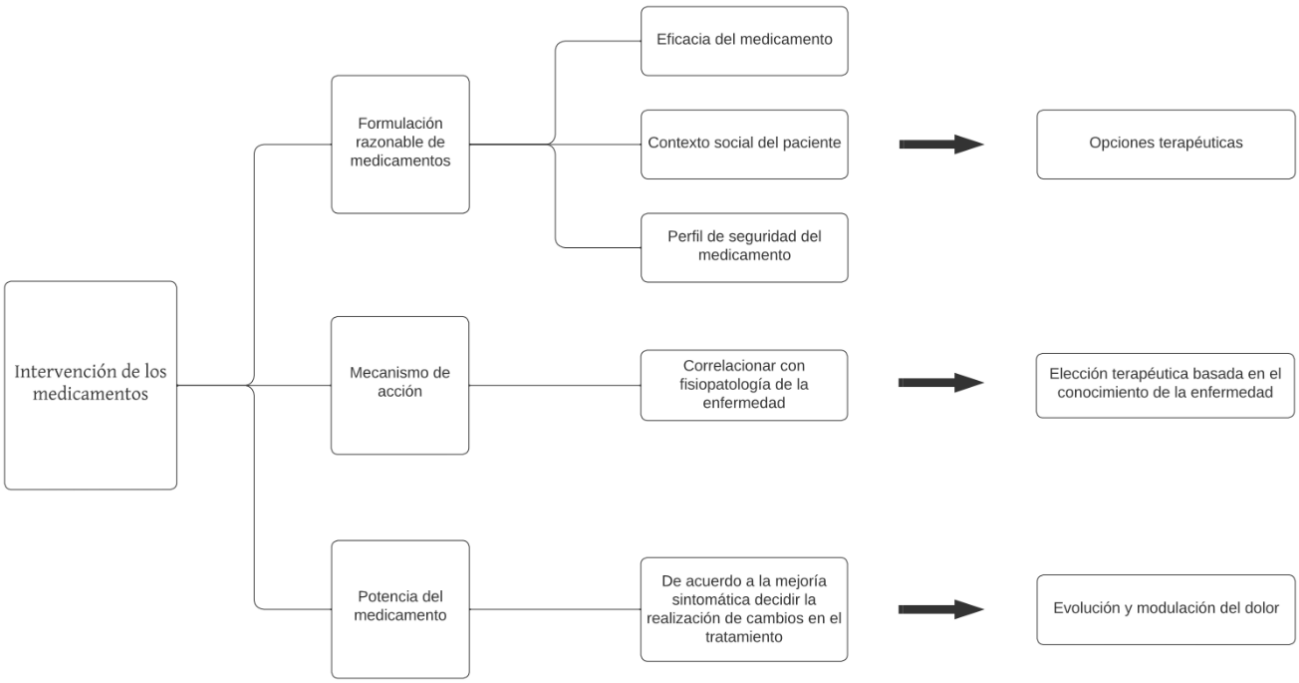
Objetivo 2


Categoría 1.
Evolución clínica
Subcategorias
Desarrollo de la enfermedad
Características del dolor
Modulación del dolor
Categoría 2.
Características del paciente
Subcategorias
Comorbilidades
Accesibilidad económica
Estado mental
Categoría 3.
Seguridad para el paciente
Subcategorias
Seguridad del medicamento
Tiempo del tratamiento
Titulación del medicamento
Categoría 4.
Limitaciones en el sistema de saud
Subcategorias
Acceso a servicios del sistema de salud
Tiempo prolongado de atención
Poco abordaje multidisciplinar
Categoría 5.
Eficacia terapéutica
Subcategorias
Continuidad del tratamiento
Objetivo terapéutico
Reincidencia de los síntomas
Categoría 6.
Intervención de los medicamentos
Subcategorias
Formulación razonable de medicamentos
Mecanismo de acción del medicamento
Potencia del medicamento


Evolución clínica
Desarrollo de la enfermedad
Ajustes terapéuticos si presentan persistencia de los sintomas
Escalonamiento del tratamiento
Caracteristicas del dolor
Uso de opioides en crisis o agudización del dolor
Uso de AINES o neuromoduladores como tratamiento prolongado
Ajuste del manejo según la percepción del dolor
Modulacion del dolor
Modulación del dolor
Enfoque terapéutico de acuerdo a la respuesta del paciente

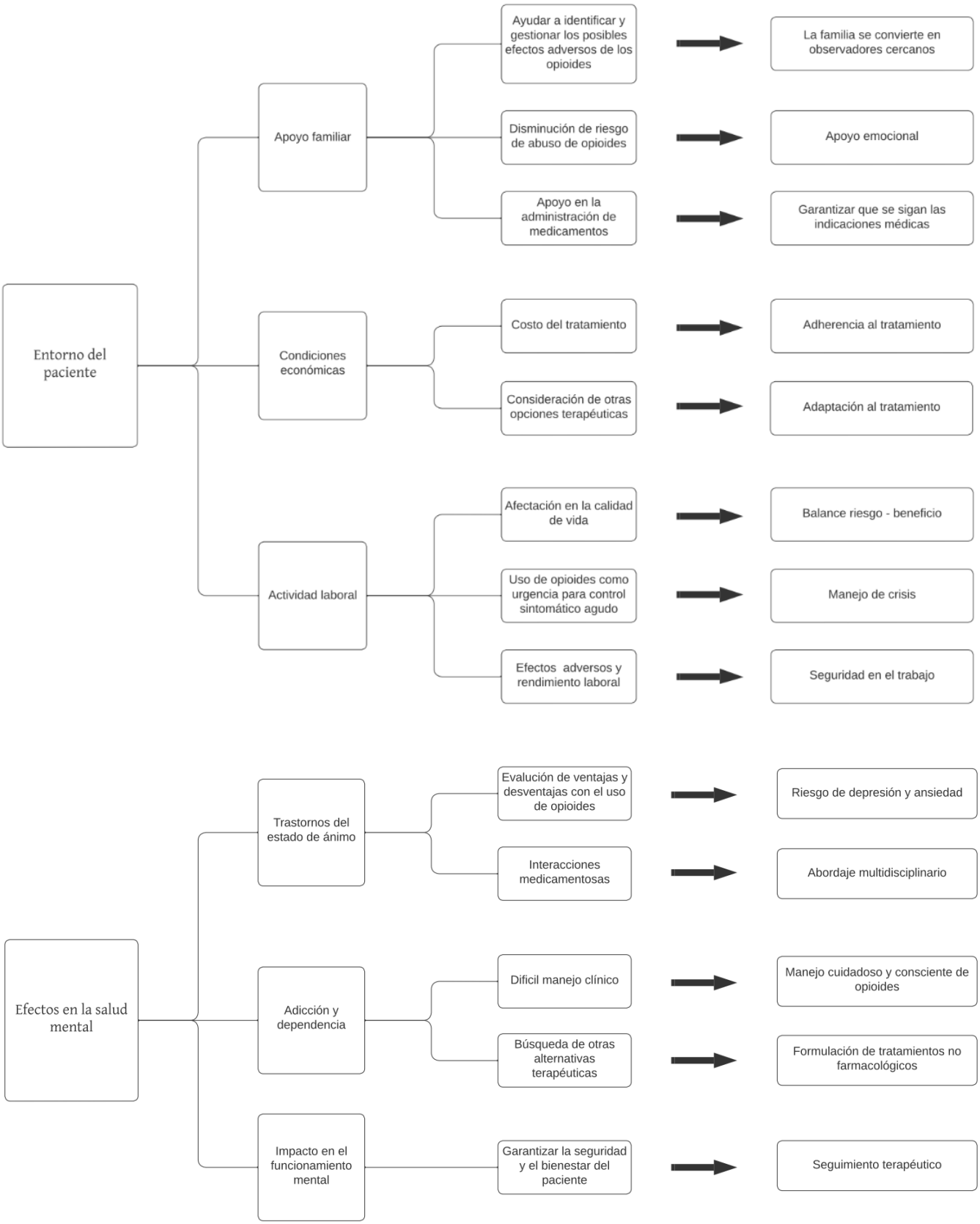

Características del paciente
Comorbilidades
Consideración de patologias de base para definir las opciones terapéuticas
Abordaje individualizado
Accesibilidad económica
Impacto del estado económico del paciente
Capacidad de acceso a los servicios de salud
Estado mental
Estrecha relación entre el estado emocional y la evolución de la enfermedad
Influencia sobre el control de la enfermedad
Seguridad para el paciente
Seguridad del medicamneto
Efectos adveros y efectos seundarios
Bkance riesgo-beneficio
Tiempo de tratamiento
Enfoque progresivo multidisciplinar en consulta externa
Enfoque centrado en abordar las agudizaciones de la enfermedad en urgencias
Variabilidad en el tratamiento de acuerdo al sitio de atención y tiempo de evolución
Titulación del medicamneto
Aumento gradual segun la evolución del paciente
Manejo previo del paciente
Elección terapéutica beneficiosa para el paciente

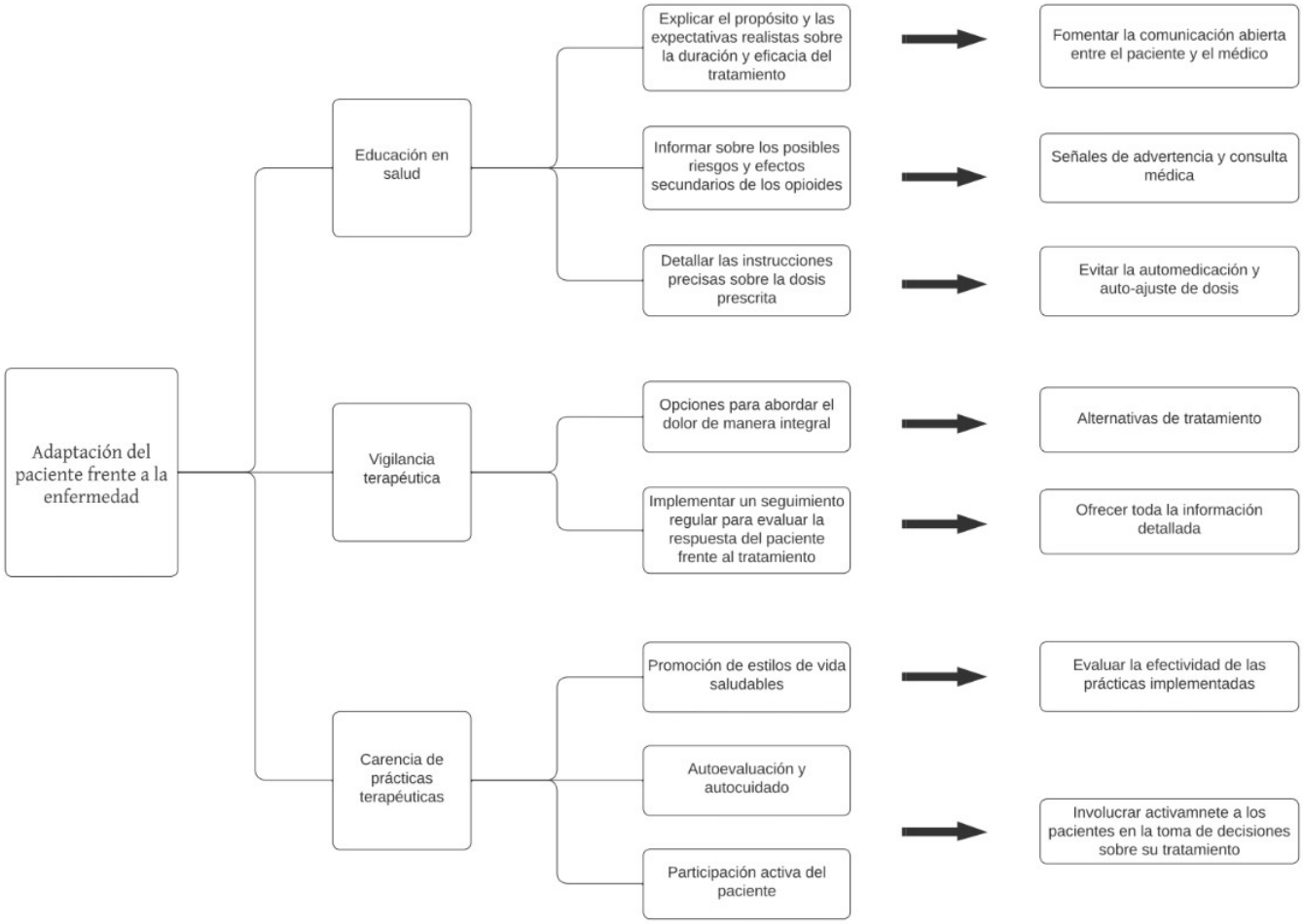

Limitaciones en el sistema de salud
Acceso a servicios de salud
Demoras en el diagnóstico
Limitaciones por falta de conocimiento o capacitación
Requisitos de formulación de ciertos medicamentos
Barreras administrativas
Costos elevados y falta de cobertura de las aseguradoras a algunos medicamentos
Barreras económicas
Tiempo prolongado de atención
Demora en la atención y asignación de citas con especialistas
Tiempo de remisión a especialistas
Poco abordaje multidisciplinario
Desconocimiento de protocolos de atención y tratamiento de la fibromialgia
Toma de decisiones clínicas y plan de tratamiento individualizado
Inconvenientes administrativos para acceder a ciertas terapias
Barreras de acceso a un tratamiento multidisciplinario
Eficacia terapéutica
Continuidad del tratamiento
Control y seguimiento terapéutico
Evitar reagudización de la enfermedad
Objetivo terapéutico
Generar un adecuado control sintomático
Adecuada evolución de la enfermedad
Reincidencia de los síntomas
Aumento de tasas de reconsulta terapéutica
Formulación de opioides en urgencias
Inadecuada modulación del dolor

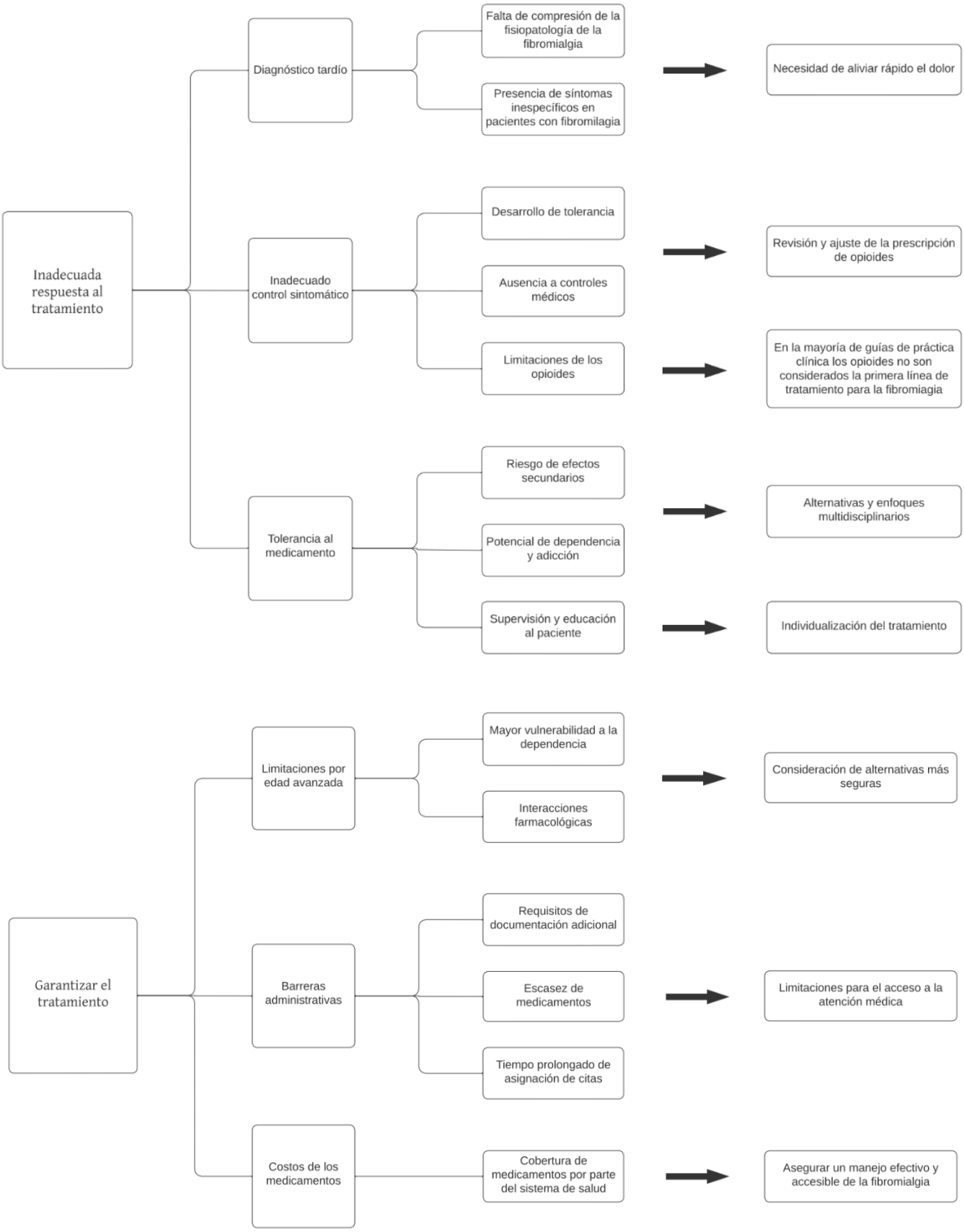

Intervención de los medicamentos
Formulación razonable de medicamentos
Mecanismo de acción
Potencia del medicamento
Eficacia del medicamento
Contexto social del paciente
Perfil de seguridad del medicamento
Correlacionar con fisiopatología de la enfermedad
De acuerdo a la mejoría sintomática decidir la realización de cambios en el tratamiento
Opciones terapéuticas
Elección terapéutica basada en el conocimiento de la enfermedad
Evolución y modulación del dolor

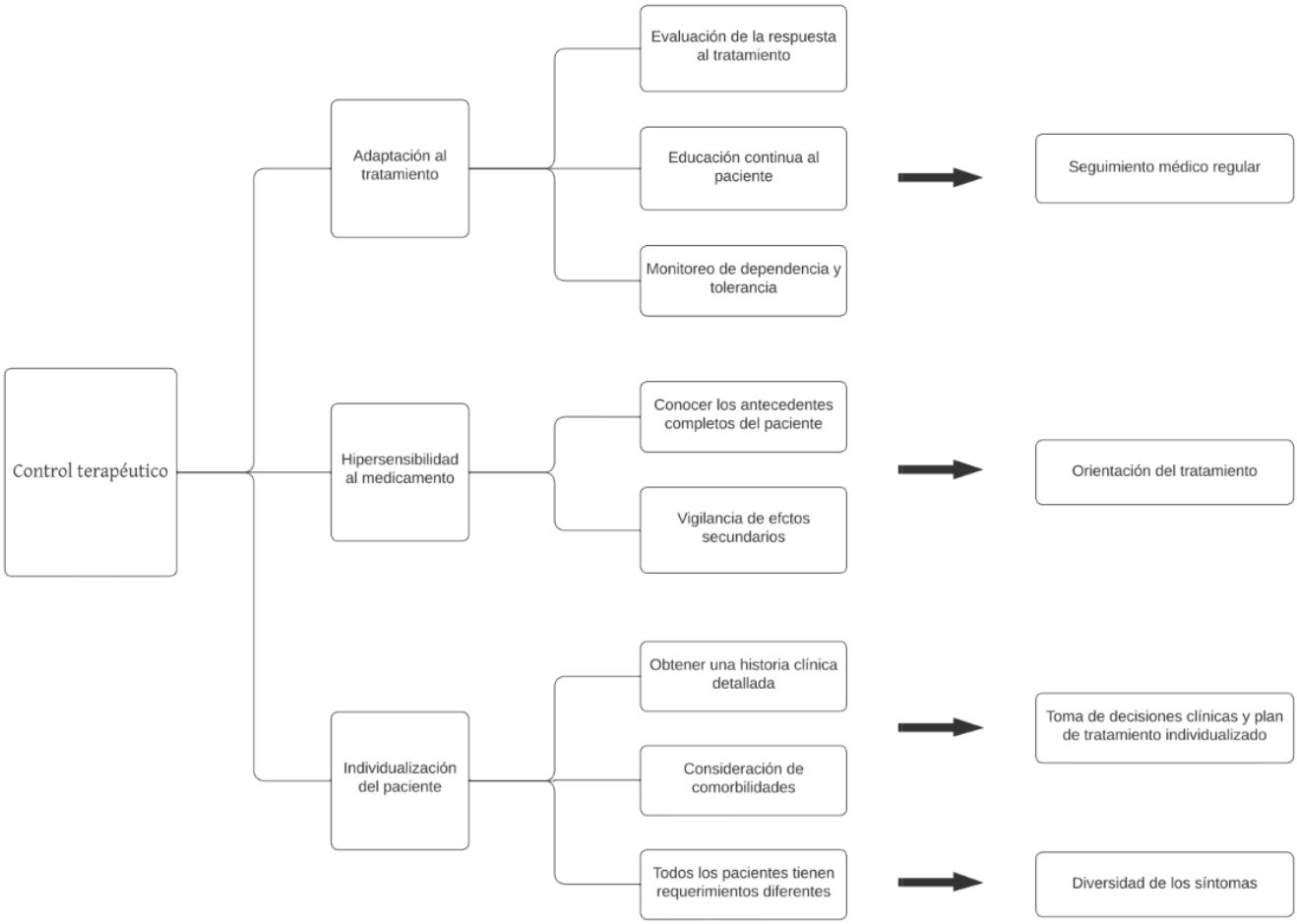
Objetivo 3

Categoría 1. Entorno del paciente	**Categoría 2.** Efectos en la salud mental	**Categoría 3.** Adaptación del paciente frente a la enfermedad	**Categoría 4.** Inadecuada respuesta la tratamiento	**Categoría 5.** Garantizar el tratamiento	**Categoría 6.** Control terapéutico
Subcategorias	**Subcategorias**	**Subcategorias**	**Subcategorias**	**Subcategorias**	**Subcategorias**
Apoyo familiar	Trastornos del estado de ánimo	Educación en salud	Diagnóstico tardío	Limitaciones por edad avanzada	Adaptación al tratamiento
Condiciones económicas	Adicción y dependencia	Adherencia al tratamiento	Inadecuado control sintomático	Barreras administrativas	Hipersensibilidad al medicamento
Actividad laboral	Impacto en el funcionamiento mental	Carencia de prácticas terapéuticas	Tolerancia al medicamento	Costos de los medicamentos	Individualización del paciente


Entorno del paciente
Apoyo familiar
Ayudar a identificar y gestionar los posibles efectos adversos de los opioides
La familia se convierte en observadores cercanos
Disminución de riesgo de abuso de opioides
Apoyo emocional
Apoyo en la administración de medicamentos
Garantizar que se sigan las indicaciones médicas
Condiciones económicas
Costo del tratamiento
Adherencia al tratamiento
Consideración de otras opciones terapéuticas
Adaptación al tratamiento
Actividad laboral
Afectación en la calidad de vida
Balance riesgo - beneficio
Uso de opioides como urgencia para control sintomático agudo
Manejo de crisis
Efectos adversos y rendimiento laboral
Seguridad en el trabajo
Efectos en la salud mental
Trastornos del estado de ánimo
Evalución de ventajas y desventajas con el uso de opioides
Riesgo de depresión y ansiedad
Interacciones medicamentosas
Abordaje multidisciplinario
Adicción y dependencia
Difícil manejo clínico
Manejo cuidadoso y consciente de opioides
Búsqueda de otras alternativas terapéuticas
Formulación de tratamientos no farmacológicos
Impacto en el funcionamiento mental
Garantizar la seguridad y el bienestar del paciente
Seguimiento terapéutico


Adaptación del paciente frente a la enfermedad
Educación en salud
Vigilancia terapéutica
Carencia de prácticas terapéuticas
Explicar el propósito y las expectativas realistas sobre la duración y eficacia del tratamiento
Informar sobre los posibles riesgos y efectos secundarios de los opioides
Detallar las instrucciones precisas sobre la dosis prescrita
Opciones para abordar el dolor de manera integral
Implementar un seguimiento regular para evaluar la respuesta del paciente frente al tratamiento
Promoción de estilos de vida saludables
Autoevaluación y autocuidado
Participación activa del paciente
Fomentar la comunicación abierta entre el paciente y el médico
Señales de advertencia y consulta médica
Evitar la automedicación y auto-ajuste de dosis
Alternativas de tratamiento
Ofrecer toda la información detallada
Evaluar la efectividad de las prácticas implementadas
Involucrar activamnete a los pacientes en la toma de decisiones sobre su tratamiento

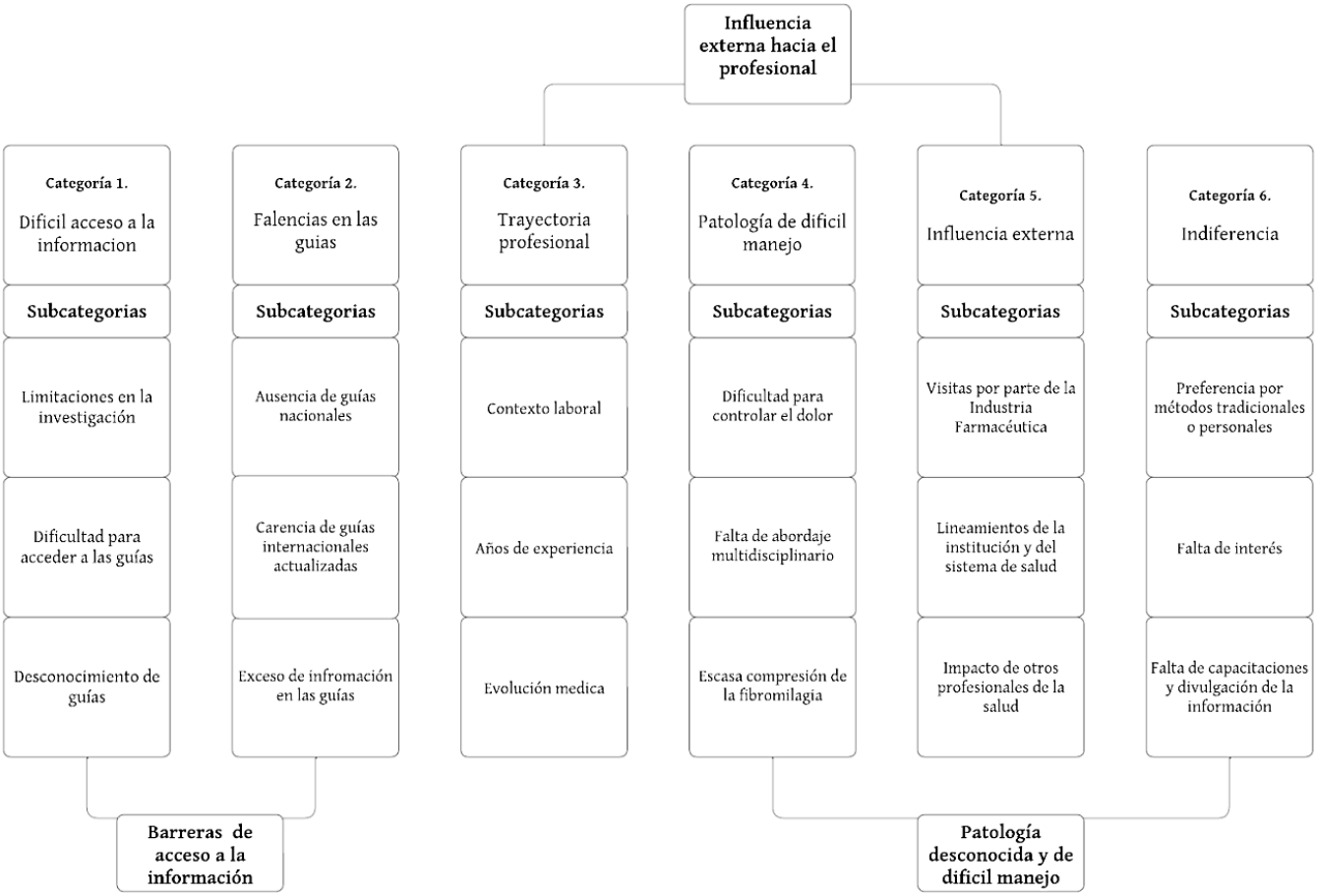

Inadecuada respuesta al tratamiento
Diagnóstico tardío
Falta de compresión de la fisiopatología de la fibromialgia
Presencia de síntomas inespecíficos en pacientes con fibromilagia
Necesidad de aliviar rápido el dolor
Inadecuado control sintomático
Desarrollo de tolerancia
Ausencia a controles médicos
Revisión y ajuste de la prescripción de opioides
Limitaciones de los opioides
En la mayoría de guías de práctica clínica los opioides no son considerados la primera línea de tratamiento para la fibromiagia
Tolerancia al medicamento
Riesgo de efectos secundarios
Potencial de dependencia y adicción
Alternativas y enfoques multidisciplinarios
Supervisión y educación al paciente
Individualización del tratamiento
Garantizar el tratamiento
Limitaciones por edad avanzada
Mayor vulnerabilidad a la dependencia
Interacciones farmacológicas
Consideración de alternativas más seguras
Barreras administrativas
Requisitos de documentación adicional
Escasez de medicamentos
Tiempo prolongado de asignación de citas
Limitaciones para el acceso a la atención médica
Costos de los medicamentos
Cobertura de medicamentos por parte del sistema de salud
Asegurar un manejo efectivo y accesible de la fibromialgia

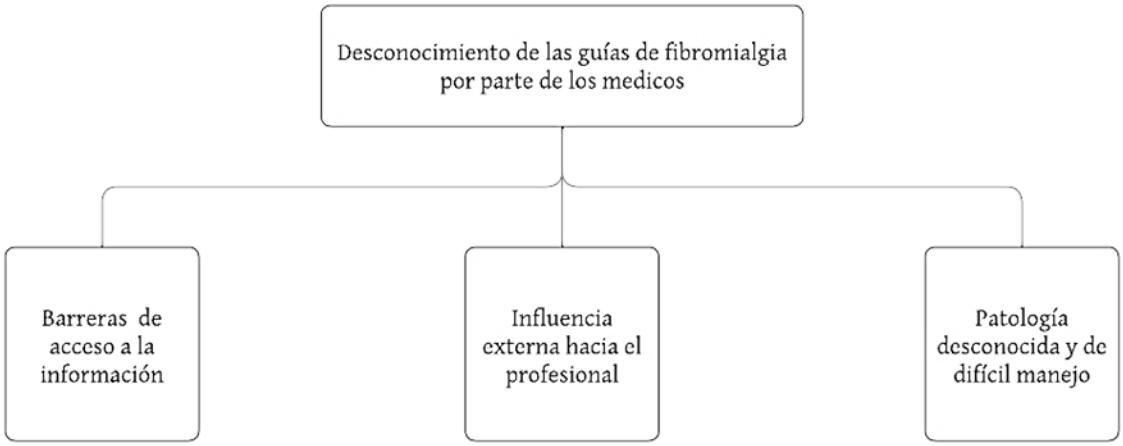

Control terapéutico
Adaptación al tratamiento
Hipersensibilidad al medicamento
Individualización del paciente
Evaluación de la respuesta al tratamiento
Educación continua al paciente
Monitoreo de dependencia y tolerancia
Conocer los antecedentes completos del paciente
Vigilancia de efctos secundarios
Obtener una historia clínica detallada
Consideración de comorbilidades
Todos los pacientes tienen requerimientos diferentes
Seguimiento médico regular
Orientación del tratamiento
Toma de decisiones clínicas y plan de tratamiento individualizado
Diversidad de los síntomas

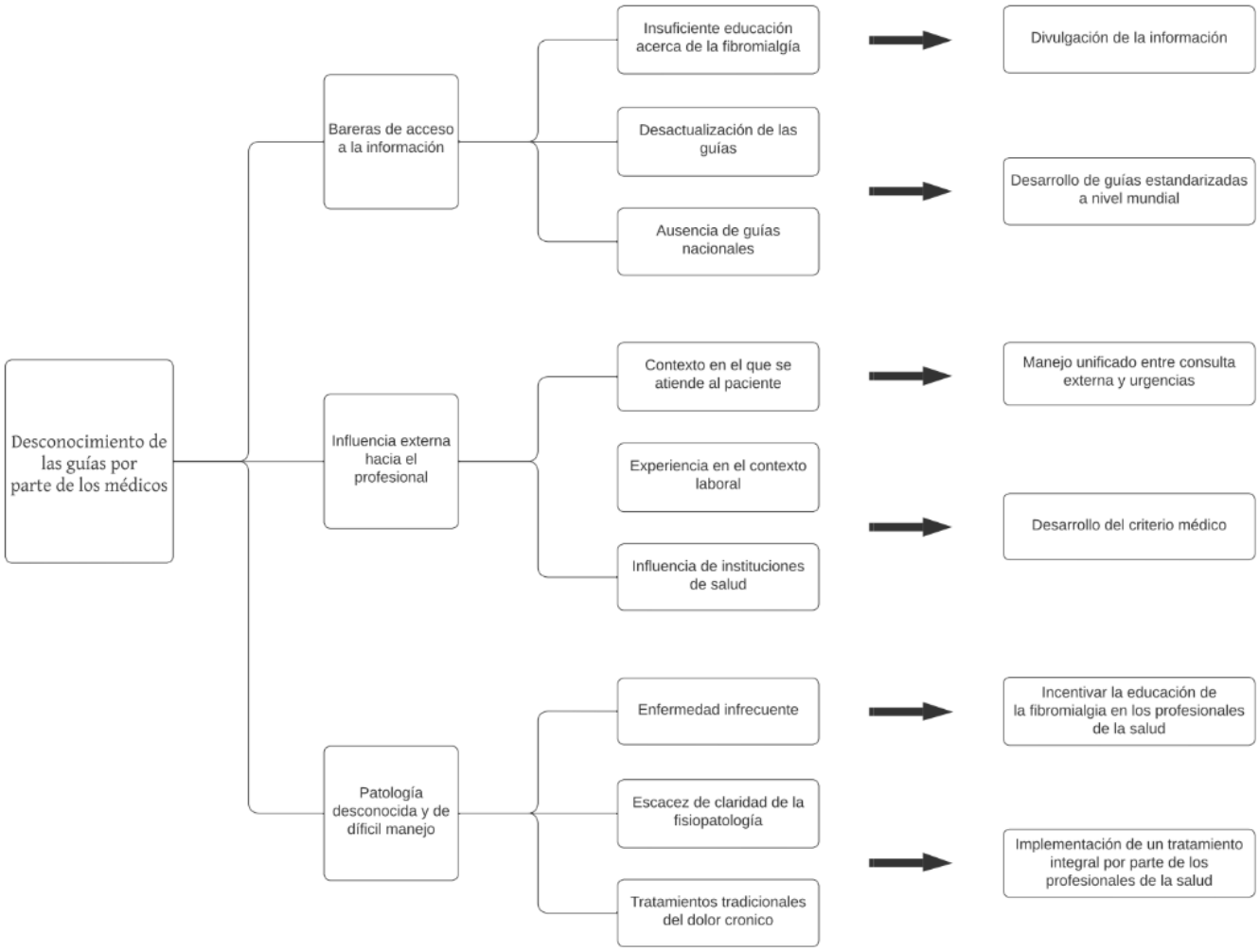
Anexo 6. Codificación selectiva

En esta última codificación se integran todas las subcategorías para finalmente comprender el fenómeno y así redactar una teoría sobre la realidad que se está investigando.

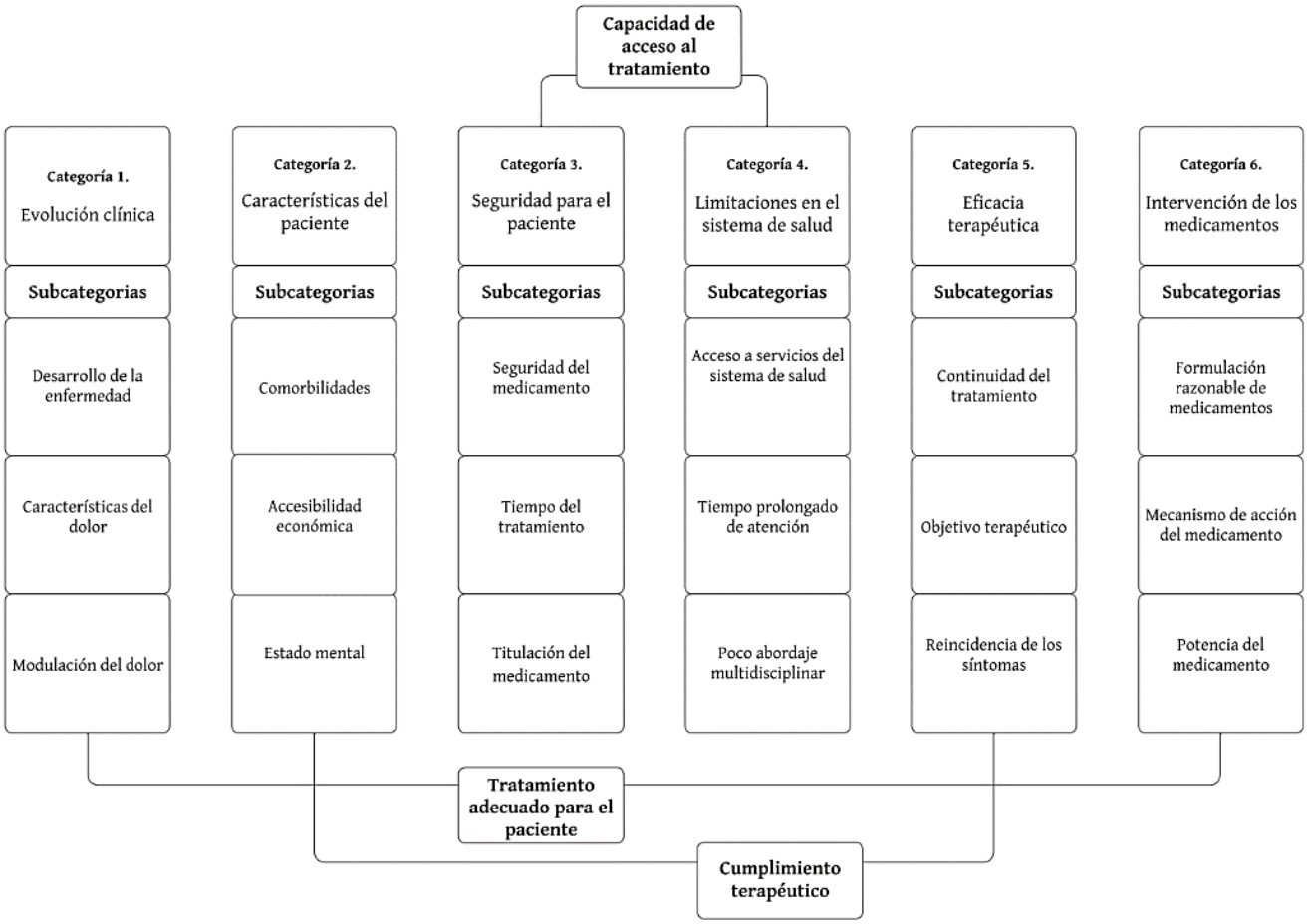
Objetivo 1

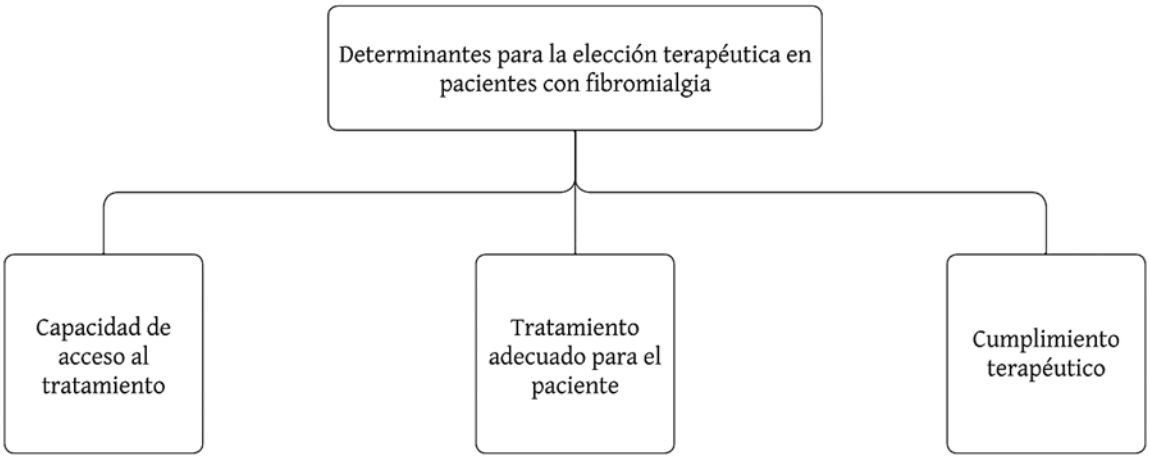


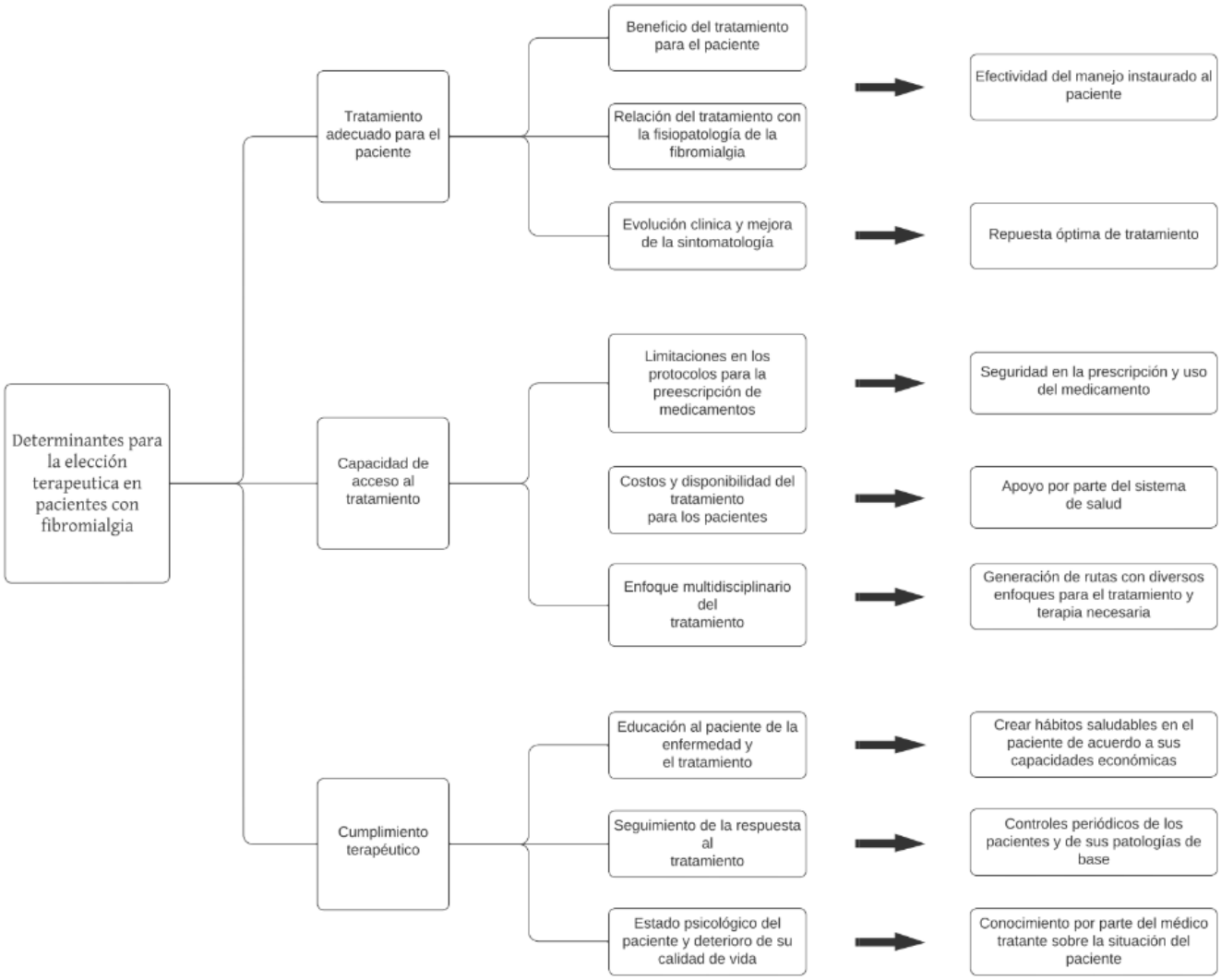

Desconocimiento de las guías de fibromialgia por parte de los medicos
Barreras de acceso a la información
Influencia externa hacia el profesional
Patología desconocida y de difícil manejo


Desconocimiento de las guías por parte de los médicos
Bareras de acceso a la información
Influencia externa hacia el profesional
Patología desconocida y de difícil manejo
Insuficiente educación acerca de la fibromialgía
Desactualización de las guías
Ausencia de guías nacionales
Contexto en el que se atiende al paciente
Experiencia en el contexto laboral
Influencia de instituciones de salud
Enfermedad infrecuente
Escacez de claridad de la fisiopatología
Tratamientos tradicionales del dolor cronico
Divulgación de la información
Desarrollo de guías estandarizadas a nivel mundial
Manejo unificado entre consulta externa y urgencias
Desarrollo del criterio médico
Incentivar la educación de la fibromialgia en los profesionales de la salud
Implementación de un tratamiento integral por parte de los profesionales de la salud

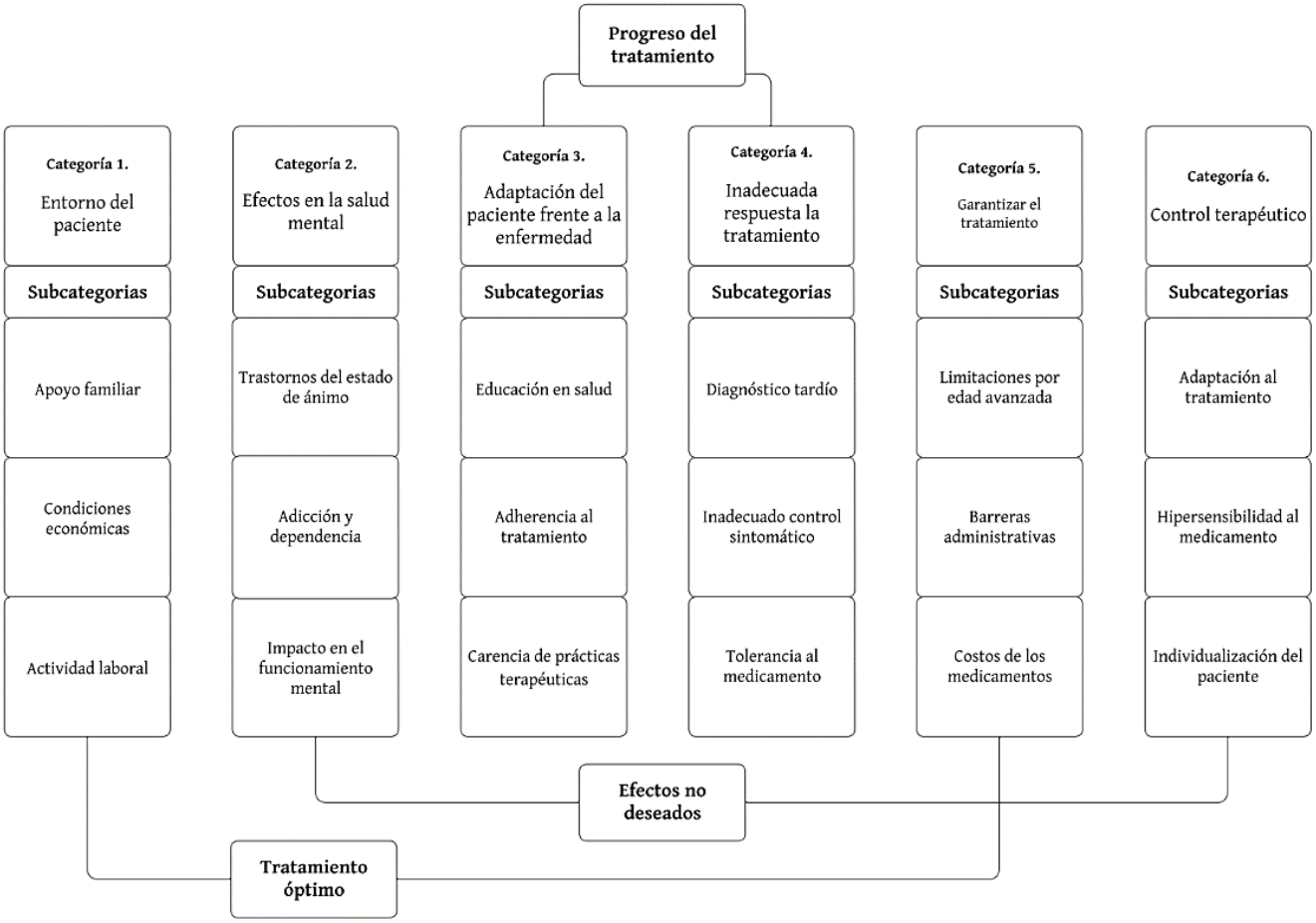
Objetivo 2

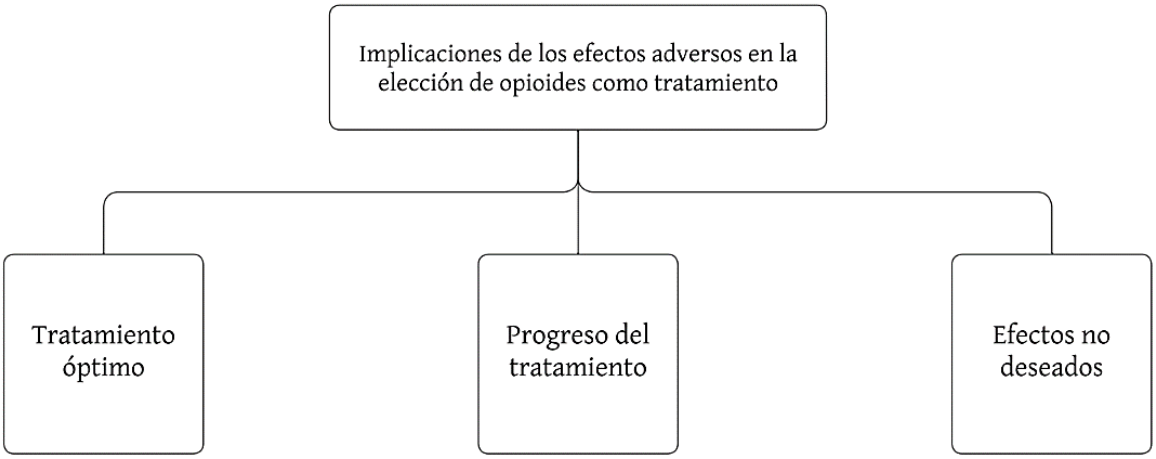

Capacidad de acceso al tratamiento
Categoría 1.
Evolución clínica
Subcategorias
Desarrollo de la enfermedad
Características del dolor
Modulación del dolor
Categoría 2.
Características del paciente
Subcategorias
Comorbilidades
Accesibilidad económica
Estado mental
Categoría 3.
Seguridad para el paciente
Subcategorias
Seguridad del medicamento
Tiempo del tratamiento
Titulación del medicamento
Categoría 4.
Limitaciones en el sistema de salud
Subcategorias
Acceso a servicios del sistema de salud
Tiempo prolongado de atención
Poco abordaje multidisciplinar
Categoría 5.
Eficacia terapéutica
Subcategorias
Continuidad del tratamiento
Objetivo terapéutico
Reincidencia de los síntomas
Categoría 6.
Intervención de los medicamentos
Subcategorias
Formulación razonable de medicamentos
Mecanismo de acción del medicamento
Potencia del medicamento
Tratamiento adecuado para el paciente
Cumplimiento terapéutico

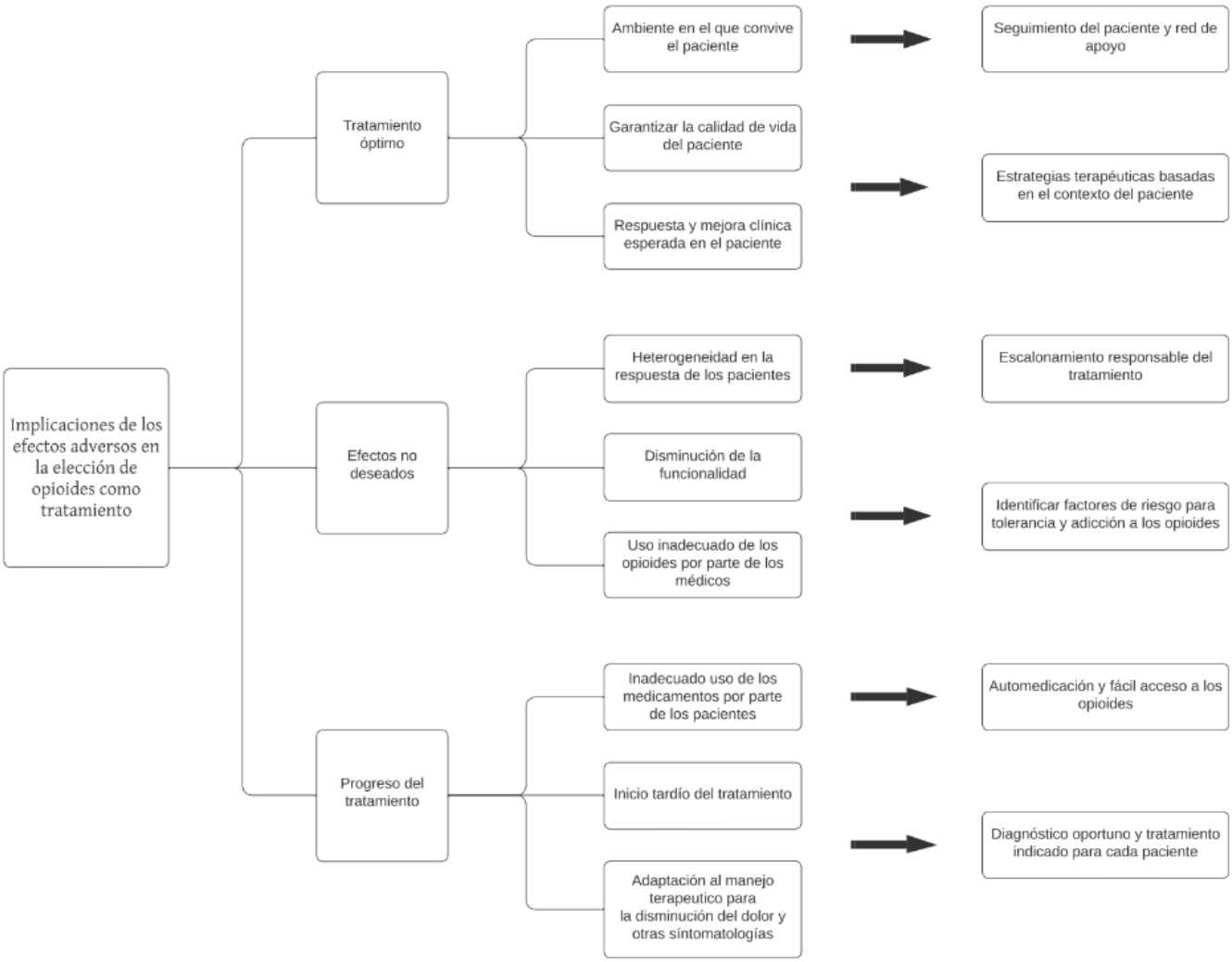

Determinantes para la elección terapéutica en pacientes con fibromialgia
Capacidad de acceso al tratamiento
Tratamiento adecuado para el paciente
Cumplimiento terapéutico


Determinantes para la elección terapeutica en pacientes con fibromialgia
Tratamiento adecuado para el paciente
Capacidad de acceso al tratamiento
Cumplimiento terapéutico
Beneficio del tratamiento para el paciente
Relación del tratamiento con la fisiopatología de la fibromialgia
Evolución clinica y mejora de la sintomatología
Limitaciones en los protocolos para la preescripción de medicamentos
Costos y disponibilidad del tratamiento para los pacientes
Enfoque multidisciplinario del tratamiento
Educación al paciente de la enfermedad y el tratamiento
Seguimiento de la respuesta al tratamiento
Estado psicológico del paciente y deterioro de su calidad de vida
Efectividad del manejo instaurado al paciente
Repuesta óptima de tratamiento
Seguridad en la prescripción y uso del medicamento
Apoyo por parte del sistema de salud
Generación de rutas con diversos enfoques para el tratamiento y terapia necesaria
Crear hábitos saludables en el paciente de acuerdo a sus capacidades económicas
Controles periódicos de los pacientes y de sus patologías de base
Conocimiento por parte del médico tratante sobre la situación del paciente

Objetivo 3


Progreso del tratamiento
Categoría 1.
Entorno del paciente
Categoría 2.
Efectos en la salud mental
Categoría 3.
Adaptación del paciente frente a la enfermedad
Categoría 4.
Inadecuada respuesta la tratamiento
Categoría 5.
Garantizar el tratamiento
Categoría 6.
Control terapéutico
Subcategorias
Subcategorias
Subcategorias
Subcategorias
Subcategorias
Subcategorias
Apoyo familiar
Trastornos del estado de ánimo
Educación en salud
Diagnóstico tardío
Limitaciones por edad avanzada
Adaptación al tratamiento
Condiciones económicas
Adicción y dependencia
Adherencia al tratamiento
Inadecuado control sintomático
Barreras administrativas
Hipersensibilidad al medicamento
Actividad laboral
Impacto en el funcionamiento mental
Carencia de prácticas terapéuticas
Tolerancia al medicamento
Costos de los medicamentos
Individualización del paciente
Efectos no deseados
Tratamiento óptimo


Implicaciones de los efectos adversos en la elección de opioides como tratamiento
Tratamiento óptimo
Progreso del tratamiento
Efectos no deseados


Implicaciones de los efectos adversos en la elección de opioides como tratamiento
Tratamiento óptimo
Efectos no deseados
Progreso del tratamiento
Ambiente en el que convive el paciente
Garantizar la calidad de vida del paciente
Respuesta y mejora clínica esperada en el paciente
Heterogeneidad en la respuesta de los pacientes
Disminución de la funcionalidad
Uso inadecuado de los opioides por parte de los médicos
Inadecuado uso de los medicamentos por parte de los pacientes
Inicio tardío del tratamiento
Adaptación al manejo terapeutico para la disminución del dolor y otras síntomatologías
Seguimiento del paciente y red de apoyo
Estrategias terapéuticas basadas en el contexto del paciente
Escalonamiento responsable del tratamiento
Identificar factores de riesgo para tolerancia y adicción a los opioides
Automedicación y fácil acceso a los opioides
Diagnóstico oportuno y tratamiento indicado para cada paciente