Fibromialgia

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN CORUÑESA DE FIBROMIALGIA Y SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

AÑO 1 - Nº 1
Septiembre 2010

Primer foro europeo de fibromialgia

ATRAPADOS POR EL DOLOR

- Criterios de diagnóstico
- Trastornos del sueño
- El dolor crónico
- Los jueces y la enfermedad
- Fibromialgia y psiquiatría

"Porque Santiago es la meta".

Ahora es cuándo,
Galicia es dónde.

Camino de Santiago
Primer Itinerario Cultural Europeo.
xacobeo.es

Todos tenemos una razón para celebrar un año que no se repetirá en once años. ¿Cuál es la tuya?

XACOBEO 2010 Galicia
XUNTA DE GALICIA

SOCIOS

PATROCINADORES

PATROCINADORES

COLABORADORES

Alberto Núñez Feijoo, Presidente de la Xunta de Galicia

Un proyecto atractivo e ilusionante

Quiero, en primer lugar, expresar el apoyo de toda la Xunta de Galicia a este I Foro Europeo sobre fibromialgia, que nace del entusiasmo de la Asociación de Fibromialgia y Síndrome Fatiga Crónica de A Coruña. Su entusiasmo ha sido clave para mejorar las necesidades de sus asociados y, desde ahora, también para la organización de un proyecto atractivo e ilusionante como la realización de este foro.

Estoy convencido de que esta asociación presta un gran servicio para ayudar y mejorar la situación de sus miembros y que durante el trascurso de este foro podrán compartir experiencias que harán posible ampliar sus conocimientos y mejorar su calidad de vida.

Esperamos, por tanto, que este sea un marco de debate en el que expertos de nuestro país y del resto del mundo puedan acercar y poner en común las últimas novedades y estudios que se están desarrollando en la materia. Será además una excelente oportunidad para el intercambio social a todos los niveles, desde el profesional al personal, y en el que las personas afectadas y sus familiares podrán plantear sus preocupaciones, dudas y experiencias.

Desde la Administración Pública gallega estamos ya trabajando con las asociaciones para poder prestarles el mejor servicio posible y poner en marcha iniciativas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias.

Estamos seguros de que el trabajo realizado durante este I Foro Europeo sobre fibromialgia nos permitirá avanzar en el camino que todos queremos: conocer más y mejor esta dolencia.

Celebramos que hayan elegido Galicia para la realización de este primer foro, especialmente en un año tan señalado para todos nosotros como este Año Santo 2010. Cada ruta xacobea que conduce a Santiago es un itinerario de ilusión y de esperanza, la que espero que también os acompañe en el camino que comenzáis con este foro en nuestra tierra.

Un saludo
Alberto Núñez Feijóo

Edita : **ACOFIFA (Asociación Coruñesa de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica)**
Presidenta: **Soledad Morales Cañas.**
Junta Directiva: **Manuel Vázquez Cela, Carmen Elena Sánchez, Carmen Barrientos Mato, Berta Alonso, Dolores Martínez Vilas, Marivi Rodríguez Rilo, Pilar Obelleiro.**
Director: **José Manuel Orriols Núñez**
Colaboraron en este número: **Marivi Rodríguez Rilo, Jesús Gómez Trigo, Eduard Estivill, Irwin Jon Rusell, Joaquim Fernández Solá, Manuel Martínez Lavín, José Fernando Lousada Arochena, Pam Stewrt, Joop Van Griensven, Bernadette Joris, Inés Blanco Bascuas.**
Traducciones: **María Soledad García Penalta.**
Maquetación **: Javier García Suárez .**
Impresión: **Alva Gráfica**

Una enfermedad real

Es realmente triste que cuando la humanidad ha conseguido logros, impensables hace tan solo medio siglo, sigamos teniendo que padecer los pobres argumentos de los escépticos, la pasividad de algunas administraciones, la incredulidad de ciertos científicos y el oportunismo de los que intentan hacer negocio con los problemas de salud. La fibromialgia es una enfermedad real, es casi una epidemia, si contamos con que el 4% de la población está afectada por este mal; si analizamos los elevados costes que tiene que soportar la sociedad sana para que nosotros, los enfermos, hagamos nuestra particular peregrinación de médico en médico, de clínica en clínica y de prueba en prueba para obtener infinitos diagnósticos diferentes para una misma enfermedad. Pero no nos desanimamos porque sabemos que, tarde o temprano, vamos, entre todos, a encontrar una solución.

Con este espíritu en ACOFIFA nos embarcamos en la compleja tarea de organizar el Primer Foro Internacional de Fibromialgia con el objetivo prioritario de la información. Si, con razón, la mayoría de las veces nos quejamos de la falta de atención hacia nuestro problema de la comunidad científica internacional, también sabemos reconocer que nunca es justo generalizar, porque si hay doctores y grandes especialistas que trabajan y se esfuerzan por conseguir una mejor calidad de vida para los enfermos. Y una excelente representación es la que vamos a tener en este primer encuentro de A Coruña, en el que nos hablarán de sus avances, de sus conocimientos, de sus planes de futuro y nos darán su opinión sobre lo que nos queda por delante. También podremos intervenir y dar a conocer nuestras experiencias, lo que, sin duda, será enriquecedor para los ponentes y muy valioso para sus estadísticas y ensayos. Esperamos que haya un antes y un después de este Foro, porque, aunque no vamos a salir curados, si habremos abierto una gran puerta a la concienciación de la sociedad, a las instituciones, al personal sanitario, a los foros científicos. Queremos que sea una ventana abierta a nuevos horizontes y para ello ni regateamos ni regatearemos esfuerzos.

Nacemos con vocación de continuidad con la esperanza de que Galicia sea el punto de encuentro anual de todos aquellos que tienen algo que decir sobre la fibromialgia. Que sea el ágora de científicos y médicos, de políticos y juristas, de enfermos y cuidadores.

Este año Xacobeo 2010 queremos que sea el principio de una aventura que tenga final, ese final que todos ansiamos, que es vencer la enfermedad.

Por último no quiero terminar esta introducción sin tener unas palabras de agradecimiento para la Administración Gallega, a través de sus Consellerías de Sanidade, Traballo y de la Secretarias Xerais de Benestar y Turismo, así como a la Diputación Provincial de A Coruña, a la Fundación Barrié de la Maza, a los médicos y científicos que desinteresadamente participan en este encuentro y a todos aquellos patrocinadores y colaboradores, que hacen posible que nos podamos reunir los días 8,9 y 10 de octubre en A Coruña.

Y para finalizar reseñar que esta revista quiere ser el mejor escaparate para divulgar nuestras inquietudes, para conocer de primera mano los avances científicos y para llevar a todo el mundo el trabajo que, desde Galicia, estamos haciendo para resolver uno de los grandes problemas médicos actuales, como es la fibrormialgia.

Bienvenidos y feliz estancia en A Coruña

Soledad Morales Cañas
Presidenta de ACOFIFA

I Foro Europeo de Fibromialgia

VIERNES 8 DE OCTUBRE

12:00.- Reunión anual del comité directivo de la ENFA (Red Europea de Asociaciones de Fibromialgia).

JORNADAS I FORO EUROPEO DE FIBROMIALGIA

16:00.-INAUGURACIÓN
Excmo. Sr. D. ALBERTO NÚÑEZ FEIJOO, Presidente de la Xunta de Galicia
Soledad Morales Cañas. Presidenta de ACOFIFA

17:00"FM, SFC, SQM ¿UNA MISMA ENFERMEDAD?"
Ponente. Dr. Fernández Solá. Médico Internista. Coordinador Unidad de Fatiga Crónica Hospital Clinic de Barcelona. Coordinador de la Unidad de Fatiga Crónica de CIMA de Barcelona.

18:00.- PAUSA CAFÉ.

18:30"LA FIBROMIALGIA ES REAL"
Ponente Dr. Jon Russell. Profesor Asociado de Medicina y Director de la Universidad Centro de Investigación Clínica de la Universidad de Texas Health Science Center en San Antonio. Fue el presidente fundador de La Sociedad Internacional de MYOPAIN y es miembro de su Consejo de Administración

19:30.- MESA DE DEBATE

SÁBADO 9 DE OCTUBRE

10:30."LA FIBROMIALGIA: UN RETO PARA LA INVESTIGACION BIOMEDICA".
Ponente Dr. Francisco Blanco. Presidente del Comité de Investigación y Formación de la OARSI (Sociedad de Investigación en Artrosis). Reumatólogo y el coordinador del Área de investigación del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, Director científico del Instituto de Investigación Biomédico de A Coruña (INIBIC) y Portavoz de la Sociedad Española de Reumatología (SER)

11:15 Intervención de Robert H. Boelhouwer, Presidente de la ENFA.

11:45 PAUSA-CAFE

12:05 "EL SUEÑO EN LA FIBROMIALGIA Y ASOCIACIÓN CON OTRAS ENFERMEDADES (NARCOLEPSIA, SPI)".
Ponente Dr. Estivill. Director de la Unidad de Alteraciones del Sueño del Institut Dexeus de Barcelona

13:00 MESA DE DEBATE

13:30 ALMUERZO.

17:00 "HACIA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN FIBROMIALGIA"
Ponente: Mónica Rodríguez Bouza, Coordinadora de Innovación en Cuidados. Dirección de la Estrategia de Cuidados en Andalucía. Secretaría General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

17:45 "TRATADO DE LISBOA Y POLITICA SANITARIA EN LA EU"

18.15 "ACERCAMIENTO HOLÍSTICO A LA FIBROMIALGIA".
Ponente Dr. Martínez-Lavin. Director del Departamento de Reumatología del Insituto Nacional de Cardiología de México. Profesor titular de Reumatología en la Universidad Nacional Autónoma de México. Miembro titular de la Academia Nacional de Medicina

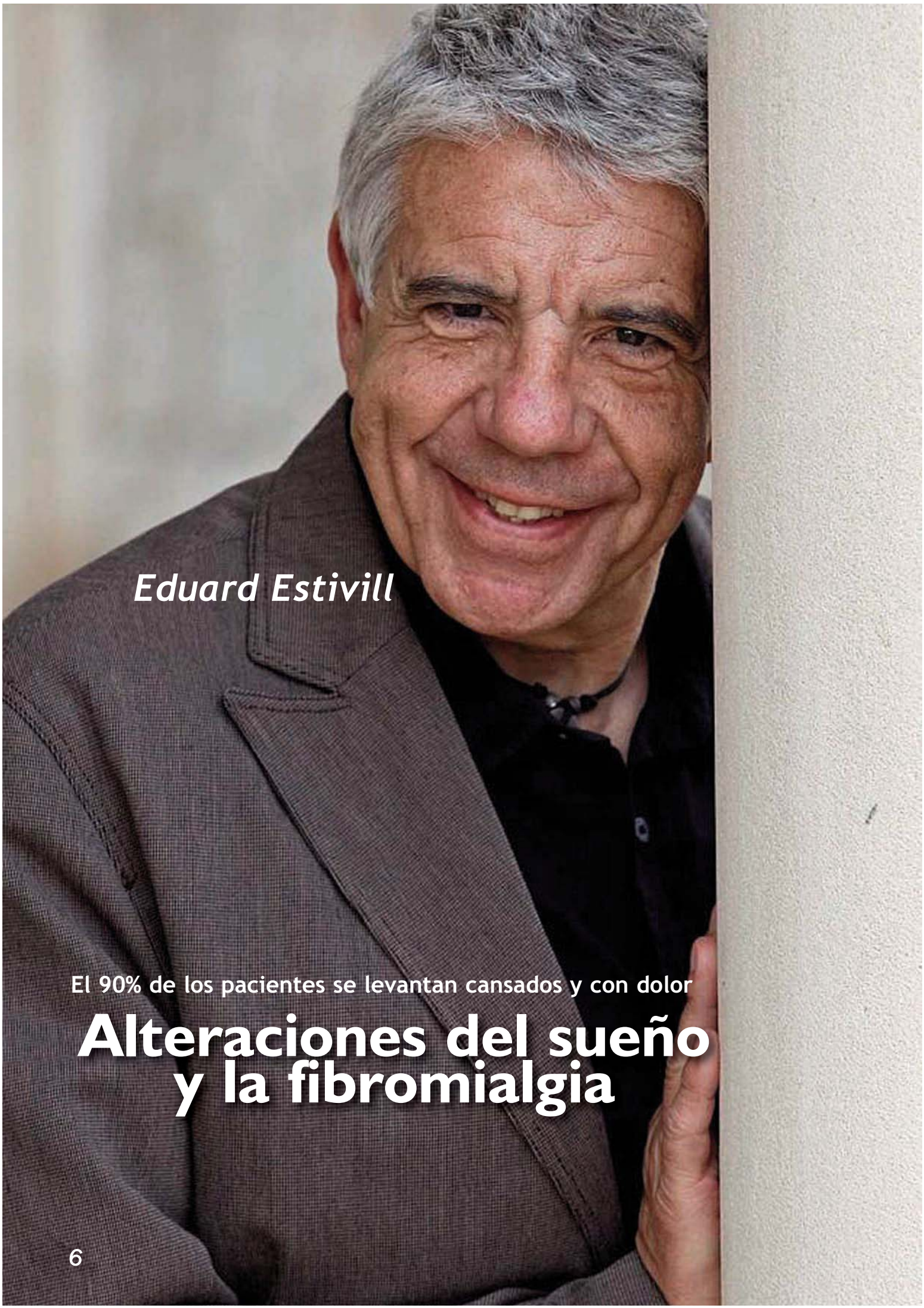
19:00 MESA REDONDA.

19:45 CLAUSURA.

21:30 CENA CLAUSURA

DOMINGO 10 DE OCTUBRE

Visita a Santiago de Compostela



Eduard Estivill

El 90% de los pacientes se levantan cansados y con dolor

Alteraciones del sueño y la fibromialgia

La Fibromialgia (FMS) es una enfermedad que afecta al 4'2% de mujeres y al 0'2% de hombres. No existen estudios por imágenes ni una prueba sanguínea para diagnosticar la Fibromialgia, si bien los criterios elaborados por el American College of Rheumatology (ACR) en 1990, son ahora bien aceptados. Las críticas se centran principalmente en si la FMS es una verdadera enfermedad o un síndrome, si es una afección reumática o psicológica, si los criterios diagnósticos son útiles, y si el tratamiento debe ser más orientado al tratamiento del dolor, hacia la regulación neurohormonal o hacia un trastorno psicológico de base.

La Fibromialgia se describe como la presencia de dolor crónico generalizado en cualquier parte del cuerpo, de una duración superior a 3 meses, y dolor selectivo al menos en 11 de los 18 puntos dolorosos establecidos por el American College of Rheumatohology.

Estos puntos se localizan en zonas de unión músculo-tendinosas y sobre prominencias óseas y de forma bilateral son los siguientes: occipucio, apófisis transversas cervicales bajas, trapecio, fosa supraespinosa de la escápula, segunda costilla, epicóndilos, glúteo bilateral, trocánter mayor y rodilla.

Aunque la etiología de la fibromialgia es desconocida, hay evidencia que implican a ciertos factores que pueden participar en la etiopatogénesis de la enfermedad.
Se cree que existe un trastorno de los mecanismos de percepción del dolor, que condicionan una hiperalgesia a estímulos mecánicos. Los puntos dolorosos evidentes a

la exploración, se corresponden con zonas fisiológicamente más sensibles a la presión, en las que la mayor percepción del estímulo mecánico a la presión, se transforma en dolor.

Se cree que el trastorno del sueño es ocasionado por alteraciones en la neuroregulación por mediadores del SNC, ya que se ha observado la ausencia de patología a nivel muscular y la frecuente asociación con enfermedades relacionadas con el estrés, la ansiedad o depresión.

Se han informado bajos niveles de serotonina y ác.5-hidroxi-indolacético, niveles elevados de sustancia P, bajos niveles de somatomedina-C, anormalidades en el eje HT-HF e hiperprolactinemia, que en conjunto con las alteraciones del sueño, la condición física alterada de estos pacientes y su mayor respuesta al dolor, explicarían gran parte de la patogenia.

La perturbación del sueño profundo, altera muchas funciones críticas del cuerpo

Dentro de este orden de ideas, el estrés (físico o psicológico), desencadenaría una alteración de los medidores hormonales, en especial la serotonina, que al disminuir en sus niveles, provocaría las alteraciones del sueño. Lo anterior unido a una mala condición física generalizada y un sueño no reparador, iniciarían un círculo vicioso de amplificación del dolor, fatiga, cansancio y más estrés, perpetuando de esta manera las molestias.

Parece claro que los trastornos del sueño, además de constituir síntomas por sí mismos, pueden agravar los síntomas de la FM. La queja principal es la de sueño no reparador.
El 90% de los pacientes con FM describen alteraciones del sueño, los pacientes

aquejan un sueño muy superficial, independientemente de lo que dure, se levantan cansados y doloridos, notando una mejoría del dolor cuando consiguen un día de mejor calidad del sueño.

Electroencefalográficamente se ha demostrado la irrupción de ondas alfa dentro del ritmo lento delta del sueño profundo. Es característico de la FM , pero no especifico de ésta, ya que se puede encontrar en personas normales y en otras patologías: se observa en insomnes, pacientes depresivos, pacientes con dolor crónico.

Estudios PSG han demostrado una disminución del total de sueño, con aumento del número de despertares, disminución de la fase 4 de sueño profundo. Numerosos arousals.
La perturbación del sueño profundo, altera muchas funciones críticas del cuerpo, como sustancias químicas necesarias para reparar el tejido muscular, así como la percepción del dolor por parte de la persona.

Cansancio diurno

Las alteraciones del sueño en la FM, encontradas en la mayoría de pacientes son:
. Insomnio de inicio, mantenimiento y despertar precoz
. Sensación de sueño no reparador
. Cansancio diurno
. Percepción de mala calidad

de sueño, y como consecuencia, dolor más extenso y prolongado
El Insomnio es la comorbilidad más relevante. La somnolencia diurna puede estar asociada a este insomnio. Es necesario estudiar con más detalle los tipos de insomnio y su vinculación con la Fibromialgia, ya que juntamente con la depresión y/o ansiedad, son las dos comorbilidades más significativas que acompañan a esta patología.

Tratamiento

Por ello, el tratamiento ha de estar enfocado únicamente a mejorar la sintomatología y, básicamente los tres pilares más discapacitantes y más frecuentes: el dolor, el cansancio y la alteración del sueño.

El tratamiento que se ha demostrado más eficaz ha sido multidisciplinario.
Según el grado de afectación (leve, moderada, intensa), existe un consenso realizado por diversos especialistas , en el que se realiza una escala de tratamiento.

Tratamiento del dolor: són poco eficaces los AINES y los mórficos, por no ser su origen ni periférico ni central. Lo más eficaz para aliviar el dolor es la amitriptilina a dosis bajas(10-50 mg/dia). El Ibuprofeno y el Tramadol han demostrado moderada eficacia.

Respecto al Cansancio y astenia: los antidepresivos tricíclicos parecen ser los más efectivos.

Es fundamental mantener una buena higiene del sueño

Tratamiento Alteraciones del sueño:
. Mantener una buena higiene de sueño
. Los fármacos que mejoran el sueño no han mostrado mejoría del dolor; ATC (amitriptilina y ciclobenzaprina) mejoran el sueño con efectos limitados a unos 4-5 meses.
Tampoco muestran eficacia continuada los ISRS , ni modifican las alteraciones EEG descritas, y parece ser más eficaz la asociación de Fluoxetina y Amitriptilina.

Las BDZ y sedantes tampoco muestran beneficios y aumentan la sensación de cansancio, siendo lo más eficaz la asociación Alprazolam y Ibuprofeno.
Los hipnóticos como el Zolpidem mejoran el sueño subjetivo y la sensación de cansancio diurno, respetando la estructura del sueño, a diferencia de las BDZ que restan sueño profundo, sueño ya de por sí afectado por la propia enfermedad.

Otros tratamientos:

. Valeriana, seda pero aumenta cansancio matutino
. Triptofano, a dosis altas eficaz, pero existen pocos estudios
. Clorpromazina, efectos adversos la desaconsejan como tto a largo plazo
. Gabapentina, se utiliza por su efecto sedante y antiálgico, pero no hay estudios en población FM
. Melatonina: al facilitar la normalización de los ritmos sueño-vigilia, se propuso como tto, no demostrándose su eficacia en la FM
. Hormona del crecimiento, al encontrarse su secreción reducida en estos pacientes, se administró mediante inyecciones diarias mejorando realmente los síntomas. Los elevados costes y la forma de administración, no facilita el tratamiento crónico.

Calidad del sueño percibida

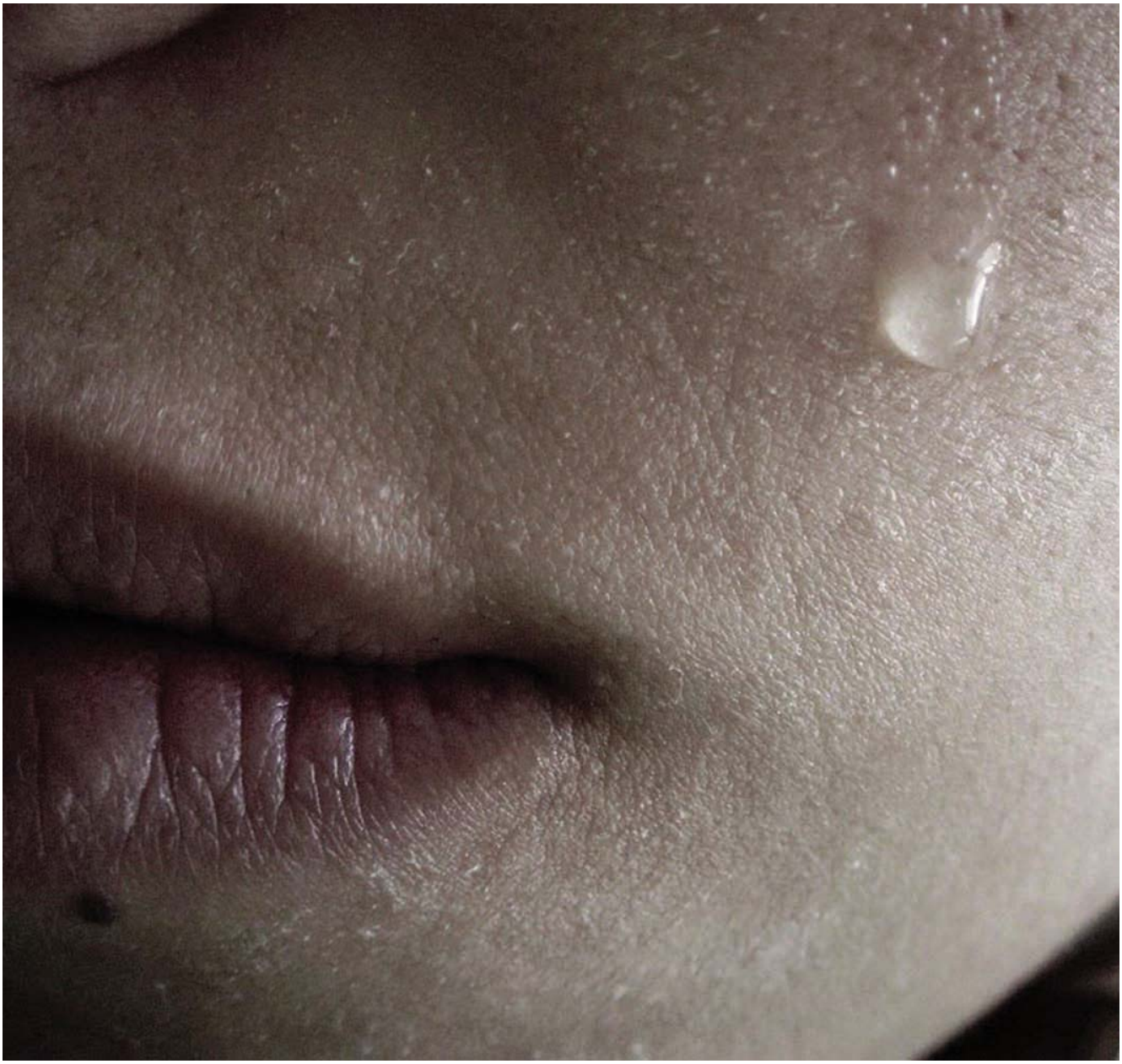
Para poder definir y conocer con más precisión sus interrelaciones con el dolor, sería de

gran utilidad valorar el sueño polisomnográficamente.
Esto permitiría diferenciar un sueño simplemente insuficiente, de un sueño electroencefalográficamente alterado, con elementos como el ritmo alfa-delta, e intentar conocer si estos impiden la correcta función del sueño.

El síndrome de piernas inquietas afecta a muchos pacientes de fibromialgia

Tanto el SPI como la Fibromialgia son enfermedades de relativamente nueva descripción.
El SPI ha sido definido por cuatro criterios clínicos básicos, ampliamente aceptados que són:
1) Necesidad de mover las piernas, acompañada casi siempre de parestesias o disestesias
2) Inquietud motora (el paciente mueve las piernas, para aliviar la molestia)
3) Los síntomas empeoran o aparecen casi exclusivamente en reposo y remiten, al menos , de manera parcial y pasajera con la actividad
4) Los síntomas empeoran al atardecer o en la noche.

La etiopatogenia no está aclarada, existe acuerdo sin embargo en que es un trastorno del SNC a nivel subcortical y medular, con alteración funcional en la neurotransmisión dopaminérgica.
Investigaciones recientes han implicado la presencia de bajos niveles de ferritina y altos niveles de transferrina en LCR, como indicadores de un bajo nivel de hierro cerebral, que secundariamente podría afectar la transmisión dopaminérgica.



Su prevalencia en la población es del 10%, con mayor afectación de las mujeres y un incremento de la misma con la edad pero en la Fibromialgia y Sindrome de Fatiga Cronica, puede llegar a una prevalencia del 35%
El diagnóstico es clínico. Su curso clínico es crónico y progresivo, con remisiones ocasionales, independientemente de la medicación.

Los trastornos del sueño y sus consecuencias consisten en dificultad para iniciar y mantener el sueño y despertares frecuentes. A esto puede sumarse somnolencia diurna o cansancio, debido a la deprivación de sueño o simplemente al descanso no reparador.

En cuanto al tratamiento recordarse la existencia de formas secundarias, factores de riesgo, condiciones comórbidas y situaciones especiales, ya que el tratamiento de una condición asociada, causal o desencadenante, debe ser el primer paso terapéutico.

El tratamiento farmacológico se limita a los pacientes con síntomas de intensidad moderada o grave. Los agentes dopaminérgicos son los medicamentos de primera línea, ya que mejoran todos los hallazgos cardinales del SPI. Puede usarse levodopa + inhibidor de la descarboxilasa, agonistas dopaminérgicos u otras sustancias con efecto dopaminérgico.

E. Estivill Y M. Pascual*

Clínica del Son Estivill
USP Instituto Universitario Dexeus, Barcelona
ABS Raval Nord, Barcelona.

Joaquim Fernández-Solá

Síndrome de Fatiga Crónica y Fibromialgia

Semejanzas y diferencias

Desde su definición y reconocimiento por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como enfermedades específicas hace unos 20 años, el Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) y la Fibromialgia (FM) han seguido un recorrido médico y científico paralelo.

De hecho, se postula que serían en realidad manifestaciones en ámbitos diferentes de un mismo proceso patológico.

Aún así, a día de hoy siguen siendo enfermedades diferenciadas, en las cuales el síntoma principal es diferente, se codifican con diferentes códigos de clasificación y tienen criterios diagnósticos específicos cada una de ellas (Tabla 1).

SÍNTOMA	DOLOR PERSISTENTE GENERALIZADO	FATIGA PERSISTENTE A PEQUEÑOS ESFUERZOS
SÍNDROME	FIBROMIALGIA	FATIGA CRÓNICA
CODIGO DE ENFERMEDAD CIE -10	M79.0	G93.3
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	ACR 1990	CDC , Fukuda 1994

TABLA 1: SFC y FM. Evolución desde el síntoma al diagnòstico.

En los últimos años se ha entablado una discusión médica y científica sobre la coincidencia o divergencia de estas dos enfermedades, que aún sigue abierta.

¿Qué las hace semejantes?

SFC y FM comparten como enfermedades las siguientes características principales:

- Reciente identificación médica
- La causa es poco conocida. ..Afectación neurológica cerebral
- Afectación predominante de mujeres. Constituyen una patología de género
- Ausencia de marcadores diagnósticos. El diagnóstico es clínico.
- Manejo médico difícil. Poca atención en circuitos convencionales
- Retraso diagnóstico
- Tratamiento sintomático, no curativo y de baja eficacia global
- EVOLUCIÓN CRÓNICA. Potencial invalidez funcional

Todo esto hace que sean ENFERMEDADES CUESTIONADAS
Y que se muevan en el contexto de la MEDICINA DE LA COMPLEJIDAD

¿Qué las diferencía?

El perfil de caso, es decir, la manera como típicamente se presentan las enfermedades, es un poco diferente entre FM y SFC. (Tabla 2)

¿Han existido siempre estas enfermedades?

SI, probablemente, han existido siempre, pero su reconocimiento científico y clínico como entidades específicas es relativamente reciente.

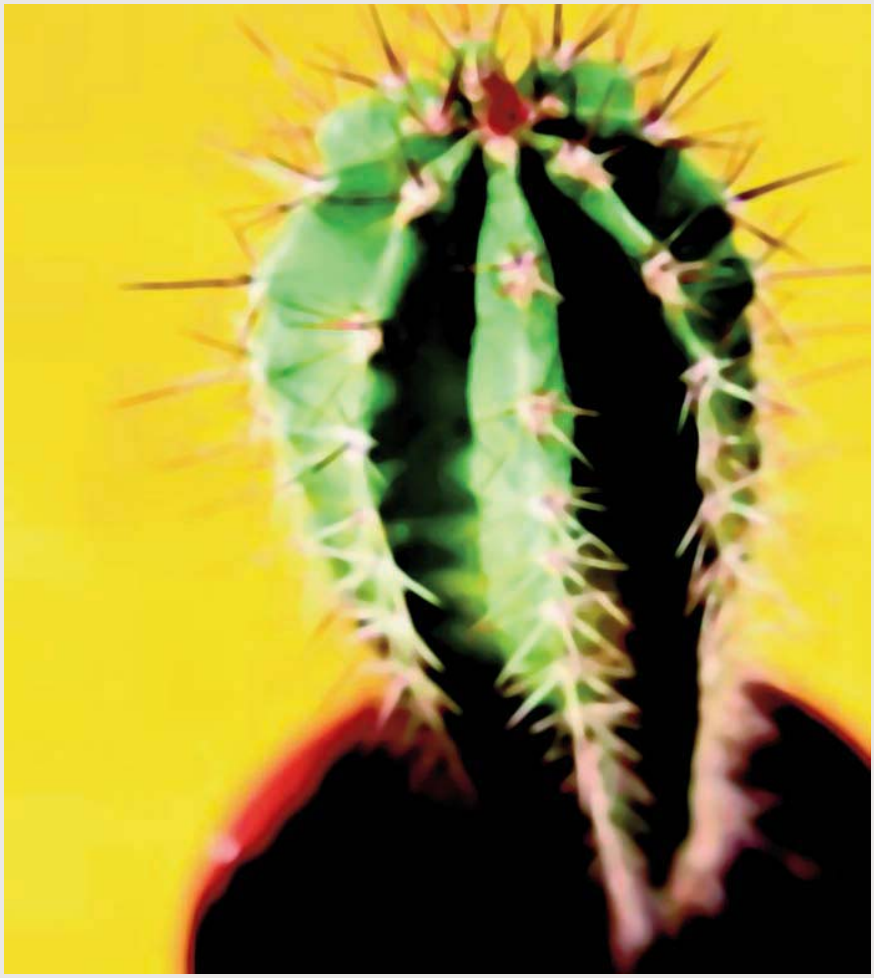
En el caso de la Fibromialgia, las principales citas históricas son las siguientes:

- S.XVII: Aparece el concepto de "Reumatismo muscular"

- 1904, Gowers: establece el término de "Fibrositis"

	FIBROMIALGIA	SD FATIGA CRÓNICA
EDAD de inicio	45-60 años	20-40 años
SÍNTOMA principal	DOLOR	FATIGA
DESENCADENANTE CLARO	+	++/+++
Predominio femenino	20/1	10/1
Localización del DOLOR	Difuso	Predominio en piernas
INVALIDEZ FUNCIONAL	+/++	++/+++
Afectación Neurocognitiva	+	++/+++
Disfunción autoinmune	+	++/+++
Activación Inmunológica	NO	SI
Activación Viral	NO	SI
ÀMBITO DE ATENCIÓN MÈDICA ESPECIALIZADA	REUMATOLOGIA	MEDICINA INTERNA

Tabla 2: Diferencias en el perfil de caso entre FIBROMIALGIA y SD DE FATIGA CRÓNICA



• 1975, Hench: define el término "Fibromialgia"

• 1975, Rotés, lo interpreta como " Reumatismo psicógeno"

• 1986,Moldofsky: Reumatismo por alteración de la modulación del dolor

• 1990, Wolfe, Yunus. American College of Rheumathology: establecimiento de lo Criterios diagnósticos (ACR)

• 1992, Declaración de Copenhaguen. OMS. Clasificación Internacional de enfermedades. ICD.-10 M79.0

En el caso del recorrido histórico del SFC, incluso podemos remontar más atrás:

• S XII A.C. Código de Hammurabi. menciona casos de "fatiga persistente inexplicable"

• 1750 Londres. Sir Richard Manningham : Describe cuadros de FEBRÍCULA-ASTENIA no explicadas, compatibles con SFC.

• 1869 George Beard, establece el término " NEURASTENIA"

• 1940 Concepto de ASTENIA NEUROCIRCULATORIA

• FATIGA DE LOS COMBATIENTES después de Iª y IIª Guerra mundial

• 1947 Evans: Fatiga postinfecciosa (Brucelosis, Tuberculosis)

• SD DE D'ACOSTA (Portugal)

• 1950/60 FATIGA POSTVÍRICA

• Virus Epstein-Barr

• Citomegalovirus

• 1920/40 Interrelación con el concepto de SFC y FIBROMIOSITIS

• 1980. Aparecen brotes de ENCEFALOMIELITIS EPIDÉMICA viral

• 1980 Casos de SFC definida como FIEBRE DE LOS YUPPIES

• 1990. SFC como SD SOMÁTICO FUNCIONAL

• 1991. Casos de SFC después de la GUERRA DEL GOLFO

• 2000. Interrelación con la HIPERSENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE

• 2000 SD DEL EDIFICIO ENFERMO

• 2006 SFC y FM como SÍNDROMES DE SENSIBILIZACIÓN CENTRAL

¿Tienen la misma frecuencia de afectación?

No, la FM es unas 8 veces más frecuente que el SFC en la población general.
La Fibromialgia en el estudio EPISER afectaba al 2,4% de la población española.
El Sd de Fatiga Crónica se cree que afecta entre un 0,3 a un 05 % de la población (1 de cada 200 personas).
Se ha demostrado que ambas enfermedades tienen una afectación relativamente homogénea en todo el mundo, y están presentes incluso en países subdesarrollados.
Hay pocas variaciones raciales, con cierta mayor incidencia en raza negra.
Los niños y adolescentes se afectan menos frecuentemente (aproximadamente 1%), pero también pueden padecerlas. En niños la enfermedad suele tener un curso más autolimitado y no siempre evoluciona a la cronicidad. Pero es importante su diagnóstico pediátrico precoz.
Es poco frecuente que el SFC y la FM se inicien más allá de los 70 años.

¿Pero cómo se definen la FM y el SFC?

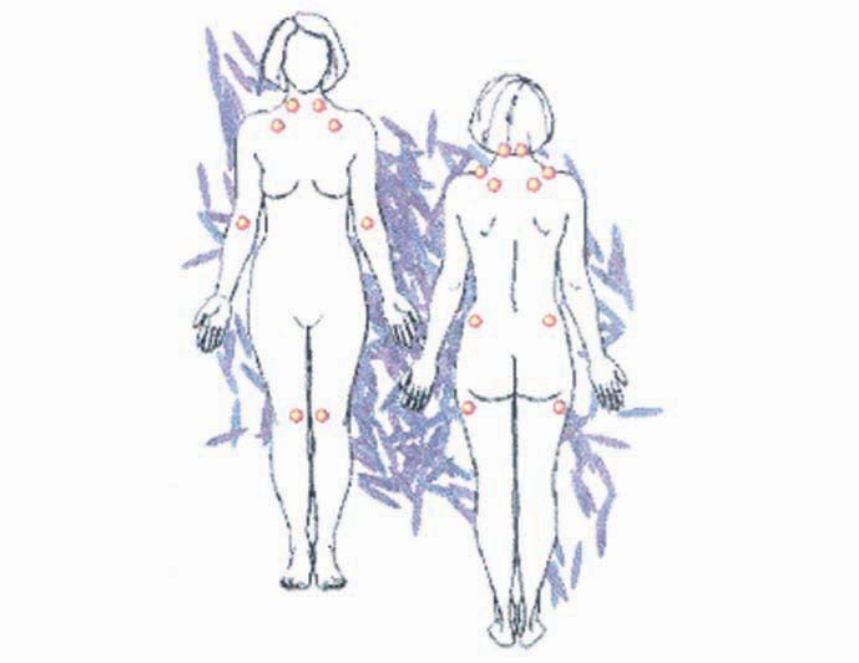
La FM consiste en un cuadro de dolor crónico generalizado, no articular, que predomina a nivel muscular y en columna vertebral, presentando una exagerada sensibilidad en múltiples puntos predefinidos.

La FIBROMIALGIA se diagnostica por la presencia de los dos criterios clínicos de la ACR, 1990:

• Primer criterio: Dolor difuso crónico, de más de tres meses de duración.

• Segundo criterio: Dolor provocado a la presión en la exploración de 11 de los 18 puntos elegidos sensibles de inserción tendinosa "tender points" (Figura 1).

FIGURA 1: Puntos dolorosos "tender points" donde se puede provocar por exploración física dolor a la palpación suave en caso de Fibromialgia.
Se valora como patológica la presencia de 11 o más puntos dolorosos



El SD DE FATIGA CRÓNICA consiste en la presencia en una persona previamente sana de FATIGA (definida como imposibilidad para realizar actividades físicas o mentales continuadas), que dura más de 6 meses, que es insuperable para el paciente, que no mejora con el descanso, no tiene una causa concreta identificable y que afecta a todas las esferas de su actividad, reduciéndolas a menos del 50% previo.

Se diagnostica aplicando los criterios clínicos que estableció un comité de expertos americanos del Centro de Diagnóstico de Enfermedades (Center of Diseases Control) de Atlanta (USA) el año 1994 -, llamados Criterios de Fukuda–CDC.

1) La presencia de FATIGA (imposibilidad de realizar una actividad física o mental de manera continuada) con las siguientes características:

• Persistente (6 meses como mínimo) o reincidente,
• Inexplicada, que se presenta de nuevo o con un inicio definido
• Que no es resultado de esfuerzos recientes
• No mejora significativamente con el descanso
• Ocasiona una reducción considerable de las actividades ocupacionales, educacionales, personales o sociales.
Con exclusión médica de otras enfermedades que cursan con fatiga crónica (anemia, hipotiroidismo, tumores, infecciones crónicas).

2) DE FORMA CONCURRENTE, Presencia de 4 o más de los 8 síntomas /signos referidos a continuación:
- Todos ellos persistentes durante seis meses o más i
- Siempre posteriores a la presentación de la fatiga:

1.- Trastorno de concentración o memoria a corto plazo
2.- Faringitis
3.- Dolor multiarticular sin artritis
4.- Mialgias
5.- Cefalea de tipos, modelo o intensidad diferente
6.- Sueño no reparador
7.- Malestar postesfuerzo > 24 horas de duración
8.- Adenopatías dolorosas

Posteriormente, han aparecido otras propuestas de criterios diagnósticos como los llamados "Criterios Canadienses", que son un poco más estrictos pero que no aportan diferencias significativas en cuanto a su utilidad y validez práctica.

¿Las causes que producen el SFC y la FM son las mismas?

En general, podríamos decir que SI. Las dos son enfermedades esencialmente NEUROLÒGICAS, que afectan una zona específica del cerebro (Hipotálamo-Sistema Límbico)
Pero sólo se conocen parcialmente los mecanismos fisiopatológicos que desencadenan estas enfermedades.
Las dos tienen factores genéticos predisponentes semejantes.
En su evolución cronológica (Patrocronia) tanto la FM como el SFC siguen un esquema parecido de afectación, con factores:

1) Predisponentes (antes de que aparezca la enfermedad),
2) Desencadenantes de la enfermedad
3) de Mantenimiento.

(Figura 2)

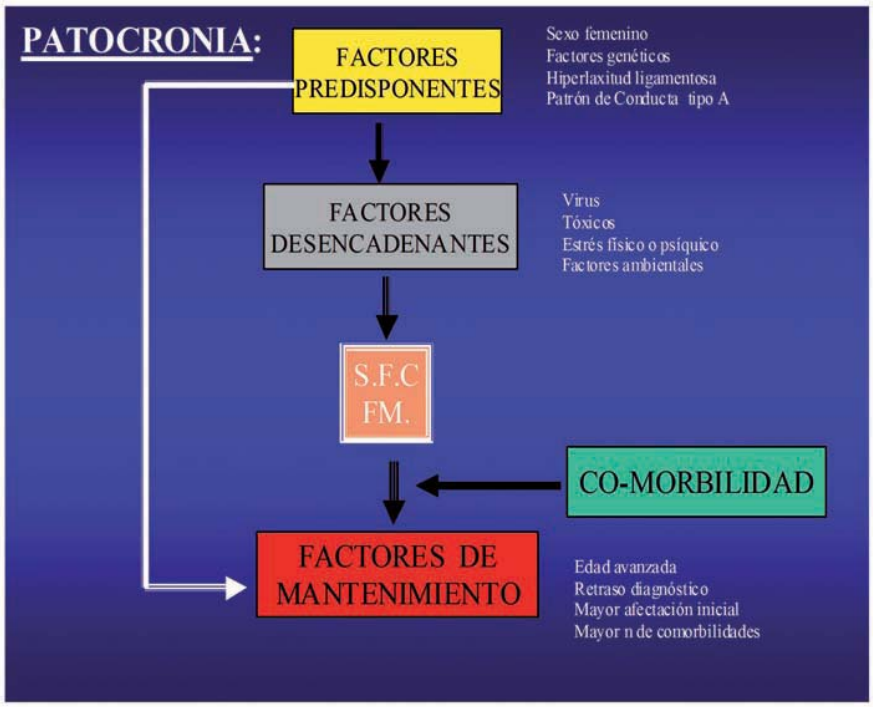
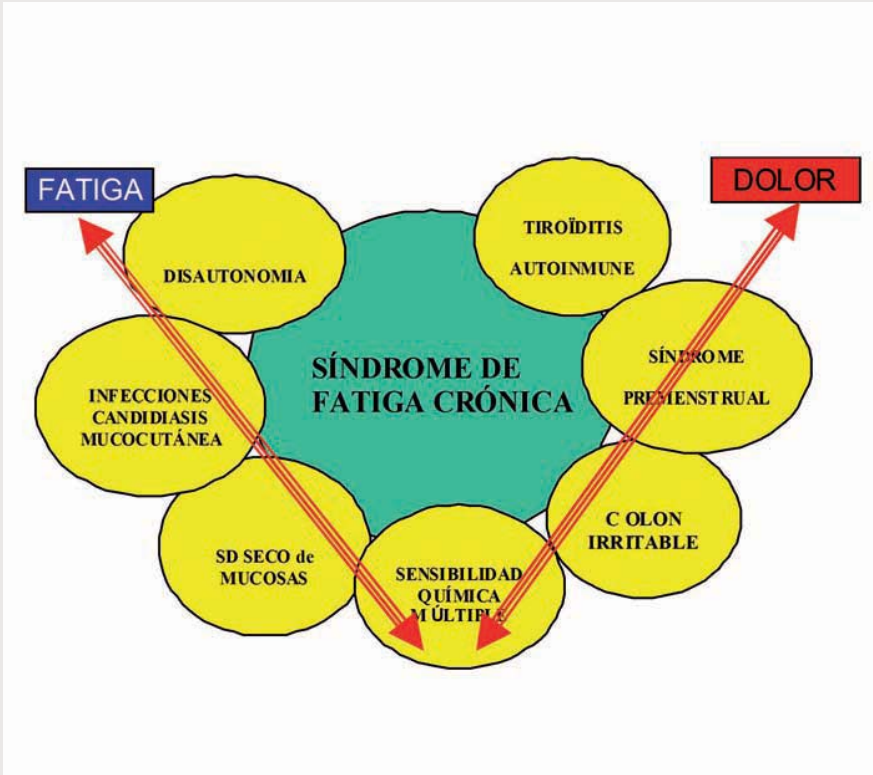


FIGURA 2: Evolución cronológica de los factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento del SFC y la FM.

En La FM se considera que existe un trastorno de los mecanismos del sistema nervioso central que procesan los estímulos dolorosos y los estímulos de reacción ante el estrés. Se detectaría más dolor del necesario debido a una amplificación del estímulo que recibe el cerebro.
Se provocaría así una sensibilización central, con incremento inadecuado de dolor (Hiperalgesia), que es extenso, persistente e inadecuado (Alodinia), con incremento de las sensaciones de percepción del propio cuerpo (Nociocepción).
Además de este trastorno central de percepción de estímulos, se añade una disfunción neuroendocrina con hipofunción de las neuronas del Hipocampo y Sistema Límbico y alteración de la actividad de varios ejes hormonales incluyendo la hormona del crecimiento (GH), tiroides (TSH), cortisol (ACTH), gonadas (FSH-LH) y también una clara disregulación del sistema nervioso autonómico, que afecta a la presión arterial, ritmo cardíaco y control de temperatura corporal.

A más, en el curso evolutivo de la enfermedad, sea SFC o FM, se añaden otras enfermedades diferentes que complica la evolución, dando lugar a la llamada CO-MORBILIDAD. *(Figura 3)*

Figura 3: COMORBILITAT. Presencia de otras enfermedades concurrentes en enfermos con Síndrome de Fatiga Crónica y Fibromialgia. El conjunto de estas enfermedades estría dentro del contexto común de "SÍNDROMES DE SENSIBILIZACIÓN CENTRAL".



¿Tienen estas enfermedades un nexo común?

SI., En pacientes diagnosticados de SFC en la Unidad del Hospital Clínic de Barcelona, la concurrencia de otras comorbilidades en el momento del diagnóstico es la siguiente:

-FIBROMIALGIA (90%)
-DISTIMIA (60%)
-SENSIBILIDAD QUÍMICA (50%)
-SINDROME SECO de MUCOSAS (50%)
-COLON IRRITABLE (33%)
-DISFUNCIÓN TIROÏDAL (25%)
-DISMENORREA- ENDOMETRIOSIS (15%)
- OBESIDAD (IMC > 30) (13%)

Este hecho de amplia superposición entre enfermedades aparecidas se ha constatado a nivel internacional en todos los grupos que trabajan en estas enfermedades.
Esta situación de concurrencia de afectación de múltiples esferas hace que estas enfermedades tengan una autentica repercusión SISTÉMICA, es decir, que en sus manifestaciones participan todos los órganos de nuestro organismo.
Debido a la multitud de factores comunes entre estas y otras enfermedades (migraña, colon Irritable, síndrome de las Piernas Inquietas),se ha establecido recientemente un término científico común que les englobaría todas dentro de la denominada "SENSIBILIZACIÓN CENTRAL". El cerebro se alteraría, provocaría un mayor efecto de percepción personal de dolor, fatiga y otros estímulos sensoriales y desencadenaría la sintomatología global persistente.
Posiblemente este término sea de utilización futura para todas les enfermedades de esta esfera, pero aún no está científicamente consensuado.

¿Tienen el mismo tratamiento la FM y el SFC?

El tratamiento de estas dos enfermedades es parecido, con algunas connotaciones específicas.
En general, no se consigue actualmente su curación, sino sólo una disminución relativa de los síntomas. Como objetivo se debe buscar la adaptación del enfermo a la situación de enfermedad crónica.
Disponemos sólo de tratamiento sintomático y de baja eficacia.
Además, son frecuentes las intolerancias y pérdidas de efecto de la medicación.
Se debe intentar no administrar dosis altas de fármacos, ya que suelen ser mal toleradas.
Se ha demostrado que es preciso combinar diferentes esferas terapéuticas para conseguir un mejor resultado.
De aquí nace el concepto de TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR, que debe ser:

1) BASADO EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE
2) Con LA INFORMACIÓN y EDUCACIÓN EN LA ENFERMEDAD
3) Personalizado a cada enfermo y en cada momento de su enfermedad.

COMBINA 3 esferas:

- TERAPIA DE SOPORTE PSICOLÓGICO CON APROXIMACIÓN CONDUCTUAL COGNITIVA
- EJERCICIO FÍSICO PROGRESIVO ADAPTADO
- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SINTOMÁTICO

En los pacientes con FM, el tratamiento de reducción de la intensidad del dolor y la adaptación personal a su persistencia es el principal reto. No hay ningún fármaco analgésico específico para la FM y se recomienda combinar analgésicos convencionales con antinflamatorios y potenciadores analgésicos a dosis no muy altas.

En el caso del SFC, no hay ningún tratamiento farmacológico eficaz ni específico para la fatiga. Es preciso controlar las esferas del sueño, la nutrición y el estado de ánimo. Se debe tratar precozmente la presencia de infecciones intercurrentes. Hay que valorar cuidadosamente la realización de soporte psicológico y la terapia de ejercicio adaptado, ya que se ha de buscar un difícil equilibrio entre que el paciente no esté sin hacer ninguna actividad y, por otra parte, que no haga una actividad excesiva, que sea nociva.
En todo caso, es preciso personalizar el tratamiento a las necesidades y situación personal de cada paciente, teniendo en cuenta las frecuentes intolerancias y pérdidas de efecto de la medicación.
En RESUMEN, SFC y FM son dos enfermedades aún diferentes pero con un claro contexto común. Se está buscando un marcador diagnóstico específico que permita una identificación unívoca de cada una de ellas.
Pero sólo los avances en metodología diagnóstica y en la detección de sus causas nos permitirán dilucidar en el futuro el auténtico contexto común o diferencial de estas dos entidades.
De momento, sólo podemos decir que les semejanzas entre SFC y FM son más claras que las diferencias

Joaquim Fernández-Solà
Médico consultor sénior de Medicina Interna.
Profesor Agregado de Medicina. Universitat de Barcelona
Coordinador de la Unidad de Fatiga Crónica, Hospital Clínic de Barcelona.

Ya no se puede decir que los síntomas de la fibromialgia son desconocidos

La fibromialgia (FMS) se presenta típicamente con un dolor generalizado de los tejidos blandos, pudiendo aparecer solo [FM primaria] o puede ir acompañado de una serie de otros trastornos [FM secundaria], tales como enfermedades reumáticas, infecciones y trastornos endocrinos, por lo tanto es importante hacer una valoración clínica meticulosa. Desde 1990 la línea de investigación para hacer el diagnóstico, viene enfocada al historial clínico en lo referente a la extensión del dolor y de la sensibilidad prominente a la palpación en 11 o más de los 18 puntos sensibles anatómicamente-definidos por todo el cuerpo. Esta inusual sensibilidad a la presión se debe a un bajo umbral de dolor llamado alodinia. Por lo tanto, el diagnóstico de la FM está basado en criterios en lugar de un diagnóstico de exclusión. Otro enfoque propuesto para realizar el diagnóstico se basa en la comorbilidad y en la gravedad de los síntomas, sin la necesidad de registro de alodinia. Algunas manifestaciones comórbidas comunes de la FM pueden incluir dolor corporal generalizado y crónico, dolores de cabeza, afectación cognitiva, síntomas afectivos, insomnio, fati-

ga, rigidez, disfunción del sistema nervioso autónomo, colon irritable y síndrome de vejiga irritable.

Epidemiología. La FM puede volverse sintomática a cualquier edad, pero se presenta más comúnmente en mujeres adultas. Su frecuencia aumenta con la edad de ambos sexos, ya que una total curación raramente ocurre.

Patogenia. Un modelo de patogénesis propuesto incorpora una hipótesis basada en la predisposición genética, en factores de incitación y en anormalidades bioquímicas documentadas. En él se identifican muchas hipótesis comprobables que podrían abocar a investigaciones adicionales centradas en los principales desequilibrios químicos del sistema nervioso central. Una mejor comprensión de la patogénesis de este trastorno ha facilitado el desarrollo de medicamentos que se dirigen a áreas específicas del síntoma.

Tratamiento. El tratamiento del FMS debería ser multimodal y multidisciplinario, incluyendo educación, preparación física, medicación y seguimiento supervisado. Grandes ensayos clínicos han demostrado que la monoterapia con drogas de diseño puede ser eficaz para una cohorte importante de pacientes. Una polifarmacia estratégica para la FM puede facilitar una terapia individualizada para un número aún mayor de personas afectadas.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico debe ser correcto tanto si es FM u otro trastorno médico. Se han detectado cuatro tipos de problemas en el diagnóstico con la suficiente frecuencia como para merecer un comentario:

1. Otro trastorno pero No FM. Si el diagnóstico de FM no es correcto, no se logra nada al conseguir ese diagnóstico cuando el verdadero problema es otro trastorno. Según se ha informado esta situación se produjo con algunas mujeres canadienses que tenían una enfermedad que causaba inflamación de la columna y fue confundida con FM. Parece ser que lo mismo puede ocurrir cuando una persona sufre un cuadro de hiperserotonina.

2. FM y Otro trastorno. A veces se sabe que están presentes FM y otro trastorno y que se solapan. Cuando esta situación se presenta, el médico debe resistirse al autoconvencimiento de que todos los síntomas son benignos y que se deben a FM, cuando algunos de ellos podrían estar relacionados más directamente con el otro trastorno y debería ser tratado de manera diferente. Un ejemplo podría ser el lupus eritematoso sistémico [LES] o la artritis reumatoide [AR] que frecuentemente se solapan o coexisten con FM. Para evitar lesiones progresivas en las articulaciones u órganos internos, se recomienda una terapia específica para el LES o la AR.

3. FM pero no Otro. Una persona al que se le haya detectado FM podría recibir un diagnóstico equivocado y ser sometido a un tratamiento para el otro trastorno con intervenciones que no son garantizados para FM. Por lo general, ese otro diagnóstico es una enfermedad reumática como por ejemplo el LES o la AR.

4. Control de FM por Otro. Por último, una persona con FM que está siendo tratado y controlado para FM puede desarrollar un número indeterminado de otros trastornos comunes que no se detectan porque el médico no está lo suficientemente alerta ante la presencia de nuevos síntomas. Algunos ejemplos podrían incluir el hipotiroidismo, la deficiencia en vitamina D, o algún otro tipo de malignidad.

El dolor crónico generalizado es el rasgo predominante de la FM y que induce a su diagnóstico, dolor que tiene varias características importantes que lo distinguen de otros tipos más comunes de dolor. En primer lugar, persiste por un largo periodo de tiempo [como mínimo tres meses], por lo que se le llama dolor crónico para distinguirlo del dolor agudo. El dolor que resulta de un hueso roto, la extracción de un diente o una quemadura en la piel se definen como dolor agudo. Normalmente sabemos el origen de un dolor agudo pero no solemos saber el origen de un dolor crónico. La mayoría de los casos de dolor agudo el inicio de la curación es pronta, y la persona afectada piensa que el dolor se va a resolver. A veces, sin embargo, un trastorno de dolor agudo puede persistir y convertirse en crónico.

El dolor de la FM también está extendido por todo el cuerpo en vez de estar situado en el sitio de la lesión. El dolor de la FM se puede caracterizar clínicamente de la misma forma que se presenta en la alodinia extendida crónica. La alodinia se define como la percepción del dolor causado por un estímulo que normalmente no sería doloroso. En la FM, la alodinia se pone en evidencia por el dolor en nueve puntos sensibles anatómicamente-defininidos a cada lado del sistema músculo esquelético. Estos sitios están situados en las mitades superiores e inferiores del cuerpo. Además, suelen estar situados de forma simétrica en los lados derechos e izquierdos del cuerpo. El dolor se puede sacar mediante presión digital inferior a cuatro kg. Esa cantidad de presión no suele ser dolorosa para los controles normales de salud [NSCs]. De hecho, la expresión “alodinia extendida crónica” podría ser una definición clínicamente y fisiológicamente más exacta para el trastorno que el que presume ser el del actual nombre de FM.

No es aceptable afirmar que la enfermedad es poco conocida y que la causa de los síntomas de FMS es desconocida, o que no les pasa nada a estos pacientes

El dolor de la Fibromialgia (FMS) es generalizado y puede estar clínicamente caracterizado representando alodinia crónica. Alodinia, recordemos que es la percepción del dolor causado por un estímulo que normalmente no sería doloroso. En FMS, la evidencia de la alodinia se hace presente por el dolor once puntos, anatómicamente llamados sensibles, situados a cada lado del aparato musculoesquelético, los cuales se encuentran en las mitades superior e inferior del cuerpo y suelen estar colocados simétricamente en los lados derecho e izquierdo del cuerpo, por lo que el dolor se dice que está muy extendido.

Una vez que el diagnóstico de la FM se realiza sobre la base del patrón de dolor crónico generalizado, el médico de familia debe de tener en cuenta que muchos de los síntomas [ahora denomites], representan comunmente trastornos asociadas en comorbilidad. Esta comorbilidad puede incluir dolor de cabeza crónico diario, sueño disfuncional, ansiedad, depresión, inseguridad cognitiva, fatiga, dolor de la pared torácica, colon irritable, y síntomas de la vejiga irritable. Algunos pacientes de FMS presentan sólo unos pocos de estos síntomas dominntes, mientras que otros exhiben muchos de ellos. Una nueva forma de validar en clínica el diagnóstico de la FM, sin depender del hallazgo físico de la alodinia en los puntos sensibles, es documentar formalmente el número de comorbilidades y sus severidades. Cualquiera que siga las noticias de la FM conocerá más, acerca de este concepto en los meses y años venideros. La razón para prestar atención a la comorbilidad que se encuentra en un determinado paciente con fibromialgia es que se puede, y debe ser tratado de forma individual para ayudar a la persona afectada a volver a tener salud y una mayor actividad normal.

Muchos artículos sobre la fibromialgia [FMS] han indicado que su patogenia es desconocida. Esta afirmación ya no es correcta y debe ser abandonada como una idea para un artículo de introducción de FMS. Ya no es aceptable afirmar que FMS es poco conocida y que la causa de los síntomas de FMS es desconocida, o que no les pasa nada a estos pacientes.

La alodinia de los resultados de FMS, al menos en parte, forma una manera de sensibilización del sistema nervioso central [SNC] que baja el umbral de dolor en el cuerpo. Un ejemplo que puede ser útil en la comprensión de alodinia es el creer que haya un control de volumen como el de una radio montada en la médula espinal. Un aumento en la concentración de ciertos neurotrasmisores tienen un efecto sobre la percepción del dolor, comparable a lo que ocurre con subir el volumen en la radio. Imaginen una emisora de radio con una torre de transmisión y una mujer joven al micrófono cantando una canción de cuna bonita; imaginen ahora, dos casas con radios encendidas y sintonizadas en esa estación. Una casa tiene el volumen perfectamente ajustado con el resultado de la canción de cuna escuchándose en todas las habitaciones de esa casa y la otra casa, sin embargo, tiene el volumen al máximo, más incluso de lo posible. El resultado esa casa es un ruido horroroso y ensordecedor, lo que es intolerable. Recordemos, sin embargo, que ambas casas escuchan la misma emisora y por lo tanto reciben la misma meloda, per la diferencia está en la forma en que la señal se procesa. Ahora entendamos los elementos de la ilustración. La estación de radio representa el tejido periférico presionado por un estímulo, la señal se está llevaga a la médula espinal por nervios aparentemente normales. La diferencia viene cuando la señal del nervio se procesa. En el FMS, las concentraciones de las sustancias neuroquímicas que procesan las señales nerviosas son anormales en comparación con las personas normales. Las concentraciones de las sustancias neuroquímicas que aumentadas [la de la señal nerviosa del factor de crecimiento y la sustancia P] son demasiado altas, mientras que los que inhiben la señal de la serotonina, noradrenalina y dopamina son muy bajos. Estas sustancias químicas inhibidoras son los mediadores en lo que se denomina inhibición descendente. Con el fracaso de la inhibición descendente, la señal de entrada se amplifica en la médula espinal y el dolor es experimentado por el cerebro a través de un estímulo que no está lesionando el tejido estimulado.

Se ha investigado y demostrado que los enfermos experimentan el dolor del que se quejan

Una amplia investigación sobre personas con FMS, ha establecido varios tipos de pruebas para indicar que esta condición es real y que los pacientes con FMS experimentan el dolor del cual se quejan. El tipo de tests que demostraron ser de ayuda en lo que a esto concierne son demasiado numerosos y demasiado complicados para ser explicados en su totalidad en este escrito, pero incluyen estudios de neuroimagen como RNM (Resonancia Nuclear Magnetica tanto RMI- imagen-, como RME-esprectroscópica-), SPECT (Tomagrafia Computarizada por Emision de Foton Simple) y PET (Tomografia por Emision de Positrones); pruebas fisiológicas de suma temporal, de polisomnografía y de control inhibitorio, que han contribuido con información crítica. Finalmente, las pruebas neurobioquímicas relacionadas con la señalización del dolor y la inhibición de la percepción del dolor, han definido los procesos a nivel molecular. Es importante notar que las evaluaciones de los genes candidatos en familias con más de una persona afectada por el FMS, han ayudado a establecer una base genética para este trastorno. Finalmente, algunos estudios de especies de oxígeno hiperreactivas y perjudiciales en la sangre de pacientes con FMS comparados con controles sanos sugieren que estas fracciones químicas destructivas pueden estar relacionadas con las causas del FMS. Se proporcionan detalles relacionados con este hallazgo en la referencia 3.

En conjunto, estos hallazgos han conducido a una hipótesis unificada en relación con la patogénesis del FMS [Figura 1]. El modelo comienza con una o más asociaciones genéticas que pueden predisponer al individuo a sufrir degeneración cerebral o atrofia en respuesta a un estímulo indefinido. Está claro que el reconocimiento de un proceso así sería alarmante para personas con FMS, pero es importante discutir los hallazgos de una manera abierta si vamos a encontrar explicaciones para ellos y los medios para

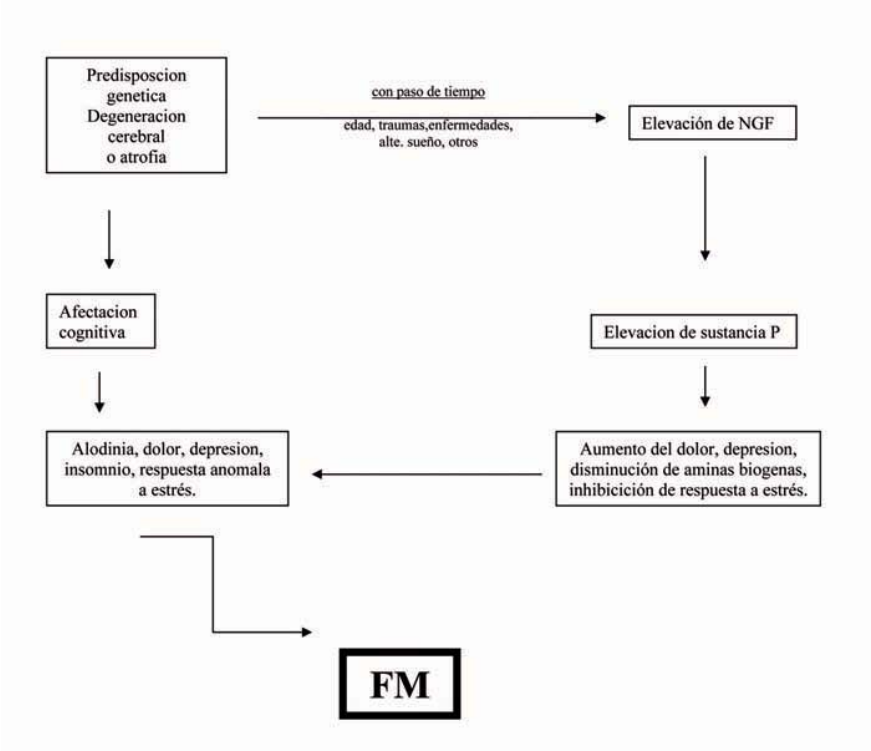


Figura 1

combatirlos o prevenirlos. El tiempo y una variedad de cofactores como la edad, traumas físicos, enfermedad febril, inflamación y sueño disfuncional podrían contribuir a este proceso. La degeneración del tejido cerebral cortical, las medicaciones tomadas para tratar los síntomas y la falta de sueño crónico podrían conspirar para hacer que los pacientes con FMS se sintiesen inseguros en relación con su función cognitiva.

Los médicos deben estar preparados para aceptar la fibromialgia como una condición real que produce un impacto tremendo sobre la vida del paciente

Por parte del paciente, sera importante entender que el FMS es solo una de las miles de razones que conciernen al receptor de cuidados sanitarios y que sus sintomas pueden ser similares a los de otras enfermedades; que la terapia para FMS todavia esta en fase experimental; y que el tiempo fisico con cada paciente debe de estar necesariamente limitado. La actitud de los miembros de la familia, empleados, seguros medicos, y politicos, todo ello tiene un impacto muy importante en la condicion del paciente. El diagnostico es basico para un exito terapeutico en el FMS.

La educacion es crucial para el tratamiento de la FMS. El comprender es fuerza cuando tiene que ver sobre mantener una educacion correcta, adaptacion a las limitaciones, y tener un rol activo en el programa terapéutico. Debe de ser reconocido que los profesionales sanitarios se han pasado años estudiando los avances medicos que dan la base para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Mientras que en general se cree que la educacion de pacientes es un rol apropiado para los medicos, está más allá de la obligación que los medicos les den a los pacientes una educacion medica total. Los médicos deben de ser los responsables de ayudar a los pacientes a aprender sobre las condiciones que tienen, pero no el deber de educar a sus pacientes con otras condiciones que no tienen. Esta claro que en esta distincion es obligatorio que el diagnóstico sea el correcto.

Una variedad de modelos físicos han sido propuestos como medidas terapéuticas para el FMS. Pueden ser lógicamente divididos en dos categorías: aquellos que los pacientes pueden llevar a cabo por ellos mismos, y aquellos que necesitan una activa participación por un fisioterapeuta profesional. En casa, el paciente puede marcar la pauta de sus actividades ajustando

un horario de actividades necesarias y luego equilibrando el tiempo de trabajo con el tiempo de relajación. El ejercicio progresivo, el calor aplicado en un baño, técnicas de relajación jacobsonianas pueden ser terapias para uno mismo con costes mínimos.

El opio no debe ser usado en pacientes con fibromialgia por sus efectos secundarios

Las primeras estrategias no medicamentosas, eran los ejercicios aeróbicos para los pacientes de FMS y con evidencias de beneficios convincentes. Sus metas son mantener las funciones para las actividades diarias y alargar la vida a través del buen estado físico cardiovascular. Trajo un impacto leve con una intensidad suficiente para cambiar la capacidad aeróbica, el ejercicio también puede aumentar los niveles de serotonina en suero, reducir el dolor, mejorar el sueño, equilibrar el humor, mejorar la resistencia, infundir nuevas perspectivas, restaurar la cognición, y facilitar el sentido del bienestar. Los pacientes capaces de ejercitarse en estas actividades, tienen menos impactos negativos en el FMS de larga duración a lo largo de sus vidas.
La mayoría de pacientes confirman un beneficio a través del calor en forma de un baño caliente, botellas de agua

Tres importantes dominios sintomáticos del síndrome de fibromialgia están ilustrados en las esquinas de un triángulo equilátero. El médico mira hacia el triángulo, que representa el paciente con fibromialgia, y lo primero que ve es el dolor que está presente en el 100% de los pacientes con fibromialgia. Al mirar hacia la izquierda y la derecha, el médico determina si la depresión [en el 34%] o el insomnio [en el 90%] representan los síntomas que requerirán tratamiento.
Fuente: Russell IJ: Psiquiatría Primaria

Utilización de pregabalina u oxibato para el tratamiento del dolor y el insomnio y el uso concomitante de duloxetina para el tratamiento del dolor y la depresión cuando los tres dominios son manifestaciones destacadas en un paciente con el síndrome de fibromialgia.
Fuente: Russell IJ: Psiquiatría Primaria

caliente, almohadillas eléctricas calientes, o sauna. Muchos encuentran que un baño caliente o una ducha pueden tener más efectividad que la medicación analgésica para un dolor de cabeza y corporal, así como para la rigidez. La aplicación del calor puede relajar los músculos, mejorar el sentido del bienestar y facilitar el ejercicio. Algunos prefieren aplicaciones de frío. Masajes ligeros que gradualmente dan una sensación de sedación de partes del cuerpo pueden reducir la tensión muscular, pero su influencia en el cuerpo no dura el tiempo deseado.

Parece lógico que los analgésicos sean un componente importante del tratamiento para el dolor como el FMS, pero las drogas antiinflamatorias sin esteroides no son efectivas ya que la monoterapia y opio todavía no han sido testados. A lo mejor el rol más importante que tienen estos componentes es contribuir a la sinergia con otros medicamentos. Por ejemplo, hay evidencia de que el Paracetamol ayuda al beneficio de la terapia con tramadol.

El uso del opio en el FMS es muy controvertido, aunque la mayoría de los autores consideran que no debe ser usado en pacientes con FMS, hasta que no estén bien diseñados, controlados y que estudios clínicos demuestren sus beneficios inequívocos. Cuando los pacientes toman opio, se recomienda que se deba de tomar a la vez tratamientos proactivos para evitar los efectos secundarios, como por ejemplo el estreñimiento. El fin del opio en casos severos no debe de ser únicamente el alivio en el dolor, sino también en las mejoras de las funciones físicas. Si la mejora en las funciones no se logra, los efectos secundarios son difíciles de controlar.

El Dr. Russell es actualmente Profesor Asociado de Medicina titular
Director del Centro de Investigación Clínica de The University of Texas Health Science Center at San Antonio
Editor de la Revista "Journal of Musculoskeletal Pain" (Dolor Musculoesquelético)
Presidente Fundador Emérito de la Sociedad Internacional MYOPAIN
Master, American College of Rheumatology.

Manuel Martínez Lavin

Es una señal de alarma de que alguna parte del cuerpo ha sido agredida

Con la cronicidad el dolor deja de ser útil para el individuo

Prácticamente todos los humanos hemos experimentado dolor a lo largo de nuestras vidas. Por lo tanto sabemos que es el dolor, sin embargo resulta más difícil intentar definirlo con palabras. El diccionario de la Real Academia Española define al dolor como: 1. sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por una causa interior o exterior. 2. Sentimiento, pena y congoja que se padece en el ánimo. 3. Pesar y arrepentimiento por haber hecho u omitido una cosa". En el ámbito médico, la definición más aceptada de dolor es la propuesta por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor la cual lo califica como "una sensación desagradable acompañada de una emoción que se percibe como un daño a la estructura del cuerpo". En ambas definiciones se establece que el dolor no es solamente una sensación desagradable, también repercute de manera negativa en el ámbito afectivo.

El dolor inquieta de manera señalada a la persona que lo sufre quien de inmediato intenta definir su causa para después procurar aliviarlo. El dolor es la causa más frecuente de

consulta médica. Dependiendo de su duración, el síntoma puede ser útil o perjudicial para el individuo que lo sufre. El dolor de corta duración (también denominado dolor agudo), es conveniente para la persona que lo soporta. Es una señal de alarma sugerente de que alguna parte del cuerpo ha sido agredida. Ejemplo de dolores útiles de corta duración son el dolor de muelas o el dolor de vientre indicativo de apendicitis. Si no tuviésemos estos tipos de síntomas moriríamos en forma precoz víctimas de diversas enfermedades. Algo totalmente diferente sucede con el dolor de larga duración. Con la cronicidad el dolor deja de ser útil para el individuo que lo padece.

El dolor crónico se puede deber a un daño constante del cuerpo. Por ejemplo, aquél que sucede en los diferentes tipos de artritis o cánceres. En estos casos existe una agresión constante al cuerpo. Los estímulos derivados de esta lesión corporal viajan al cerebro a través de los nervios encargados de transmitir las sensaciones dolorosas. En el cerebro el dolor se vuelve consciente.

Hay otro tipo de dolor crónico en el cual no hay daño persistente en el cuerpo, sino irritación constante de los nervios encargados de transmitir la sensación dolorosa. A este tipo de dolor se le denomina neuropático. Ejemplo de dolor neuropático es el que ocurre después de que un nervio es infectado por el virus Herpes Zoster. En estos desafortunados casos el dolor persiste aún después de la desaparición de la infección. Otro ejemplo de dolor neuropático es la llamada neuralgia del trigémino. Estos tipos de dolores neuropáticos se distinguen por acompañarse de sensaciones anormales como son pinchazos, punzadas, calambres o choques eléctricos. También se distinguen por presentar una sensibilidad exagerada a estímulos normalmente no dolorosos como son el roce de la ropa o una palmada.

En ocasiones, el dolor neuropático puede ser agravado por la presencia de adrenalina. En situaciones normales, la adrenalina no es una sustancia que induzca dolor. Sin embargo cuando existen corto-circuitos entre las vías del dolor y las vías del sistema simpático, la adrenalina sí causa dolor. A esta situación se le denomina dolor neuropático mantenido por adrenalina o dolor neuropático mantenido por hiperactividad simpática.

Proponemos que la fibromialgia es un dolor neuropático mantenido por hiperactividad simpática basados en los siguientes 5 puntos:

1) En la fibromialgia el dolor no refleja daño a la estructura del cuerpo.
2) El dolor se acompaña en la inmensa mayoría de los casos de sensaciones anormales como pinchazos, punzadas, calambres o choques eléctricos.
3) El dolor se acompaña de sensibilidad exagerada a estímulos normalmente no dolorosos.
4) Hay datos que sugieren que las personas con fibromialgia tienen un constante exceso de adrenalina en su cuerpo.
5) El dolor se agrava con la inyección de adrenalina.

La propuesta que el dolor de la fibromialgia es neuropático y está mantenido por hiperactividad simpática permite avanzar en el entendimiento del padecimiento. Encuadra a la fibromialgia dentro de un terreno bien definido que es el del dolor neuropático. Esto permite aprovechar el caudal de investigaciones que se están haciendo en el campo del dolor neuropático y aplicarlos al conocimiento de la fibromialgia

Queda mucho por hacer para mejorar la calidad de vida de las pacientes con fibromialgia. Sin embargo hay razón para el optimismo. La robusta investigación científica que se está realizando en diversas partes del mundo seguramente desembocará en tratamientos más efectivos para el dolor que es el síntoma principal del padecimiento.

Manuel Martínez Lavín es el Jefe del Departamento de Reumatología del Instituto Nacional de Cardiología de México.

Jesús Gómez Trigo

"La fibromialgia angustia, martiriza y atenaza a la persona en la cárcel sufriente del dolor"

La FM es una enfermedad registrada por la OMS en su digito M79.7 de la CIE-10, con una alta prevalencia en la población general y sobre todo en mujeres, en casi una proporción de 10 a 1, afectando a los rasgos básicos del ser humano, es decir la libertad, la reflexión y el espíritu. La libertad encorsetada por el constante dolor y cansancio, la reflexión anulada por sus cogniciones permanentes sobre su malestar, y el espíritu decantado en el pozo del sufrimiento.

Es una enfermedad con un dolor "cansino", "agotador","pesado", "hiriente", que angustia, martiriza y atenaza a la persona que lo padece en la cárcel sufriente del dolor; con un cansancio, que inhibe y reduce la calidad de vida. Anhelos y deseos íntimos truncados obligados por la morbosa realidad a adoptar un nuevo estilo de vida, replegándose al tormento ideacional constante de su clínica, con un incierto mañana de la intensidad del dolor y del cansancio.

La persona afecta de FM tiene alterado su "ser en el mundo" y su "estar en el mundo", truncado su proyecto existencial o vital de Ortega y Gasset. Lo cual acarrea el incumplimiento de las posibilidades existenciales (familiares, laborales, sociales, interpersonales), pudiendo traducir una angustia existencial, no patológica.

Angustia que martillea su pensamiento con la idea que la realidad de la vida quebró en mil pedazos sus sueños y cada trozo es un vidrio que la desgarra.
Y puesto que el ser humano no vive solo de hechos, sino de posibilidades, voy a exponer desde la perspectiva de un psiquiatra, las que van a colaborar en el hallazgo de la etiología y por tanto posteriormente del tratamiento de esta enfermedad, que por ahora llamamos fibromialgia.

ETIOPATOGENIA GENETICA

1º.-Diversos estudios en FM detectan una elevada prevalencia entre los familiares, mas insinuante a través de la rama femenina. Siguiendo esta hipótesis parecería que embarazos en situaciones continuadas de estrés, de intensidad mediana a severa, pueden facilitar le predisposición al cuadro fibromialgico a las hijas.
2º.- También se esta tratando el hallazgo alteraciones de la dopamina y noradrenalina en el SNC y SNA, sustancias que guarda relación con el gen COMT. (catecol-oxi-metil-transferasa)

INMUNOLOGIA

Activación del sistema inmunológico por elevados cifras de anticuerpos antipolimeros, que conlleva aumento de la interleucina-6 como en la depresión (la fluoxetina lo baja)
Un 30 % de enfermas de FM presentan positividad en el hallazgo de anticuerpos nucleares, lo que hipofunción de linfocitos-T favorecería las reacciones de hipersensibilidad.
También se investiga la que intervienen en la inmunidad celular.

ENDOCRINOLOGIA

Afectación de hormonas (ACTH, GH, tiroidea- en sentido de hipertiroidismo-) fundamentalmente en el eje hipotálamo-hipofisiario, con respuestas inadecuadas, fundamentalmente al estrés y a los estímulos afectivos. En general, las últimas investigaciones consideran la existencia de una insuficiencia adrenal con elevación de ACTH y de GH, así como disminución de la somatodeina C. Aunque todo ello puede que guarde relación con la afectación del sueño, pues durante la fase 4 o de sueño profundo aumenta de modo fisiológico la GH
SNC
La sustancia P (SP) elevada, P del ingles pain= dolor, neurotransmisor peptídico que facilita la señal de sensibilidad dolorosa desde asta posterior de medula al cerebro y que se encuentra en proporción de 3 a 1 en la FM en relación con los controles normales. En el SFC es normal. Su síntesis está facilitada por el factor NGF o Factor de Crecimiento Nervioso. La SP actúa sobre receptores NK-1, nociceptivos, pero en su aplicación a seres humanos no actúa como nociceptivo.

Estaríamos ante un transtorno neuropsicoimunoendocrino que genera una alteración de le percepción, transmisión y modulación de los estímulos dolorosos de origen central

Baja concentración de serotonina (ST), neurotransmisor encefálico que modula la percepción del dolor (además de sueño, cansancio, ánimo, etc.), regulando la intensidad con que la percibe el cerebro.
Alteración en el procesamiento perceptivo del dolor, en relación con el llamado SDNI o Síndrome Doloroso Neuroplasticamente Inducido, basado en la relación de factores afectivos, cognitivos y sensoriales. El modelo de neuroplasticidad de FERRAN propone cambios neuroplasticos adquiridos a lo largo de la vida, que pueden generar una especial sensibilización. Se busca si hay una respuesta sobredimensionada a estímulos normales, por una probable disminución de las vías descendentes inhibitorias, con lo que se generaría un control inhibitorio difuso de un estimulo nociceptivo, o bien que la modulación de las señales sensoriales a nivel cerebral, se modulan a favor del fenómeno denominado de aumento, con lo que se amplificaría las señales aferentes. También, cabe considerar la existencia de una respuesta amplificada a estímulos dolorosos, mediante el aumento de la excitabilidad de los circuitos neuronales espinales y supraespinales, que acarrearía una sumación temporal de estímulos a través de mecanismos de ampliación de la sensibilidad dolorosa. Y es que en lugar que las señales álgidas ascienden para dar una respuesta adecuada, establecen un círculo vicioso de estimulación dolorosa repetitivo. Consecuente con ello los puntos sensibles están doloridos no solo cuando son presionados en forma manual, sino tambien de forma permanente y espontánea. Este origen central doloroso y no periférico, es razón por la cual la mayor parte de los analgésicos no son efectivos a medio y largo plazo.

Elevación de la Dinorfina, neurotransmisor opioide, con mecanismo de actuación a nivel medular, y cuyas concentraciones altas producen hiperalgesia.
Alteración funcional del SNA, llamada por algunos disautonomia, que se traduce por una hiperactividad del sistema nervioso simpático promocionada por la adrenalina. De tal modo que ante situaciones estresantes, la paciente FM no tiene capacidad de una respuesta adecuada, sino hiporeactiva, que conllevaría cansancio, laxitud mental, sensación vertiginosa, hipotensión arterial.
Retardación en el fenómeno de recuperación ante estímulos álgidos en comparación con controles normales, como si el proceso memorístico álgido en la FM estuviera aumentado.

PSICOPATOLOGIA

Son factores que generalmente magnifican o coinciden con el desencadenamiento del cuadro. Parece, que la presencia de trastorno de la personalidad, pudiera favorecer o desencadenar o mantener, la FM, pues dicho trastorno presenta tempranamente dificultades en las relaciones interpersonales, familiares y sociolaborales. Serian personalidades con rasgos de perfeccionismo, orden, responsabilidad extrema, con autoimagen pobre, baja autoestima, inseguros, autoexigentes. Se identifican y actúan en función de roles rígidos de funcionamiento relacionados con el "ideal" que presupone a la figura femenina; estilo de funcionamiento superyoico (o conciencia) que dificulta el cambio, ya que fácilmente se generan sentimientos de culpabilidad.
Problemáticas relacionales de la pareja, con padres o con hijos.
Presencia en una alta proporción de elementos traumáticos desencadenantes del cuadro, como fallecimiento de hijos, de madre, ruptura matrimonial, haber sido hija con sobrecarga de cuidados (hermanos, hogar), alejamiento emocional durante infancia.
En la mayoría de las pacientes se encuentran factores individuales (una conciencia de enfermedad magnificada, mayor sensibilidad a los estímulos y bajo umbral doloroso) y factores socioculturales importantes, como una sociedad hipocondrizada y lo mediático influenciando en la existencia de la mayoría de las personas.
Ambas favorecen la cronificación del dolor y su externalización.
Estos factores individuales y socioculturales favorecen la distorsión de las sensaciones fisiológicas y la aparición o magnificación de cuadro somatomorfos.

CLINICA desde la óptica de un psiquiatra

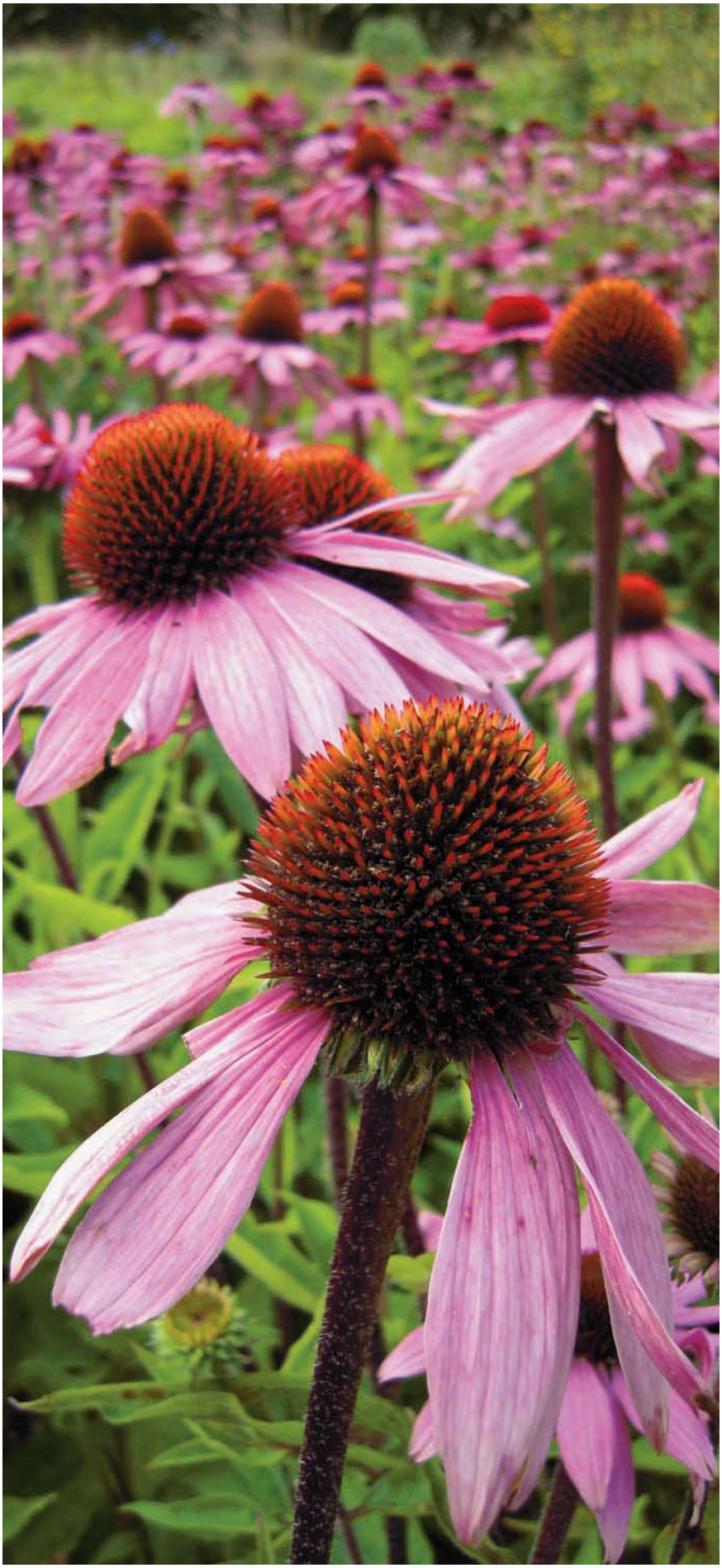
Dolor: De cabeza a pies, variante con el día y de unas personas a otras, cambiante de lugar. Puede venir acompañada de sufrimiento (el dolor pertenece a lo somático, y el sufrimiento a lo psiquico). Dolor que se ha puesto en evidencia en la RNM manifestado en los lóbulos frontales del cerebro.
Cansancio: Agotador, pesado, variable con las personas, y continuo.

Hemos detectado que los enfermos son más emocionables, tendentes a la fantasía y que inhiben la ira o la agresividad

Cansancio y dolor que testimonian las pacientes a través de la expresión "estoy desesperada", vivencia de pesadumbre y desesperanza que se ancla más en el plano del dolor y cansancio que en el psiquico.
Trastornos cognitivos: Hipoprosexia, hipomnesia, disminución de la concentración, ideas iterativas de sus quejas. Síntomas que pueden originarse por estar centradas en el dolor, o por las medicaciones a que se someten.
Tendencia a ideas erróneas sobre su dolor, su persona, su vida, dando lugar a esquemas cognitivos o ideacionales férreos y repetitivos, que influyen negativamente en el dolor y en su conducta. Ideaciones catastróficas y desesperanzadas, que modifican el afrontamiento cotidiano. Todo va a favorecer la cronicidad del cuadro.
Alteraciones somáticas: Abdominales (pesadez, meteorismo, estreñimiento), genitourinarias (poliuria, hipolibidinismo), parestesias, vértigos.
Otros síntomas psíquicos: Algunos autores quieren relacionar la FM con trastornos de somatización, al encontrar dificultad en la introspección y alexitimia (de a: no; lexis: palabra; y timia: sentimientos. Dificultad para verbalizar su vida afectiva). Mi experiencia es que en la gran mayoría de los pacientes no he encontrado estas características. Si hemos detectado que son mas emocionables, tendentes a la fantasía, que inhiben la ira o la agresividad tolerando el dominio lo cual conlleva estados de tensión emocional alto; son hiperactivas a la critica, baja autoestima.
Algunos estudios encuentran: dependencia, apatía, pasividad, evitación, narcisismo.

CLASIFICACION VIRTUAL

La FM puede presentarse sola, en comorbilidad con enfermedades orgánicas o psíquicas, de ahí que podamos clasificarla en tres tipos:
FM pura
FM en comorbilidad con trastornos orgánicos.
FM en comorbilidad con trastornos psíquicos. Recordemos que en un 31% de la población con FM hay antecedentes de depresión, que con



la aparición del cuadro fibromialgico se magnifica y modula su clínica en una simbiosis morbosa.

Este ultimo grupo el predominio es de los trastornos del espectro afectivo (trastornos depresivo y ansioso-depresivo) y ansiedad, con todo su cortejo sintomatologico.

Y es que, entre los ***hallazgos psicopatológicos,*** se registran rasgos de dependencia afectiva, depresividad, apatía, pasividad, evitación, narcisismo. Siendo personas emocionables, tendentes a la fantasía, inhibidoras de la ira y la agresividad, tolerancia al dominio, hiperactivas a las criticas y rechazo.

Casi todos los estudios coinciden en que un 31% de la población con FM tiene antecedentes de depresión.

TRATAMIENTO

Dos vertientes complementarias, que pueden caminar juntas o independientes:

Psicofarmacológica.

1) Antidepresivos, y para su comprensión los dividiremos en:

1a) Inhibidores no selectivos de recaptación de aminas (NA –noradrenalina-, ST-serotonina-, DA-dopamina-). Amitriptilina, trazodona, nortriptilina.

Según todos lo estudios se alcanza una mejoría de alrededor del 60%, con la posibilidad de su eficacia terapéutica en el pasar del tiempo. En su aplicación hay que tener en cuenta la idiosincrasia de cada paciente, pudiendo no ser eficiente un compuesto solo y precisar de un coadyuvante, o dosis mas altas, etc. De ellos la amitriptilina tiene una eficacia sobre el dolor a nivel central, elevando el umbral álgido, con lo que la intensidad dolorosa tendría que ser mayor.

1b) Inhibidores selectivos de la recaptación de ST. Fluoxetina, paroxetina, venlefaxina.

2) Benzodiacepinas. Alprazolam, con beneficio terapéutico a dosis baja de entre 0,5-2 mg/día en toma nocturna, tambien con adaptación a cada enfermo. Diacepam y clozacepam.

3) Neuromoduladores. Fármacos utilizados en neurología como antiepilépticos, psiquiatricamente como reguladores del estado de ánimo o eutimizantes. Actúan sobre los canales del sodio y calcio, sobre la SRF (activación neuronal sostenida y repetida), sobre el acido gabaergico (GABA), en conjunto regulando la excitabilidad neuronal.Pregabalina, gabapentina, topimarato.

Actitud ante la enfermedad

Psicoterapia

Busca canalizar adecuadamente las percepciones, emociones, ideas, cogniciones y necesidades verdaderas, es decir, analizar la cotidianidad de su "ser y estar en el mundo". Con ello se obtiene que la tensión generadora no se instale, evitando un aumento del dolor y la desestabilización psicoemocional que conlleva. Basada en nueve pasos:

1.- Actitud ante la enfermedad.
2.- Como era y como soy: persona, entorno, familia, trabajo, amistad, etc.
3.- Aprender a crear y no a victimizar.
4.- Darse cuenta de la importancia de cuidar de si mismo.
5.- Valorar la angustia y su control, con técnicas si es necesario.
6.- Darse cuenta del manejo de las emociones y su control.
7.- Aprender a expresar las emociones y sentimientos.
8.- Trabajar sobre las cogniciones y sus distorsiones o irracionalizaciones.
9.- Adquisición de habilidades para elevar el umbral de tolerancia a las frustraciones y de asertividad.

"Desde la comprensión a quien fibromialgia padece,
Con dolor que lacera a quien lo sufre,
Con cansancio que congela a quien lo siente,
Y con sufrimiento que entroniza a quien lo adquiere,
Dejadme que en un momento os diga,
Que en el caso de vuestro vivir no deseado,
De dolores y cansancios innumerables,
Soñar con un destino más factible,
Es posible solo con imaginarlo,
Pero debe hablar el corazón y no la razón,
Pues no existe sin razón en lo que es noble,
Ni mentira en la verdad de la utopía,
Dejad que el tiempo escriba vuestra vida,
Pues sabrá comprender cada momento,
Para poder alcanzar el firmamento,
.....aunque solo un instante sea".

Jesús Gómez-Trigo, Carnoedo-Sada verano del 2010.

José Fernando
Lousada Arochena

Las sentencias más usuales en casos de fribomialgia se refieren a invalidez total o absoluta

La fibromialgia no es una desconocida en la práctica diaria de los jueces, en especial los de lo Social, y, en un análisis cuantitativo, ello se comprueba fácilmente acudiendo a la base de datos del Centro de Estudios Judiciales, donde aparecen, en los años 2008 y 2009, casi 3000 referencias en cada uno. También se observa que, mientras hace no muchos años la fibromialgia apenas aparecía en sentencias, ahora sí aparece, y que esa aparición es muy intensa en Cataluña –que triplica a Galicia, la segunda en la lista-, siendo acaso un factor explicativo la existencia de asociaciones de enfermos/as que fomentan la sensibilidad y el estudio de la enfermedad.

FIBROMIALGIA E INCAPACIDAD PERMANENTE

Donde más usualmente aparece la fibromialgia en la práctica judicial social es en el juicio de invalidez. Y ahí se manifiesta el problema de su valoración, que a veces ha llevado a hablar de una insensibilidad judicial. Es verdad que, tradicionalmente, el dolor se rechazaba, por subjetivo, como criterio de valoración de la invalidez. Pero esas ideas están superadas desde una lectura constitucional que impide, por contrario a la

dignidad de la persona, obligarla a trabajar con dolor. Hoy día, ese problema no obedece –como norma general y salvadas excepciones- a una supuesta insensibilidad judicial, sino más bien a las dificultades varias para el diagnóstico médico.

Y es que, para la declaración de invalidez, se exige, según el artículo 136 de la Ley General de la Seguridad Social, que las dolencias sean *"susceptibles de determinación objetiva"*, lo que obliga, tanto para acreditar la existencia de una incapacidad permanente como para calificar el grado de incapacidad permanente, a una objetividad no siempre fácil de concretar en una enfermedad cuyo diagnóstico es exclusivamente clínico, como es la fibromialgia. Pero es importante recalcar que lo exigido legalmente es la susceptibilidad de determinación objetiva, no que esa susceptibilidad no se pueda acreditar con diagnóstico solamente clínico.

Con la finalidad de solventar las dificultades de valoración objetiva de la entidad invalidante de la fibromialgia, en las sentencias emanadas de los jueces sociales han aflorado, en ocasiones, diversos criterios generales para esa valoración objetiva, y, sin ánimo exhaustivo, se pueden apuntar:

a) La intensidad y periodicidad de los brotes de dolor, acreditadas a través del diagnóstico clínico y el historial médico, de modo que, si la intensidad es importante, y su periodicidad frecuente –lo que se acredita a través de bajas médicas-, la fibromialgia se tiende a considerar invalidante.

b) La resistencia al tratamiento médico paliativo, que se suele corroborar mediante informes médicos emitidos por las unidades del dolor, es un criterio objetivo que, en conjunción con los demás criterios, permite considerar la fibromialgia invalidante según el estado actual de la medicina.

c) La existencia de puntos gatillo, aunque el número mínimo para el diagnóstico médico –11- no determina siempre la existencia de invalidez. Cuando se llega al número máximo –18- sí hay una tendencia a considerar la incapacidad permanente como absoluta para toda profesión u oficio.

d) Las dolencias asociadas, como cefalea crónica, colon irritable o depresión, ratifican el diagnóstico de fibromialgia, y a veces por sí mismas determinan la existencia de la incapacidad –por ejemplo, la depresión mayor cronificada se suele considerar incapacidad permanente absoluta-.

Atendiendo a estos criterios, se debe decidir, en cada concreto caso judicial, si la fibromialgia es invalidante, y, de serlo, cuál es el grado a que se hace acreedora según el artículo 137 de la Ley General de la Seguridad Social, a saber parcial o total para la profesión habitual, absoluta para toda profesión u oficio, o gran invalidez. Lo más usual, a la vista de las características de la fibromialgia, es la total para la profesión habitual o la absoluta para toda profesión u oficio. Mientras la gran invalidez –que se define por la necesidad de la asistencia de tercera persona para los actos más esenciales de la vida- resulta ser un grado generalmente descartable.

FIBROMIALGIA Y VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

El Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, sobre procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, sujeta la valoración de la discapacidad a criterios técnicos unificados recogidos en sus Anexos, y en el denominado Anexo I.A se establecen "las pautas para la determinación de la discapacidad originada por deficiencias permanentes de los distintos órganos, aparatos o sistemas", o sea, se establecen, a través de reglas generales y de tablas de valoración aplicables a cada caso individual, el porcentaje de discapacidad consecuente a cada enfermedad padecida por la persona de que se trate.

Aquí es donde surge el problema en relación con la fibromialgia. Y es que, a pesar de la supuesta exhaustividad del Anexo I.A de dicho Real Decreto –en el sentido de recoger todas las enfermedades invalidantes-, la fibromialgia no aparece expresamente recogida como una dolencia de la cual se derive ninguna concreta discapacidad, a pesar de que, a la vista de la fecha del Real Decreto, la fibromialgia ya era entonces reconocida por la OMS, y a pesar de que, como se reconoce en la introducción a ese Anexo I.A, se ha seguido, para su elaboración, el modelo de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS.

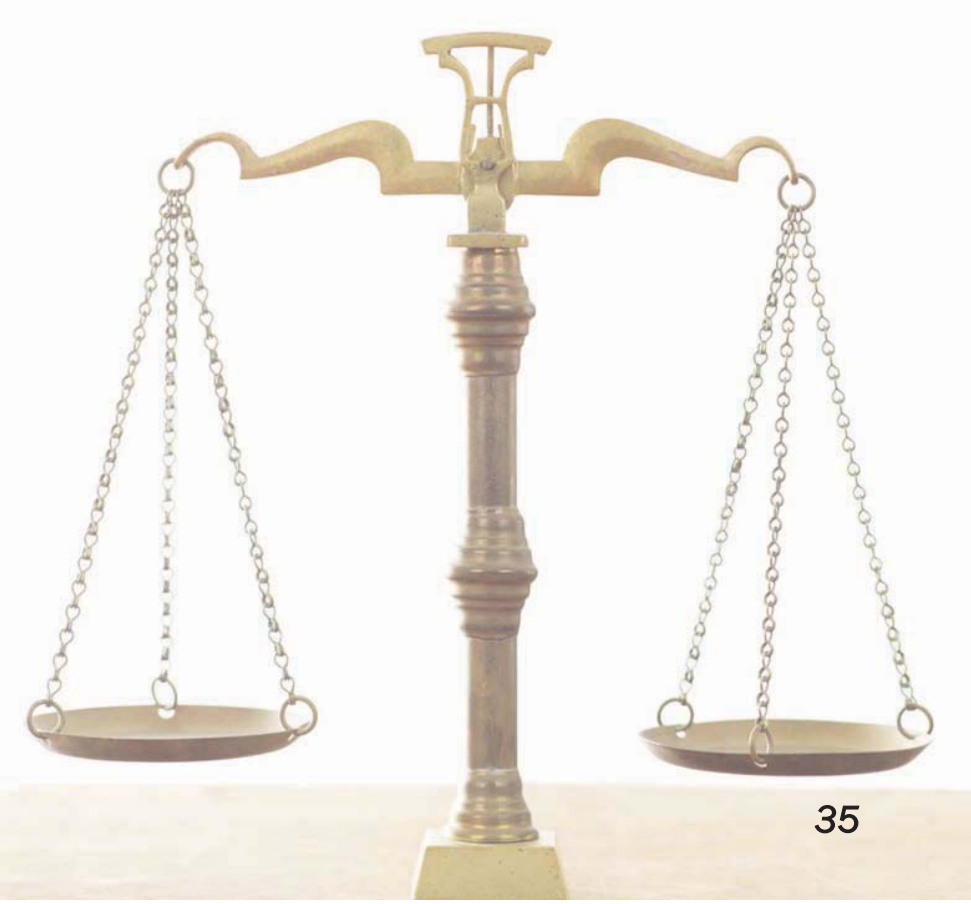
Frente a esta laguna, se ha planteado, como solución correctora, utilizar las reglas generales y las tablas de valoración atendiendo a la sintomatología de la fibromialgia, y, en particular, las relativas a dolor o déficit sensorial. Tal circunstancia, en su aplicación a los casos individuales, supone tendencialmente la infravaloración de la fibromialgia. En primer lugar, porque la ausencia de contemplación específica impide valorar adecuadamente su entidad discapacitante. Y, en segundo lugar, porque ese vacío de valoración no se cubre totalmente con reglas generales o con tablas de valoración pensadas para otras enfermedades diferentes.

CONTRATO DE TRABAJO

Un aspecto legal hasta ahora desconocido en las sentencias judiciales –s.e.u.o.-, es el tratamiento de la fibromialgia en relación con el contrato de trabajo. Pero no cabe duda alguna de que la fibromialgia interfiere, en cuanto es una enfermedad invalidante o discapacitante, en la vida de la relación laboral. Y, aunque en principio esa interferencia no difiere respecto a otras enfermedades, en la fibromialgia concurre una circunstancia especial, que es la mayor afectación del sexo femenino, determinante de la aplicación de las normas de tutela antidiscriminatoria en la medida en que se podría ver afectado el principio de igualdad de sexos.

Siendo la incapacidad temporal la forma más común de interferencia entre una enfermedad y la relación laboral, es idónea para ejemplificar como las normas de tutela antidiscriminatoria inciden en los casos de fibromialgia. Es sabido que, durante la incapacidad temporal, el despido del/a trabajador/a no supone una discriminación por discapacidad. Ahora bien, al ser la fibromialgia una enfermedad feminizada, el despido de una trabajadora podría ser considerado discriminatorio por razón de sexo, en especial si existen indicios de que es una práctica de la empresa despedir a los/as trabajadores/as en cuanto se les ha diagnosticado dicha enfermedad.

También la feminización de la enfermedad puede ser trascendente para la exigencia de adaptación del puesto de trabajo a la persona trabajadora, ya que, siendo esa una exigencia general –artículos 15.1.d) y 25 de la Ley de Prevención de Riesgos



Laborales-, aparece reforzada desde la óptica de género como medida de acción positiva –artículo 11 de la Ley Orgánica de Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres-. Sobre estas bases normativas, se ha planteado la conveniencia de regular el derecho del/a trabajador/a a la reducción de la jornada de trabajo en los supuestos de fibromialgia cuando el dolor no impide hacer jornadas parciales de trabajo.

Por ello, es muy cuestionable el limitar de manera absoluta el acceso al empleo o una promoción profesional de las personas con fibromialgia, cuando lo más correcto sería contratarlas o promocionarlas, adaptando el puesto de trabajo a la persona. Una exclusión de empleo solo se justificaría si fuese estrictamente necesaria en función de las labores a desarrollar y siempre en atención a las peculiaridades de una persona individual. Resulta así muy llamativa la exclusión que, de las personas con fibromialgia, se realiza en Decreto Foral 718/2003, de 29 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Personal de los Cuerpos de Policía de Navarra.

POLÍTICAS DE SALUD

Otro aspecto legal de la fibromialgia es en relación con las políticas de salud, y aquí de nuevo la óptica de género cobra protagonismo. Al respecto, el artículo 27 de la Ley Orgánica de Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres, regula la integración de la igualdad en la política de salud. Se trata de una cuestión trascendente porque la ciencia médica está construida sobre modelos masculinos y su aplicación a las mujeres resulta a veces problemática. Un ejemplo conocido es el protocolo del infarto que, pensado para hombres, determina que, en ocasiones, su aplicación a las mujeres conduzca a un diagnóstico tardío del infarto, con sus fatales consecuencias.

Quizás sea ello la causa del tardío reconocimiento de la fibromialgia como enfermedad, y sus dificultades de diagnóstico. Al presentar escasa incidencia masculina, se ha ignorado durante años, achacando sus síntomas a una supuesta holgazanería de las mujeres. Es necesario compensar esa desigualdad. Y, en ese contexto, son buenas normas como el artículo 41 de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, de Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía, donde se establece que “se impulsarán las medidas necesarias para la prevención y tratamiento de enfermedades que afecten especialmente a mujeres, como la anorexia, la bulimia o la fibromialgia”.

CONCLUSIONES.

La fibromialgia no se encuentra bien tratada en nuestro ordenamiento jurídico. En relación con la incapacidad permanente, la aplicación judicial se encuentra lastrada por las dificultades médicas de diagnóstico objetivo. En relación con la valoración de discapacidad, ni siquiera se contempla, siendo necesario un cambio legal. En relación con el contrato de trabajo, no hay compromisos de los agentes sociales tendentes a facilitar el derecho al trabajo de las personas con fibromialgia. Y en relación con las políticas de salud, existen declaraciones bienintencionadas, pero aún no se ha invertido suficiente para un avance decisivo en el tratamiento de la enfermedad.

Resulta necesario que se produzcan avances en todos esos aspectos –incapacidad permanente, valoración de discapacidad, contrato de trabajo, políticas de salud-, lo que obliga a la intervención de los poderes públicos en ámbitos varios –y, en particular, potenciando las políticas de salud porque de la mejora de la ciencia médica dependen los demás avances-, aunque a toda la ciudadanía le corresponde superar los prejuicios existentes en relación con la fibromialgia, que son, en una gran medida, prejuicios de género que perjudican a las personas con fibromialgia, sean mujeres o sean hombres, que están integrados en un colectivo mayoritariamente femenino.

José Fernando Lousada Arochena es Magistrado especialista de Orden Social del Tribunal Superior de Justicia de Galicia.

Con el ministerio de salud y asuntos sociales, preparan una gran campaña dirigida a los médicos generalistas

La naturaleza de la Fibromialgia que esta caracterizada por dolor crónico, sigue estando en su mayor parte no reconocida en Bélgica. El curso sobre enfermedades crónicas que se les ofrece a nuestros futuros médicos es opcional, aunque los pacientes con dolor crónico representen el 10% de la población.

Esto demuestra lo importante que es cambiar este acercamiento.

El cuidado del muy común dolor crónico requiere una visión diferente de la medicina, lo que lleva a gran escepticismo entre los médicos que piensan que si hay dolor hay una lesión.

La fibromialgia, también llamada la incapacidad invisible, es difícil de detectar como todos sabemos. Necesita mucho tiempo y escuchar al paciente activamente antes de que un diagnóstico pueda ser ofrecido. Estamos pasando un momento en el que el tiempo es dinero y el factor humano viene después de la ganancia económica. No es esa una razón suficiente para reescribir los fundamentos esenciales de la raza humana?

FOCUS, Fibromyalgie Belgique (Bélgica) ha trabajado durante 12 años para reducir los múltiples problemas a los que se enfrentan los pacientes. Estas acciones combinan la información con la defensa de sus derechos. Demasiados pacientes son despedidos del sistema social porque su incapacidad no es adecuadamente evaluada y reconocida.

Es también importante la información a los empleadores para que los pacientes tengan acceso a ayuda para mantener sus actividades profesionales.

Como todos sabemos, alternar el trabajo con el descanso es un elemento esencial de la vida de un paciente, pero para poder hacerlo, es necesario que la familia, la sociedad y profesionales sean conscientes de lo que es vivir con fibromialgia.

Por esta razón, FOCUS FM ha editado una guía (Fibromyalgie: un guide pour tous o Fibromialgia una guía para todos) que le da la oportunidad a todo el mundo, médicos y otros a entender lo que siente el paciente. Por eso es que toda la información es importante, para poder tener un dialogo efectivo, es necesario dar la información correcta antes.

Otro libro "'Quand mots et maux rencontrent l'invisible' o "Cuando las Palabras y el Dolor se unen a lo Invisible" ayuda al lector a entender el progreso del paciente desde los primeros síntomas, algunas veces llevándolo a un error de diagnóstico, a través de todas las fases de adaptación para tener por lo menos teóricamente, lo que generalmente se llama "la aceptación de la condición".

Aunque el reconocimiento de la enfermedad por los médicos parezca que mejora, el tiempo que pasa antes de un diagnostico es todavía muy largo. Aun así, todos sabemos lo importante que es saber de lo que estamos padeciendo para preparar las estrategias que hacen posible que mejore la calidad de vida.

El cuidado del paciente de fibromialgia debe ser multidisciplinario. En Bélgica, no hay suficientes centros que ofrezcan un acercamiento bio-psico-social y aquellos que trabajan de esa manera son hundidos por la presión del número de pacientes de fibromialgia.

En colaboración con nuestros colegas belgas flamencos y el Ministerio de Salud Pública y Asuntos Sociales, estamos preparando una gran campaña dirigida a los médicos generales de primera línea. Este levantamiento de conciencia surgido entre médicos de familia sin duda llevará a un cambio en el cuidado del paciente. Pero es importante acordares que el paciente es el actor principal de su salud, aunque deben estar activamente involucrados en ello.

La tarea de informar incluye la organización de charlas con las profesiones médicas y paramédicas y sesiones de entrenamiento para gente involucrada en el cuidado a domicilio.

FOCUS Fibromyalgie Belgique asbl - 7 rue des Orphelins - B 7000 Mons - www.focusfibromyalgie.be

Pam Stewart

La fibromialgia está reconocida por el Servicio de Salud del Reino Unido

La Fibromialgia esta reconocida por el gobierno y el Servicio Nacional de Salud (NHS) en el Reino Unido. De todos modos la falta de conocimiento entre los oficiales y profesionales de la salud hace que recibir el apoyo apropiado, el diagnostico y tratamiento sean a menudo difíciles.

Hay algunos departamentos de los hospitales del NHS que entienden lo que necesitan los pacientes de fibromialgia, pero la mayoría no tienen un acercamiento de grupo para el tratamiento.

Mucha gente todavía pasa varios años yendo a médicos para ser diagnosticados de fibromialgia.

Para aquellos que tienen seguros privados o suficiente economía, hay la posibilidad de recibir servicios médicos privados, pero esto no es ni mucho menos lo más común.

El Departamento de Trabajo y Pensiones reconoce la fibromialgia, pero todavía es muy difícil que la gente reciba beneficios. Muchos tienen que apelar la primera decisión lo cual causa estrés adicional y empeora los síntomas.

Aunque los medicamentos que están aprobados en otros lugares para la fibromialgia no has sido aprobados en Europa, a algunos pacientes se les recetan en el Reino Unido (generalmente a través de clínicas del dolor) como método para tratar dolor crónico. Otros médicos deciden no hacerlo puesto que no están aprobadas.

LEXUS

PAPÁ, ¿POR QUÉ EL CIELO ES AZUL?

El progreso siempre comienza con una pregunta. La nuestra, ¿cómo mejorar las prestaciones mejorando al mismo tiempo el medioambiente?

Así nace el crossover híbrido más eficiente del mercado, el nuevo Lexus RX 450h. La combinación perfecta donde todo suma: diseño, potencia, silencio y compromiso con la naturaleza.

Gracias a la tecnología LEXUS HYBRID DRIVE, reducimos las emisiones a 148 g/km y el consumo a 6,3 l/100 km. Todos ganamos.

BIENVENIDO A UN MUNDO MEJOR

299 CV

6,3 l/100 km

CENTRO AUTORIZADO LEXUS:
BREOGAN AUTOLUX
Avenida de Finisterre, 331
15008 La Coruña
Tel. 981 160 444

REPARADOR AUTORIZADO LEXUS:
BREOGAN AUTOLUX
Carretera de Camposancos, 141 - Nave 3
36123 Vigo
Tel. 986 203 320

REPARADOR AUTORIZADO LEXUS:
BREOGAN AUTOLUX
Carretera de la Coruña, 36 - 38
27003 Lugo
Tel. 982 264 246

LEXUS HYBRID DRIVE

5 años de garantía
www.mundolexus.com/lacoruna

NUEVO LEXUS RX 450h
FULL HYBRID

Lexus RX 450h. Emisiones CO_2 148 g/km. Consumo mixto 6,3 l/100 km.

"En Holanda trabajamos para buscar empleos adecuados a la condición del enfermo"

Joop van Griensven

La asociación Holandesa de fibromialgia se fundó en 1986 cuando algunas señoras en el norte de Holanda pensaron que se hacía muy poco por los pacientes con fibromialgia. Esta iniciativa se transformó en una asociación nacional que tiene en este momento 10.500 miembros. En la asociación hay 21 mujeres administrándola y con sueldo. Hay también casi 150 voluntarios que manejan la asociación, la mayoría pacientes. El presupuesto de la asociación es de casi 450.000 euros.

En los veinticuatro años que la F.E.S esta activa se han alcanzado muchas cosas. La posición de la F.E.S. en el sistema de salud Holandés es mas aceptado por profesionales, políticos y compañías de seguros médicos. La F.E.S se hace más y mas activa con investigaciones científicas y se les pregunta su opinión sobre propuestas de investigación. En el pasado, la F.E.S desarrolló, junto con algunas universidades, un sistema multidisciplinario para pacientes de fibromialgia. El F.E.S también estuvo involucrado con la introducción de un programa especial para pacientes de fibromialgia que acababan de ser diagnosticados. Un programa que ha estado funcionando con éxito por casi 15 años.

La FES también está involucrada con un programa para pacientes que necesitan algo más de apoyo que el primer curso, pero no lo suficiente para seguir el programa multidisciplinario entero. Esto también se ve muy prometedor y se está extendiendo por todo el país.

En el área de reintegración la F.E.S esta involucrada en un programa de reintegración especial que ayuda a gente con fibromialgia a mantener sus empleos o encontrar empleo. Los resultados son buenos. Este programa esta encaminado e implementado a través de Holanda.

Juntos con la Universidad de Utrech, la F.E.S ha empezado un programa de investigación sobre lo que es "un empleo adecuado". Esta investigación se hace porque a más y mas gente con fibromialgia se le sigue esperando que sigan trabajando en sus presentes empleos o encontrar empleos adecuados a su condición. Los resultados de esta investigación es que trabajar puede ser positivo tanto como negativo. Investigación en otros países ha demostrado lo mismo.

Esta investigación indica que 10 temas caracterizados de fibromialgia y 7 en situaciones limitadas. Estos factores deberías involucrarse en los programas de integración como se ha hecho en el programa que fue hecho con la ayuda de F.E.S.

Para abogar la F.E.S ha hecho un folleto junto con un especialista en seguridad social. Un folleto que ayuda a pacientes a tener la ayuda que necesitan para ser capaces de participar en sus entornos sociales. Varias ciudades han aceptado este folleto como las bases para revisar las solicitudes. El primer paciente ganó la apelación en contra de una decisión negativa en la corte con la ayudad del folleto. Así que también es un gran paso adelante.

Aunque la fibromialgia es más y más una diagnósis aceptable todavía está en sus primeros pasos y hay mucho trabajo por delante. Este será el próximo reto para la F.E.S hacer que más políticos y los que hacen las leyes, se interesen por la fibromialgia.

Nationale Vereniging voor Fibromyalgie-Patienten "Eendrachtig Sterk", F.E.S.

Joop van Griensven

La asociación coruñesa formó parte del equipo de trabajo que presentó la declaración en Bruselas

El parlamento europeo aprobó el reconocimiento de la fibromialgia como una enfermedad

ACOFIFA surge por la necesidad de agrupar a un colectivo que se encuentra inmerso en un vacío socio sanitario, por una parte; ya sea por desconocimiento de la etiología de la fibromialgia, por incertidumbre sobre su tratamiento, por las consecuencias futuras de los afectados, así como por otra parte de un desconocimiento social de la enfermedad en sí.

Nuestra labor consiste en sensibilizar e informar, en el ámbito de la opinión pública, la Sanidad, la Justicia, las Administraciones y la Sociedad en general, sobre la fibromialgia, la fatiga crónica y sus consecuencias.

Informar, asesorar u orientar sobre la fibromialgia y la fatiga crónica a los enfermos y sus familiares.

Fomentar el diálogo entre afectados como forma de combatir la incomprensión generada por la dificultad de diagnóstico y tratamiento.

Facilitar la autodefensa en el enfermo ante situaciones de vulneración de sus derechos y colaborar con él para que aprenda a vivir con su dolencia.

Estimular y promover la investigación científica de la fibromialgia y la fatiga crónica.

Impulsar el estudio jurídico de los efectos socio-laborales de la fibromialgia y la fatiga crónica
Nuestro ámbito de actuación es provincial y en la actualidad cuenta con cerca de 400 socias/os.

Red Europea de Asociaciones de fibromialgia

ACOFIFA está integrada en la Federación Gallega de Asociaciones de Fm y Sfc, FEGAFIFA, y a su vez es la representante gallega en la Confederación Nacional de Asociaciones de fm y sfc, CONFIFAC. Es la única representante española en la Red Europea de Asociaciones de Fm y Sfc, ENFA, con sede en Bruselas, entidad en la que forma parte del comité como vocal de política europea, también participamos en la elaboración de la Declaración escrita presentada por la ENFA en el 2008 en el Parlamento Europeo.
La Red Europea de Asociaciones de Fibromialgia (ENFA) es una organización internacional sin ánimo de lucro, registrada en Bruselas. Nuestros miembros representan en este momento a 11 países: Francia, Alemania, Reino Unido, Países Bajos, Bélgica, España, Portugal, Italia, Dinamarca, Suecia e Israel. Actualmente está siendo estudiada la incorporación de cuatro nuevos miembros: Eslovenia, Malta, Grecia e Irlanda.
Nuestros objetivos como organización que representa a 14 millones de europeos que padecen de fibromialgia son: la sensibilización a nivel europeo, reclamar rapidez en el diagnóstico, un mejor acceso a la información, la sensibilización y la comprensión, mayor prioridad de atención a la fibromialgia por la clase política y de la administración.
ENFA es una red de asociaciones y grupos de apoyo de pacientes que trabajan de forma cercana con la asociación nacional en el país relevante.
En mayo del 2008 y organizado por ENFA, se celebró el primer día europeo de concienciación de la fibromialgia y a raíz de esto surgió hacer una declaración escrita para que la Unión Europea reconociese la fibromialgia como una enfermedad, declaración que ahora sale adelante ya que firmaron 418 diputados, la mayoría de los 785 que componen la Cámara Comunitaria. Este reconocimiento ya fue refrendado por la Organización Mundial de la Salud en 1.992 y actualmente la declaración escrita se encuentra en la comisión. ACOFIFA ha sido la encargada en España de recoger las firmas de los eurodiputados españoles.
También asistimos al Congreso de la Liga Europea de Reumatología (EULAR), donde se expusieron los últimos avances en la investigación sobre la fibromialgia.

Representantes de los 11 países que forman la ENFA después de la reunión en la que se incorporó ACOFIFA

Día europeo de concienciación sobre fibromialgia

ACOFIFA como única representante de España en la Red Europea de Asociaciones de Fibromialgia, ENFA, ha sido la encargada de organizar este día en España.
Para ello primeramente se llevaron a cabo varias reuniones entre los países que forman parte de la ENFA, en total 11 países europeos, bien presenciales o bien a través de videoconferencias. En dichas reuniones se acordó realizar una concentración el 7 de Marzo en la capital de cada país representado en la ENFA.
El lema de esta concentración fue "ATRAPADOS POR EL DOLOR".

Desde ACOFIFA hubo que hacer un gran trabajo de concienciación, a través de los foros de afectados por esta enfermedad y de los medios de comunicación, tanto de prensa escrita, como de radio o televisión y tanto a nivel autonómico como nacional, los cuales respondieron de forma muy positiva. Todo este trabajo fue coordinado y dirigido en España desde ACOFIFA.

En la concentración de Madrid participaron asociaciones de toda España

Alrededor de 2.000 personas se manifestaron en La Plaza Mayor de Madrid.

Día Internacional de la Fibromialgia

ACOFIFA celebró el 12 de mayo, día mundial de la fibromialgia, instalando una carpa en la Plaza de Lugo, donde se dio lectura al VI Manifiesto de la Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica.
Se proyectó por primera vez el video producido por ACOFIFA "ATRAPADOS POR EL DOLOR" y también se hizo una exposición fotográfica con la que se pretende concienciar a la población en general de como nos sentimos las personas que padecemos fibromialgia.
Durante todo el día se repartió información sobre la enfermedad y sobre el trabajo que viene realizando la asociación. La inauguración de este acto corrió a cargo de Diego Calvo, Delegado provincial de la Xunta de Galicia.

Soledad Morales, presdenta de ACOFIFA, atendiendo a los medios de comunicación

Programa solidarízate

La Asociación Coruñesa de Fm y Sfc, ACOFIFA, participó en la exposición SOLIDARIZATE organizada por la Obra Social Caixa Galicia. Para ello ACOFIFA realizó el día 23 de Julio, en los Cantones Méndez Núñez a las 5 y media y de manera gratuita una demostración de MARCHA NORDICA. También durante esta jornada participamos con una exposición fotográfica con el lema "ATRAPADOS POR EL DOLOR"
La marcha nórdica consiste en caminar con bastones especialmente diseñados para esta actividad, aplicando una técnica determinada. El programa incluye: un precalentamiento, marcha y una secuencia de relajación con una serie de estiramientos, siempre supervisados por un profesional.
El Nordic Walking presenta enormes ventajas comparado con otras actividades deportivas ya que se mueven aproximadamente 600 músculos.

Taller de memoria

La falta de concentración y de memoria es uno de los problemas con que tenemos que lidiar la/os enferma/os de fibromialgia y que nos trae graves consecuencias tanto a nivel personal, como familiar como laboral. Cuando se desarrolle se pueden crear condiciones excelentes para aumentar y mejorar la capacidad de aprendizaje, la atención, la imaginación visual, la memoria, la capacidad de procesar información al mismo tiempo que se enriquecerá nuestra vida social.
En este taller se pretende trabajar varias áreas como son: orientación, atención, percepción, concentración, memoria, lenguaje e razonamiento. La metodología de este taller es la siguiente:
El programa cuenta con una serie de ejercicios enfocados a las distintas fases de la memoria: registro, retención y recuerdo. "Los hay de atención focalizada y dividida, de percepción, de visualización y de asociación" que se puede realizar en grupo, en parejas o de manera individual.

Reuniones con las afectadas

Estas reuniones se realizaron una vez por semana. El tipo de usuaria principal de nuestra asociación es mujer afectada que busca información sobre la enfermedad y se encuentra preocupada por como va a afectar a su vida tanto laboral, familiar como social, pero sobre todo si va a ser capaz de hacer las misma cosas que hacía antes de enfermar: trabajar, atender a la familia, tareas domésticas, salir con la familia o con los amigos, etc.
Otra de las cosas que vienen buscando a la asociación es comprensión y conocer otros casos de gente que padece fibromialgia y fatiga crónica.
La mayoría de las consultas se producen en nuestro local, aunque también existe un mínimo de consultas a través del teléfono.
Las personas que vienen a la asociación conocen su existencia a través de folletos informativos que repartimos, medios de comunicación, otras personas, pero sobre todo a través de las campañas informativas que desde ACOFIFA llevamos a cabo: conferencias, jornadas , etc.

Jornadas de Puertas Abiertas ACOFIFA

Desde hace seis años la asociación realiza diversas jornadas de puertas abiertas, con el fin de que afectados y familiares, puedan tener información de primera mano sobre los avances en investigación, temas sociales y laborales, así como asuntos jurídicos que se plantean con esta enfermedad. En las últimas organizadas por ACOFIFA participaron. Jorge Suances Hernández, Jefe Territorial de Sanidad de la Consejería de Sanidad de A Coruña, quien nos trasladó el compromiso por parte de la Consejera de Sanidad, Pilar Farjas, a editar una nueva guía de Atención a la Fibromialgia, en la que participaremos la/os enferma/os de Fibromialgia, Javier Albares, Neurofisiólogo de la Clínica del Sueño del Instituto Dexeus y miembro del equipo del Dr. Estivill nos habló en su ponencia de los trastornos del sueño en la/os enferma/os de Fm, siendo el insomnio el trastornos más frecuente. En su ponencia hizo referencia a las investigaciones científicas en este campo, así como a la higiene del sueño y a las consecuencias que estos trastornos producen en la vida de la/os enfermos de fibromialgia.

Ya para terminar las ponencias de lo que nosotros denominamos "ENFOQUE MEDICO" Jesús Gómez-Trigo Ochoa, Médico Psiquiatra. Presidente de Honor de la Asociación Gallega de Psiquiatría hizo una exposición detallada del perfil del enfermo de Fm y de las conclusiones a las que ha llegado después de 8 años de estudio sobre este tema.

También tuvimos oportunidad de escuchar a Fernando Lousada Arochena, Magistrado de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Galicia que nos habló de las incapacidades por Fm tanto a nivel nacional como a nivel autonómico, comparando unas con otras. Nos informó de como la justicia valora si una persona con Fm está incapacitada o no para realizar su trabajo o cualquier otro y de que aspectos son tenidos en cuenta, tanto para obtener una incapacidad como para la obtención de un grado de minusvalía y que el juez se limita a valorar los informes médicos aportados por el enfermo y por el equipo de valoración de incapacidades (EVI). En su intervención y en el coloquio posterior, explicó los diferentes tipos de incapacidades y la diferencia entre ellas. Según su punto de vista una persona que padezca fibromialgia en un alto grado de afectación es imposible que pueda trabajar, debido a los múltiples síntomas de esta enfermedad.

La última ponencia fue realmente novedosa ya que Adriana Avila, Profesora de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de La Coruña y Octavio Villazala, Especialista en Terapia asistida con animales de compañía, informaron de las terapias que se están realizando con enfermos y con animales de compañía, concretamente con perros. Nos hablaron de las cualidades que debe de poseer este animal para poder entrenarlo para estas terapias y también hicieron referencia a que en algunos países estas terapias están implantadas en los hospitales, en centros de enfermos de Alzheimer y en asociaciones de enfermos. Nos hicieron una pequeña demostración en vivo de lo que estos perros son capaces de hacer.

Nombre de la Entidad	*Asociación Coruñesa de Fm y Sfc*	*Código Postal*	*15.001*
C.I.F	*G15787278*	*Teléfono*	*981 20 68 99 – 626 988 363*
Fecha de constitución	*2001*	*Correo electrónico*	*acofib@hotmail.com*
Nº Registro Entidades	*5542/1º*	*Representante Legal*	*Soledad Morales*
Dirección	*C/ Panaderas, 11, bajo - A Coruña*	*Cargo*	*Presidenta*

I Foro Europeo de Fibromialgia

Declarado de interés sanitario por la Delegación Territorial de Salud de A Coruña

Organiza:

Asociación de Fibromialgia
y Fatiga crónica de A Coruña

Ponentes:

* *Dr. Fernández Sola*
* *Dr. Martinez-Lavin*
* *Dr. John Russell*
* *Dr. Francisco J. Blanco*
* *Dr. Estivill*
* *Dña. Monica Rodriguez Bouza*
* *D. Robert H. Boelhouwer*

INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES:

WWW.FIBROFORO.ES

INFO@FIBROFORO.ES

Fundación
Pedro Barrié de La Maza
A Coruña
8,9 y 10 Octubre 2010

La Universidad de A Coruña dará un crédito de libre configuración por la asistencia a este Foro

acofifa
Bipresent.com

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERIA DE CULTURA E TURISMO

DEPUTACION DA CORUÑA

SERVIZO GALEGO de SAÚDE

TURGALICIA

UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Fundación Pedro Barrié de la Maza

ESCOLA GALEGA DE SAÚDE PARA CIDADÁNS

Ponentes

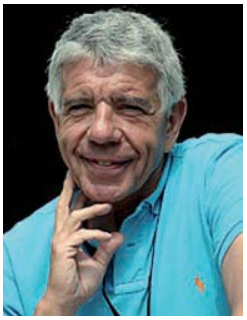
Joaquim Fernández Solá

Doctor en medicina interna. Médico consultor de Medicina Interna del Hospital Clinic de Barcelona. Coordinador de la Unidad de Fatiga Crónica del Hospital Clinic-Servei catalá de salut Profesor Asociado de Medicina de la Universidad de Barcelona. Miembro del grupo de Expertos en Síndrome de Fatiga Crónica y Coordinador del programa de difusión de SFC –FM a médicos de atención primaria de Catalunya. Tiene más de 25 publicaciones en temas de Síndrome de Fatiga Crónica-Fibromialgia. Editor del libro: "Sobrevivir al Cansancio: una aproximación al Síndrome de Fatiga Crónica". Director de las Jornadas anuales de actualización en Síndrome de Fatiga Crónica. Colegio de Médicos de Barcelona. Fundador y miembro del comité científico de la Fundación para la Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica.

Irwin Jon Rusell

Máster en Ciencias y Doctor en bioquímica y nutrición por la Universidad de Nebraska en Lincoln. Realizó su formación y las prácticas de medicina en la Universidad de Loma Linda, dónde recibió el Premio Humanitario de postgrado y es miembro de la sociedad de honor Alpha Omega. Realizó su especialización en medicina interna e investigación en reumatología en la Clínica Mayo, Rochester. Es Profesor Asociado de Medicina titular en "The University of Texas Health Science Center" (Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas) en San Antonio y Director del "University Clinical Researh Center" (Centro de Investigación Clínica de la Universidad).

En 2009 se le concedió el título de "Máster Reumatólogo" por el American Collage of Rheumatology [ACR] (Colegio de Reumatología de EE.UU.)



Eduard Estivill

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Univesidad de Barcelona. Especialista en neurofisiología clínica. Pediatría.

Fue médico consultor del Laboratorio de Sueño y Cronobiología de la Unidad de Toxicomanías, del Servicio de Neuropsicofarmacología, del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona. Actualmente es director de la Clínica del Son Dr. Estivill de USP Institut Universitari Dexeus de Barcelona. Profesor honorario de la Universidad Nacional de Santa Fé de Bogota desde Junio 1993. Director de la Unidad de Alteraciones del Sueño del Hospital General de Catalunya , Sant Cugat del Vallès. Stage en el "CENTRE DE RECHERCHES DE BIOLOGIE DU DEVELOPEMENT FETAL ET NEONATAL" del Hospital de Port-Royal, de PARIS, Francia, en el servicio de Neurofisiología clínica, dirigido por Mme. Dr. C Dreyfus-Brisac et Nicole Monod. Julio y agosto en 1976,

Stage en el "LABORATOIRE D´EXPLORATIONS FUNCTIONNELL DU SYSTEME NERVEUX" del Hospital de Sant Vincent de Paul, de PARIS, Francia, en el Servicio de Neurofisiología Clínica, dirigido por Mme D. A. Leriche-Koechlin.

Manuel Martínez- Lavín

Médico Cirujano. UNAM. Licencia para practicar Medicina en el Estado de Missouri, EE.UU. Nombramiento de Jefe de Residentes. Medicina Intern,. Hospital de la ciudad de St. Louis, EE.UU. Diploma de Médico Internista, Universidad de Saint Louis, EE.UU. Certificado de Médico Internista American Board of Internal Medicine. Licencia para practicar Medicina en el Estado de California, EE.UU. Diploma de Médico Reumatólogo. Scripps Clinic EE.UU. Certificado de Médico Reumatólogo. American Board of Internal Medicine. Certificado de Médico Reumatólogo. Consejo Mexicano de Reumatología. Certificado de Médico Internista. Consejo Mexicano de Medicina Interna.

Francisco J. Blanco

Francisco J. Blanco es licenciado en Medicina y Cirugía General por la Universidad de Santiago de Compostela, especialista en Reumatología y Doctor en Medicina por la Universidad de A Coruña. Reumatólogo y coordinador del Área de investigación del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, Director Científico del Instituto de Investigación Biomédico de A Coruña (INIBIC) y portavoz de la Sociedad Española de Reumatología (SER). Es Presidente del Comité de Investigación y Formación de la OARSI (Sociedad de Investigación en Artrosis). Se trata del primer español que ocupa este puesto. La OARSI es la organización científica internacional para médicos y sanitarios más importante dirigida a la divulgación de la investigación clínica y básica de la artrosis, con el fin de mejorar la prevención y el tratamiento de esta enfermedad crónica.

Mónica Rodríguez Bouza

Diplomada en Enfermería en 1993 y experta en Gestión de Cuidados por la Universidad de Granada. Desarrolló labores de docente e investigadora, participando en diferentes programas formativos relacionados con: la atención al paciente crítico, seguridad del paciente y metodología de cuidados. Como investigadora en diferentes proyectos financiados por el Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo, y por el Plan Andaluz de Investigación del Servicio Andaluz de Salud, así como en proyectos de innovación en cuidados y seguridad del paciente. Actualmente desarrolla su actividad en la Secretaría General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Desde su incorporación al equipo de la Dirección de Estrategia de Cuidados en Andalucía, como Coordinadora de Innovación en Cuidados, su labor se centra en el desarrollo de proyectos orientados a incorporar la práctica enfermera avanzada en diferentes escenarios clínicos de la comunidad Autónoma Andaluza.

Robert de Boelhouwer

Economista por la Universidad de Tilburg y sus especialidades son organización y finanzas. También estudió idiomas Indonesios e Historia en la Universidad de Leiden. Trabajó, durante varios años, para la compañía Americana Internacional. También para el ministerio de Salud como experto financiero y de organización, además de profesor de económicas en una escuela secundaria. El año 2000 fue nombrado presidente de la Asociacion Holandesa de Fibromilagia. Actualmente es presidente de la ENFA (Red Europea de Asociaciones de Fibromialgia), una iniciativa europea en la que se inegran 11 países.

Galicia cuenta con 122 playas que ostentan la bandera azul de la Fundación Europea de Educación Ambiental

Playas del Orzán y Riazor en A Coruña, dos de las más visitadas por los coruñeses.

Un recorrido en azul

A lo largo de 1.500 kilómetros la costa gallega seduce al Cantábrico y al Atlántico, busca la complicidad de sus aguas y juega con ellas formando arenales increíbles. Desde **Ribadeo** hasta **A Guarda** los turistas que visiten Galicia tendrán la oportunidad de disfrutar de las 122 playas que este año cuentan con el distintivo de bandera azul que concede la Fundación Europea de Educación Ambiental, la mayor concentración de este tipo de distintivo de todo el país, además de nueve que gozan de la prestigiosa Q de Calidad Turística otorgada por el Instituto de Calidad Turística de España (ICTE). Y es que nadie puede imaginar esta tierra sin su mar. Un mar con el que mantiene una constante e íntima relación dialéctica, hasta el punto que ese mismo mar, el Cantábrico y el Atlántico son un mismo determinante climático, un espacio productivo, una frontera más o menos peligrosa y siempre un horizonte abierto, un camino, un reto. Y entre medias, Catedrales, las siete olas de A Lanzada, Sargadelos, surf, San Andrés de Teixido, escritores, artistas, pan de pueblo, conservas, percebes, ermitas, Costa da Morte, carreteras imposibles, redeiras, puertos con Cariño, rías y más rías, con orillas que se miran con osadía y que se arrogan el nombre de estos entrantes de mar, marisco, empanada, cruceiros, el Camino del Norte, el de Fisterra y hasta el Camino Inglés, subastas de pescado, pimientos de Padrón, vinos albariños, puertos deportivos, turismo rural, de salud y gastronómico, fiestas populares, sol y lluvia, el Apóstol, paradores, Galicia.

Para acercarse a esta realidad azul y al significado que tiene el mar en Galicia es preciso dibujar un itinerario que viene marcado por la división geográfica que establecen sus rías. Desde las altas, hasta el Golfo Ártabro, desde Costa da Morte hasta las soleadas Rías Baixas.

Playa de las Catedrales, en el municipio lucense de Ribadeo

De Ribadeo a Cedeira

Los dos primeros arenales azules se dan cita en la señorial **Ribadeo**, ***Os Castros*** y la monumental As Catedrais, e inmediatamente después ***Areoura, Peizás, Arealonga, Llas, As Polas, Os Xuncos*** y ***A Rapadoira***, en **Foz**. Las aguas del Cantábrico bañan localidades como **Burela**, y sus playas de ***A Marosa, O Portelo*** y ***Ril***, o la de ***Caosa***, en **Cervo**, ***Esteiro***, en el municipio de **Xove** y ***Abrela***, en **O Vicedo**.

A partir de este punto, donde arranca la provincia de A Coruña es posible disfrutar de las playas de ***Morouzos*** y ***A Concha***, en **Ortigueira**. Aquí la costa se vuelve casi virgen, como lo demuestra la agreste, pero muy hermosa localidad de **Estaca de Bares**. En el punto de salida de la ya provincia de A Coruña surge **Ortigueira.**

Playas de limpia y fina arena en el municipio de Valdoviño

Golfo Ártabro

Los romanos bautizaron con el nombre de Magnus Portus Artabrorum a los tres espacios naturales que conforman las rías de **Ferrol, Ares** y **Betanzos**, y **A Coruña**. Tierras en las que moraron los ártabros en la Galicia prerromana. Se trata de un litoral muy recortado, aunque con pocos precipicios, lleno de playas paradisíacas y con olas moderadas que atraen hasta arenales como el de **Valdoviño** a los amantes del surf, pero también en ***A Frouxeira, Do Río, Pantín, Baleo*** y ***Villarube***.

Desde la AP-9, la vía que vertebra el litoral gallego de norte a sur el viajero se asoma desde un gran puente a la ría de **Betanzos** en donde se asienta el concello de **Miño** y sus tres estandartes: ***Perbes, la playa de Ribeira*** y la de ***Grande***. Entre esta localización y la siguiente que será en **A Coruña**, y sus conocidas ***Orzán*** y ***Riazor***, es obligado hacer una parada en el municipio de **Oleiros** y en su espectacular playa de ***Bastiagueiro*** desde donde se puede hacer una extensión a sus vecinas de ***Mera*** y ***Espiñeiro***.

Arenal de Bastiagueiro en la provincia de A Coruña

Costa da Morte, de Corme al fin del mundo

Leyendas y mitos hacen de esta franja costera un lugar cargado de historia y también de miedos. Localidades como **Corme** o **Laxe, Muxía, Malpica** o **Cee** se abren a arenales muy batidos por el mar como ***Razo, Saíñas*** y ***Pedra do Sa***l, además de ***Balarés***, en el municipio de **Ponteceso**.

Antes de poner fin al itinerario por esta abrupta costa para adentrarse en las rías más al norte de cuantas forman las Rías Baixas, los tres últimos altos en el camino son para **Fisterra, Dumbría** y **Cee** y la posiblidad de zambullirse en las frías aguas de ***Langosteira, Ézaro*** y ***Estorde***.

Playa de Ézaro en A Costa da Morte.

Estampas tan bellas y espectaculares como esta, se suceden en A Costa da Morte.

Castro de Baroña

Arousa

Muros y **Noia, Arousa, Pontevedra** y **Vigo**, cinco localidades para cuatro rías de clima suave y gran tamaño que las convierten en lugares de peregrinación no religiosa, sino turística para gallegos y no gallegos. Desde las playas de ***Aguieira*** y ***Caveiro***, en **Porto do Son** se contempla un hermoso paisaje, aunque lo más singular de este municipio es, sin duda, el **Castro de Baroña**.
Ya en **Ribeira**, capital de la sierra del Barbanza, son parada obligatoria los arenales de ***Coroso*** y ***Vilar***, ***Corna*** y ***Touro, Río Azor*** y ***Ameixida*** con vistas a la ría de Arousa. Justo antes de llegar al puente de **Catoira** que une las dos orillas de esta ría y adentrarse en O Salnés, la noctámbula **Boiro** oferta hasta cinco playas con el distintivo azul: ***Carragueiros, Barraña, Mañóns, A Retorta*** y ***Saltiño***.

Rías Baixas, destino turístico

Doce ayuntamientos de la provincia de Pontevedra ven con orgullo cómo en 51 de sus playas ondea la bandera azul. Las más relevantes se encuentran en el municipio de **O Grove**, donde surge la emblemática playa *A Lanzada*, antes de llegar a la conocida playa de ***Silgar***, en **Sanxenxo**. Cuanto más hacia el sur la temperatura de las aguas experimenta un ligero ascenso, apreciable en ***Xiorto*** y ***Cabeceira***, en **Poio**, ***Portocelo, Aguete*** y ***Mogor***, en **Marín**, y ***Portomaior, Área de Bon*** y ***Lagos,*** en **Bueu**.
El último tramo de este recorrido lo anuncia la majestuosa presencia de las **islas Cíes**, justo a la entrada de la ría de **Vigo**, donde algunos dicen de ***Rodas*** y ***Figueiras*** que están entre las cinco mejores playas del mundo. El último tramo es para ***Playa América***, en **Nigrán**, y para **Baiona** y sus playas de ***A Ribeira, Os Frades, Santa Marta*** y ***A Barbeira***, si bien lo que hace que esta villa sea conocida a nivel nacional son, entre otras cosas, su parador, su puerto náutico y su importancia histórica, tras arribar en 1493 la nave Pinta después de su viaje a América. Finalmente, en **A Guarda**, y tras una visita al castro de Santa Trega, tiene lugar el último baño azul en las playas de ***O Muíño*** y ***Área Grande***.

El clima más benigno de las Rías Baixas, invita a disfrutar de sus extensos arenales

Las excelentes cualidades de sus rías y los numerosos y modernos puertos, invitan a los amantes de los deportes naúticos

Monumentos megalíticos, celtas, romanos, catedrales, monasterios, playas, parques naturales, ciudades medievales, turismo rural, gastronomía... en la provincia de A Coruña

Un destino inolvidable

La provincia de A Coruña, con 8.000 kilómetros cuadrados de extensión y 1.200.000 habitantes, es un auténtico paraíso del turismo, ya que, tanto en la costa como en el interior, ofrece un amplio abanico de posibilidades que cumplirán las expectativas de los amantes de la historia, las tradiciones, la naturaleza, los deportes al aire libre, la náutica, el turismo industrial, las fiestas, la gastronomía y dos grandes puntos de referencia:Santiago de Compostela con su tradición xacobea y la torre de Hércules, el faro romano más antiguo del mundo en funcionamiento y que fue declarado patrimonio de la humanidad por la Unesco.

Si comenzamos nuestro recorrido por el norte de la provincia, tendremos nuestro punto de partida en el cabo de Estaca de Vares, el punto más septentrional de la Península Ibérica. Desde allí pasaremos por Ortigueira, donde cada año se celebra la muestra de música celta más importante del continente y ya a Cariño y San Andrés de Teixido, el segundo punto de peregrinación de Galicia, solo superado por Santiago de Compostela.
Más al sur Ferrol y sus arsenales militares, mandados construir por Felipe II que hizo de esta ciudad la capital del departamento marítimo del Cantábrico. Aquí, además de visitar sus museos dedicados al mar, podemos pasear por el barrio de la Magdalena, un núcleo único en Galicia por la distribución de sus calles y construido en la época de la ilustración.
La Ría de Ferrol, de la que el almirante inglés Pitt dijo que si fuese inglesa la rodearía con murallas de plata, es uno de esos lugares que nunca nos imaginaríamos si no lo vemos. Formada por la desembocadura del río grande de Xubia, donde existió, en el siglo XVIII una fábrica de maravedíes en cobre, con las figuras de Fernando VII e Isabel II, la ría se va cerrando hasta San Felipe, en su margen derecha, donde se construyó un castillo defensivo y Mugardos, en la izquierda, donde está el castillo de La Palma, lo que la hacía inexpugnable para los navíos de la época.

En la margen izquierda de la ría de Ferrol, Mugardos ofrece una típica estampa de villa marinera (Xurxo Lobato)

La torre de Hércules

Y después de pasar por el parque natural de las Fragas del Eume, donde está el monasterio de Caaveiro, restaurado por la Diputación provincial y el de Monfero, actualmente en obras para convertirlo en hotel, llegamos a Betanzos, la ciudad de los Caballeros, una ciudad construida alrededor del castro de Untía, que es una de las mejores muestras que quedan en pie de la arquitectura medieval gallega.

Y desde cualquier punto de nuestro recorrido podemos divisar la torre de Hércules, que nos anuncia la ciudad de A Coruña, capital provincial y en la que el tiempo se nos hace corto para poder disfrutar de lo mucho que ofrece al visitante. De la romanización,la ciudad herculina guarda el faro marinero en funcionamiento más antiguo del mundo. La Torre de Hércules simboliza el lugar en el que el Dios le cortó la cabeza al tirano Xerión. Este monumento ofrece una magnífica vista del Atlántico y de una ciudad que se fue abriendo al mar gracias a un hermoso paseo, sembrado de farolas rojas, que comunica los habitantes con el océano.

El casco histórico, con sus muestras del románico más puro, como las iglesias de Santa María del Campo y Santiago, del barroco como son las iglesias de Santo Domingo y San Jorge, las playas urbanas de Riazor, Orzán y San Amaro, el castillo de San Antón, museo arqueológico provincial, el monte de San Pedro, desde el que podemos disfrutar de una vista completa de la península en la que se asienta la ciudad, las galerías de María Pita, la casa del hombre, la de los peces, la de las ciencias, son puntos de interés de visita obligada cuando llegamos a la ciudad.

La torre de Hércules, declarada Patrimonio de la Humanidad, es una de esas sólidas construcciones romanas que llegaron a nuestros días en perfectas condiciones, después de más de dos mil años y cumpliendo el mismo cometido para la que fue construída.
En la imágen de la derecha la típica estampa de las galerías de La Marina en A Coruña.

A Costa da Morte

Pero muy pocos kilómetros al sur entramos ya en la Costa da Morte, en donde la villa de Malpica nos da la bienvenida con su sabor marinero. Las islas Sisargas enfrente, punto de escala de aves migratorias que hacen de aquel lugar la envidia de los amantes de la naturaleza, el cabo Vilán, más al sur, que se adentra desafiante en el mar bravo de esta costa, la villa de Camariñas, donde podremos asistir a la confección de los famosos encajes, Muxía con su iglesia, construida en plenas rocas marinas, dedicada a la Virgen de la Barca y por fin Finisterre, el fin del mundo conocido para los antiguos navegantes y donde terminan también su camino los peregrinos que antes pasaron por Santiago.

Cabo Vilán en Camariñas, testigo de nuafragios, recuerda la tragedia del Serpent

Los peregrinos que van a Fisterra, acuden también a el santuario da Nosa Señora da Barca en Muxía.

Terras da Ulla e Tambre

Los caminos primitivo y del norte, la vía de la plata y el camino francés, atraviesan esta zona del Ulla y Tambre que cuenta con un enorme potencial turístico que abarca todas las facetas, desde la Naturaleza, que fue con estas tierras extraordinariamente generosa, con espacios naturales de gran belleza y extraordinario valor botánico y diversidad de especies animales, hasta su gran riqueza monumental, con importantes muestras de arquitectura civil, como pazos, castillos y fortalezas, monasterios e iglesias en las que encontramos la práctica totalidad de los estilos constructivos, desde el románico al barroco y restos arqueológicos. También es una zona rica en tradiciones, productos artesanales, en especial el queso y la miel y una extraordinaria gastronomía, basada fundamentalmente en los excelentes productos de estas tierras de la Galicia interior.

La laguna artificial de Sobrado(fotografía superior) fue construída por los monjes del monasterio para hacer funcionar su molino y también como lugar de pesca.
San Pedro de Mezonzo, en Vilasantar,(a la izquierda), es un ejemplo del más puro estilo románico gallego.
En la parte inferior el viaducto de Vedra, que fue construído para salvar el río Ulla en la línea de ferrocarril entre Santiago y Ourense.

El destino jacobeo

Santiago de Compostela es la meta de los ocho caminos de peregrinación que, desde todos los lugares de Europa, llegan a Galicia. Es, junto con Roma y Jerusalén, el tercer destino de los cristianos de todo el mundo.

Santiago creció al largo de los siglos alrededor de su casco histórico, una monumentalidad declarada por la UNESCO Patrimonio Cultural de la Humanidad y uno de los mejores conjuntos artísticos urbanos de todo el mundo.

Cuatro plazas conforman el núcleo histórico alrededor de la Catedral. En la de la Inmaculada destaca el actual seminario de estudios musicales superiores. El convento de Sano Martiño Pinario fue fundado por un grupo de benedictinos poco después de que se descubrieran los restos del Apóstol.

Con motivo también de la aparición del sepulcro la congregación creó en la plaza de la Quintana, frente a la Puerta del Perdón, el convento de San Paio de Antealtares. Desde el siglo quince está ocupado por monjas de clausura.

Completan la plaza, la Casa de la Parra, de finales del siglo diecisiete y obra de uno de los principales arquitectos compostelanos de la época - Domingo de Andrade - y la Casa de la Conga, edificio barroco construido para servir de vivienda a los canónigos de la Catedral.

La tercera de las plazas que cierra la Catedral de Santiago es la de Platerías, donde destaca la fuente de los caballos y la Casa del Cabildo, una fachada construida en el dieciocho con la única función de adornar el ágora.

En la cuarta de las cuatro plazas que rodean a la basílica, en el Obradoiro, encontramos el Colegio de Sano Xerome, que posee una hermosa portada del románico tardío originaria de un hospital antaño situado en la Acibechería.

Frente a la catedral se remató de edificar el Pazo de Raxoi, actual sede del gobierno municipal y el Hostal de los Reyes Católicos, construido por los monarcas españoles en el siglo XV como hospital real para peregrinos y transformado en Parador en el año 1.954, siendo uno de los grandes emblemas de la red de Paradores españoles.

A la izquierda la plaza de Platerías, una de las cuatro que rodean la catedral compostelana, con la fuente de los caballos en primer plano. En la imagen inferior, el palacio de San Xerome, con una hermosa portada románico-gótica, trasladada del antiguo colegio fundado por el obispo Fonseca para los estudiantes sin recursos. Hoy es la sede del rectorado de la Universidad de Santiago.

GALICIA 2010, FIESTA AL FINAL DEL CAMINO DE SANTIAGO

Alcanzar este año, en Galicia, la meta del Camino de Santiago, tiene una doble recompensa. A la satisfacción de recorrer el Primer Itinerario Cultural Europeo compartiendo con gentes de todo el mundo una experiencia única, se añade en 2010 la celebración de Xacobeo 2010, un programa que incluye actividades lúdicas y culturales para todos los gustos, diseñado para celebrar el Año Santo, un acontecimiento que no volverá a repetirse hasta dentro de 11 años. Desde la Edad Media, han sido multitud los peregrinos que se han acercado a Galicia desde todos los rincones de Europa atraídos por la meta del Camino de Santiago y el fin del mundo, situado hasta el Renacimiento en Finisterre, uno de los puntos más occidentales del Continente y situado en la costa gallega.

Cuando Europa aún no existía, el Camino de Santiago comenzó a perfilarla a través del intercambio de culturas y conocimientos que circularon por todo Occidente y confluyeron en Compostela. Se formó así una red cultural y social que fue el germen de la identidad y conciencia europeas que mantenemos en la actualidad.

Hoy en día, el Camino de Santiago conserva todo ese esplendor cultural y cosmopolita que ha dejado el paso de los siglos, y aquella ruta de peregrinación medieval que está en los cimientos de la Europa actual sigue atrayendo a miles de personas año tras año. El Camino es universal y la experiencia de vivirlo es única, como reconocen los modernos peregrinos que con infinitas motivaciones personales o colectivas alcanzan desde los más recónditos lugares del mundo la meta en Santiago de Compostela.

Éste es un año especial para Galicia, el Camino y todos aquellos que nos visi-

ten. Es Año Santo Compostelano, y sólo se celebra cuando el 25 de julio, día de Santiago, es domingo.

XACOBEO 2010

Galicia quiere celebrar este acontecimiento con todos aquéllos que la visiten, porque Galicia está de fiesta en 2010 y para ello ha organizado el Xacobeo 2010.
Un año jubilar entero, con un programa festivo diseñado para todos los gustos que incluye citas culturales, exposiciones, encuentros con intelectuales, conciertos y muchas más actividades distribuidas a lo largo de todo el año por las ciudades y villas gallegas que harán de Galicia una gran fiesta de la que no se podrá escapar.

MÁS ALLÁ DEL CAMINO

Más allá del Camino de Santiago, Galicia es la región más atlántica de la España peninsular. Con más de 1.300 kilómetros de costa, su territorio se asoma al océano con más de 700 playas, muchas de ellas desiertas, y un litoral tan variado como bello, en el que se pueden encontrar tanto los acantilados más altos de Europa como las aguas más tranquilas dentro de sus rías, navegables 365 días al año.
En la costa gallega, está el parque nacional marítimo-terrestre de las Islas Atlánticas de Galicia, auténtica joya natural, que junto con los parques naturales de la Desembocadura del Umia y las Dunas de Corrubedo ofrecen una perfecta muestra de todo su perfil litoral.

Galicia es la esquina más verde de España y por su interior fluyen más de 1.000 pequeños ríos entre suaves montañas y valles que esconden cuatro parques naturales. Descubrir el interior gallego a través de su amplia red de alojamientos de Turismo Rural sigue siendo toda una aventura.
Con más de 2.000 años de historia, Galicia atesora cuatro patrimonios de la humanidad: la ciudad de Santiago de Compostela, el Camino de Santiago, la muralla romana de Lugo, -la mejor conservada del mundo en su estilo- y la Torre de Hércules, el faro más antiguo del mundo todavía en funcionamiento, situado en A Coruña.
Son siete las ciudades gallegas: A Coruña, Santiago de Compostela, Ferrol, Lugo, Ourense, Pontevedra y Vigo.

Cada una con su estilo y todas distintas. Lugo y Ourense, son romanas. Santiago de Compostela y Pontevedra, de piedra. A Coruña, acogedora y luminosa. Ferrol, modernista y Vigo, marinera y portuaria.
Más de 20 balnearios y más de 300 manantiales hacen de Galicia el principal destino español para Turismo de Salud, con más de 2.500 plazas para todos los gustos y bolsillos
Decir Galicia es decir destino de enoturismo y gastronomía de calidad, sobre todo los mariscos de sus rías. Una gran variedad de pescado y una carne de vacuno certificada por su autenticidad.
Y todo, armonizado con los excelentes vinos de sus cinco denominaciones de origen: Rías Baixas, Ribeiro, Valdeorras, Ribeira Sacra y Monterrei.
Galicia te espera al final del Camino para celebrar el Xacobeo 2010.

"Ahora es cuando, Galicia en donde"

Parque natural de la sierra A Enciña da Lastra

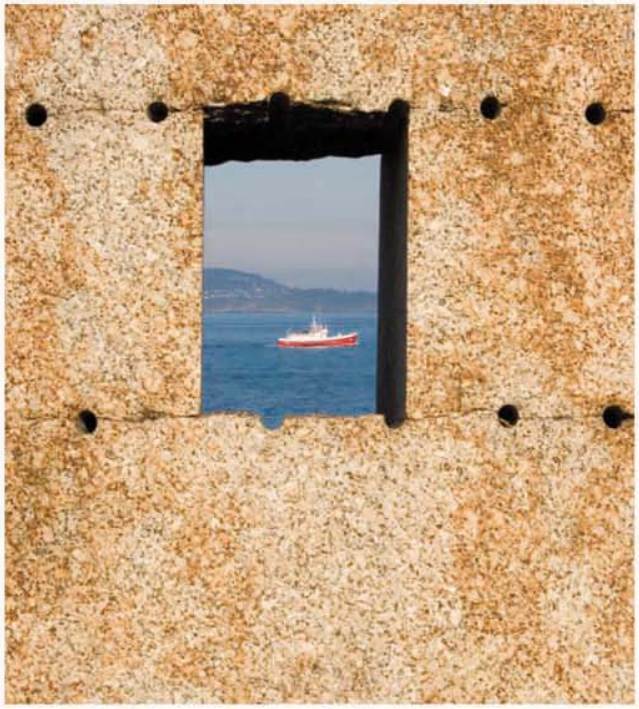
Muchas son las instalaciones de aguas minero medicinales en Galicia. En la imagen el hotel Balneario de Guitiriz

Santo Estevo de Ribas de Sil, en Nogueira de Ramuín

Estuario del río Anllóns. En la parte inferior, la ría de Pontevedra

Conocer A Coruña

Fundación Caixa Galicia



Bahía de A Coruña

Galerías da Mariña

"Prisma de Cristal". Centro das Artes

01 Castillo de San Antón: origen en el s. XVI, reformas en el XVIII. En un pequeño islote de la bahía coruñesa, hoy en día unido a tierra firme, fue erigido para acoger a los enfermos contagiosos y posteriormente funcionó como fortaleza y prisión. En él se encuentran las dependencias del museo arqueológico.

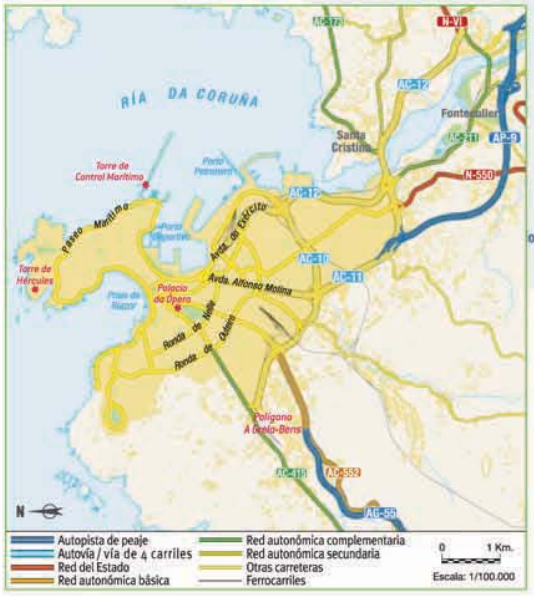
02 Convento y plaza de Santa Bárbara: de la 2ª mitad del s. XV, fue ampliado en los s. XVII y XVIII. Ubicado en una plaza de peculiar belleza.

03 Convento de Santo Domingo: estilo barroco gallego del s. XVIII. Interesante torre, oblicua al eje de la iglesia. Alberga la capilla de Nuestra Señora del Rosario, patrona de la ciudad.

04 Galerías Coruñesas: en la Avda. da Mariña. Construcciones acristaladas del s. XIX para aprovechar mejor las horas de sol. Le dieron a la ciudad el sobrenombre de Ciudad de Cristal.

Conocer A Coruña

Punta Herminio
Punta de Adormideras
RÍA DA CORUÑA
ENSEADA DE SAN AMARO
CIDADE DEPORTIVA DA TORRE
Punta do Orzán
ENSEADA DO ORZÁN
OCÉANO ATLÁNTICO
12
05
06
07



03

04

05

06

07

08

09

10

13

12

11

Conocer A Coruña

Paseo marítimo

05 Iglesia de las Capuchinas: estilo barroco compostelano de comienzos del s. XVIII, obra de Fernando de Casas y Novoa.

06 Iglesia de San Nicolás: estilo barroco de comienzos del s. XVIII.

07 Iglesia de San Jorge: templo de estilo barroco compostelano del s. XVIII obra Domingo de Andrade.

08 Iglesia de Santa María del Campo: antigua colegiata construida por el gremio de los mareantes de origen románico (s. XII) y terminada en el s. XV. Especial relevancia del rosetón y tímpano de la puerta principal en el que se desarrolla la escena de la Adoración de los Reyes Magos.

09 Iglesia de Santiago: románica del s. XII con reformas del s. XIV y XV. Son interesantes la portada principal y la colección de modillones de figuras grotescas.

10 Palacio Municipal (Casa Consistorial): amplio y elegante edificio modernista de comienzos del s. XX. Fachada historiada. Rematado en tres torres con cúpula.

11 Puertas del Mar: abiertas en distintos puntos de las viejas murallas del s. XV. Puerta de San Miguel del s. XVI y del Clavo y de la Cruz, ambas del s. XVIII.

12 Torre de Hércules: construida en el s. II, durante lo gobierno del emperador Trajano. Es el faro romano en funcionamiento más antiguo del mundo. Restaurado en el exterior en el último tercio del s. XVIII. Símbolo de la ciudad.

13 Jardines de San Carlos: construidos en 1843 sobre el antiguo bastión o fortaleza de San Carlos. Jardines románticos que albergan la tumba del general británico Moore.

Fundación Pedro Barrié de la Maza

VISITAS GUIADAS
EL PÓRTICO DE LA GLORIA VIRTUAL

PROGRAMA CATEDRAL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Información y reservas:
Cripta del Pórtico de la Gloria
(Plaza del Obradoiro) y
www.fundacionbarrie.org

Patrimonio Vivo

MUSEO
DE LA CATEDRAL

ARZOBISPADO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

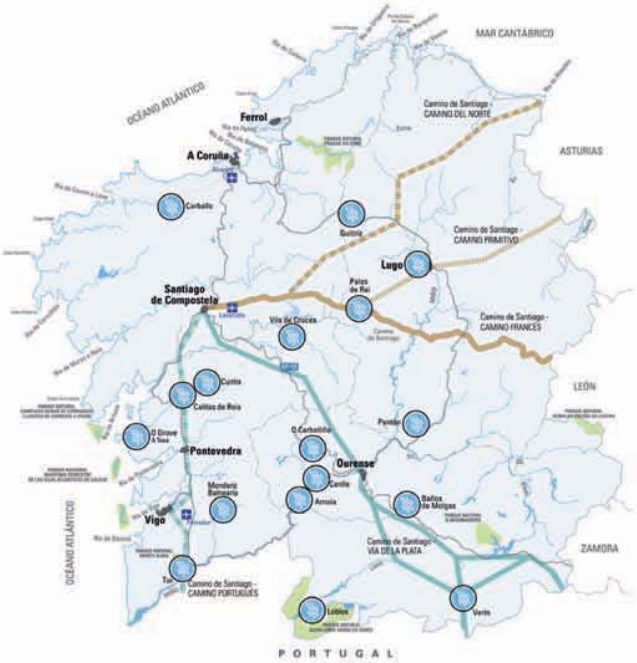
Cabildo de la Catedral de Santiago de Compostela

Banco Pastor

Fundación
Pedro Barrié de la Maza

La diferencia está en el *agua* A diferenza está na *auga*
The difference is in the *water* C'est *l'eau* qui fait toute la différence

BALNEARIOS DE GALICIA



PROMOCIÓN ESPECIAL
XACOBEO 2010

Camino	Balneario
FINISTERRE	BALNEARIO DE CARBALLO
NORTE	BALNEARIO DE GUITIRIZ
PRIMITIVO	BALNEARIO DE LUGO TERMAS ROMANAS
FRANCÉS	BALNEARIO RÍO PAMBRE BALNEARIO BAÑOS DA BREA OCA AUGAS SANTAS BALNEARIO & GOLF RESORT
VÍA DE LA PLATA	BALNEARIO DE BAÑOS DE MOLGAS ARNOIA CALDARIA HOTEL BALNEARIO LAIAS CALDARIA HOTEL BALNEARIO LOBIOS CALDARIA HOTEL BALNEARIO
PORTUGUÉS	BALNEARIO DE MONDARIZ BALNEARIO ACUÑA HOTEL BALNEARIO HESPERIA ISLA DE LA TOJA GRAN HOTEL LA TOJA TERMAS DE CUNTIS

RESERVAS
BALNEGAL
www.balnegal.com

- La promoción incluye:
  ALOJAMIENTO + DESAYUNO + PROGRAMA TERMAL
- Todas las personas que reserven este programa participarán en sorteos de estancias para dos personas en Balnearios de Galicia
- Más información en www.balnegal.com y en las páginas web de los balnearios que participan en la promoción.

BALNEARIOS DE GALICIA | **un descanso en los Caminos** **www.balneariosdegalicia.com**