





GUÍA AVAFI 2012
**SE HABLA DE
FIBROMIALGIA**

CRÉDITOS

AUTOR/EDITOR

AVAFI, Asociación Valencia de Afectados de Fibromialgia.

DEPOSITO LEGAL

V- 764-2012

AUTORES DE LOS TEXTOS

Dr. BIXQUERT Jiménez Miguel.

Dr. CALVO Catalá Javier.

Dr. LÁINEZ Andrés José Miguel (y otros).

Dr. MARTINEZ – LAVÍN Manuel.

CERVANTES Muñoz M^a José. Trabajadora Social.

MARTÍ Puertes María. Fisioterapeuta.

MARTÍN Fernández Alejandra. Psicóloga.

MAQUETACIÓN E IMPRESIÓN

Ramón Ferrer. Edicions 2001.

COORDINACIÓN

M^a Carmen Megía Redondo.

ÍNDICE.

SALUDA EL HONORABLE CONSELLER DE SANIDAD.	7
--	----------

SALUDA LA PRESIDENTA DE AVAFI.	9
---------------------------------------	----------

COLABORACIONES MÉDICAS. (alfabéticamente)

Doctor BIXQUERT.	11
-------------------------	-----------

Fibromialgia: el punto de vista del especialista en medicina digestiva.

Doctor CALVO.	21
----------------------	-----------

Fibromialgia.

Doctor LÁINEZ y otros.	25
-------------------------------	-----------

El neurólogo ante la fibromialgia.

Doctor M.LAVIN.	37
------------------------	-----------

Fibromialgia, tratamiento holístico basado en la ciencia.

COLABORACIONES NO MÉDICAS.

M^aJosé CERVANTES Muñoz. (Trabajadora Social)	49
--	-----------

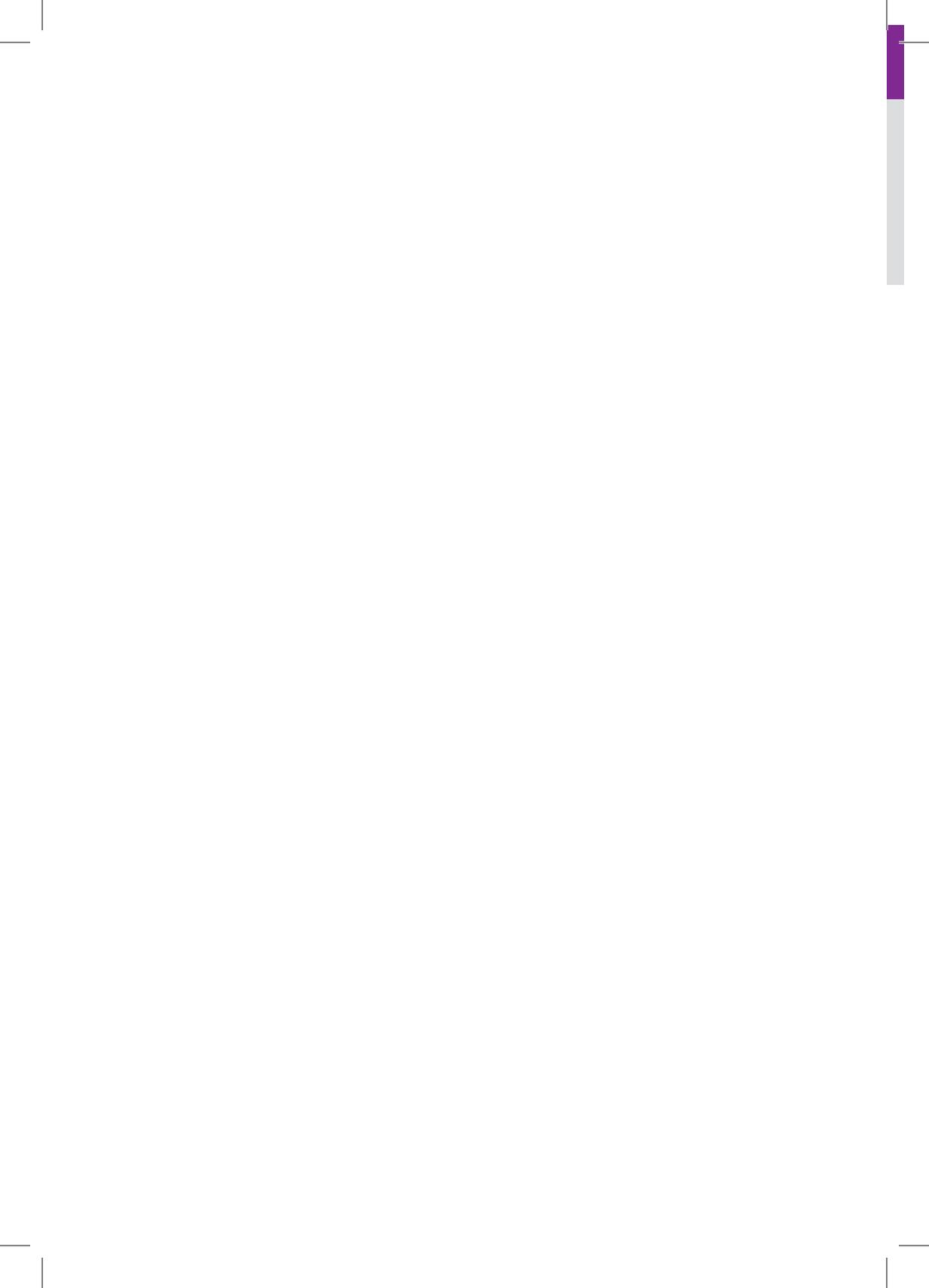
Fibromialgia y familia.

María MARTÍ Puertes. (Fisioterapeuta)	53
--	-----------

La fisioterapia en la fibromialgia.

Alejandra MARTÍN Fernández. (Psicóloga)	57
--	-----------

Papel del psicólogo en la fibromialgia.





SALUDA EL CONSELLER

Hble. Sr. D. Luis E. Rosado Bretón.
Conseller de Sanitat.

La fibromialgia, cuyo origen aún a día de hoy es desconocido, es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de dolor crónico y suele coexistir con síntomas como la fatiga y problemas de sueño, entre otros.

En 1992 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció a la fibromialgia como una enfermedad reumatológica. El diagnóstico es clínico, por la falta de una prueba objetiva y no se apoya, por tanto, en ninguna prueba analítica, de imagen o específica.

El objetivo de la Conselleria de Sanitat es el de garantizar una atención integral a los pacientes con enfermedades crónicas como la fibromialgia, ya que requieren un seguimiento continuado a lo largo del proceso y en esa andadura pueden verse afectados aspectos físicos, psíquicos y sociales.

Por ello, apostamos por una adecuada coordinación asistencial para conseguir buenos resultados terapéuticos.

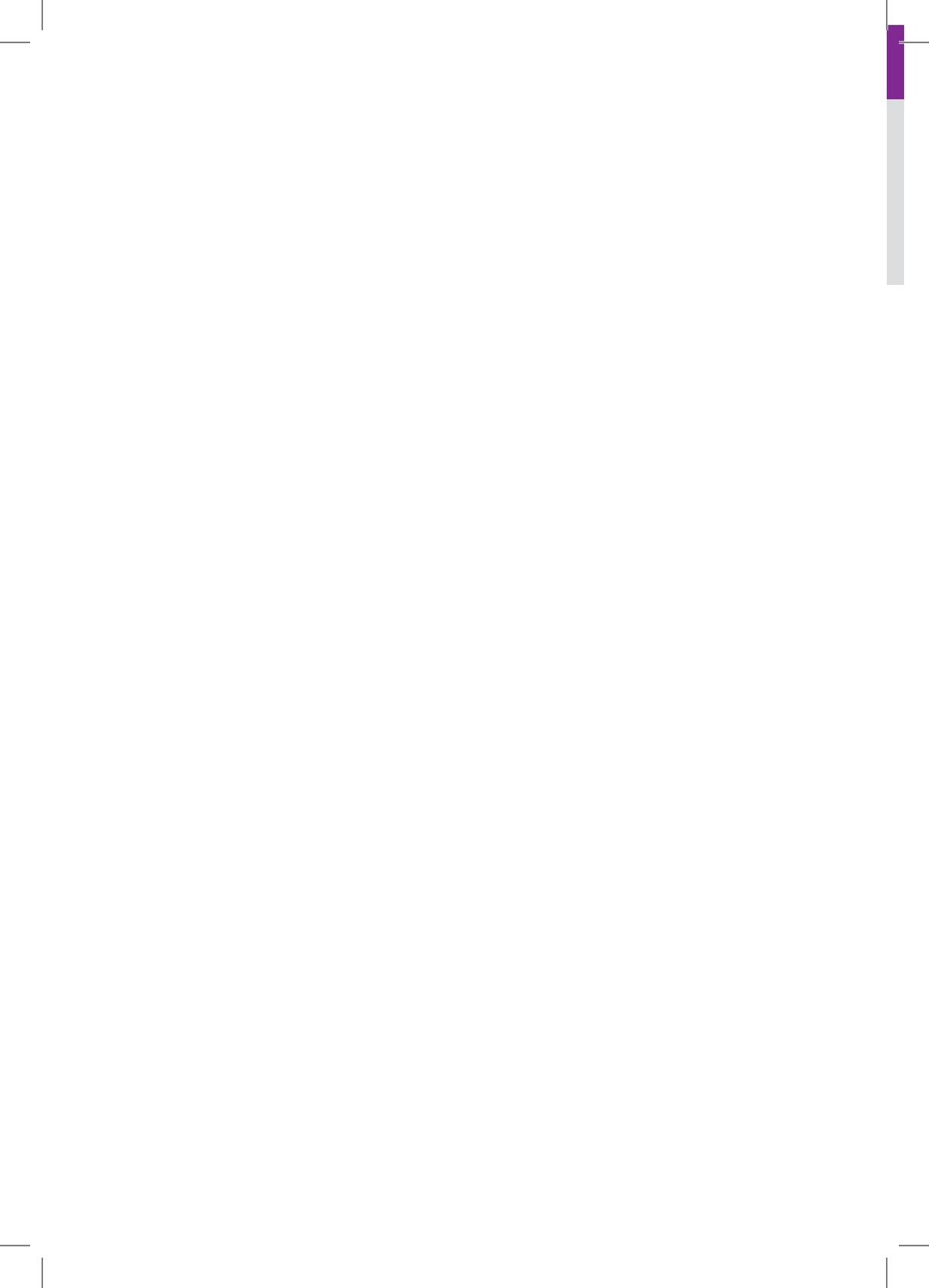
Así pues nuestra actuación, que se enmarca dentro de la estrategia sobre fibromialgia del Sistema Nacional de Salud y del Plan de Salud de la Comunitat Valenciana, busca restablecer la salud en el mayor número posible de pacientes y mitigar los síntomas de esta patología para mejorar la calidad de vida de quienes la padecen.

Desde la Conselleria apoyamos y respaldamos todas aquellas iniciativas que contribuyan a mejorar la situación de las personas con esta dolencia y un ejemplo de ello es este manual que ha editado la Asociación Valenciana de Afectados de Fibromialgia (AVAFI).

Esta Guía Avafi 2012: Se habla de fibromialgia, busca dar respuesta a algunas de las dudas que los pacientes con esta enfermedad pueden tener.

Este documento aborda la fibromialgia desde la perspectiva de profesionales del campo de la medicina digestiva, la reumatología, y la neurología. Asimismo, también se ofrece el prisma de la psicología, la fisioterapia y el trabajo social.

Desde estas líneas quisiera agradecer a todos ellos su colaboración en este trabajo, y desear que la guía sirva para tener un mejor conocimiento de esta enfermedad, y que tanto los pacientes como sus familiares puedan encontrar respuesta a las preguntas que se puedan plantear.





SALUDA LA PRESIDENTA DE AVAFI.

Minerva Morales Rodríguez.
Presidenta de Avafi.

Apreciados lectores:

Una vez más, hemos querido hacer algo positivo por las personas afectadas de Fibromialgia.

Aún hay mucho desconocimiento y poco reconocimiento y es por ello que creemos que somos las Asociaciones las que debemos dar la información, de una manera sencilla e inteligible, y sobre todo y lo más importante, con la colaboración de grandes especialistas, como es en el caso de esta Guía que os presentamos.

En 2008 hicimos un libro-guía en AVAFI, que tal y como decía el Título daba "Respuesta a las preguntas más frecuentes", en él, como ya sabéis los que lo habéis leído, respondíamos de una manera sencilla, a todas aquellas dudas que nos surgen cuando recién diagnosticadas, no sabemos bien dónde acudir. Creemos que hicimos una gran labor y por eso hemos querido ir un poquito más allá y nos hemos aventurado en hacer una Guía, en la cual han colaborado médicos muy prestigiosos de nuestra Comunidad y de fuera de ella, y también como no, nuestras tres trabajadoras, cada uno y cada una en su especialidad.

Hemos querido tocar las especialidades que creemos están más relacionadas, aunque seguro que siempre quedaran dudas, respecto a otros síntomas que, como sabéis, acompañan a esta enfermedad. En ella se refleja una misma realidad LA FIBROMIALGIA vista de un modo multidisciplinar. Los especialistas que han colaborado demuestran que un médico bien informado y preparado, ve la misma realidad, sea de la especialidad que sea.

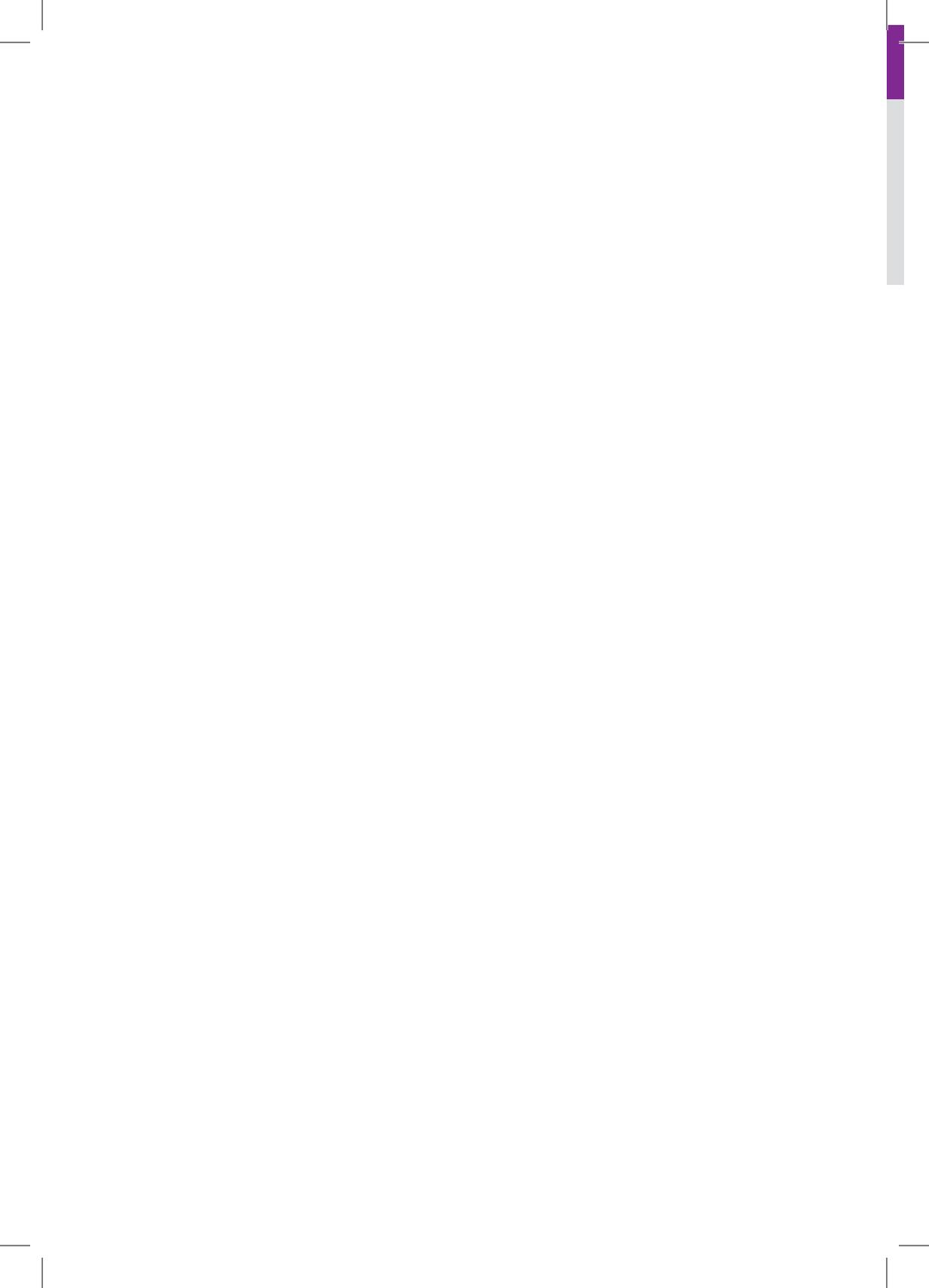
Pretendemos que sea útil tanto para profesionales como para enfermos, pero con una insistencia: NO AUTOMEDICARSE. Acudan a su médico y sigan sus instrucciones.

Por mi parte dar las gracias a todos los especialistas que han colaborado de una manera altruista a que esta guía se pudiera hacer realidad.

También dar las gracias a nuestro Conseller de Sanidad, Sr. D. Luís Rosado, por haber avalado este trabajo.

Espero que esta Guía sea del agrado de todos los lectores y les ayude por lo menos a entender un poquito más esta enfermedad.

Con todo nuestro cariño.





DR. MIGUEL BIXQUERT JIMÉNEZ.

JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA DIGESTIVA DEL H. ARNAU DE VILANOVA.
 PROFESOR TITULAR NUMERARIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE VALENCIA.

FIBROMIALGIA: EL PUNTO DE VISTA DEL ESPECIALISTA EN MEDICINA DIGESTIVA.

¿Qué es la fibromialgia?

La Fibromialgia es un síndrome (SFM), más que una enfermedad concreta. Un conjunto de manifestaciones crónicas, que se caracterizan por dolor generalizado (prácticamente continuo) en músculos y articulaciones, rigidez matinal, cansancio, fatigabilidad fácil, hipersensibilidad al tacto o roce cutáneo y problemas de sueño, que afectan el descanso nocturno.

Han comenzado en la adolescencia o juventud temprana y se mantienen o agravan con el transcurso del tiempo.

Es muy característico que se añadan otros síntomas: entumecimiento, dolor de cabeza, espasmos musculares, reglas dolorosas, dolor de vientre, hinchazón abdominal por gases, estreñimiento, diarrea o hábito intestinal alternante, digestiones lentas e incapacidad para terminar una comida normal, etc.

No es de extrañar, por tanto, que los pacientes con SFM sufran ansiedad y/o depresión y manifiesten un notable deterioro de su Calidad de Vida Relacionada con el estado de Salud (CVRS).

Suele haber también una especie de "irritabilidad general": al tacto, al roce, a los ruidos, a la luz, a olores no habituales o perfumes fuertes, al olor a comida y a la presencia de otras personas; también cierto grado de impaciencia y apetencia exagerada de dulces e hidratos de carbono (pan, empanadillas, patatas fritas, etc.).

A veces sensación de quemazón dolorosa en las palmas y plantas de los pies que los afectados calman con agua fría; asimismo rigidez articular, sensación como de estar "oxidado", dificultad para seguir una charla o una conversación y sobre todo para leer.

¿Sabemos a qué se debe?

Descrita por vez primera en 1953, entre 1970-80 se consideró una enfermedad psicológica, hasta que en 1984 se encontró una relación entre el SFM y otras enfermedades como la Fatiga Crónica, y el papel que ciertos neurotransmisores tipo noradrenalina, dopamina o serotonina juegan en su génesis, lo que zanjó definitivamente la sospecha de enfermedad psiquiátrica.

En 1992 la OMS reconoció el síndrome como de origen "reumático", y también la supuesta causa psicosomática se abandonó definitivamente. No es una enfermedad mental, porque las manifestaciones ansioso-depresivas son consecuencia del malestar generalizado, no su causa u origen.

A partir de 2006 los estudios de Resonancia Magnética Dinámica del Sistema Nervioso Central (SNC) demostraron una actividad anormal en la parte del cerebro que modula la sensación dolorosa, con disminución del riego sanguíneo en zonas mediales cerebrales. Asimismo se señaló un incremento de los niveles de sustancia P (neurotransmisor ligado a la percepción dolorosa) en el líquido cefalorraquídeo (que baña y protege la médula espinal y el SNC); también una disminución de precursores de noradrenalina, dopamina o serotonina, que juegan un papel importante en la inhibición natural del dolor corporal.

En cambio se ha encontrado elevado el Factor de Crecimiento Nervioso, lo que facilita las interconexiones entre el SNC y la médula espinal, y además un aumento de los opiáceos endógenos (endorfina y encefalina), lo que sugiere un cierto fenómeno defensivo natural del cuerpo.

Los estudios con Tomografía de Emisión de Positrones (PET) han demostrado una reducción de la producción de dopamina en el tronco encefálico y el sistema límbico de estos pacientes, y una síntesis menor, tras estímulo doloroso, en los ganglios de la base del cerebro.

Los análisis del Electroencefalograma a partir de 1975, han demostrado ciertas alteraciones congruentes con los trastornos del sueño de estos enfermos. Además interrumpiendo constantemente la fase del sueño profundo en sujetos jóvenes sanos, se ha demostrado que sobreviene una tensión muscular generalizada, similar a la que sucede espontáneamente en los pacientes fibromiálgicos.

Otros estudios han demostrado una actividad perturbada del sistema nervioso vegetativo o autónomo, con reacción disminuida al estrés sea físico o psíquico; al mismo tiempo los mecanismos de contra-regulación también fallan y hay una hiperactividad simpática sostenida, particularmente de noche, con crisis de taquicardia e hipertensión ligera, lo que sin duda podría interrumpir o dificultar el descanso.

Afecta a personas cada vez más jóvenes (se diagnostica mejor y antes) y la proporción mujeres/hombres se ha modificado algo en los últimos 20 años, de 9 a 1 inicialmente, hasta 8 a 1 recientemente. En estudios hechos en Francia, Canadá y los EEUU de América han dado una prevalencia del 2-3% de la población general (3.4% en mujeres y 0.5-0.8% en hombres). En España se calcula un 2% de la población.

Factores que se ha demostrado pueden agravar el sfm.

En general estos pacientes tienen alteraciones notorias nerviosas u hormonales de la respuesta fisiopatológica al estrés. Destacan las respuestas exageradas a una serie de estímulos concretos:

- › Cualquier enfermedad, traumatismo físico o accidente.
- › Shock emocional.
- › Fatiga y esfuerzo físico importante.
- › Calor y canícula; frío no necesariamente notable.
- › Ambiente ruidoso, estar rodeado de personas. Luz o iluminación excesiva. Parpadeo luminoso intenso.
- › Conversaciones negativas o estresantes (pelea, discusión, enfrentamiento).
- › Mala gestión del sueño (escaso o excesivo).
- › Insuficiente cantidad de comida (en cantidad absoluta) o calidad de los alimentos.
- › Falta de proteínas en la alimentación.
- › Drogas o fármacos que puedan influir en la síntesis y/o liberación de neurotransmisores.

Dicho de otra manera, es ampliamente conocido que las personas afectas de SFM tienen, globalmente, una notable hipersensibilidad global, destacando:

- › Termosensibilidad: reacción al frío o al calor, aún no extremos.
- › Higrosensibilidad: reacción a la humedad ambiental.
- › Barosensibilidad: reacción a los cambios de la presión atmosférica ambiental.

Variabilidad de los síntomas de la fibromialgia.

Existen numerosas formas de SFM según su severidad o intensidad, lo que a su vez puede depender de diversas causas o responder a diferentes variantes del síndrome. En general esta variabilidad es individual; cada persona afectada tiene sus síntomas predominantes, y sus ciclos de intensidad y duración variables. Esto puede oscilar ampliamente entre el SFM “poco grave”, que permite desempeñarse en la vida con alguna limitación discreta, vida casi normal, y la forma “invalidante”, severa, que causa un handicap importante en la vida del enfermo, que no puede ni desempeñarse con seguridad, ni salir de casa.

Hay una serie de puntos comunes a los pacientes con fibromialgia:

- › La rigidez musculoesquelética, la astenia (cansancio) y adinamia (falta de fuerzas) predominan al despertar por la mañana.
- › Las alteraciones del sueño por la noche.
- › Todo un conjunto de síntomas como cefalea, migraña, alteraciones de la memoria, de la concentración, de la visión, de la audición, cambios bruscos de humor, problemas de comportamiento, impaciencia, falta de facilidad de expresión, fallos de memoria, síndrome de piernas inquietas, parestesias, picor cutáneo, zumbidos de oídos, alteraciones digestivas, etc., oscilan ampliamente, pudiendo atenuarse incluso de forma independiente según cada síntoma (varios minutos, algunas horas, todo el día, varios días seguidos, etc.).
- › Cuando se suman manifestaciones de síndrome de fatiga crónica, suelen ser asimismo recidivantes y fluctuantes.

Además de manifestaciones de ansiedad y respuestas neuróticas, 1/3 de los afectos de SFM sufren depresión, de tipo reaccional a su malestar general, y que es comparable a lo observado en el contexto de otras enfermedades crónico-recidivantes, como el intestino irritable, la lumbalgia o la artrosis periférica.

Por todo lo que hemos comentado algunos investigadores consideran subgrupos de pacientes con fibromialgia, que se ha supuesto que podrían tener una indicación terapéutica algo diferente entre sí:

- › SFM con sensibilidad extrema al dolor, pero sin asociarse condiciones psiquiátricas (pueden responder mejor a bloqueantes del receptor de serotonina 5HT3, como Alosetrona).
- › SFM y comorbilidad con síndrome depresivo asociado al dolor crónico (puede responder a antidepresivos).
- › Síndrome depresivo predominante con manifestaciones de SFM (puede responder a antidepresivos).
- › SFM con predominio de somatización (puede responder a psicoterapia).

Relaciones entre la fibromialgia y el síndrome de intestino irritable. ¿Qué opinamos los gastroenterólogos?

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) afecta al 12-18% de la población europea o española, lo que lo convierte en el Trastorno Funcional Digestivo (TFD) más común; suele comenzar en la tercera década, con tendencia a “apagarse” en la edad avanzada, y es el doble de frecuente en la mujer que en el hombre.

Los TFD son un conjunto de síntomas digestivos no debidos a infección ni parasitación, lesiones o trastornos orgánicos (benignos o malignos), del tubo digestivo o sus glándulas anejas (vesícula biliar, páncreas), ni son tampoco trastornos psicológicos o psiquiátricos. Aunque se clasifican según la agrupación sintomática (dispepsia, estreñimiento funcional, diarrea funcional, distensión abdominal funcional, SII, etc.), no es infrecuente que se combinen entre ellos, por ejemplo, dispepsia y SII, en cerca de la mitad de los casos.

El SII no tiene una única causa conocida, pero hay cierta agrupación familiar, aunque no se sabe si esto es genético o conducta aprendida. Cerca de una tercera parte tiene el antecedente de una gastroenteritis bacteriana previa.

Se han supuesto dos hipótesis causales: una alteración de la regulación de la producción de serotonina en las células enterocromafines de la mucosa intestinal, o un trastorno de la regulación del procesamiento de la información que recibe el Sistema Nervioso Central (SNC), procedente de los plexos nerviosos autónomos intestinales (el "eje cerebro-digestivo").

En el contexto del SII hay otras manifestaciones clínicas, que con frecuencia se asocian a él:

- › Manifestaciones de otras zonas digestivas: pirosis, dolor torácico de origen esofágico, náuseas, dolor de estómago, digestiones lentas, etc.
- › Manifestaciones no digestivas, con una frecuencia variable dependiendo si el contexto es el de Atención Primaria o especializada:
 - Mareos o dolor de cabeza en el 40-50% de los casos.
 - Debilidad general, cansancio fácil, insomnio, en más del 30% de los casos.
 - Palpitaciones en el 10-40% de los casos.
 - Dolor de espalda o dolor lumbar en el 20-60% de los casos.
 - Síndrome de Fibromialgia en 30-65% de los casos.
 - Dificultad para orinar, orinar a menudo en escasa cantidad, urgencia miccional en 50-60% de los casos.
 - Dolor con las reglas, dolor al coito, disminución de la libido, etc., en 15-45% de los casos.

Los pacientes con TFD que consultan al digestólogo (la mitad de los que los padecen), suelen aquejar un amplio espectro de síndromes somáticos funcionales, es decir, una combinación de disfunciones (afectivas o corporales), que evidenciamos si las preguntamos de forma intencionada. Destacan: migraña, "cistitis", SFM, síndrome de fatiga crónica, alteraciones de la calidad del sueño y depresión; en más de un tercio de los casos estas manifestaciones se presentan combinadas.

La explicación más plausible es que se relacionan con la hipersensibilidad visceral, que como grupo los pacientes con SII tienen, aunque mantienen normal la sensibilidad somática (por ejemplo la percepción de calor o frío en la piel). Además es también característico que los afectos de SII cuenten periodos sintomáticos variables a lo largo del tiempo. Así al cabo de 5-10 años los pacientes con SII pueden mejorar (40%), no notar cambios (40%), o incluso empeorar (20%).

Los estudios epidemiológicos de ambos síndromes, el SFM y el SII, han señalado que comparten rasgos coincidentes:

- › Su diagnóstico es clínico, no de laboratorio ni de técnicas de imagen, incluyendo biopsias de los tejidos.
- › Ambos son más frecuentes en mujeres que en hombres.
- › Sus causas son desconocidas en ambos.
- › Sus mecanismos causales se conocen de manera incompleta; coinciden en la disregulación de los mecanismos serotoninérgicos, o en un defecto del procesamiento de la información a nivel del SNC.
- › Hay en ambos una notable alteración de la CVRS.
- › Entre el 30-50% de cualquiera de ambos síndromes se manifiestan síntomas depresivos (reactivos posiblemente).
- › El tratamiento con fármacos exclusivamente, es claramente insuficiente y limitado en el tiempo.

La relación entre el SII y el SFM no es una coincidencia, estamos en situación de poder afirmar que existe una cierta concordancia o nexo de unión:

- › Padecer SII aumenta el riesgo de sufrir SFM de 15 a 30 veces, en comparación con la población general, pero sólo en los casos de pacientes vistos en centros de tercer nivel como hospitales especializados (son pacientes más sintomáticos).
- › Sufrir SFM o Síndrome de Fatiga Crónica eleva la posibilidad de padecer SII (lo triplica), pero no otro TFD excepto dispepsia funcional (la duplica).

Y esta relación podría explicarse por trastornos en la secreción de serotonina o en la respuesta de los receptores serotoninérgicos:

- › Que en el SII se debería a la disminución de la producción de serotonina en las células enterocromafines de la mucosa y lámina propia intestinales; es decir, es primariamente "periférica".

- › Y en el SFM parece radicar en la respuesta de los receptores a serotonina del SNC, sobre todo a nivel del hipotálamo e hipófisis; es decir, parece primariamente “central”.

Bases generales del tratamiento del síndrome de fibromialgia. El punto de vista de la medicina digestiva.

El enfoque terapéutico de estos pacientes es inevitablemente múltiple, lo que hace conveniente tener claras las inter-relaciones entre las distintas opciones: dieta, ejercicio físico, técnicas de relajación, psicoterapia y ciertos medicamentos. Desde la primera visita se debe establecer el diagnóstico (provisional al menos, definitivo muchas veces); hay que reforzar el diagnóstico en cada visita ulterior.

Ningún régimen alimentario, suplementación mineral o vitamínica, la homeopatía o el psicoanálisis han probado conseguir efecto terapéutico superior al del placebo. La agencia canadiense del medicamento y de las tecnologías de la salud dictó en 2007 consejos acerca de:

- › La combinación de medidas educacionales.
- › Ejercicio físico.
- › Toma de analgésicos.
- › Y tratamiento de las alteraciones del humor y las alteraciones del sueño.

Que aunque no curan la causa de la enfermedad son capaces –si se combinan– de mejorar la percepción de la CVRS de los afectados. El objetivo es precisamente mejorar la calidad de vida personal, ya que no hay posibilidad (como sucede con el SII) de curación definitiva.

Se ha demostrado que el ejercicio físico aeróbico de cierta intensidad (progresivo) aumenta significativamente el umbral del dolor en estos pacientes, comparado con el ejercicio físico pasivo. Aunque es variable según distintas personas.

Se recomienda la visita al estomatólogo experto en ortodoncia, para conseguir el perfecto alineamiento de las estructuras dentarias, capaz de lograr el máximo confort oclusal. Ello evita la fatiga masticatoria y parece reducir el dolor del síndrome miofascial.

Son medidas educacionales de primera línea, porque tienen un notable impacto sobre el estado general de cualquier persona, las que indicamos a continuación:

- › Aprender técnicas de relajación corporal y mental.
- › Aprender técnicas de manejo del estrés.
- › Evitar el sobrepeso (es absolutamente fundamental).

- › Hacer ejercicio físico suave al inicio, progresivo, activo, con regularidad.
- › Evitar tabaco, alcohol destilado, o abuso de estimulantes como cafeína, teína o teobromina, sobre todo desde 6 horas antes de ir a dormir.
- › Evitar abuso de sedantes, ansiolíticos, relajantes musculares e hipnóticos, porque generan dependencia (a veces no evidenciada). Siempre bajo control médico.
- › Reducir la ingesta de lactosa, fructosa y sorbitol. Aprender a identificarlos en los alimentos que compramos.

Régimen alimentario, normas generales:

- › Comer despacio, masticando bien. No engullir. No beber gran cantidad de líquidos entre las comidas. Una comida o cena tiene que durar más de 15 minutos; lo ideal: 18-22 minutos. Ambiente agradable. Las preparaciones de las comidas sencillas, evitar salsas y condimentos fuertes (picantes, nuez moscada, etc.).
- › Breve siesta después de comer, de 15 a 20 minutos, sentado, no acostado.
- › Es preferible comer cuatro veces al día:
 - Desayuno (más completo de lo habitual): café o té con leche, yogur sólido o líquido, tostadas, una pieza de fruta.
 - Comida (no más tarde de las 14 horas) a base de: ensalada o hervido, carne, pescado o huevo (cocido o tortilla), 50 gr de pan, fruta.
 - Merienda (no más tarde de las 17.30 h): lácteo y fruta; frutos secos.
 - Cena (no más tarde de las 20 horas), a base de: yogur o leche fermentada, con bifidus o casei, bebida, jamón York o similar, fruta pelada; 30 g de pan. Ningún alimento antes de ir a dormir.
- › Aplicarse a comer de forma saludable, con pequeños “trucos”:
 - Comer despacio, masticando bien.
 - Evitar un exceso de sal en las comidas ya que retiene líquidos y sube la tensión arterial.
 - Si se tiene hambre entre medio de las comidas masticar 8-10 altramuces (sin piel) o comer una manzana o un melocotón pelados, o bien 10-12 cerezas (son muy saciantes) y luego agua.

- Evitar alimentos demasiado calóricos: carne o pescado fritos o empanados, grasas como mantequilla o tocino, huevos en forma de tortilla de patata con añadido de harina, o fritos o revueltos con mucho aceite. No salsas. No mojar pan. No comer patatas fritas de bolsa (¡¡¡lo que más calorías tiene!!), ni galletas, aunque sean “sin azúcar” (tienen más de 100 kcal/pieza en promedio).
- Suprimir: bollería, postres de pastelería (aunque sean “sin azúcar”), dulces de cualquier tipo, bebidas calóricas y menos si tienen gas.
- Tomar en cada comida al menos 10 gr de proteína. Por ejemplo: 120 gr de patata hervida, 100 gr de carne (plancha o asada), jamon york o pescado (preparaciones sencillas), y suplementar con un yogur descremado (tiene el solo 5 gr de proteína), preferible con L casei o Bifidus.
- Frutas menos recomendables por ser más calóricas o tener excesiva fructosa: sólo uvas, ciruelas, dátiles; fresas y fresones, depende.
- Hay alimentos que por su contenido en lactosa (lácteos), fructosa (frutas y verduras) o trehalosa (mariscos) pueden causar intolerancia a muchas personas. Consulte con su médico.
- Un cierto porcentaje de la población española tiene alergia alimentaria (huevo, leche de vaca, pescado, marisco, frutas –fresas, manzanas, peras, melón, plátano- frutos secos, legumbres y leguminosas –incluye soja y cacahuete-, hortalizas como apio o tomate). Consulte a su médico sobre esto y la posibilidad de alergia medicamentosa (aspirina, antibióticos, sedantes, etc.), combinada.
- No beber alcohol destilado: no se tolera bien, puede causar diarrea y nublar el juicio. Aumenta la fatiga muscular. Puede dar acidez de estómago o ascendente.

Si el paciente sufre además de SFM, de Síndrome de Intestino Irritable o Distensión Abdominal Funcional, deberá seguir los consejos siguientes:

- › Evitar alimentos ricos en fructosa: miel, mermeladas y gelatinas dulces.
- › Deberá beber al menos dos litros de agua al día (ocho vasos).
- › Suprimir totalmente el alcohol, incluyendo vino o cerveza: puede dar diarrea y retortijones de vientre.
- › Se tolera mejor leche con sucedáneo de café, cacao, malta u otros derivados solubles, que la leche sola. Se puede tomar azúcar si no se es diabético u obeso.

- › Evitar: nata montada, salsa bechamel, requesón cremoso, queso de untar y helados con leche. Todos ellos llevan lactosa en cantidad importante.
- › Evitar café, té y chocolate. Puede tomar manzanilla o poleo o poleo-menta, preferiblemente calentita.
- › Si padece estreñimiento: para desayuno cereales integrales (¡¡sin azúcar!!). Abundante agua. Como postre dos yogurs diarios (comida y cena) tipo bifidus. Llevar dentro de lo posible un horario regular para ir al WC. Evitar esfuerzos violentos para defecar; para no tener mareos o síncope. Si se precisa, colocar un alza bajo los pies, sentado en el WC.

No se ha demostrado que la ozonoterapia tenga efecto beneficioso.

La acupuntura (en manos expertas) tiene un efecto parcial sobre contractura y fatiga; menos en el dolor.

Se ha señalado cierto beneficio de la dieta exenta de gluten, pero sólo en uno de cada 5 pacientes, un solo grupo investigador, a lo largo de cuatro meses.

NO EXISTEN EN MEDICINA PRODUCTOS MILAGROSOS.

Consejos finales para mejorar la calidad de vida en pacientes con síndrome de fibromialgia, y fatiga crónica, e intestino irritable... la experiencia de cuarenta años de profesión médica.

Son las doce "R":

- › **Respiración relajada**, pero no superficial.
- › **Relajación muscular** (individual y por grupos). Si hay dolor crónico (de espalda, tendinitis, etc.) coincidente, tratarlo adecuadamente.
- › **Retomar actividades abandonadas**, que sean gratificantes.
- › **Rechazar pensamientos negativos** (¡¡y contacto con gente tóxica!!).
- › **Reconstruir la comunicación** con amigos verdaderos y la relación de pareja, siempre que sea equilibrada y gratificante.
- › **Repasar lo hecho** (fomenta la autoestima), porque ayuda a...
- › **Recordar** (lo por hacer), **Reordenar** (lo ya hecho) y **Repetir** (lo conveniente).
- › **Reevaluar** con Regularidad, Racionalizando, los fármacos que se toman: pueden alterar la memoria, la concentración, producir cansancio, dar inestabilidad, mareo u ortostatismo. De fármacos no saben los familiares, amigos ni conocidos. Tampoco lo que se anuncia por radio o TV es válido.

* * * * *



DR. JAVIER CALVO CATALÁ.

JEFE DEL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA Y METABOLISMO ÓSEO.
ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA.
PROFESOR ASOCIADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE VALENCIA
(REUMATOLOGÍA).

EL REUMATÓLOGO Y LA FIBROMIALGIA.

¿Quién es el médico encargado de la diagnosis o qué especialistas pueden realizarla?

La relación entre asistencia primaria y especializada es fundamental para conseguir una asistencia de calidad, siendo importante una derivación bidireccional: tanto del especialista al médico de familia, como al contrario.

Existe un principio básico: “el médico de familia debe derivar toda patología que mejore al paciente”.

Además, y respecto a la patología reumatológica, debe derivarse todo proceso que necesite medidas muy específicas de diagnóstico o cuyo tratamiento precise entrenamientos especiales, como pueden ser los tratamientos biológicos en la actualidad.

Estos tratamientos han significado un cambio radical en la vida de los enfermos reumatológicos con patología inflamatoria (artritis reumatoide, artropatía psoriásica y espondiloartritis), pero deben ser instaurados por reumatólogos preparados tanto para su inicio (prevención de infecciones, control de enfermedades concomitantes, etc.), como para su control evolutivo, pues se precisa valorar la aparición de efectos adversos que pueden ser de vital importancia. Además, hay que adiestrar al paciente cuando su administración es subcutánea (en otros casos, se debe utilizar el hospital de día, cuando la vía es intravenosa).

La fibromialgia es una enfermedad que se diagnostica mediante la historia clínica y una exploración básica (positividad puntos). Es aconsejable realizar una analítica básica para descartar patología inflamatoria, miopatías o hipotiroidismo (RFV, FR, PCR, CK, hormonas tiroideas). Todo esto puede realizarlo cualquier médico.

Es por ello que el médico de familia es el médico indicado para el diagnóstico, control y tratamiento de la fibromialgia.

Puede precisar la colaboración de otros especialistas, según la abigarrada sintomatología acompañante: otorrinolaringólogo (acúfenos), digestólogo (diarrea, dolor abdominal...), etc, pero teniendo en cuenta que es mejor aquilatar la asistencia en la propia consulta, evitando pruebas y exploraciones innecesarias.

Papel del reumatólogo ante la fibromialgia.

Los pacientes con fibromialgia, pueden necesitar ser valorados por el reumatólogo en algunas ocasiones:

- 1** Cuando el paciente acude al reumatólogo por presentar clínica articular o “dolores” generales. En nuestro país, se asocia al reumatólogo con “el médico del dolor”. Tras realizar la historia clínica, exploración y las técnicas oportunas, si el paciente es diagnosticado de fibromialgia, tras dar toda la información necesaria, se remite al paciente en muchas ocasiones a su médico de familia para continuar las revisiones.
- 2** Cuando el paciente está siendo tratado por su médico de familia, pero presenta síntomas o datos que pueden corresponder a patología inflamatoria reumatológica: síndrome seco (para descartar la asociación de la fibromialgia a un Síndrome de Sjögren), clínica articular distinta a los dolores musculares habituales (valorar asociación a artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, etc...).
- 3** Cuando el paciente no mejora con el tratamiento que le administra su médico de familia y solicita otra opinión diagnóstica. En estos casos, el reumatólogo valorará al paciente, sobre todo si existen otras enfermedades asociadas y si todo es negativo, colaborará con el médico de familia y le explicará en qué consiste su enfermedad, le marcará unas medidas higiénicas y terapéuticas y con un informe detallado, se remitirá de nuevo a su médico de familia para que continúe su control y tratamiento, insistiendo en que nos encontramos ante una enfermedad crónica y con resultados terapéuticos poco satisfactorios.
- 4** En los pocos casos en que el médico de familia tenga dudas diagnósticas, puede establecer una “consulta de alta resolución” en reumatología. El paciente será remitido con unas exploraciones pactadas en los criterios de derivación, de forma que en una misma visita, el reumatólogo recibe al paciente, lo valora y emite un informe al médico de familia en el que le explique que ante patología asociada, seguirá su control en reumatología o confirmando la impresión diagnóstica de fibromialgia. El paciente será informado de todo ello.
- 5** En los casos en que existan unidades multidisciplinarias de control y tratamiento de pacientes con fibromialgia, parece oportuno que el reumatólogo sea quien dirija el equipo de rehabilitador, psicólogo, médico de familia, etc...

Tratamientos eficaces en la Fm.

El paciente debe saber que no existe ningún tratamiento curativo de su enfermedad y que debe asumir que su papel es fundamental en mejorar la evolución.

El médico colaborará en lo posible en mejorar al paciente, pero el enfermo es la pieza clave. En la fibromialgia, solo mejora quien asume lo que tiene, como en otros muchos procesos, y solo entonces, se beneficiará de las tres “patas” de la banqueta que sostienen al paciente y si falla una de ellas, la banqueta de cae: ejercicio físico, tratamiento médico y mejora de los aspectos sociolaborales y psicológicos.

Ejercicio físico:

Es fundamental para preservar la capacidad funcional y mantener en buen estado músculos, tendones y articulaciones, recomendando el ejercicio aeróbico, que se iniciará de forma paulatina y aplicado a las características de cada paciente, evitando empeorar la fatiga.

Son recomendables la natación, marcha, gimnasia de mantenimiento, baile... Para que sea eficaz, debe ser agradable y nunca una obligación. Técnicas como Chi-Kung, Tai-Chi, Pilates, etc.. también pueden ser eficaces, combinando la concentración mental y la respiración con la movilización de todo el organismo.

Medicación:

No debemos basar el tratamiento de la fibromialgia solo en el tratamiento farmacológico, no existiendo ningún medicamento con indicación “oficial” para el tratamiento de la FM en Europa, aunque algunos fármacos los utilizemos frecuentemente en nuestros pacientes: antidepresivos como la amitriptilina, duloxetine, trazodona (Deprax®), anticonvulsivantes como la Pregabalina (Lyrica®) y relajantes musculares como la Ciclobenzaprina (Yurelax®). Su utilización se basa en estudios de poca duración y con pocos pacientes, por lo que su fiabilidad es dudosa.

El dolor lo intentaremos controlar con paracetamol, antiinflamatorios o tramadol, a veces asociados. De igual forma, podemos precisar tranquilizantes, ansiolíticos, etc...

Mejora de los aspectos psicológicos, sociales y laborales:

Mejorando estos problemas “asociados”, el paciente mejorará física y psicológicamente, pues la ansiedad, conflictos familiares y laborales (tan frecuentes en nuestros pacientes), van a empeorar la clínica y el pronóstico. Aquí influirá positivamente la psicoterapia en muchos casos.

Es útil aprender técnicas de relajación, contar “hasta diez” antes de hacer las cosas, períodos de descanso entre la jornada laboral, etc. puede ser indispensable en la terapia del paciente con fibromialgia.

No es aconsejable recurrir a medicinas alternativas que nos ocasionen gasto, ya que con los datos de que disponemos, no podemos recomendar con evidencias científicas ninguna de estas técnicas.

Algunos pacientes pueden mejorar, como con cualquier otra opción, pero insistimos, sin evidencias científicas. Sobre todo deben rechazarse si se precisa realizar un importante gasto. Cuidado en este sentido con las página Web que nos brinden soluciones con costo económico.

* * * * *



DR. JOSÉ MIGUEL LÁINEZ ANDRÉS.

JEFE DE SERVICIO DE NEUROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO.
 PROFESOR DE NEUROLOGÍA. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA.

DRA. ANA GARCÍA CASADO.

NEURÓLOGO. SERVICIO DE NEUROLOGÍA.
 HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO.

DRA. BEGOÑA LÓPEZ PESQUERA.

NEURÓLOGO. SERVICIO DE NEUROLOGÍA.
 HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO.

EL NEURÓLOGO ANTE LA FIBROMIALGIA.

La fibromialgia y el neurólogo.

Es un síndrome cuya manifestación principal es el dolor crónico. Además del dolor existe una multitud de síntomas asociados, como la fatiga, intolerancia al ejercicio, insomnio, diferentes tipos de cefalea, mareos, inestabilidad, colon irritable, trastornos psicológicos y psiquiátricos, sequedad de mucosas y otros muchos. Muchos de los síntomas, incluido el dolor, se encuadran dentro de la esfera neurológica; de ahí que el neurólogo sea uno de los especialistas implicados en el manejo de este complejo síndrome.

La etiología no es bien conocida, la evolución muy variable y en muchas ocasiones se asocia a otras patologías. Entre los desencadenantes hay casos con un claro origen físico mientras que en otros pueden predominar factores psicológicos e incluso sociales, sin embargo en las últimas investigaciones se pone claramente de manifiesto que existe un procesamiento anormal del dolor, que sería la clave de la mayoría de los síntomas expresados por el paciente.

La combinación entre una predisposición genética, diversos factores ambientales y la alteración en los mecanismos del dolor darían lugar al desarrollo de la enfermedad.

Existe una alteración tanto en la percepción como en transmisión e interpretación del dolor, bien sea por presentar un umbral de estimulación al dolor más bajo (generando mayor percepción de dolor ante la misma intensidad del estímulo doloroso conocido como hiperalgia) y/o desarrollando una percepción dolorosa ante estímulos de diversa naturaleza que no son dolorosos (conocido como alodinia).

Sin lugar a dudas existe una respuesta exagerada del Sistema Nervioso a todos los estímulos externos ya sean dolorosos, barestésicos, térmicos o eléctricos.

Cuando el neurólogo se enfrenta a un paciente con fibromialgia, lo más habitual, es que haya acudido a múltiples consultas previas con profesionales de diferentes especialidades y además se hayan realizado muchas exploraciones complementarias, cuyo resultado siempre está dentro de la normalidad.

Esta situación genera sentimientos de frustración en el paciente y de rechazo en su entorno, por lo que es muy importante en el primer contacto con el paciente y su familia explicar la fibromialgia e insistir en la veracidad de los síntomas a pesar de la normalidad de las exploraciones y ofrecer todo el tiempo necesario para contestar a todas las preguntas que todavía estén por resolver. Con esta actitud se forjará una buena relación médico-paciente, siendo un pilar imprescindible para la poder brindar posibilidades de mejoría.

El neurólogo debe estar bien familiarizado con la fibromialgia por su asociación frecuente a múltiples síntomas neurológicos como los diferentes tipos de cefalea, fundamentalmente cefalea tensional y migraña, y otros como fatiga, las alteraciones del sueño, el mareo o las quejas por falta de memoria.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico de la fibromialgia es clínico y uniforme para todos los profesionales implicados en su manejo. Los criterios clínicos que exponemos a continuación han sido revisados y publicados por el Colegio Americano de Reumatología en 2010. Un paciente cumple criterios diagnósticos de fibromialgia si están presentes las siguientes condiciones:

- › Índice de dolor generalizado mayor o igual a 7 (WPI) e índice de gravedad de los síntomas mayor o igual a 5 (SS score).
- › Los síntomas están presentes en los últimos tres meses con un nivel similar.
- › No existe patología concomitante que justifique el dolor.

Escala WPI (Widespread Pain Index).

Se deben valorar el número de áreas en las que el paciente ha tenido dolor en la última semana (0-19):

- › Cintura escapular izq.
- › Cintura escapular der.
- › Pierna izquierda.
- › Pierna derecha.
- › Brazo izquierdo.

- › Brazo derecho.
- › Mandíbula izquierda.
- › Mandíbula derecha.
- › Antebrazo izquierdo.
- › Antebrazo derecho.
- › Tórax.
- › Abdomen.
- › Cadera izquierda (glúteo/trocánter).
- › Cadera derecha.
- › Espalda superior.
- › Espalda inferior.
- › Muslo izquierdo.
- › Muslo derecho.
- › Cuello (nuca y cara anterior).

SS Score (Symptom Severity Score):

- › Fatiga.
- › Sueño no reparador.
- › Síntomas cognitivos.

Para cada uno de los síntomas indicados, se debe indicar el nivel de gravedad durante la última semana, a partir de la siguiente escala:

0 = Sin problemas.

1 = Leve, casi siempre leve o intermitente.

2 = Moderado, produce problemas considerables, casi siempre presentes de forma moderada.

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

La SS-Score es la suma de la gravedad de los tres síntomas (fatiga, sueño no reparador y síntomas cognitivos) más el valor de los síntomas somáticos.

La puntuación final debe estar entre 0 y 12. Considere los síntomas somáticos en general, indicando si el paciente presenta:

0 = Asintomático (0 síntomas).

1 = Pocos síntomas (entre 1 y 10).

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

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

El neurólogo en la investigación de la fibromialgia.

Aunque queda fuera del alcance de este manual el detallar las investigaciones que se han llevado a cabo en esta patología desde la esfera de las neurociencias es importante destacar que en los últimos años su aportación ha sido crucial para el conocimiento de los mecanismos fundamentales que dan lugar a este complejo problema.

Si bien es cierto que muchos de los hallazgos de los estudios han sido normales (ej: electromiografía o biopsia muscular), o inespecíficos (ej.: aumento en la amplitud del ritmo alpha en el electroencefalograma o alteración de las fases II, III y IV del sueño en la polisomnografía), otros como los estudios de neuroquímica (ej: aumento de aspartato y glutamato en el líquido cefalorraquídeo) y especialmente los de neuroimagen han contribuido de manera inapelable a conocer los mecanismos básicos que hacen entender el sufrimiento de este grupo de pacientes.

Queremos resaltar brevemente que las técnicas de neuroimagen funcional (son las que miden las respuestas del cerebro en diferentes condiciones o ante diferentes estímulos como por ejemplo el dolor) han sido claves en hacer más “visible” la fibromialgia ya que con estas técnicas se puede ver como el cerebro del paciente con fibromialgia se comporta de forma diferente en la percepción del dolor que el de aquellas personas que no la padecen.

Estas técnicas permiten, de algún modo “ver” el dolor en el cerebro. Hay diversas técnicas de imagen para medir las funciones del cerebro como son el SPECT o el PET, aunque la que se ha popularizado más por su mayor disponibilidad ha sido la Resonancia Funcional. Con esta técnica se ha podido demostrar por ejemplo que estimulaciones dolorosas de baja intensidad en pacientes con fibromialgia producen una activación de las áreas del cerebro del dolor como la Corteza Somatosensorial Primaria y Secundaria, la Corteza Prefrontal, el Lóbulo Parietal Inferior, la Corteza Cingular Anterior, la Ínsula, los Ganglios Basales, el Putamen y el Cerebelo.

Estas zonas del cerebro son las que se activan ante el dolor y con estímulos similares en pacientes sanos no produce la activación. Esto, sin duda, confirma que el cerebro del paciente con fibromialgia es mucho más sensible al dolor.

El neurólogo en el tratamiento de la fibromialgia.

El tratamiento de la fibromialgia debe ser llevado a cabo por un equipo multidisciplinar y en el mismo el neurólogo debe jugar un papel relevante. No obstante, en cada centro o en cada unidad, las funciones de cada uno de los especialistas pueden variar en función de la estructura o el tiempo disponible de cada uno de los profesionales.

A lo que nunca se debe sustraer el neurólogo es a intentar mejorar la calidad de vida global del paciente y no sólo los aspectos neurológicos.

En nuestros esquemas terapéuticos debemos tener presente siempre que el objetivo de mejorar los síntomas neurológicos se enmarca en el contexto del paciente con dolor generalizado y todas nuestras acciones terapéuticas deben ir dirigidas a mejorar tanto los síntomas neurológicos como la hipersensibilidad al dolor, sin olvidar las características personales y psicológicas de cada paciente e intentando coordinar al máximo nuestras acciones con las de los otros profesionales al cargo del paciente.

Desde la neurología podemos ayudar al paciente con el conocimiento de los fármacos y las técnicas que ayudan a controlar el dolor, así como de otros síntomas neurológicos que requieren tratamiento específico como las cefaleas, los mareos, los acúfenos o las alteraciones en la memoria.

En esta guía nos limitaremos a abordar el tratamiento general del problema evitando entrar en aspectos específicos de cada síntoma.

Problemas neurológicos más frecuentes que presentan los pacientes afectados de fibromialgia.

La fibromialgia es un síndrome complejo con gran diversidad clínica. Muchas veces el paciente consultará al neurólogo por distintos síntomas neurológicos. Ante la aparición de un nuevo síntoma en un paciente con fibromialgia, siempre hay que plantearse un nuevo diagnóstico diferencial, puesto que, si bien probablemente estará en relación con su enfermedad de base, también podría no estarlo y ser un síntoma de una nueva enfermedad.

Estos son algunos de los síntomas neurológicos más frecuentemente relacionados con la fibromialgia:

Cefalea:

Con mayor frecuencia se presenta en forma de cefalea tensional crónica (50% de los casos), y se asocia a una mayor tensión en la musculatura paracervical y occipital, empeorando en las situaciones de estrés.

También se observa mayor prevalencia de migrañas episódicas y migrañas crónicas con y sin abuso de analgésicos.

Acúfenos:

Son sensaciones molestas de zumbidos o pitidos en los oídos.

Inestabilidad o mareo.**Trastornos del estado de ánimo:**

Ansiedad, depresión, distimia.

Alteraciones de la concentración o de la memoria:

En los síntomas cognitivos destacamos la importante alteración de la memoria, en sus cuatro componentes: memoria de trabajo, memoria de atención y control ejecutivo, memoria episódica y memoria semántica.

Las mayores quejas que los pacientes nos refieren en el área de la memoria son dificultades para la retención de datos numéricos inmediatos, con empeoramiento si hay un factor de distraimiento y la dificultad para hacer más de una cosa a la vez; aumento del tiempo de reacción a las preguntas sobre datos aprendidos; vocabulario más reducido y dificultad para recuperar datos aprendidos. Estas alteraciones se deben en gran modo a la interferencia del dolor en el resto de actividades del cerebro y su intensidad muchas veces va en paralelo a la del dolor.

Parestesias o hipoestesia:

Son sensaciones al tacto extrañas o menor sensación de éste en una zona del cuerpo determinada. Generalmente en brazos, piernas o una parte de la cara.

Fatiga:

Se define por una respuesta excesiva al ejercicio, sin mejora tras el descanso, oscilante, que surge en episodios más o menos prolongados. Se presenta en un 55-95% de los pacientes, de predominio matutino, con leve mejoría posterior para reaparecer a lo largo del día; disminución del rendimiento físico; sensación de sobrecarga; dificultad para esfuerzos mantenidos...

Alteraciones del sueño:

Insomnio, despertares frecuentes, sueño superficial, no reparador, mioclonías (sacudidas en brazos o piernas) nocturnas.

Es muy importante no atribuir cualquier síntoma nuevo en un paciente a la fibromialgia y realizar ante los mismos una valoración exhaustiva, un examen neurológico detallado y las exploraciones complementarias que sean necesarias para excluir cualquier otro tipo de patología.

Causas de dichos problemas neurológicos.

La investigación ha demostrado que en las pacientes afectas de fibromialgia existe, sin ningún género de dudas, un aumento de la sensibilidad a cualquier estímulo externo (sea dolor, térmico, presión o sonido), junto a alteraciones neuroendocrinas y una activación anormal de regiones cerebrales implicadas en el manejo de los estímulos nociceptivos.

Asimismo se ha demostrado que está alterado el procesamiento afectivo y cognitivo de la información relacionada con el dolor. Por tanto, nos encontramos con un manejo anómalo a nivel central del dolor. Hablamos, por tanto, de la participación de neurotransmisores específicos y

comportamientos atípicos de receptores, que producen una amplificación de la señal dolorosa, por lo que encontraremos una disminución de los umbrales en los tender points (puntos sensibles dolorosos) con aumento de la respuesta tras estímulos repetitivos (a diferencia de los pacientes sanos), lo que apunta a una alteración en la respuesta de suma temporal del dolor.

En los neurotransmisores se ha detectado la disminución de los factores inhibitorios (los mecanismos que controlan la entrada de los impulsos nerviosos), tanto en el asta posterior medular como cortical.

A estos procesos de predominio opiáceo, con aumento de su actividad y disminución de los dopaminérgicos y noradrenérgicos, se añade el aumento del sistema excitatorio aferente, con aumento de aminas del grupo del glutamato y de la sustancia P, que se encuentran muy elevados en los enfermos en comparación con los sanos. Esto es evidente por pruebas en la corteza somatosensorial, donde se detectan alteraciones de la perfusión en comparación con los pacientes control (SPECT).

Hay una modificación estructural y disminución de volumen (de hasta 3,3 veces superior a los pacientes sanos) de áreas concretas de materia gris, que se acentúan con la duración y gravedad de la enfermedad. Estas zonas son la cingulada, la ínsula, la corteza frontomedial, el hipotálamo y el parahipocampo, zonas responsables de alteraciones afectivas y manejo del dolor crónico.

Se ha demostrado una respuesta precoz a potenciales evocados motores y auditivos en los pacientes de fibromialgia, en probable relación con la disminución de acción serotoninérgica central, que ha sido propuesta como sistema de clasificación o valoración para los enfermos; ello explicaría, al menos en parte, porque funcionan algunos fármacos como algunos antidepresivos.

Todas estas alteraciones comprobadas llevan a un cuadro clínico que podría definirse como una ampliación biológica de todos los estímulos sensoriales, con una hiperexcitabilidad del mecanismo receptor y procesador de las señales nociceptivas, con un umbral disminuido, una respuesta y sensibilización al dolor más rápida y persistente, y una disminución de los fenómenos de habituación, como muestra de la desorganización del manejo central del dolor.

Todos los síntomas referidos en el apartado anterior obedecerían esencialmente a un mecanismo de respuesta excesiva del cerebro ante estímulos normales.

Soluciones.

No existe un tratamiento mágico y totalmente curativo para la fibromialgia, pero existen suficientes remedios para aliviar de un modo significativo a un número elevado de pacientes y hay casos en los que se produce una recuperación completa. **Las medidas que se aconsejan van dirigidas a mejorar la calidad de vida, la capacidad de afrontar los síntomas y el bienestar psicológico, que constituyen en realidad un tratamiento sintomático.**

› Medicina Tradicional:

Fisioterapia y ejercicio físico: El tratamiento varía en función del grado y manifestación clínica de cada caso, por lo que debe individualizarse lo máximo posible.

Los aspectos a valorar son: el dolor, la disfunción muscular y la impotencia funcional secundaria.

El tratamiento requiere una participación activa del paciente, es sintomático y se basa fundamentalmente en disminuir la hipertonía muscular y conseguir relajación para paliar el dolor miotendinoso.

De los diversos métodos que se utilizan habitualmente, la práctica de ejercicio es el de mayor evidencia de efectividad, dejando las técnicas pasivas aplicadas localmente (ejercicio físico aeróbico supervisado, crioterapia local, termoterapia, termóforos, fototerapia, diatermia, ultrasonidos, masoterapia TENS de baja frecuencia) para los problemas locales concomitantes en muchos pacientes, como el dolor miofascial regional o las tendinopatías. El ejercicio debe ser supervisado en los casos con afectación moderada o severa, pudiendo precisar una instauración gradual.

El ejercicio físico se ha combinado con los programas educativos, realizándose en sesiones de treinta minutos a una hora con la misma cadencia que el programa educativo y se desarrolla de forma aeróbica, dentro o fuera del agua, y se aplica en grupo, ajustando la progresión de forma individual.

Es importante que cuando se realiza ejercicio no se sobrepasen los límites individuales en cada paciente, ya que a veces el realizar un ejercicio excesivo conlleva un agotamiento marcado que impide realizarlo en los días siguientes.

Psicoterapia:

Los factores psicológicos desempeñan un importante papel tanto en el inicio como en el mantenimiento de la fibromialgia.

Las técnicas psicoterápicas pueden ser de ayuda en el manejo de este problema y deben tener especialmente en cuenta la modificación de las conductas desadaptativas, la reducción de las conductas de dolor, el incremento progresivo de la capacidad funcional del paciente, la modificación de atribuciones, la promoción de las estrategias de afrontamiento adaptativas y el tratamiento de los trastornos psicopatológicos.

Es imprescindible educar a las familias para que puedan actuar de forma eficaz como coterapeutas. Las técnicas de relajación y biofeedback pueden ser de gran ayuda. Se recomienda la reducción de la activación emocional y de la tensión muscular excesiva mediante entrenamiento en relajación muscular progresiva.

Deben incluirse técnicas de distracción y de transformación imaginativa del dolor y del contexto, así como técnicas de reestructuración cognitiva enfocadas a modificar las creencias y las atribuciones negativas sobre el dolor (por ejemplo, la catastrofización) y a promover la sustitución de las estrategias de afrontamiento no adaptativas (por ejemplo, la evitación de la actividad).

Farmacoterapia:

El tratamiento de estos pacientes debe ir dirigido hacia dos objetivos: el control del dolor y el control de otros síntomas:

1. Control del dolor:

Trata de aliviar el sufrimiento derivado del dolor generalizado, especialmente los dolores axiales y de las contracturas musculares dolorosas, localizadas y frecuentes.

No existe un fármaco ideal pero existen bastantes alternativas. Existen dos grandes grupos de fármacos que contribuyen a mejorar el dolor modificando la hipersensibilidad del cerebro al mismo; estos son los antidepresivos y algunos antiepilépticos (también llamados neuromoduladores).

Entre los primeros, el grupo de antidepresivos tricíclicos es el que ha demostrado mejor eficacia siendo la amitriptilina el que se ha utilizado en la mayoría de estudios: No obstante son fármacos con muchos efectos adversos (ganancia de peso, sequedad de boca, constipación..) por lo que en muchos casos se utilizan antidepresivos de otros grupos farmacológicos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

Los ISRS (como fluoxetina o sertralina) pueden ser una opción de inicio en el tratamiento y pueden combinarse para aumentar su eficacia con dosis bajas de tricíclicos. Otra opción con quizás eficacia superior la constituyen los inhibidores duales de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) como la duloxetina, venlafaxina y milnacipran (este último no está comercializado en nuestro país).

Algunos antiepilépticos utilizados en el tratamiento del dolor neuropático (especialmente pregabalina) han demostrado beneficio en algunos estudios y se pueden utilizar de forma combinada con los antidepresivos.

Además de los antidepresivos y la pregabalina hay un conjunto de fármacos que han demostrado eficacia en algún estudio y que deben considerarse como alternativas: ciclobenzaprina, tramadol, gabapentina, pramipexol y oxibato sódico.

También pueden utilizarse tratamientos analgésicos puramente sintomáticos que nos ayudan también a controlar el dolor; el que ha mostrado mejores datos de eficacia en los ensayos clínicos ha sido el tramadol; no obstante, como en el resto de terapias farmacológicas, las recomendaciones han de ser individuales en función de las características de cada paciente.

2. Control de otros síntomas:

De nuevo la amitriptilina es útil en el control de los trastornos del sueño (junto con la ciclobenzaprina o el zolpidem) y la fatigabilidad-astenia.

En las alteraciones del estado de ánimo se recomienda un ISRS como la fluoxetina, setralina o un dual como la duloxetina o venlafaxina.

En aquellos pacientes que presenten síntomas de disautonomía (temblor, mareos, taquicardias) se recomienda asociar un betabloqueante (propranolol).

› **Medicinas y Técnicas Alternativas:**

Globalmente existen pocos datos científicos que las soporten, si bien individualmente hay pacientes que se sienten mejorados con algunas de estas técnicas:

Acupuntura:

No hay evidencia para su recomendación o no, aunque ha habido algún estudio que ha mostrado datos positivos. Si el paciente nota mejoría no hay razón para que no lo utilice.

Homeopatía:

Tampoco hay suficiente evidencia para recomendarla debido a las importantes limitaciones de los ensayos clínicos.

Balneoterapia:

Existe una evidencia limitada en la efectividad de los baños, ya que parece que su efecto puede durar hasta 6 meses, lo cual es una limitación en una patología crónica.

Masaje:

Aunque diversos estudios muestran un efecto favorable del masaje a corto plazo, hay limitada evidencia para recomendar el de forma sistematizada el masaje en los pacientes con fibromialgia.

Recomendaciones generales para una mejora en la calidad de vida.

Somos conscientes del esfuerzo personal que supone vivir con esta enfermedad y levantarse cada día con fatiga y dolor e incluso, en los caso más avanzados, con dificultades para llevar a cabo las tareas más elementales.

A pesar de ello seguimos pensando que es muy importante el intentar conseguir que la enfermedad se convierta el eje de la vida de los pacientes. Por dicho motivo, nos atrevemos a dar una serie de consejos-sugerencias para la vida cotidiana que, por más de repetidas, siguen siendo muy importantes y que pueden ayudar al paciente a enfrentarse mejor con la enfermedad:

- › Es imprescindible que los pacientes conozcan bien la enfermedad utilizando los diferentes recursos que están a su alcance; como pedir información a su médico/s, acudir a la asociación de enfermos de fibromialgia, consultar libros de divulgación... El fin es poder aprender a reconocer aquello que les mejora y les empeora y así buscar alternativas o soluciones a cada una de las situaciones que nos surja. En este sentido es crucial mantener una relación franca con nuestro médico en la que se pongan a discusión todos los problemas que conlleva nuestro padecimiento.
- › Aunque sea un tópico, se debe intentar siempre aceptar la enfermedad y desdramatizarla adoptando conductas positivas, resaltando lo que nos hace felices y construyendo una base confianza en la posible mejoría de los síntomas.
- › Deben controlar las emociones negativas para evitar su cronificación. Si se dejan guiar por el estrés o lo negativo pueden sufrir trastornos psiquiátricos añadidos a la fibromialgia, lo que empeoraría de forma significativa su calidad de vida.
- › Para el alivio del dolor no son útiles sólo los tratamientos prescritos; también ayuda la actitud y el tipo de vida (ej. Ejercicio físico). Es muy importante realizar ejercicio físico adaptándolo a las posibilidades de cada uno. Inicialmente cuesta empezar pero si descubrimos una tarea agradable que pueda empezarse de forma progresiva, en poco tiempo experimentamos una gran mejoría en nuestra forma física. Siempre hay que recordar que es tan negativa la inactividad como el realizar un número excesivo de tareas. Cada persona debe buscar y encontrar su equilibrio.
- › Ayuda a mejorar la atención y concentración el hacer un buen uso del tiempo; escoger las tareas más complejas del día para llevarlas a cabo en nuestro mejor momento; hacer una tarea después de otra; no olvidar practicar juegos de mesa y actividades lúdicas y de relación social.
- › Para mejorar el descanso nocturno se debe intentar establecer un horario fijo tanto para acostarse como para levantarse, con ello se ayuda a regular mejor el sueño; se debe evitar hacer siestas prolongadas y el consumo de estimulantes
- › El apoyo familiar y del entorno es un pilar fundamental, por lo que se debe potenciar haciéndoles partícipes de la situación, acudiendo a las visitas con el médico sin dejar a un lado el compartir tareas agradables y placenteras que nos hacen disfrutar en familia.
- › Se debe intentar, en la medida de lo posible y aunque sea con esfuerzo, llevar un ritmo en la vida normal similar al que uno llevaría si no padeciera la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA.

Villanueva VL, Valía JC, Cerdá G, Monsalve V, Bayona MJ, Andrés J. Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. Rev Soc Esp del Dolor.2004;11(7):430-443

Arias M. ¿Es la fibromialgia una enfermedad neurológica? Neurología 2008;23(9):593-601

Alegre G, Garcia J, Tomás N, Gómez JM; Blanco E, Gobbo M, Pérez A, Martínez A, Vidal A, Alatriba E, Gómez A. Documento Consenso interdisciplinar para el Tratamiento de la Fibromilagia. Actas Espa Psiuiatr 2010; 38: 108-120

Torres Villamor A. Fibromialgia: conceptos previos, epidemiología, etiopatogenia, fisiopatología, clínica y diagnóstico. mgf 2011.13682-90

* * * * *



DR. MANUEL MARTÍNEZ-LAVÍN.

DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA.
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA DE MÉXICO.

FIBROMIALGIA. TRATAMIENTO HOLÍSTICO BASADO EN LA CIENCIA.

El esquema de tratamiento aquí propuesto está basado en parte en los conceptos derivados de las investigaciones llevadas a cabo en el Instituto Nacional de Cardiología de México. Dichas investigaciones proponen que la fibromialgia es una enfermedad de nuestro sistema principal de regulación interna y de adaptación al medio ambiente, que es el sistema nervioso autónomo. Dicho sistema trabaja de manera forzada produciendo cantidades excesivas de adrenalina. Hay factores genéticos, ambientales, traumáticos y en algunos casos infecciosos que promueven el desarrollo de la enfermedad.

Desde un punto de vista filosófico, la fibromialgia se puede conceptualizar como un intento fallido de adaptarnos a un medio ambiente hostil. El exceso constante de adrenalina irrita los nervios encargados de transmitir el dolor, impide el sueño reparador y por ende provoca la fatiga constante.

En el tratamiento de muchas enfermedades convencionales, el paciente juega un papel pasivo como consumidor de medicamentos o receptor de intervenciones quirúrgicas. El régimen de la fibromialgia es totalmente diferente. Para aliviar esta enfermedad, la paciente y sus allegados deben de tomar una postura activa y propositiva.

El elemento más importante para un tratamiento exitoso es, primero, entender, para después poder afrontar al padecimiento. En el proceso terapéutico, es fundamental la participación de personas allegadas a la paciente. Tales individuos generalmente pertenecen a la familia.

Entender.

Es preciso entender que la fibromialgia no es una enfermedad imaginaria. Que el dolor y los demás síntomas son reales, y que existe una explicación coherente para la presencia de molestias tan diversas en la misma persona. Entender, que los nervios encargados de transmitir el dolor están realmente irritados. Que el dolor no revela un daño progresivo en los músculos,

las articulaciones u otra estructura interna del cuerpo. Entender que el sistema principal de regulación interna y de adaptación al medio ambiente (el sistema nervioso autónomo) está descompuesto. Que frecuentemente hay un impacto emocional negativo, y éste puede desempeñar un papel importante en el agravamiento del padecimiento.

Entender las razones fundamentales por las cuales la fibromialgia es tan común en nuestros días. La modernidad ha propiciado un medio ambiente más hostil. Las personas intentan ajustarse a la nueva realidad forzando su sistema principal de adaptación (el sistema nervioso autónomo). En los casos de fibromialgia el sistema pierde elasticidad, se quiebra, y la enfermedad aparece.

Por lo tanto todo lo que sea violentar nuestro sistema de adaptación, mediante inmoderada tensión física o emocional, es perjudicial. Reconocer que con frecuencia, las personas con fibromialgia son inflexibles y perfeccionistas. No logran estar satisfechas con su propio desempeño. Se apropian de los problemas de los demás.

Si se entiende esto, se verá que como consecuencia lógica, todo lo que lleve a un estilo de vida sano y sosegado es beneficioso. Sin embargo los consejos «relájate» o «échale ganas» son frases huecas si no se proveen las herramientas y el apoyo correspondientes para llevarlos a cabo.

Afrontar.

La segunda parte de la fórmula exitosa es el afrontar la enfermedad. La paciente y sus familiares deben tomar un papel activo en la rehabilitación, y no esperar que una píldora mágica cure todos los malestares.

Muchas personas sienten alivio cuando se les informa del diagnóstico de fibromialgia, ya que, después de muchos años, encuentran una explicación lógica y coherente para sus múltiples molestias. Este alivio es más acusado en aquellos casos que habían sido erróneamente diagnosticados y tratados como si sufriesen una enfermedad degenerativa.

Un diagnóstico adecuado ayuda también a detener el peregrinaje de las pacientes por los consultorios médicos, y, por ende, evita el gasto en numerosos estudios innecesarios y tratamientos engorrosos.

Con la fibromialgia ocurre algo similar a lo que sucede en otras enfermedades crónicas, como la osteoartritis, la diabetes o la hipertensión arterial. Hay un espectro de gravedad que parte desde la normalidad y que gradualmente se va alterando hasta llegar al otro extremo del espectro, en donde el grado de las alteraciones causa incapacidad.

Por lo tanto, existe un subgrupo de pacientes en las cuales la explicación es suficiente para poder continuar con su vida normal; en el polo opuesto están los casos que necesitan diversas modalidades de intervenciones para poder salir adelante.

El tratamiento debe ser individualizado y holístico.

Individualizado, porque dos pacientes pueden responder de manera diferente, y hasta contraria, a un mismo tratamiento; por lo tanto, es preciso elaborar una prescripción que se ajuste a las particularidades de cada persona.

Holístico, porque hay que entender a cada persona como una unidad biopsicosocial. Es necesario atender las molestias físicas y su repercusión emocional. También definir el papel que juega un medio ambiente hostil en cada caso en particular. La terapia holística se puede lograr mediante diversas técnicas y disciplinas, así como con terapia física y medicamentos. En la actualidad, es totalmente irreal el pensar que una píldora mágica vaya a curar todas las molestias de la fibromialgia.

Medidas no medicamentosas.

Hay ciertas técnicas y disciplinas que han probado, por medio de estudios controlados, su efectividad para mejorar las molestias de la fibromialgia. Conviene hacer hincapié en que se está hablando de mejoría, no de curación.

La actitud hacia la enfermedad:

Si la actitud de la paciente es la de reconocer y asumir la presencia de los síntomas, así como la de sentirse capaz de manejarlos, el pronóstico es más favorable.

Si, en cambio, la paciente se ve arrollada por el padecimiento, incapaz de reaccionar ni de tomar medidas por su cuenta para mejorar, y además alberga sentimientos catastróficos, el pronóstico es más sombrío. Este fenómeno se ha comprobado no sólo en la fibromialgia, sino en otras enfermedades reumáticas, como la artritis reumatoide y la osteoartritis.

Hay técnicas psicológicas de autoeficacia, consistentes en:

- › Ponerse metas asequibles en relación a las actividades físicas para luego cumplirlas.
- › Ver y seguir el ejemplo de otras personas que han logrado sobreponerse a la enfermedad.
- › Recibir retroalimentación positiva por parte de pacientes y profesionales de la salud.
- › Entender las reacciones fisiológicas del cuerpo.
- › Razonar que el constante exceso de adrenalina que caracteriza la fibromialgia, es el causante de las múltiples molestias.

Esto se puede lograr a través de grupos pequeños de autoayuda.

Terapia grupal:

En el caso de la fibromialgia, la terapia en grupos de 10 a 15 personas es beneficiosa. El grupo debe tener una actitud proactiva. Hay dos personajes claves para que esto suceda: El primero es una paciente rehabilitada, que pueda mostrar que sí se puede salir del atolladero de la fibromialgia. Una líder que se sirva de su experiencia pasada como incentivo para mostrar a sus compañeras el camino para salir adelante. Que anime constantemente al grupo hacia la mejoría. El segundo personaje clave es una psicóloga, que tenga los conocimientos de las diversas técnicas cognitivo-conductuales y que esté familiarizada con la enfermedad. Hay que insistir en que la actitud del grupo debe ser siempre la de la búsqueda de una mejoría. Son contraproducentes las terapias de grupo que se convierten en un corrillo de lamentaciones.

La terapia grupal ofrece la ventaja adicional de que reduce los costos del tratamiento. Está claro que no en todos los casos de fibromialgia está indicada la terapia de grupo.

Ejercicio:

Las molestias principales de las pacientes son el dolor y la fatiga. Es obvio que estos dos síntomas se contraponen directamente al ejercicio. Con razón, las pacientes a veces protestan diciendo «¿cómo quiere que haga ejercicio si apenas me puedo mover?». Aquí la clave es la palabra graduado, es decir, el ejercicio dosificado según las limitaciones de la persona. También hay evidencias científicas que avalan el beneficio del ejercicio en los diversos síntomas de la fibromialgia, como el dolor, el cansancio y el número de puntos dolorosos.

Nosotros recomendamos comenzar con ejercicios de estiramiento, También son aconsejables los movimientos en el agua (aqua-aerobics). La gimnasia aeróbica es útil, e incluye la caminata en un lugar relajante, preferentemente rodeado de vegetación, montar en bicicleta y la natación. En una etapa mas avanzada de la rehabilitación están indicados los ejercicios de fortalecimiento muscular. Otra modalidad efectiva es practicar diversos tipos de danza. Las terapias físicas se deben realizar por la mañana, hay que evitar hacerlos por la noche, ya que a esas horas pueden interferir con el sueño.

Las disciplinas orientales como el Tai-chi, y Qi-gong están basadas en el concepto Yin-Yang. La práctica de dichos movimientos armoniza el funcionamiento del sistema nervioso autónomo, por lo tanto son recomendables en caso de fibromialgia.

Los ejercicios respiratorios son beneficiosos ya que modulan de manera directa el sistema nervioso autónomo. La respiración diafragmática disminuye los niveles de adrenalina. Para practicar este tipo de respiración, se deben de seguir los siguientes pasos:

- › La posición inicial debe de ser acostada, con un almohada debajo de las rodillas.
- › Una mano se pone en el área del ombligo y la otra sobre el pecho. Al meter el aire (inhalación), el abdomen se debe de agrandar mientras que el tórax se mueve poco.

- › Las inhalaciones deben de ser lentas a través de la nariz y las exhalaciones relajadas, a través de los labios semi-apretados. Los ciclos respiratorios deben tener un ritmo aproximado de 6 por minuto.
- › Las sesiones deben durar de 5 a 10 minutos.
- › El simular un bostezo ayuda a reconocer como se produce la respiración diafragmática.

Terapia cognitivo-conductual:

Consiste en una serie de estrategias psicológicas que explican a las pacientes cómo diferentes tipos de creencias, pensamientos, expectativas y conductas pueden tener efectos tanto positivos como negativos en los síntomas de la enfermedad.

Se enfatiza también el papel que puede desempeñar la persona en la mejoría de sus propios síntomas, y se le provee de técnicas específicas para paliar sus molestias. Por ejemplo, dividir el tiempo de manera más adecuada entre el trabajo, el descanso y las actividades placenteras, o seguir técnicas de relajación mediante ejercicios respiratorios, meditación, retroalimentación biológica o visualización de imágenes. Hay también intervenciones para reestructurar las creencias de las personas acerca de su enfermedad.

Es importante insistir en el hecho de que hay evidencia científica que avala la utilidad de las disciplinas arriba descritas en la fibromialgia. El motivo de la mejoría no está aclarado; sin embargo, conviene subrayar que estudios diferentes han concluido que dichas técnicas mejoran también el funcionamiento del sistema nervioso autónomo. Nosotros proponemos que ésta es precisamente la razón de la mejoría en los casos de fibromialgia.

Dieta:

Hay que tomar en cuenta que un gran porcentaje de pacientes sufre de intestino irritable. Esta condición debe de visualizarse como una « fibromialgia del intestino», ya que se han demostrado en el tracto digestivo, las mismas alteraciones de dolor, hipersensibilidad a la presión y disfunción local del sistema nervioso autónomo. Muchas personas reconocen una relación directa entre la intensidad de las molestias intestinales y el dolor difuso.

En el intestino irritable existe también la influencia de un medio ambiente hostil, en este caso ingerido como comida chatarra. Hay evidencias que sugieren que la dieta tiene alguna relación con el desarrollo y persistencia de la fibromialgia. Es claro que no hay una dieta única para la enfermedad. Por lo tanto es adecuado eliminar cierto tipo de alimentos y observar si hay mejoría en las molestias al paso de varias semanas.

Como norma general hay que evitar alimentos ricos en grasas animales, incluyendo alimentos fritos, así como comidas demasiado condimentadas. La dieta debe de ser predominantemente vegetariana. Todo tipo de frutas y verduras frescas son aconsejables. El pescado es beneficioso, hay que evitar la carne roja.

La habilidad del intestino para digerir los azúcares de la leche (la lactosa), disminuye lentamente con la edad. Además, hay personas intolerantes a la lactosa por lo que es prudente hacer la prueba de evitar leche y queso fresco. Otras personas son intolerantes al gluten que es la proteína contenida en trigo, cebada, avena y centeno. Las personas de origen europeo son más propensas a la intolerancia al gluten, mientras que los de origen americano lo son a la lactosa.

Los alimentos con alto contenido de azúcar simple (dulces, galletas o pasteles) deben de ser evitados ya que su fermentación provoca distensión abdominal. Estos carbohidratos también pueden inducir una disminución tardía en los niveles de glucosa. El brusco ingreso de azúcares en el organismo, hace que se produzca demasiada insulina con la consecuente hipoglucemia reactiva.

También es recomendable evitar el consumo excesivo de alcohol y el de bebidas que contengan sustancias parecidas a la adrenalina, como la cafeína; por tanto, lo mejor es apartar de la dieta los refrescos de cola y el café. Existe la posibilidad teórica, que no se ha corroborado, de que el aspartamo contenido en los refrescos de dieta, por su semejanza química con el aspartato, pudiese tener cierta acción irritante en los casos de fibromialgia.

En vista de esta posibilidad, es conveniente abstenerse de este tipo de bebidas. Una consideración similar aplica al glutamato monosódico utilizado para mejorar el sabor de los alimentos. Diversas sopas enlatadas, frituras y la salsa de soya para condimentar comidas orientales contienen esta sustancia.

Muchas pacientes con esta enfermedad tienen la presión arterial baja; esta anomalía puede favorecer la presencia de molestias como el cansancio y el mareo. Una manera sencilla de intentar mejorar estas alteraciones es beber agua con alto contenido de minerales, pues favorece el aumento de la presión arterial.

Por lo general, no son recomendables las bebidas comerciales para deportistas con alto contenido mineral, ya que aportan también glucosa y otro tipo de sustancias.

Tabaquismo:

Aparte de las recomendaciones dietéticas, es adecuado abstenerse de fumar, ya que la nicotina perjudica el funcionamiento del sistema nervioso autónomo. Es clara la asociación de tabaquismo con el desarrollo y gravedad de la fibromialgia.

Medidas higiénicas para mejorar el sueño:

La falta de sueño reparador ocurre hasta en el 90% de las pacientes con fibromialgia, y tiene un impacto negativo en el dolor y la fatiga. Un periodo de sueño adecuado es fundamental para mantener un adecuado ritmo circadiano.

Las siguientes medidas ayudan a re-ajustar nuestro reloj biológico.

- › Acostarse y levantarse a la misma hora. Es una rutina fundamental para regular nuestro reloj biológico. Aunque la calidad del sueño haya sido mala durante la noche, hay que intentar levantarse a la siempre a la misma hora.
- › Evitar siestas durante el día.
- › No ingerir alcohol 6 horas antes de dormir. Aunque el alcohol pueda tener un efecto sedante inmediato, es estimulante en el mediano plazo.
- › Cenar ligero, sin cafeína ni tabaco.
- › El ejercicio debe de ser en la mañana, no antes de dormir.
- › La cama debe de ser cómoda.
- › La cama se usa para dormir y/o tener relaciones íntimas. No utilizarla como mesa de trabajo. Nuestra mente debe de asociar "cama" con "dormir".
- › La temperatura de la habitación debe de ser fresca. Utilizar cobertores en caso necesario.
- › Al levantarse hay que exponerse a la iluminación solar. Esto ayuda a regular nuestro reloj biológico.
- › No llevar a la cama las tareas no finalizadas, ni los pleitos del día.
- › Establecer rituales preparatorios. Lectura, música relajante, meditación y/o baño en tina.
- › No ver televisión antes de dormir.
- › No ingerir medicamentos que alteren el sueño.
- › En caso de despertarse a media noche y no poder volver a conciliar el sueño. Es mejor irse a otra habitación y leer sobre algún tema relajante.

El tratamiento con medicamentos.

Se deben utilizar medicamentos en caso estrictamente necesario y bajo la supervisión directa de un médico. Nunca automedicarse. Ya vimos que la fibromialgia produce molestias en diferentes partes del cuerpo.

El peligro constante es que a la paciente se le administre uno o más medicamentos por cada síntoma (para el dolor de cabeza, el dolor muscular, el intestino irritado, la cistitis, la ansiedad, etc.). Consumir múltiples medicamentos (la polifarmacia) no mejora la enfermedad y pone a la paciente en peligro de desarrollar efectos colaterales indeseables.

Hay que recordar que las personas con fibromialgia son especialmente sensibles a los fármacos, por lo cual conviene iniciar cualquier tratamiento con una dosis mínima e irta aumentando paulatinamente.

La polifarmacia es un peligro perenne en la época actual, debido a la fragmentación de la medicina en especialidades. Por lo tanto, lo mejor es que un solo médico coordine el tratamiento y que pida consulta al especialista en caso necesario.

Con frecuencia surge esta pregunta: “¿qué tipo de especialista es el más indicado para tratar a las personas con fibromialgia?” Desde el punto de vista histórico, los reumatólogos han sido los médicos que definieron la enfermedad y que, mediante la investigación, ayudaron a entender mejor sus mecanismos. Sin embargo, las evidencias actuales muestran que la fibromialgia es una enfermedad neurológica.

Creemos que, en lugar de un especialista bien definido, el médico más adecuado es aquel que entienda y que crea en la fibromialgia, que tenga una visión integral de la medicina y que esté familiarizado y sea capaz de diferenciar esta enfermedad de los múltiples padecimientos con los cuales se puede confundir.

Medicamentos para el dolor:

La fibromialgia no es un proceso inflamatorio; por lo tanto, los medicamentos antiinflamatorios del tipo del naproxeno, diclofenaco o celecoxib tienen poco efecto en el dolor. Son útiles cuando existe otro componente doloroso asociado, como una bursitis u osteoartritis.

Analgésicos:

Son más útiles los llamados analgésicos puros del tipo del paracetamol, con una dosis inicial de 500 miligramos tres veces al día, la cual se puede incrementar hasta 750 miligramos cuatro veces al día. Un analgésico más potente es el tramadol. Este compuesto actúa sobre los receptores opioides del cerebro, por esto se lo llama analgésico de acción central. Se utiliza a una dosis inicial de una tableta de 50 miligramos tres o cuatro veces al día. Esta sustancia presenta la ventaja de que también se puede suministrar en gotero en una concentración de 10 miligramos por mililitro, lo cual permite una dosificación más cuidadosa.

Una dosis adecuada de inicio es de 5 a 10 gotas, tres o cuatro veces al día. El tramadol puede tener como efectos secundarios náuseas y mareos.

Estos dos medicamentos (paracetamol y tramadol) se han utilizado en combinación para casos con dolor más intenso.

Medicamentos antineuropáticos:

Como se asentó previamente, el dolor de la fibromialgia tiene características neuropáticas. Hay sustancias que disminuyen la excitabilidad de los nervios que transmiten el dolor. Son los llamados medicamentos antineuropáticos. Se usan en padecimientos como la neuralgia posherpética o la neuropatía diabética.

Dichas sustancias pueden resultar igualmente eficaces en la fibromialgia. Como ejemplo de medicamentos pertenecientes a este grupo está la gabapentina y la pregabalina. En estudios controlados, ha demostrado que la pregabalina es efectiva en un subgrupo de personas con fibromialgia. La pregabalina puede ayudar también en la ansiedad y el insomnio.

Estos compuestos parecen ser más útiles en aquellos casos con dolor intenso que se acompaña de parestesias prominentes (ardores, hormigueo, sensación de choques eléctricos). El hecho de que los agentes antineuropáticos funcionen en la fibromialgia, es un argumento adicional a favor del origen neuropático de dolor.

Antidepresivos:

En la fibromialgia y otros padecimientos dolorosos crónicos, se han utilizado fármacos antidepresivos con fines analgésicos. El que más se usa es la amitriptilina, un compuesto que pertenece al grupo de los llamados antidepresivos tricíclicos.

Las dosis que se recomiendan para tratar la fibromialgia son menores a las usadas en la depresión. La amitriptilina, con una dosis inicial de 10 miligramos por la noche (la cual se puede incrementar paulatinamente), es eficaz contra el insomnio, la fatiga y el dolor, en ese orden.

Algunos pacientes no toleran ni siquiera estas pequeñas dosis, ya que experimentan los efectos contrarios, como ansiedad nocturna, y mareo y boca seca durante el día.

Otra clase de antidepresivos son los llamados inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, grupo al que pertenecen la fluoxetina y la paroxetina. Los estudios controlados en fibromialgia no han mostrado mejoría del dolor, pero sí en el ánimo de las pacientes.

Estos resultados son una evidencia adicional de que el dolor y la depresión son dos manifestaciones diferentes.

Hay una nueva clase de antidepresivos inhibidores duales de la recaptura de serotonina y adrenalina, como la venlafaxina, el milnacipran y la duloxetina; estos dos últimos han mostrado, mediante estudios controlados de corta duración, que son capaces de paliar el dolor en un subgrupo de pacientes con fibromialgia. En el continente americano, el milnacipran y la duloxetina están aprobados para usarse en casos de fibromialgia.

Está en proceso de evaluación, medicamentos analgésicos derivados del principio activo de la marihuana (canabinoides).

Moduladores de la serotonina:

Aparte de los antidepresivos, hay otro grupo de fármacos que inciden sobre diversos receptores de la serotonina. Dichos medicamentos fueron diseñados originalmente para controlar la náusea y el vómito en pacientes sometidos a quimioterapia. El más conocido es el tropisetron, el cual, en un estudio controlado de muy corta duración (10 días), demostró ser efectivo en el tratamiento de esta enfermedad.

Adicción:

Un temor frecuentemente expresado por las pacientes es el peligro de la adicción a los medicamentos. Aquí hay que diferenciar dos circunstancias.

La primera es que el efecto benéfico del medicamento sobre el dolor haga que la paciente quiera seguir utilizándolo; esto no es adicción, sino dependencia del efecto benéfico del tratamiento. La segunda circunstancia, muy diferente, es la verdadera adicción, que se define como el uso ilegal de los medicamentos, mediante métodos fraudulentos de obtención, para obtener efectos eufóricos. La experiencia ha mostrado que la adicción a los analgésicos es excepcional en las personas con fibromialgia.

Cuando existe un área del cuerpo particularmente dolorosa, donde se encuentra un «punto gatillo» que al presionarlo empeora el dolor en la zona circunvecina, es adecuado inyectar en ese punto un anestésico local del tipo de la xilocaína.

El uso de xilocaína por vía endovenosa está indicado en casos de dolor extremo. La literatura médica contiene descripciones anecdóticas con resultados favorables, pero hay que señalar que el uso de xilocaína endovenosa puede tener complicaciones serias.

Medicamentos que pueden ayudar al sueño:

Todos los mamíferos secretan una hormona al principio de la noche que ayuda a conciliar el sueño; se llama melatonina y es secretada por la glándula pineal.

La melatonina favorece el sueño de forma natural, por lo que se utiliza para el insomnio asociado con la fibromialgia en dosis iniciales de 3 miligramos, que se puede incrementar hasta 5 miligramos. Este compuesto es también efectivo para combatir el llamado jet lag de los viajes transatlánticos. Los derivados de la valeriana también pueden mejorar el sueño. Tanto valeriana como melatonina, al ser sustancias naturales, tienen un buen perfil de seguridad.

Hay un grupo de fármacos que se utilizan para combatir las reacciones alérgicas. Un efecto colateral frecuente es la sedación, que servirá para aliviar el insomnio. El mejor ejemplo de este tipo de compuestos es la difenhidramina, que se puede consumir, por la noche, en una dosis de 50 miligramos.

Como se mencionó anteriormente, algunos médicos recomiendan para el insomnio cantidades bajas de antidepresivos tricíclicos, tales como la amitriptilina con una dosis inicial de 10 miligramos por la noche.

Los tranquilizantes del grupo de las benzodiazepinas también se usan para este fin; por ejemplo, el clonacepam en dosis inicial de 0,5 miligramos por la noche. Este compuesto se puede utilizar igualmente durante el día para combatir la ansiedad. Otros medicamentos de este grupo son el zolpidem y el lorazepam.

Nunca está de más el reiterar que todos los medicamentos deben ser administrados bajo estricta y directa supervisión médica.

Medicamentos para el intestino irritable:

Como se anotó anteriormente, las personas con fibromialgia a menudo sufren de intestino irritable, el cual produce dolor abdominal con distensión, estreñimiento que puede o no alternarse con diarrea.

Cuando la irritación intestinal se manifiesta primordialmente con diarrea, es más fácil controlarla con fármacos que disminuyen la motilidad intestinal, como la loperamida o el difenoxilato. Estos agentes se deben dar como preventivos, sin esperar a que aparezca la diarrea, en dosis bajas de una tableta por la noche de manera constante.

En muchos casos, se logra disminuir la urgencia de la deposición, y de esta manera la paciente puede llevar, con más tranquilidad, una vida normal fuera de su casa.

Cuando el problema es principalmente estreñimiento, se pueden usar productos vegetales de acción local. Hay agentes como los senósidos que son sustancias vegetales que favorecen la motilidad intestinal. La vieja leche de magnesia puede ser útil, con un valor añadido por su contenido de magnesio, un ión que de alguna manera promueve la analgesia. Si estas medidas no son suficientes, se pueden usar otros laxantes, como bisacodil o el picosulfato sódico.

Agentes bloqueadores de la adrenalina:

En la fibromialgia existe una producción excesiva de adrenalina; por lo tanto, parece lógico emplear medicamentos antagonistas de esta sustancia en su tratamiento. Nosotros hemos utilizado dosis bajas (10 miligramos dos veces al día como dosis inicial) de un bloqueador de los receptores beta de la adrenalina, llamado propranolol. Lo hemos aplicado en mujeres jóvenes con fibromialgia aquejadas de palpitaciones cardiacas, crisis de angustia o desmayos, con aparente buen resultado.

Las observaciones clínicas sugieren que el propranolol y sus congéneres no tienen efecto importante sobre el dolor. Para esta supuesta falta de acción benéfica existen dos posibles explicaciones:

- Por un lado, el propranolol bloquea a un subgrupo de receptores de adrenalina denominados beta. En los casos de dolor mediado por el sistema simpático, las interconexiones anormales de las vías del dolor son con los receptores alfa.
- Por otro lado, es posible postular que, una vez establecidas las interconexiones anormales entre el sistema simpático y las vías de transmisión del dolor, las alteraciones se vuelvan irreversibles.

Hacen falta estudios controlados que examinen de manera directa si los bloqueadores de los receptores beta de la adrenalina ayudan frente al dolor fibromiálgico.

Otras sustancias actúan en las uniones (sinapsis) nerviosas del cerebro, al modular la liberación de neurotransmisores del grupo de la adrenalina (a este grupo de neurotransmisores se los denomina con el nombre genérico de catecolaminas). A este grupo pertenece la tizanidina, indicada también como relajante muscular.

Ya discutimos que en la fibromialgia hay una incesante hiperactividad del sistema simpático, y como consecuencia inevitable, una depresión en la función de su sistema antagónico — el parasimpático—. Está en proceso de estudio si una sustancia que incrementa el tono parasimpático —la piridostigmina— es útil en los casos de fibromialgia.

En conclusión.

El tratamiento de la fibromialgia es totalmente diferente al de otras enfermedades. De capital importancia es el entendimiento de las características de la enfermedad por parte de la paciente y de sus allegados. También es fundamental que la paciente tome un papel activo y protagonista en su rehabilitación. Para conseguir esta meta, con frecuencia se necesita un cambio radical en el estilo de vida. Hay que probar los medicamentos con cuidado. Evitar la polifarmacia. Se están desvelando los mecanismos íntimos que provocan el síntoma primordial y más desgastante de la fibromialgia: el dolor. Esto traerá como consecuencia lógica, el desarrollo de fármacos más efectivos y con menos efectos indeseables.

* * * * *



DÑA. Mª JOSÉ CERVANTES MUÑOZ.

TRABAJADORA SOCIAL DE AVAFI.

TRABAJO SOCIAL Y FAMILIA.

En este artículo me propongo la ambiciosa labor de reflexionar sobre la práctica del Trabajo social en la FAMILIA, en la familia de una persona que padece Fibromialgia. Para ello describiré algunas características de dicho contexto y las dificultades que presenta. En la actualidad creo que es necesario, frente a cierta confusión de nuestra disciplina profesional, entendida en un sentido muy restringido, que nuestra profesión es como mera gestora de recursos y derivaciones, así que es aquí, en el que voy a poder retomar la importancia de la relación de ayuda en la familia, como eje de la intervención.

El Trabajo Social en la Familia, fundamental en nuestra profesión, constituye la forma más antigua del Trabajo Social. Este trabajo, implica la actuación en un sistema natural, la familia, en su totalidad, con el objetivo de modificar la problemática de todos o algunos de sus miembros, pero trabajando con todo el grupo familiar, sus necesidades y recursos internos, aunque sin aislarla del entorno social del que forma parte y del que tendremos que utilizar algunos de sus recursos para ayudar. Así el individuo pasa de ser una entidad discreta, a ser un producto y a la vez co-constructor de su propia historia.

Las cualidades del individuo, la formación de la imagen de sí mismo, su conducta, están en parte determinadas por su particular posición dentro de la familia. Así, la familia cumple una función difícilmente sustituible en cuanto que lugar creador de identidad y de modelos de relación que tienden transmitirse de generación en generación; pero también a modificarse, en virtud de las oportunidades que aparecen a lo largo de la historia de la persona para crear nuevos vínculos significativos. La familia, y por extensión su particular red social, pueden generar o mantener ciertas dificultades y/o modelos de relación disfuncionales no tanto por las características intrínsecas de los individuos, sino más por su particular organización de las reglas o pautas de interacción.

El abordaje de la fibromialgia requiere de una intervención interdisciplinaria de los profesionales para poder afrontar adecuadamente el abanico de situaciones que pueden surgir.

El trabajador social debe ayudar a las personas a desarrollar sus capacidades de manera que puedan resolver los problemas de la vida cotidiana, debe proporcionar apoyo al o a la paciente, a la familia y al equipo de atención primaria.

El papel del trabajador/a social con respecto a la atención individual debe ir dirigido a:

- › Conocer de manera directa a la persona afectada de fibromialgia.
- › Identificar sus necesidades.
- › Facilitar la expresión de sus sentimientos.
- › Analizar y valorar su situación personal.
- › Ofrecer apoyo emocional, refuerzo y potenciar la autoestima.
- › Informar y orientar sobre diversos aspectos que ayuden a la mejora de su calidad de vida (actividades culturales, de ocio, deportivas, etc.).
- › Informar sobre la existencia de diferentes asociaciones de FM y SFC.
- › Facilitar recursos y trámites (laborales, sociales, jurídicos, etc.).
- › Apoyar aquellos aspectos de educación sanitaria que el médico de familia y el profesional de enfermería hayan establecido como pauta.

En cuanto a la atención a las familias, el papel del trabajador/a social debe dirigirse a:

- › Ofrecer apoyo a sus necesidades.
- › Facilitar el diálogo intrafamiliar.
- › Proporcionar información y orientación sobre los diferentes aspectos que puedan facilitar la relación y convivencia con personas afectadas por estas enfermedades.
- › Apoyar aquellos aspectos de educación sanitaria que el médico de familia y el profesional de enfermería hayan establecido como pauta.

Una de las grandes causas de crisis en una familia, es el hecho de que alguno de sus miembros padezca una enfermedad crónica o incapacitante que implique limitaciones y requiera ser cuidado. Las dificultades serán diferentes dependiendo de cual sea la persona afectada, de sus funciones en la familia y del tipo de enfermedad. Las dificultades en su evaluación, tratamiento y su falta de entendimiento, determinan sin duda, un elevado sufrimiento individual y familiar.

Hay problemáticas importantes - las que si no son tenidas en cuenta se agravan- que requieren de la atención conjunta del grupo familiar, para asesorarlo, ayudarlo y que tenga una más adecuada percepción del problema, implemente los procesos de cambio necesarios, y acceda a una mejor organización para alcanzar sus objetivos, uno de los cuales es la salud.

Parece también evidente que la familia es una importante fuente de recursos para dar respuesta a las problemáticas que presenta la salud y para el mejoramiento de la calidad de vida en general: tiene la capacidad de ser, para los individuos que la conforman, un “centro asistencial” permanente y gratuito. Las relaciones interpersonales (las del enfermo con su familia y consigo mismo) pueden afectar significativamente la evolución de las enfermedades, su recuperación, la forma de percepción y manejo del dolor. Los patrones de interacción pueden favorecer o entorpecer el correcto cumplimiento de los tratamientos médicos. Los pacientes siempre van a consulta “con” su familia. Es decir que, aunque vayan solos, llevan a cuestas los procesos interpersonales en los que están inmersos, a los cuales se va a incorporar la indicación médica.

A menudo la enfermedad de un miembro de una familia, implica un significativo cambio de hábitos, una importante reorganización de la vida personal y familiar, y una gran angustia acompaña este proceso, la que dificulta la necesaria reorganización. Hay que dejar de lado la vieja, pero aún vigente división: cuerpo/ mente/ familia, y reemplazarla por un modelo bio-psico-social.

Recomendaciones para el paciente:

- › Es bueno hablar sobre la enfermedad; fingir que no está pasando nada, no ayuda a enfrentarse con la crisis. Es importante discutir la enfermedad y sus efectos sobre la familia y sobre cada miembro en particular.
- › Cada uno tiene que aceptar como válido la forma de sentir y de pensar de los demás integrantes, aunque no esté de acuerdo con lo que supuestamente espera la mayoría.
- › Es necesario asegurarse que todos los integrantes de la familia comprenden bien en que consiste la enfermedad, incluyendo los más pequeños, ¡TODOS! De esta manera, habrá más unión y comprensión.
- › El paciente tiene que estar abierto a la expresión y discusión de sus necesidades y limitaciones, sin caer en el error de evitar exponerlas creyendo que de esta forma ahorra dificultades y sufrimientos a su familia.
- › Permita que su familia sepa lo importante que es para usted cada uno de ellos. Compartir estos sentimientos, puede crear nuevas fuerzas para acompañar el proceso de esta enfermedad.
- › Si su vida sexual también se ha resentido, hable sinceramente con su pareja sobre el problema, sobre las limitaciones de su energía y de las alternativas. Permita que sepa lo que significa para usted la atención física: las caricias, abrazos y besos, son recuerdos tranquilizadores para su pareja.

Recomendaciones a los familiares:

- › Será muy beneficioso para el paciente, al igual que para la familia, poder expresar los sentimientos y emociones abiertamente, no solamente a través de las palabras sino

también con actitudes. No piense que los demás saben cuanto les quiere, demuéstreselo con gestos de afecto. Comunique sus emociones y exprese esperanza.

- › La familia tiene que otorgar las mismas oportunidades de expresión a todos y cada uno de sus miembros. Mantener el canal de comunicación abierto puede ayudar a evitar conflictos eventuales.
- › Tendrán que ser comprendidas y respetadas las emociones y necesidades de todos los miembros de la familia y no solamente los del paciente. Para poder cuidar al miembro enfermo de la familia, cada uno tiene que considerar prioritario su bienestar personal en armonía.
- › La familia tendrá que evitar actitudes sobreprotectoras o bien hacer suposiciones sobre lo más conveniente para el paciente. Siempre que sea posible, el enfermo tendrá que implicarse y participar activamente en las decisiones y proyectos familiares.
- › El funcionamiento interno de la familia tiene que flexibilizarse al máximo. Será necesario una redistribución de roles, el asumir nuevas obligaciones y creatividad para buscar soluciones frente a situaciones conflictivas.

Conclusión.

He intentado hablar un poco de la familia y la enfermedad crónica, como lo es, por el momento, la Fibromialgia. Para finalizar me gustaría puntualizar que las familias son normalmente sanas y utilizan sus recursos propios para adaptarse a situaciones de estrés como la enfermedad crónica en un miembro de la misma, y es todo el sistema familiar el que se moviliza en búsqueda de una adaptación funcional en términos de salud. Ocasionalmente, el paciente y la familia pueden tener dificultades en encontrar los recursos que tienen, para realizar los cambios necesarios para una nueva situación, y puede ser necesaria la ayuda de un profesional para reencontrar los mismos y entrar de nuevo en una situación de equilibrio biológico, psíquico y social.

BIBLIOGRAFIA.

Barranco y Herrera, JM.2009. Planificación, Estratégica y Trabajo Social. Trabajo Social y Salud, 62, 37-63.

Fernández García T. 2009. Fundamentos del Trabajo social. Alianza Editorial.

Generalitat de Catalunya. 2006 Departamento de Salud.. Nuevo Modelo de atención a la Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica. Pág.17.

Howe, D. 1997 La teoría del vínculo afectivo para la práctica del Trabajo social. Barcelona: Paidós.

Imber-Black, E.2000. Familias y sistemas amplios. Buenos Aires: Amorrortu.

López Peláez A. 2011. Técnicas de diagnóstico, intervención, evaluación Social. Universitat

Viscarret Garco, J. 2007. Modelos de intervención en Trabajo Social. Alianza Editorial.

* * * * *



DÑA. MARÍA MARTÍ PUERTES.

FISIOTERAPEUTA DE AVAFI.

LA FISIOTERAPIA EN LA FIBROMIALGIA.

Problemas físicos que presentan los pacientes afectados de fibromialgia.

En cuanto a la fisioterapia, evaluaremos el nivel físico y muscular de los pacientes afectados de FM. Éstos, al tener dolor generalizado, tienden a reducir la función física, lo cual les produce una disminución de la masa y la fuerza muscular.

Al realizar cualquier ejercicio físico, o tarea doméstica que conlleve un aumento de la fuerza muscular, será cuando aparezca, bien por la debilidad del mismo o por sobrecarga muscular, el dolor que les impida realizar la función. Es aquí cuando aparece el papel del fisioterapeuta con la función de fortalecer esta musculatura para alcanzar un beneficio en la calidad de vida del paciente.

No es válida la simple inclusión en un programa de “ejercicios para personas de la tercera edad” o en un grupo de “gimnasia en el agua”.

Los enfermos con FM precisan un programa específico. En muchas ocasiones, una persona de edad avanzada con buena salud, puede hacer mucha más actividad física que un enfermo con FM.

El ejercicio como tratamiento.

Los dolores musculares son uno de los síntomas evaluados para el criterio diagnóstico de la enfermedad. Éste predomina en diversas partes del cuerpo, y el paciente muestra dolor generalizado. Se describe como un calambre o un pinchazo, y la intensidad de éste varía con cambios de tiempo, condiciones de estrés, calidad del sueño o la actividad física.

El ejercicio físico aeróbico gradual es eficaz e incluso necesario para conseguir una mayor calidad de vida. Este tratamiento físico es un planteamiento a largo plazo. Ya que la mejoría no se notará hasta pasadas unas sesiones. Ésto se debe a que la musculatura debe ir adaptándose y acostumbrándose al ejercicio poco a poco.

El ejercicio físico debe ser moderado, controlado y progresivo, con lo que lograremos un aumento de la masa muscular, que con constancia y un poco de esfuerzo aportará beneficios saludables y aumentaran nuestra calidad de vida.

A su vez, la práctica del ejercicio induce la liberación de unas sustancias que disminuyen nuestra percepción del dolor; mejoran el rendimiento de nuestros músculos aumentando nuestra resistencia, forma y potencia muscular; aumenta nuestra sensación de bienestar y nos permite descansar mejor durante el sueño.

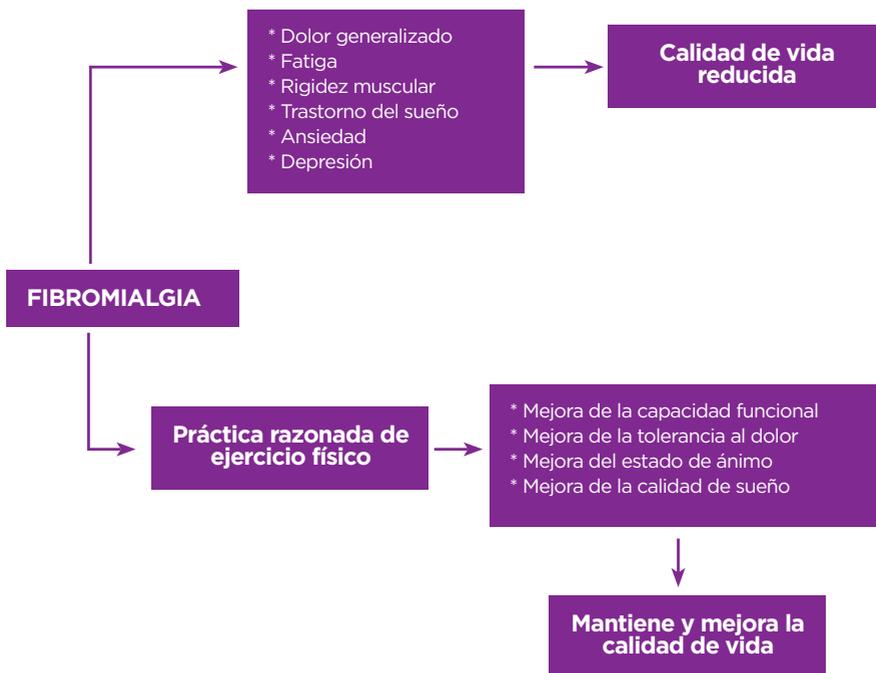
Los efectos del ejercicio físico en cuanto a la capacidad física son los siguientes:

- › Mejora en la resistencia cardiovascular.
- › Aumento de la fuerza muscular.
- › Mejoras de la movilidad articular y de la flexibilidad muscular.
- › Mejora del equilibrio y del control postural.

Y en cuanto a los síntomas específicos de la FM:

- › Disminución de la rigidez muscular.
- › Reducción del dolor corporal.
- › Disminución de la astenia y la fatiga.
- › Mejoras en la calidad del sueño.

En este esquema, se muestran los beneficios que provoca el ejercicio físico moderado y controlado en la FM.



Un programa adecuado de ejercicio debe incluir un precalentamiento, un programa de ejercicio aeróbico suave que nunca debe empeorar la situación clínica ni la percepción de enfermedad del paciente y una secuencia de relajación con unas series de estiramientos que según el grado de afectación deberán ser supervisados o incluso ejecutados por el fisioterapeuta.

La base de los ejercicios aplicados en la FM son la respiración y la relajación. Es muy importante que el paciente se mentalice de no provocarse dolor al realizar cualquier estiramiento o ejercicio de potenciación, y a eso precisamente nos ayuda la respiración, a realizar el ejercicio con más relajación.

También es recomendable que el paciente se mentalice de hacer ejercicio aeróbico suave y prolongado como bicicleta, marcha o natación aparte del programa de ejercicios enseñados por el fisioterapeuta, bien uno solo o en grupo con más gente con FM o con amigos, ya que le habituará a realizar ejercicio diariamente y notará beneficio.

Tratamiento Fisioterápico Complementario:Tratamiento localizado:

Electroacupuntura, crioterapia (terapia con frío), TENS (corrientes analgésicas), termoterapia (terapia con calor), terapia manual en puntos gatillo y masoterapia con estiramientos.

Tratamiento globalizado:

La balneoterapia, el masaje relajante, hidroterapia (terapia física en piscina), cinesiterapia (terapia de la movilidad articular), higiene postural y la relajación en agua.

Tratamiento fascial:

Movilización del sistema fascial (cubre la musculatura) mediante terapia manual y masaje.

BIBLIOGRAFÍA.

Busch A et al. Fibromyalgia and exercise training: A systematic review of randomized clinical trials. *Physical Therapy Review* 2001; 6:287-306.

Offenbacher M et al. Physical Therapy in the treatment of fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Rheumatology* 2000; 113: 78-85.

De Vriese, G. Hydrotherapie bij fibromialgie en het chronisch vermoeidheidssyndroom. *Fysische Therapie*, 1998, 2, 31-32.

Philippe – Gaston Besson. *La Fatiga Crónica (Fibromialgia)*. Ed. Oniro. 2001. Barcelona.

Fernández C. et al. Opinión de los profesionales sanitarios en relación al tto. actual en síndrome fibromiálgico. *Fisioterapia y calidad de vida* 2004; 7 (3): 5-12.

* * * * *



DÑA. ALEJANDRA MARTÍN FERNÁNDEZ.

PSICÓLOGA DE AVAFI.

PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LA FIBROMIALGIA.

Los síntomas psicológicos (ansiedad y depresión) forman parte de los síntomas secundarios de la fibromialgia. Son comunes a un gran número de afectados y cronifican y agravan el cuadro. Por ese motivo su tratamiento es fundamental para el funcionamiento global del paciente y para su adherencia a otros tratamientos (por ejemplo, farmacológicos).

La vida de una persona que padece fibromialgia cambia con la enfermedad. Todas las áreas vitales del sujeto: familia, trabajo, pareja, amigos, etc., se ven afectadas. Por este motivo la labor del psicólogo es hacer que el paciente encuentre su camino, que entienda lo que le ocurre y que sepa cómo cambiar su vida.

El tratamiento ideal para un síndrome de dolor tan complejo como la fibromialgia es el multidisciplinar, es decir, aquel en el que intervienen de forma conjunta los diferentes especialistas implicados en el trastorno: reumatólogos, psiquiatras, psicólogos, fisioterapeutas, etc.

El tratamiento psicológico de corte cognitivo-conductual (aquel que incide en las conductas y pensamientos del paciente) ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de la fibromialgia.

Existen tratamientos pasivos (fármacos, masajes, acupuntura, etc.) en los que el sujeto no tiene que hacer nada, esos tratamientos pueden tener efectos beneficiosos a corto plazo, pero a largo plazo pierden efectividad. En la terapia psicológica el sujeto es activo (tiene que ser él quien modifique sus hábitos, sus conductas, sus emociones, etc.), y aunque los cambios son lentos a corto plazo; a largo plazo son duraderos y fortalecen la autoestima del sujeto.

El paciente adquiere unas conductas de afrontamiento que formarán parte de su repertorio y en cualquier momento podrá utilizarlas, sintiéndose más autoeficaz para hacer frente al dolor y a sus consecuencias negativas.

Cuando aparece un trastorno crónico el afectado puede pasar por distintas fases:

- › La negación : “esto no me puede ocurrir a mi
- › La rabia: “no es justo”
- › La tristeza: “es terrible, no podré vivir así”
- › Y finalmente la aceptación: “debo aprender a vivir con la fibromialgia”

Causas.

El Tratamiento Psicológico aborda los factores psicológicos implicados en la Fibromialgia, desde una doble perspectiva:

- › Como Antecedentes del trastorno: Los factores psicológicos contribuyen al agravamiento de la Fibromialgia por su influencia tanto en la percepción del dolor como en los síntomas asociados. En algunos casos la persona afectada tiene su primer brote de fibromialgia a consecuencia de un traumatismo emocional (abusos sexuales en la infancia, maltrato psicológico, una depresión grave, un duelo, etc.).
- › Como Consecuencia de la Fibromialgia: El padecimiento de este trastorno de forma continuada produce, a su vez, una serie de cambios que agravan los problemas psicológicos produciendo un incremento de su malestar general.

Problemas psicológicos asociados a la fibromialgia :**Ansiedad**

- › Irritabilidad
- › Insomnio
- › Ataques de ansiedad
- › Alerta constante
- › Fobias
- › Aumento del apetito
- › Problemas de memoria y concentración

Depresión

- › Tristeza
- › Apatía
- › Pérdida de apetito
- › Pérdida de la libido
- › Problemas de memoria y concentración

Baja autoestima

- › Pobre concepto de uno mismo
- › No saber quienes somos
- › Cambio de patrones de comportamiento (de ser muy activos a ser muy inactivos, de ser divertidos a estar tristes, etc.)
- › Aislamiento social
- › Problemas laborales, de pareja, de relación con los hijos, etc.

Tipos de tratamiento.

El Tratamiento puede ser Individual o Grupal dependiendo de las necesidades del paciente:

El Tratamiento Individual, consiste en sesiones de una hora de duración y cuya frecuencia dependerá del grado de afectación del paciente.

En ellas se abordarán los problemas específicos del afectado (familiares, sociales o laborales) y se le dotará de las herramientas necesarias para su solución. Es un formato más intimista, en el que es necesario crear un vínculo de respeto y comprensión entre el paciente y el terapeuta (alianza terapéutica). No obstante esta modalidad no es incompatible con la Grupal, incluso se pueden complementar al tener objetivos distintos.

El Tratamiento Grupal, está formado por un paquete básico de unas 10 sesiones (aproximadamente), cada una consistente en una reunión semanal de dos horas de duración, con un mínimo de 4 personas y un máximo de 10. Los sujetos que integran el grupo deben ser homogéneos en cuanto a características demográficas y gravedad.

Esta modalidad de terapia es la más adecuada por múltiples razones: el abaratamiento de los costes, la motivación y el apoyo social que supone el grupo (al sentirse comprendidos y apoyados por gente con tus mismos problemas) y el que cada miembro del grupo, al ofrecer su experiencia en la práctica de las técnicas de tratamiento, sirve como modelo de aprendizaje a los demás.

Programa de tratamiento grupal de la Fibromialgia de AVAFI.

Nuestro programa de tratamiento grupal de la Fibromialgia fue creado por mí en colaboración con el Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad Nacional de Educación a Distancia, y se imparte desde hace más de diez años en distintas asociaciones en todo el ámbito nacional.

En el estudio que realizamos para su validación se concluyó que nuestro tratamiento grupal era eficaz para mejorar el estado de ánimo (disminuir la depresión), disminuir el nivel de ansiedad, los pensamientos catastróficos y aumentar la autoeficacia de los pacientes con Fibromialgia.

Las técnicas se reparten en un total de 10 sesiones, en las que se tratan los siguientes temas:

Sesión 1:

Presentación e Introducción al Programa de Tratamiento.

Sesión 2:

Tensión muscular: se practica la técnica de Respiración Diafragmática.

Sesión 3: Emociones Negativas: se practica la Relajación Muscular (Técnica creada para los pacientes con Fibromialgia grabada en un CD que se da a los pacientes).

Sesión 4:

Equilibrio de Actividades.

Sesión 5:

Trastorno de Sueño y Trastornos Sexuales.

Sesión 6:

Solución de Problemas.

Sesión 7:

Focalización de la Atención y Entrenamiento en Asertividad.

Sesión 8:

Problemas de Memoria.

Sesión 9:

Pensamientos Negativos.

Sesión 10:

Resumen de las estrategias aprendidas y prevención de recaídas.

En la actualidad se imparte en AVAFI, junto con un tratamiento grupal de Seguimiento, para las personas que terminan este programa básico, con una frecuencia mensual.

Instrucciones para una mejora nuestra calidad de vida:

1. Ve despacio, respira y sonríe.
2. Tómate las cosas con más sentido del humor, incluso ríete de ti mismo de vez en cuando.
3. Conoce tu enfermedad y así evitarás el catastrofismo o la resignación.
4. Asóciate, estarás apoyando a tu colectivo y encontrarás un sitio en el que sentirte comprendido y aprender cosas de tu trastorno.
5. Trata de ser más independiente y ...
6. ...pide ayuda cuando lo necesites, sin sentirte culpable.
7. Realiza al menos una cosa que te guste al día, por pequeña y tonta que parezca: mira una revista, pon la radio, cose algo, auto-regálate, etc.
8. Reinvéntate, cambia algo, lo que sea, tu peinado, tus muebles, etc., pero lucha contra la rutina y el aburrimiento.
9. Se más asertivo y defiende tus derechos y necesidades sin pisar los del otro ni dejarte pisar.
10. Planifica tus tareas de forma escalonada y por pequeños objetivos. Pero siendo muy flexible (si un día no puedes hacerlo no pasa nada).
11. Centra tu atención lo máximo posible en lo que haces en cada momento, aunque sea barrer. Y no hagas varias cosas a la vez.
12. Se menos perfeccionista, sigue la máxima: "Hago lo que puedo sin llegar a extremos".
13. Se más positivo, fíjate en las cosas buenas que te ocurren o en lo que haces en el día y no en lo que te queda por hacer.
14. No te desesperes con los altibajos, son normales en un trastorno de dolor crónico.
15. Se empático con los demás y no estés tan centrado en tu dolor.
16. No te compares con el que eras: "Soy el que soy, no el que era o el que seré"
17. Mírate al espejo a menudo y cuida tu aspecto personal.

18. Busca el apoyo social: llama a un amigo, queda a tomar un café, chatea por internet, etc., recuerda que somos animales sociales que necesitamos sentirnos queridos e integrados en un grupo y la fibromialgia nos puede hacer sentir aislados.
19. Mejora tu sueño, revisa y cambia los hábitos de higiene del sueño que puedan ser perjudiciales: acuéstate y levántate cada día a la misma hora, practica relajación, etc.
20. Reduce tus fármacos en la medida de lo posible, o toma las dosis adecuadas, no te automediques ni los suprimas de golpe, siempre con el asesoramiento de un médico.
21. Practica la relajación a diario notarás como automáticamente tus músculos dejarán de tensarse y contracturarse y además podrás controlar tu ansiedad mejor.
22. Practica ejercicio de forma moderada y recuerda que con la fibromialgia no es "a más mejor", sirve cualquier tipo de ejercicio: caminar, nadar, etc., pero pon en marcha tu cuerpo o sentirás que se atrofia y pierdes masa muscular.
23. Controla tu ira, no te dejes llevar por la rabia, ya que eso aumentará tu dolor y te alejará de los que más quieres. Si te notas alterado, respira y cuenta hasta diez antes de decir las cosas, o sal fuera de la habitación (tiempo fuera) para calmarte y poner un poco de distancia.
24. Cambia tu alimentación, disminuye el exceso de peso y toma alimentos adecuados para controlar el dolor y la inflamación.
25. Explica lo que te ocurre y no te avergüences de tu enfermedad.
26. Haz frente a tus problemas de forma activa, realiza los cambios en tu vida que sean necesarios (familia, trabajo, amigos, etc.) sin miedo, y paso a paso.
27. Acepta la fibromialgia, no luches contra ella, no es tu enemigo, haz que forme parte de tu vida, escucha a tu cuerpo y cuídalo.
28. No olvides nunca que eres un ser único y maravilloso, que nadie te haga sentir pequeño. Quiérete, conócete y acéptate tal y como eres.

Si no sabes como hacerlo consulta con tu psicólogo, él te dará las pautas a seguir

* * * * *



