

I JORNADAS INTERNACIONALES SOBRE EL ESTUDIO DE LA FIBROMIALGIA

Celebradas los días 12, 13 y 14 de mayo de 2010 en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos

Resumen facilitado por Alejandra Martín , psicóloga de AVAFI.

ABORDAJE FARMACOLÓGICO DE LA FIBROMIALGIA

(D. Carlos Goicoechea García, Universidad Rey Juan Carlos, Departamento Farmacología y Nutrición)

En la FM hay muchas alteraciones:

- Sistema nervioso (Central y Periférico)
- Sistema autoinmune
- En el hueso y el músculo
- En el metabolismo del músculo
- Alteraciones genéticas, etc.

Por ese motivo las propuestas que se plantean en el origen de la FM son alteraciones neuroendocrinas, del sistema inmune y muscular, es decir una alteración en el sistema nervioso (que engloba los anteriores sistemas). También se baraja la posibilidad de que sea secundaria a una infección vírica.

Puede que haya varios subtipos o grupos de FM que tengan distinto origen.

Hay muchos avances y estudios (más de 500 ensayos clínicos) para estudiar los fármacos adecuados en el tratamiento de la FM.

El dolor se transmite desde la periferia (por ejemplo una mano) por la columna vertebral hasta el cerebro (que es cuando nos damos cuenta de que nos duele. Por eso el dolor se modula, es controlado por el sistema nervioso.

En esta transmisión hay muchas sustancias implicadas:

1. Pro-inflamatorias
2. Facilitadoras (transmiten el dolor)
3. Sustancias inhibitoras (que bloquean el dolor): como la serotonina o los opiáceos endógenos.

Todas estas sustancias se encuentran alteradas en la FM. Sin embargo las alteraciones son distintas en los distintos pacientes (por ejemplo, unos pueden tener alteradas las sustancias tipo 1, otros las 2 o algunos todas). Por eso el tratamiento farmacológico que se aplica funciona en algunos pacientes y en otros no.

FARMACOS

- Antidepresivos: actúan en las vías descendentes del cerebro, aumentando la serotonina.
- Anticonvulsivos (como por Ej. la Lyrica): anestesia los nervios

- Antiinflamatorios y Fármacos opioides (como por Ej. el Tramadol): no funcionan muy bien para el tratamiento del dolor en la FM.

En estados Unidos sólo existen 3 fármacos autorizados para el tratamiento de la FM, que han demostrado su eficacia tras múltiples ensayos clínicos:

- Pregabalina (Lyrica), modula el calcio y fue aprobada en el 2007
- Duloxetina (2008)
- Milnacipran (2009) antidepresivo (produce un 30% de alivio en el 50% de los pacientes)

Sin embargo en Europa no hay ningún fármaco autorizado para el tratamiento específico de la FM (no hay evidencia científica), ya que no se han hecho ensayos clínicos suficientes.

Una pega que tienen los fármacos son los efectos secundarios:

- La Pregabalina produce mareo, somnolencia, sequedad de boca, estreñimiento y aumento de peso. La mayor causa de abandono de su tratamiento es por el mareo y la somnolencia.
- La Duloxetina produce cefaleas, insomnio, mareo, dolor abdominal, diarrea-estreñimiento.
- El Milnacipran produce taquicardia y xerostomía (boca seca).

Tipos de FM:

1. Con predominio de dolor (tratamiento más eficaz sería Pregabalina y Tramadol)
2. Con dolor y depresión (Duloxetina, por su efecto analgésico independientemente de por su poder antidepresivo).
3. Con Dolor e Insomnio (Pregabalina, ya que mejora el sueño independientemente del dolor)
4. Todo: dolor, insomnio y depresión (Duloxetina, Pregabalina y Tramadol).

Otros fármacos:

- Antiepilépticos
- Antidepresivos (amitriptilina, tricíclicos)
- Cannabinoides (babilona, Dronaginol)
- Oxibato óxido (Zolpidem), es peligroso ya que produce pérdida de la voluntad
- Estimulantes dopaminérgicos (Pramipexol y Ropinirol, que se utilizan en el tratamiento del síndrome de piernas inquietas).
- Y en estudios con poca evidencia:
 - o Estimulantes de la hormona del crecimiento
 - o Antagonistas de NK1 (Casopitant)
 - o Psicoestimulantes (se usan para el tratamiento de niños hiperactivos)
 - o Antipsicóticos.

DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN FM

(Tamar Pincus, Universidad Royal Holloway de Londres)

La depresión y FM tienen muchas cosas en común, por eso durante años la tendencia ha sido decir que son lo mismo (psiquiatrización de la FM).

Cuando se ha estudiado la prevalencia se ha visto que los síntomas depresivos pueden aparecer en el 70-80% de los FM, en múltiples estudios. En un estudio en Canadá con 100.000 pacientes FM, el 22% tenían depresión.

Esto nos lleva a plantearnos la siguiente pregunta: ¿Es el dolor quien crea la depresión, o la gente deprimida tiene más predisposición a tener dolor?

Hay personas en las que ha aparecido primero la depresión que el dolor. Sin embargo, en la mayoría de pacientes con dolor la depresión es una consecuencia no una causa. Los pacientes con depresión tienen dolor, pero no más dolor, sin embargo tienen diferentes formas de catastrofizar o ver el dolor. Además se ha comprobado en algunos estudios que si pasas diferentes cuestionarios para medir la depresión encuentras resultados diferentes.

Algunos estudios han concluido que los trastornos del sueño tienen relación con la depresión.

Hoy día tener FM en el mundo supone tener que soportar el escepticismo de los familiares y médico. Además los afectados tienen dificultad de expresar lo que sienten.

Ser ignorado o culpado es muy peligroso. El sufrimiento está justificado y es real.

En cuanto a la utilidad del diagnóstico, algunos dicen que no afecta a los pacientes, que no les ayuda en gran medida. Al principio el diagnóstico es un gran alivio, pero después ven como afecta en el mundo real, lo poco que es entendido o malinterpretado, por lo que muchos tienen que esconder el diagnóstico.

Los afectados deben trabajar duro para demostrar a los médicos que los síntomas que presentan son reales. Deben esforzarse para interpretar las expectativas que tienen los médicos y eso es muy cansado y frustrante. Muchos médicos piensan que la FM sólo está en la mente de los pacientes.

El paciente se pregunta ¿Por qué ahora no puedo hacer lo que hacía antes? ¿en qué me he convertido? Y aparece el aislamiento.

La aceptación del dolor es importante, los pacientes que lo consiguen se sienten mejor. Aceptar no es una derrota. Hay que separar el dolor de los aspectos que no tienen nada que ver con él. Siempre que sigamos buscando la causa de lo que nos ocurre de médico en médico no conseguiremos la aceptación.

El tratamiento psicológico cognitivo-conductual es efectivo para tratar la FM. Se ha comprobado que el tratamiento psicológico unido al ejercicio (tienen pocos efectos secundarios, adelgaza, mejora el ánimo, mejora la vida social, mejora el sueño, etc.) mejora la FM.

INTERVENCIÓN FISIOTERAPICA Y DEPORTIVA EN FM

D. Diego Munguía Izquierdo (Universidad Pablo de Olavide, Sevilla)

Los afectados de FM tienen una mala capacidad física. Con el ejercicio físico consiguen mejorar la calidad de vida al mejorar el sueño, la ansiedad y las cogniciones, además de mejorar el dolor generalizado.

¿Qué ejercicio debemos prescribir?

Encontramos diferentes mejorías en los distintos sujetos.

1) Programas orientados a la mejora de la resistencia aeróbica

- ininterrumpidas, cíclicas, bajo impacto articular, frecuencia semanal (2-3/semana, 30-60')
- Tipo de ejercicio
 - Carrera a pie (necesita base previa)
 - Ciclismo (menos impacto articular, es para las piernas)
 - Natación (ausencia de gravedad, no impacto articular)
 - Esquí y patinaje (necesitan base previa y desplazarnos al entorno)
 - Ejercicios acuáticos (no requieren técnica)
 - Elíptica (la están estudiando ahora, no hay resultados todavía)
- Se debe buscar una atención individualizada para descubrir que ejercicio es adecuado para cada paciente.
- Es importante la adherencia, que lo mantengan en el tiempo.
- Para quienes tengan sobrepeso u otras enfermedades articulares asociadas se aconseja ejercicios con menos impacto articular.
- El ejercicio debe ser continuo y durante un tiempo relativamente prolongado para empezar a ver resultados.
- Deben hacerse más estudios de coste-efectividad.
- Es mejor trabajar con tiempo (hoy 10 min, mañana 15, etc.) que con distancias (hoy corro 2 kms, mañana 3 kms., etc.) para graduarlo mejor.
- Existe un consenso científico, es necesario un **mínimo de 30 minutos** para sujetos sanos, para los FM si están bajos de forma se deberían bajar los minutos.
- Con tiempos más prolongados trabajo el metabolismo aeróbico que es el que me interesa.
- Cuando termine mi agotamiento no debe ser excesivo

2) Programas orientados a la mejora de la fuerza

- La fuerza mejora la prevención de enfermedades crónicas.
- Riesgos de caídas
- Frecuencia de entrenamiento por semanas, con descansos y regularidad (dependiendo de las condiciones físicas y del número de grupos musculares usados).

- Primero de 6 ejercicios a 10 ejercicios
- De uniarticular a multiarticular
- De máquina a pesas libres
- 1 a 4 sesiones por grupo muscular
- De 2 sesiones por semana a 3
- descanso entre series de 3 min.

3) Programas orientados a la mejora de la movilidad

- Existen pocos estudios sobre su efectividad

4) Programas orientados a la combinación

- En el medio acuático
 - programas de 5 o 6 meses
 - 30-60'
 - 3 ses/semana
- programas tipo 1) y 2) junto a técnicas de relajación
 - mejora significativamente el número de puntos de dolor
 - no es adelgazante
 - Resultados de un estudio que realizamos que duró 16 semanas:
 - mejoras del sueño (la latencia y duración), en horario de tarde y con temperatura del agua de 30-32°C.
 - mejoras cognitivas significativas, muy llamativas (incremento del flujo sanguíneo y estimulación de la neurogénesis)
 - disminuye la sintomatología dolorosa
 - mejora la fuerza máxima (mejora al realizar las tareas diarias, con menos nivel de esfuerzo, menos dolor y menos cansancio).
 - sólo la temperatura del agua, sin hacer ejercicios mejora la rigidez, el dolor y el sueño.

NUEVAS TERAPIAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA FM: ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA TRANSCRANEAL

D. Antonio Oliviero (Universidad de Roma, Hospital de parapléjicos de Toledo)

La descarga magnética puede estimular el cerebro.

La Estimulación magnética (EM) es útil para valorar la excitación cortical, nos da información sobre los neurotransmisores.

Los umbrales de los FM son más altos por lo que la excitabilidad es menos eficiente (se excita menos la corteza).

¿Se puede modular la excitabilidad en la FM?

La plasticidad sináptica se puede inducir dando estímulos repetitivos de cierta intensidad.

En algunos estudios sobre la efectividad de la EM en la FM se encontraron que existe mejoría, sin embargo en otros estudios no se observaron cambios significativos.

En un estudio que realizamos al estimular el Cortex motor, los sujetos tenían una sensación subjetiva de que el dolor iba bajando con el transcurso de los días (una reducción de la sensación del dolor del 40%).

ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA DE BAJO CAMPO

D. Ceferino Maestú (U. Politécnica)

La insula remodula el dolor, procesa la señal dolorosa.

En primer lugar hay que determinar el umbral del dolor del paciente, porque no todo el mundo soporta la misma estimulación.

Los FM no tienen las mismas respuestas intra-cerebrales que los sujetos control. Tienen un procesamiento alterado de la ínsula, todas las respuestas se procesan en áreas subcorticales y no de la forma correcta. Poseen un índice de activación 3 y 4 veces mayor que los sujetos control. Por este motivo se está planteando esta medida como futura prueba diagnóstica de la FM.

¿Pueden los campos electromagnéticos altera la respuesta funcional del cerebro?

- Se usan campos magnéticos muy bajos, parecidos a los que utiliza normalmente el cerebro, que pueden modificar la actividad de las neuronas (a nivel de la membrana cerebral).
- Existen mecanismos de hipersensibilidad en FM a estímulos químicos y ambientales. En nuestra sociedad hay un exceso de campos magnéticos y por eso hay un aumento del síndrome de intolerancia química.

NUEVAS LÍNEAS DE APLICACIÓN EN FM

Dr. Blanco (Medicina Interna), Hospital Sagrado Corazón de Sevilla

En un estudio de Estimulación Magnética Transcraneal (EMT) que realizamos:

- Mujeres de 20-50 años
- Sin otra patología asociada a la FM para no contaminar la muestra
- Con tratamiento farmacológico de analgésicos + benzodiazepinas (el mismo para todas)
- N: 60
- 8 sesiones (1/semana)
- un grupo tratamiento y un grupo control (que se les sentaba en la misma jaula y se les colocaba el gorro pero no se les daba estimulación).
- Se analizó los niveles de serotonina: antes-durante-final
- Resultados:
 - Del grupo experimental: 76% habían mejorado su dolor desde la 5ª sesión, y el 24% estaban igual
 - Del grupo control: 27% habían mejorado, 68% igual, 4% peor.
 - La serotonina: 72% aumentaron (los que la tenían baja) y el 28% disminuyó (la tenían alta).
 - La calidad del sueño:

- Grupo experimental: 65% mejoró y el 35% igual
- Grupo control: 20% mejoró y el 80% igual
- 24 pacientes (80%) se negativizaron los puntos gatillo
- 90% mejoran en algo: cansancio, depresión, etc., sólo un paciente no mejora en nada.

Conclusión:

- la aplicación de campos electromagnéticos de baja intensidad y frecuencia mejora:
 - El control del dolor
 - Los efectos secundarios
 - Normaliza la serotonina
 - No es invasivo ni doloroso
 - A las 8 semanas el 50% continuaban sin dolor
 - A las 12 semanas el 31% seguía sin dolor y los que habían empeorado a las 8 semanas estaban mejor que al inicio del estudio.

Actualmente estamos realizando otro estudio con una muestra de 750 pacientes, los resultados provisionales muestran que:

- 75% están bien en todo
- 71% (496 pacientes) mejoran totalmente su dolor
- los hombres tienen una peor respuesta a este tratamiento que las mujeres cualitativa y cuantitativamente.

APROXIMACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA

Kim Lawson (Universidad Sheffield Hallam)

El dolor es una distracción, es el síntoma que nos distrae del problema principal.

Cuando hay una sensibilización generalizada hay una base en los genes que altera los neurotransmisores y hay que actuar desde este nivel.

No hay una única patología sino distintos tipos de FM. Por eso en los tratamientos unos responden a unos y otros no.

Hay muchos síntomas, ¿Por qué? Hay dolor desde una caricia hasta dolor muy grave. No hay criterios claros para remitir los síntomas de la FM.

¿Por qué olvidamos a los pacientes con síntomas leves?

En Reino Unido prefieren tomar medicación y si el médico no se las da, cambian de médico.

El tratamiento farmacológico tiene un límite de efectividad, no podemos bajar el dolor más de un 30%, aunque aumentemos la dosis. La Duloxetina produce mayor mejoría que el Milnacipran, y luego la Pregabalina. El 60% de pacientes no responden al tratamiento farmacológico. Existe un beneficio, pero es muy pequeño.

No existe una combinación ideal de medicamentos. Los fármacos que utilizamos fueron creados para tratar a otras patologías por lo que no pueden ser efectivos al no ser específicos para la FM.

¿Cómo utilizar los medicamentos para que sea efectivos?, uniéndolos al ejercicio y psicoterapia, en un tratamiento multidisciplinar. Debemos educar al paciente: “si en casa tengo dolor y en la calle, no me voy a quedar en casa por el dolor”.

Hay que individualizar el tratamiento en cada paciente. Si comenzamos un programa de ejercicio (por ej. balnearioterapia) y sigo tomando la medicación no podremos ver la mejoría del ejercicio. Sobre todo teniendo en cuenta que al principio el paciente siempre empeora.

EFICACIA DE LA NICOTINAMIDA ADENINA DINUCLEÓTIDO ORAL (NADH) EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA Y FATIGA CRÓNICA

Dr. José Alegre Martín (H. Valle Hebrón) Médico internista

En el Síndrome de fatiga crónica (SFC) ha habido últimamente grandes avances.

Se ha relacionado el Xenotropic Murine Retrovirus-Related Virus (XMRV) con el SFC.

NADH es una molécula imprescindible en el metabolismo que deriva de la vitamina B. Es un potente antioxidante que regenera los antioxidantes naturales (como las vitaminas). Regula la liberación de aminas adrinérgicas.

En el SFC hay un grave deterioro en la producción de ATP (energía molecular).

Los pacientes con FM tienen en mayor medida SFC.

Los afectados de enfermedades autoinmunes tienen más FM (por Ej. los infectados con el virus de la Hepatitis C o de la polio).

Los afectados con SFC presentan un cansancio de más de 6 meses que les limita y empeora con el descanso, y deterioro cognitivo:

- fatiga postejercicio (99%)
- perfeccionistas, brillantes y exigentes
- confunden palabras, no pueden leer, no se concentran (90%)
- sueño no reparador (98%)
- síncope de repetición
- disfunción sexual (87%)
- dificultad de acomodación visual (33%)
- síndrome seco (85%), se da también en todas las enfermedades inmunes.
- Trastornos de ansiedad (80%)
- Fibromialgia (69%)

Para los estudios es un error mezclar pacientes FM y SFC, por lo que los resultados son confusos.

Presentan disnea cuando realizan ejercicio ya que sólo consumen un 40% del oxígeno. Por este motivo presentan limitaciones enormes cuando realizan ejercicio.

SFC induce a un mayor riesgo cardiovascular, ya que se relacionan mecanismos de oxidación con la arterioesclerosis. El óxido nítrico tiene importancia en la predicción del desarrollo del SFC.

SFC no pueden perder peso, por mecanismos biológicos complejos. Por eso tendrán más diabetes. Si encontramos pacientes delgados, no fumadores y con colesterol alto, tendrán estado inflamatorio de pre-diabetes que deberían tratar.

En definitiva el SFC es una enfermedad compleja para que la lleve el médico de familia.

Efectos del NADH: efecto regulador del sistema simpático.

En un estudio que realicé comprobé que la NADH disminuía la ansiedad, la taquicardia vasal y disminuía el flujo cerebral. El NADH disminuye significativamente la fatiga máxima.

Por ejemplo una paciente con SFC que tiene una hermana con enfermedad de Crohn o esclerosis múltiples con fatiga asociada (esto sólo puede estar motivado por los genes).

Se asocia por tanto a una enfermedad inmunológica:

- los SFC tienen infecciones en la boca y vagina porque están inmuno-deprimidas.
- Puede aparecer el primer brote tras el parto, y existen infecciones post-parto.
- Encontramos afectados del SFC tras el escape de gas en una fábrica.
- Los enfermos de Lupus nacen con una predisposición.
- Hay enfermos con infección del virus del SIDA que no lo desarrollan y sí desarrollan un SFC.

Hay un 30% que tienen FM y SFC y hipersensibilidad química múltiple.

Debido a esta complejidad, la medicina sin ser interdisciplinar no existe, debe haber una comunicación entre los médicos para saber un poco más. En mi hospital todos somos importantes, la Sra. de la limpieza es más necesaria que yo, y no debemos nunca olvidarlo.

“Soy médico internista y trato a más de 1000 pacientes con FM y me apasiona mi trabajo”.

LA NUTRICIÓN EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA: sensibilidad al gluten

Dr. Carlos Isasi (Hospital Puerta de Hierro de Madrid), Reumatólogo.

El diagnóstico de FM es muy sencillo, pero no sirve para nada más a efectos de tratamiento. Muchos fármacos, los derivan a Salud Mental ¿Para qué les vale?

El concepto de FM es un muro entre el médico y el paciente. El paciente se esfuerza porque el médico vea que está mal y el médico ve que las pruebas son normales.

La enfermedad celiaca es muy frecuente 1 de cada 85 niños en la Comunidad de Madrid la presentan, es un problema sanitario de primera magnitud. El desencadenante en los adultos es el estrés vital

La mayoría de adultos que son celíacos no lo saben, ya que un 50% no presenta diarrea. En un estudio en Finlandia, 1 de cada 40 adultos de más de 55 años era celíaco y no lo sabía. En otro estudio en EEUU a celíacos adultos encontraron que el 37% tenían intestino irritable, 29% ansiedad/depresión y el 9% FM.

Los pacientes celíacos tienen:

- cansancio
- migrañas
- espondilitis
- enfermedades autoinmunes
- fibromialgia
- síndrome Sjogren
- depresión
- irritabilidad
- problemas de memoria
- intestino irritable

En un documento de Sanidad, dentro de los grupos de riesgo para ser celíaco estaban incluidas la FM y SFC.

Cómo se diagnostica enfermedad celiaca: si hay sospecha, se analiza si hay anticuerpos positivos y se hace una biopsia.

Cuanto más daño intestinal hay más anticuerpos positivos presenta el paciente.

El 50% tras el primer análisis los anticuerpos salen negativos, si pese a ello se realiza la autopsia puede ser que sean enfermos celíacos. Si cambian la dieta, los pacientes se curan completamente.

Por otro lado hay pacientes que incluso sin dar anticuerpos positivos ni en la biopsia atrofia (pero sí un exceso de linfocitos en el intestino), no se puede decir que sean celíacos pero sí que presentan una enteropatía sensible al gluten, si cambian su dieta a una sin gluten pueden mejorar completamente.

En un estudio que realizamos en una muestra N:39 hubo una mejoría clínica relevante en 48% de los pacientes: “Doctor, me quito los fármacos, puedo pasear, cojo el alta laboral, dejo de usar la silla de ruedas, no tengo migrañas, etc”. La cosa más bonita que puede decirme un paciente es que puede correr tras sus hijos.

De 120 pacientes un 56% ha mejorado.

Es incuestionable que la enfermedad celiaca simula la FM y SFC.

La dieta estricta sin gluten está teniendo un efecto beneficioso muy relevante en FM severos desesperados. Estimamos que un 30-40% de los más graves.

Hace falta a veces un año para empezar a responder bien a la dieta sin gluten. Y tiene que hacerse dieta de por vida.

CAUTELA: no se debe hacer una dieta sin gluten sin un buen diagnóstico y biopsia.

HISTAMINOSIS ALIMENTARIA NO ALÉRGICA (HANA) Y SUS RELACIÓN CON FIBROMIALGIA

Dr. F. López Elorza (laboratorio Lab-sur de Sevilla) Medicina Interna.

Hemos tratado a 120.000 pacientes por alergias alimentarias en 30 años.

La histamina es una molécula vital y perversa. Regula muchas funciones (la temperatura, la saliva, etc.)

Al comer comemos histaminas (H) de los animales y vegetales. Es perversa porque cuando está en exceso es responsable de síntomas como las cefaleas, asma, rinitis, etc.

La H se puede acumular por distintas causas:

- histaminosis tóxica, alergia al comer un alimento en mal estado
- histaminosis enteral: hay un déficit de la DAO (Dioxaminasa Digestiva, que es la encargada de destruirla). Este tipo se da mucho en la FM, ya que el exceso de fármacos bloquea la DAO.
- Puede haber un acúmulo intracelular: nuestras células liberan histamina en más cantidad de la que podemos procesar (acúmulo crónico)
- Bloqueo de la DAO:
 - o Por alimentos
 - o Predisposición genética
 - o Medicamentos
 - Antibióticos
 - Psicofármacos
 - Gastrointestinales, etc.
 - o Cirugía gastrointestinal
 - o Quimioterapia

El Síndrome de Histaminosis Enteral (J. Sattler):

- existe un foco inflamatorio (se hincha la tripa)
- es difícil de diagnosticar en pruebas de laboratorio (muchas diferencias interpersonales)
- va acompañado de otros síntomas: estreñimiento, dolor espalda, 83% cansancio, 80% hincha barriga, 77% contracturas, piel seca y Fibromialgia.

Hicimos un estudio en 2008 con (N: 2288) y les tratamos cambiándoles la dieta. Los pacientes venían con los mismos síntomas pero traían distintos diagnósticos: los que venían de salud mental: depresión ansiedad, los que venían de Neurología: cefalea, migraña, los que venían de digestivo (colon irritable), los que venían de Reumatología: Fibromialgia. Según fuera el síntoma más agresivo para ellos o el que más les limitaba.

- **del grupo de Medicina Interna:** el 76% evolucionaron muy bien, mientras que el 20% sólo evolucionaron parcialmente. Comprobamos que este 20% era porque ocasionalmente comían lo que no debían, los alimentos estaban mal etiquetados o tenían falta de información dietética. Los que no evolucionaron nada estaban muy graves (por ejemplo: radioterapia).
- **Del grupo de Psiquiatría (N:32)** 5 buena evolución, 14 parcial y 12 no evolucionaban. Nos planteamos porqué evolucionaban peor, y es porque estaban

polimedicados. Si se ingresaban y quitaba la medicación había más posibilidad de éxito. A los 12 que no evolucionaban se les practicó un tratamiento intensivo, en ayunas con goteros y se les quitó la medicación y todos evolucionaron muy bien.

En otros estudios que hemos realizado hemos comprobado lo mismo, si no se quita la medicación el paciente no mejora. Cambiar la alimentación es muy compleja y tomar una pastilla es muy sencillo. Además la industria alimentaria no lo está poniendo fácil, no sabemos lo que comemos. Si se unieran las asociaciones de migrañas, intolerancia alimenticia, fibromialgia, etc. se presionaría para que los alimentos estuvieran bien etiquetados.

INSOMNIO Y DOLOR

Dr. Antonio Vela Bueno (Profesor de Psiquiatría Universidad Autónoma de Madrid)

Cuando hablamos de insomnio: no hay un sueño reparador, dificultad dormir siestas, rigidez al levantarse, lentitud cognitiva, etc.

“El insomnio no es un problema de noche sino de día”

Existe una hiperalerta (La histamina, de la ponencia anterior aumenta la alerta y controla el equilibrio sueño-vigilia).

El cuerpo es un todo, la bio-química tiene relación con lo socio-económico. Todo está relacionado.

En la FM hay una anomalía de las ondas alta NoREM, hay una invasión de la vigilia en el sueño REM. Se mezcla la vigilia (ondas alfa) y el sueño (ondas delta).

No nos sirve para el diagnóstico porque aparece en otras enfermedades (Síndrome de piernas inquietas, apnea del sueño, etc.). Se asocia un problema en el metabolismo del hierro en el origen del síndrome de piernas inquietas.

En la FM y en el insomnio crónico hay una hiperactivación: respuesta exagerada al estrés, producen más cortisol que las personas normales.

TRATAMIENTO DE LOS FIBROMIALGICOS

- El Deprax, es el fármaco con más éxito.
- Higiene del sueño
- Terapia cognitivo-conductual

El tratamiento debería ser multidisciplinar, los médicos deberíamos reunirnos para hablar del paciente, en lugar de ser el paciente el que vaya de consulta en consulta contando su problema.

Hay que acostarse cuando tengamos sueño, antes nunca.

Los fármacos para dormir cronifican el insomnio. Y los pacientes polimedicados están cada vez peor, y nunca mejoran.