

# INFO **a**vafi

Nº 3 - OCTUBRE 2021

---

*TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR  
EN LA FIBROMIALGIA  
Y EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA*

---



Asociación Valenciana de  
Afectados de Fibromialgia  
DECLARADA DE UTILIDAD PÚBLICA

Joaquín Costa, 63 - 2º 3ª • 46005 VALÈNCIA

Telèfons: 96 395 97 94 - 676 059 829

[www.avafi.org](http://www.avafi.org)

Xarxes Socials:

Facebook: AvafiValencia

Twitter: Avafi (@avafi)

Youtube: AVAFIVALENCIA

Edita: AVAFI (Asociación Valenciana de Afectados de Fibromialgia)

Coordinación: M<sup>a</sup> Carmen Megía

Maquetación e impresión: TRESINTER, S.L.

Depósito legal: V-2710-2019



**A**preciados/as lectores/as y seguidores/as de Avafi.

Sabemos desde hace tiempo que el mejor médico era el que lo sabía todo o casi todo, y trataba desde las enfermedades de los niños a las de los mayores.

Este, sin duda, era nuestro médico de cabecera de toda la vida, quien, a veces, participaba con la matrona en el parto de nuestras madres y el que iba pasando de familia en familia según nos hacíamos mayores y formábamos nuestro hogar. En muchos hogares de antaño era uno más de la familia.

También hay médicos “especialistas” que son los que tratan otras enfermedades concretas relacionadas entre sí.

Y los especialistas que solo tratan una enfermedad exclusivamente.

Si un médico solo se centra en tratar la enfermedad que le corresponde por su especialidad, posiblemente se le escaparán muchos problemas y ante el paciente podría haber consecuencias importantes.

Es por ello, que creemos que hay una gran necesidad de que los médicos se unan ante algunas enfermedades como la Fibromialgia y el SFC

En el caso de la Fibromialgia y el SFC debe de ser así, hay que tratar al enfermo/a de manera multidisciplinar donde hayan psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas de pareja, sexólogos, trabajadores sociales, etc., este tratamiento vemos que cada vez es más eficaz para la mejora en la calidad de vida de los enfermos/as.

Os presentamos esta nueva revista INFOAVAFI 3 donde varios especialistas hablan de estas enfermedades y vemos su punto de vista.

Agradecemos enormemente la colaboración desinteresada de cada uno/a de ellos/as, así como a la Conselleria d’Igualtat i Polítiques Inclusives, para que esta revista pueda salir y podamos seguir dando visibilidad a estas enfermedades mal llamadas invisibles.

# Índice

<i>Editorial</i> .....	<i>Fibromialgia y Fatiga Crónica Tramites jurídicos del procedimiento de incapacidad</i> .....23
Dña. Minerva Morales Rodríguez	Don José González Herrán
<i>Investigación y Encefalomiелitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica (EM/SFC), ¿Qué sabemos?</i> .....5	<i>Beneficios de la musicoterapia y el ejercicio terapéutico en personas con fibromialgia</i> ..... 26
Dra. Eva Martín Martínez.	Dña. Noemí Moreno Segura.
<i>Los diez errores más frecuentes que agravan el pronóstico de la fibromialgia y que se pueden evitar</i> .....7	<b>FIBROMIALGIA Y NUTRICIÓN.</b> <i>Alimentos a potenciar y alimentos a evitar</i> ..... 28
Dr. Rafael Belenquer Prieto.	Dña. Marta Sala Climent.
<i>Importancia de los fenómenos comórbidos en el síndrome de fatiga crónica</i> ..... 17	<i>Fibro qué?</i> .....32
Dr. José Alegre Martín	Dña. Stephanie “Efi” Leidinger
<i>La fibromialgia en Salud Laboral</i> ..... 20	<i>La Asociación</i> .....34
Dña. M <sup>a</sup> Teófila Vicente Herrero.	

# Investigación y Encefalomiелitis Miálgica/ Síndrome de Fatiga Crónica (EM/SFC), ¿Qué sabemos?



*Dra. Eva Martín Martínez.  
Médico de Familia.*

Si hablamos de EM/SFC, es obligado hablar de investigación. Cuando nos enfrentamos a una enfermedad de causa desconocida, que produce una limitación severa en la calidad de vida de los pacientes, que nos cuesta diagnosticar porque no existe un biomarcador y para la que no tenemos tratamiento... La investigación pasa de ser una posibilidad de conocimiento, a ser el único camino para pacientes y sanitarios a la hora de enfrentarse a ella.

Aunque la inversión en investigación, es mucho menor de lo que nos gustaría, y de lo que debería, si la enfermedad tuviera el reconocimiento que se merece. La realidad es, que en los últimos años las revistas científicas cada vez cuentan con más artículos que nos acercan al conocimiento de la EM/SFC.

Estas publicaciones apuntan a que existen alteraciones a múltiples niveles: el sistema inmune, el metabolismo energético, el sistema nervioso autónomo, la flora intestinal, el circuito hormonal, el Sistema nervioso central, la epigenética... Para entender cómo hallazgos tan diferentes tienen cabida en una misma enfermedad, es necesario conocer el funcionamiento nuestro cuerpo.

La vida es una constante adaptación al medio ambiente, es decir, cualquier estímulo externo produce un cambio que posteriormente es compensado, de forma que los estímulos dañinos: virus, tóxicos, stress, entre otros, producen en nuestro cuerpo una respuesta a distintos niveles:

- 1 Por una parte, nuestro sistema inmune se activa para eliminar al agresor y después volver al reposo.
- 2 Nuestro sistema nervioso autónomo, (a través del Nervio Vago) cuya función es regular la frecuencia cardíaca, el ritmo intestinal, la temperatura corporal, el ritmo respiratorio y todas aquellas funciones que nuestro organismo realiza de forma inconsciente para adaptarnos al medio, también orquestará una respuesta en función del estímulo que reciba, por ejemplo, si por un peligro inminente, debo comenzar a correr, mi sistema nervioso autónomo hará que mi corazón se acelere y mis vasos se dilaten para poder realizar dicha actividad.
- 3 A nivel del sistema endocrino, hormonas como la tiroidea, el cortisol, insulina, entre otras están en constante fluctuación para mantener el necesario equilibrio interior.
- 4 Y finalmente, en la propia célula, principalmente en su central energética, que son las mitocondrias, se modula la producción energética para adaptarnos a cada situación.

Por si fuera poco, todo se complica hasta el infinito, si tal y como sucede, estos sistemas interactúan entre sí, y observamos que cuando el sistema inmune se activa, produce mediadores inflamatorios, que modifican el funcionamiento

mitocondrial, e influyen en el sistema nervioso autónomo y en la producción hormonal, pero el camino opuesto también es posible, de forma que cualquier cambio en cualquiera de los sistemas antes descritos influirá en los demás.

Toda esta respuesta, además, estará dirigida por nuestra dotación genética, que responderá en un sentido u en otro, según la influencia de los múltiples factores medioambientales, de forma que la expresión genética, no depende tanto de qué genes tengo, sino de cuales son activados en cada momento.

Las investigaciones en EM/SFC parecen apuntar a que este círculo que mantiene nuestro equilibrio interior, se torna disfuncional, de forma que pasa de un estado de equilibrio a un estado de inflamación crónica, de fallo autonómico, de desequilibrio energético, lo que produce finalmente los síntomas de los pacientes.

No es difícil de imaginar, que el pensamiento más extendido en la comunidad científica es que no todos los pacientes serán iguales, que probablemente existen distintos caminos para llegar al mismo efecto final, lo que pone mucho más difícil la investigación.

¿Dónde se produce el fallo inicial?, ¿es el mismo en todos los pacientes? ¿cuánto pesa la predisposición genética y cuánto el medio ambiente? Son respuestas que los investigadores tratan de responder y que estoy convencida de que finalmente lo lograrán.

Para ello, todos tenemos una responsabilidad:

-Los estamentos públicos, invertir.

-Los investigadores, interesarse por la enfermedad, recordando que toda investigación es útil, la que da resultados porque nos acerca al fallo y la que no da resultados, porque nos indica caminos que podemos ir descartando.

-Los médicos, aprender a diagnosticar de forma homogénea, registrando las características particulares de cada paciente, y así poder clasificarlos.

- Y finalmente, las asociaciones dando visibilidad, para que los grupos anteriores no puedan mirar a otro lado.

AUTORA

***Dra. Eva Martín Martínez.***

*Médico de familia,*

*Miembro de EMECC (Comite de médicos clínicos expertos en EM/ SFC).*

# Los diez errores más frecuentes que agravan el pronóstico de la fibromialgia y que se pueden evitar.



*Dr. Rafael Belenguer Prieto.  
Doctor en Medicina. Reumatólogo.*

*Las tablas y figuras citadas en el artículo, están al final del mismo.*

## INTRODUCCIÓN:

La Fibromialgia (FM) es un síndrome que ha ido adquiriendo en los últimos tiempos gran importancia, llegando a convertirse en un problema de salud pública de primer orden. Son varias las razones que nos llevan a explicar esta situación:

Elevada prevalencia y morbilidad en la población general adulta.

Elevado consumo de recursos sanitarios

Insuficiente conocimiento de las causas y mecanismos que la producen.

Insatisfacción por parte de pacientes y profesionales en su abordaje.

Ausencia de tratamiento curativo.

La Fibromialgia (FM) es un cuadro sindrómico con dolor crónico fundamentalmente localizado en el aparato locomotor, que se acompaña de múltiples manifestaciones clínicas funcionales en otros órganos y sistemas, como fatiga, alteraciones del sueño, alteraciones de la esfera cognitiva o trastornos del ánimo.

En la actualidad sigue siendo motivo de controversia por diferentes razones: negativa a considerarla como una entidad definida, consideraciones acerca de que es un proceso continuo sin un claro punto de corte que la separe de lo normal, agrupación artificial de un conjunto de síntomas frecuentes, exageraciones intencionadas del paciente con objeto de conseguir beneficios personales, incluso algunos autores consideran a la FM una enfermedad virtual.

Sin embargo, la FM es un problema frecuente en la práctica clínica diaria, con una prevalencia entre la población general cercana al 3%, unos índices de calidad de vida por debajo de los que se observan en otras enfermedades y, que se acompaña de unos costes sanitarios por encima de la media de otros procesos.

Vamos a desarrollar los diez errores más frecuentes en cuanto a la FM que son:

1. La FM es una enfermedad que NO existe
2. El reumatólogo no es el especialista que debe controlar al paciente con FM
3. La FM asociada a enfermedades autoinmunes o inflamatorias no tiene ninguna importancia
4. El paciente con patología degenerativa no puede tener FM
5. No es necesario realizar una evaluación integral del dolor, la función y el contexto psicosocial
6. No es necesario realizar educación sanitaria ni abordaje multidisciplinar
7. Todas las FMs son iguales
8. Las intervenciones terapéuticas no farmacológicas no son útiles
9. No existe tratamiento farmacológico para la FM
10. Todas las FMs se tratan de la misma manera

**PRIMER ERROR: La FM es una enfermedad que NO existe (completamente falso).**

- La Fibromialgia (FM) es el **paradigma del dolor crónico difuso**
- Definida como enfermedad por la OMS en 1992 (CIE-10): “M 79.0”
- Definida como enfermedad por la IASP en 1994: X33, X8a
- Es la 2ª enfermedad reumática más frecuente sólo por detrás de la artrosis
- **2.45% de la población general española >20 años (EPISER 2016)**
- Pico de incidencia entre los 30 y 50 años
- 2-6% consultas en Medicina Familiar y 12-20% en Reumatología
- **Criterios de Clasificación ACR 1990 y Diagnósticos ACR 2010, validados en 2016 en España por miembros de nuestro Grupo – GEFISER.**
- El diagnóstico se realiza exclusivamente por la clínica:  

La presencia de dolor crónico generalizado en el aparato locomotor, el cansancio intenso, las alteraciones del sueño, la rigidez matutina con sensación de falta de descanso nocturno, las alteraciones cognitivas, con falta de concentración y olvidos frecuentes, la ansiedad y los síntomas depresivos los suelen presentar la mayoría de los pacientes en el momento de la primera visita.
- **La exploración física no aporta información imprescindible para el diagnóstico, porque no existe ningún dato objetivo.** La hiperalgesia = dolor excesivo con estímulos poco dolorosos, o la alodinia = dolor con estímulos no dolorosos, solo la presentan algunos pacientes. Es frecuente observar una limitación de la movilidad y con frecuencia se aprecian contracturas de masas musculares a la palpación, pero son hallazgos frecuentes también en otros procesos, no obstante, **la exploración física es imprescindible para descartar otras enfermedades.**
- La presión dolorosa en determinadas zonas de inserción de músculos y ligamentos “**los llamados puntos dolorosos**” se han empleado y se emplean como un dato de exploración característico e, incluso, como un **criterio de diagnóstico de la FM<sup>50</sup>**, que todavía se sigue utilizando en práctica clínica como criterios de clasificación de la Fibromialgia - ACR 1990

de Wolfe, confirmando que la paciente padece fibromialgia si presenta más de 11/18 puntos dolorosos a la presión de 4 Kgr por cm<sup>2</sup>.

· **FIGURA 1 -Criterios de Clasificación de la Fibromialgia ACR-1990 (Puntos dolorosos presentes en la Fibromialgia)**

El diagnóstico diferencial se puede plantear con múltiples enfermedades, especialmente aquellas que cursan con dolor crónico generalizado, como son: enfermedades reumáticas, endocrinas, de aparato digestivo, infecciosas y otras, que a veces pueden coexistir como comorbilidad asociada a la FM. **TABLA 1- Diagnóstico diferencial de la FM con otras enfermedades que cursan con dolor crónico generalizado.**

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA FIBROMIALGIA DE 2010 (ACR – 2010)**

Se deben cumplir los 3 siguientes criterios:

-Síntomas presentes al menos durante los 3 últimos meses

-Ausencia de otra enfermedad que explique el dolor

-Índice de dolor generalizado  $\geq 7$  y Índice de Gravedad de los síntomas  $\geq 5$  o

-índice de dolor generalizado 3-6 y Índice de Gravedad de los síntomas  $\geq 9$

**Índice de dolor generalizado (0-19) (FIGURA 2)**

Se calcula sumando el número de áreas, de un total de 19, en las que el paciente ha tenido dolor durante la última semana

**Índice de Gravedad de los síntomas (0-12) (FIGURA 3)**

Se calcula sumando la puntuación de los 3 principales síntomas (0-9): fatiga, levantarse descansado por la mañana y síntomas de la esfera cognitiva, puntuados en una escala donde: 0 = sin el problema, 1 = leve o intermitente, 2 = moderado o generalmente presente y 3 = grave o continuo o que afecta a la vida diaria

Se añade la puntuación (0-3) alcanzada por la presencia de síntomas somáticos, según la siguiente valoración: 0 = sin síntomas, 1 = pocos síntomas, 2 = moderado número de síntomas, 3 = gran número de ellos

El número de síntomas somáticos se calcula preguntando al paciente por su presencia según una lista compuesta por 43 síntomas somáticos. (FIGURA 3)

(Wolfe et al. Arthritis Care Res (Hoboken) 2010; 62: 600-10).

**SEGUNDO ERROR: El reumatólogo no es el especialista que debe controlar al paciente con FM (falso).**

Según EULAR (European League Against Rheumatism) el Reumatólogo debe valorar al menos una vez al paciente con FM para confirmar el diagnóstico si fuera necesario, valorar el tipo y la gravedad de la FM y descartar la posible asociación con una enfermedad reumática/autoinmune.

El diagnóstico de la FM es eminentemente clínico, no precisando demasiadas pruebas complementarias (salvo una mínima analítica, y algunas pruebas de imagen para descartar otras patologías). Es por ello que el diagnóstico inicial y el seguimiento básico deben hacerse fundamentalmente por el Médico de Familia - Atención Primaria.

El médico de familia debe remitir al paciente a la Unidad de Fibromialgia o al Reumatólogo en las siguientes circunstancias:

· Si existe duda diagnóstica razonable.

· **Si hay afectación vital grave:** Dolor muy intenso, fatiga muy importante,

Importante Trastorno del Sueño, gran sufrimiento global, gran Interferencia vida cotidiana y FIQ > 85

· Falta de respuesta al tratamiento.  
· Intolerancia o hipersensibilidad a los fármacos empleados.

· Alteraciones analíticas indicativas de **Enfermedad inflamatoria ó Autoinmune.**

**TERCER ERROR: La FM asociada a enfermedades autoinmunes o inflamatorias no tiene ninguna importancia (falso).**

La presencia de FM no descarta la existencia de otras enfermedades, ni tampoco a la inversa. Cada vez es más conocido que la FM es una comorbilidad frecuente que acompaña a otras enfermedades hasta en un 20-30% de pacientes

con síndrome de Sjögren o con Artritis Reumatoide (AR) asocian como comorbilidad la FM, y esta asociación hace que la evaluación de cualquiera de estas enfermedades en un paciente con FM sea más compleja de realizar.

En el caso de la AR, donde la FM es 5 o 6 veces más frecuente que entre la población general, se ha comprobado que los pacientes donde coexisten ambos procesos tienen una mayor afectación que los pacientes con AR sola, y que reciben más tratamiento farmacológico a pesar de que los datos de inflamación sean similares.

Para realizar el diagnóstico de FM basta con la presencia de las manifestaciones clínicas, con sus características específicas, como hemos visto. Los criterios diagnósticos, como en la mayoría de las enfermedades, son útiles para homogenizar poblaciones de cara a la realización de ensayos clínicos, por ejemplo, pero en la práctica clínica habitual no es necesario que el paciente los cumpla para poder establecer el diagnóstico. Los primeros criterios publicados por el American College of Rheumatology en 1990 han resultado muy útiles para conocer mejor esta enfermedad, pero recientemente se han elaborado unos nuevos donde dan prioridad a las manifestaciones clínicas que presenta el paciente. Ver FIGURAS 2 Y 3.

**CUARTO ERROR: El paciente con patología degenerativa no puede tener FM (falso)**

Numerosos estudios han demostrado que la artrosis es una comorbilidad muy frecuente en pacientes con FM mayores de 45-50 años, y que agrava el dolor y la calidad de vida de los pacientes con FM y artrosis.

Como ejemplo, citaremos dos trabajos:

- α) D.J. Clauw, A.L. Hassett. The role of centralised pain in osteoarthritis. Clin Exp Rheumatol 2017;35 (Suppl. 107): S79-S84.
- β) SJ Neville, A Clauw, SE Moser, A Urquhart. et al. Association between the 2011 fibromyalgia survey criteria and multisite pain sensitivity in knee osteoarthritis. Clin J Pain 2018;34:909-917.

**QUINTO ERROR: No es necesario realizar una evaluación integral del dolor, la función y el contexto psicosocial (falso)**

Nuestro Grupo, liderado actualmente por el Dr. Javier Rivera, ha desarrollado un cuestionario (ICAF) Índice Combinado de Afectación en

Pacientes con Fibromialgia, que comprende diez cuestionarios y una exploración sistemática y una analítica amplia de todos los pacientes, que permite valorar adecuadamente los pacientes y con los criterios diagnósticos actuales de 2010, validados por nuestro grupo en población española en 2016, nos permite establecer la gravedad de la FM.

A título de ejemplo destacamos los siguientes artículos:

- α) Vallejo, M.A., Rivera, J., Esteve-Vives, J. *et al.* A confirmatory study of the Combined Index of Severity of Fibromyalgia (ICAF\*): factorial structure, reliability and sensitivity to change. *Health QualLife Outcomes* **9**, 39 (2011). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-39>.
- β) Vallejo, M.A., Rivera, J., Esteve-Vives, J. *et al.* Development of a self-reporting tool to obtain a Combined Index of Severity of Fibromyalgia (ICAF\*). *Health QualLife Outcomes* **8**, 2 (2010). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-2>
- χ) Casanueva B, García-Fructuoso F, **Belenguer R**, Alegre C, Moreno-Muelas JV, Hernández JL, Pina T, González-Gay MÁ. The Spanish version of the 2010 American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for fibromyalgia: reliability and validity assessment. *Clin Exp Rheumatol.* 2016 May-Jun;34(2 Suppl 96):55-8. Epub 2016 Jan 9.

**SEXTO ERROR: No es necesario realizar educación sanitaria ni abordaje multidisciplinar (falso)**

Según EULAR (European League Against Rheumatism) el Reumatólogo y/o el Médico de Familia deben valorar al paciente con FM para confirmar el diagnóstico y valorar el tipo y la gravedad de la FM y descartar la posible asociación con una enfermedad reumática/autoinmune e iniciar la educación sanitaria del paciente, así como valorar si requiere un abordaje multidisciplinar.

Ver: Guía de debut en Fibromialgia, publicada en 2016 por nosotros mismos: enlace; <https://www.fibro.info/debut.pdf>

Ver: Aprendiendo a convivir con la Fibromialgia, publicada en 2020 por nosotros mismos: enlace; [https://www.ser.es/wp-content/uploads/2020/11/Informacion-pacientes\\_FM\\_WEB.pdf](https://www.ser.es/wp-content/uploads/2020/11/Informacion-pacientes_FM_WEB.pdf)

**SÉPTIMO ERROR: Todas las FM son iguales (falso)**

Actualmente se describen cuatro subgrupos de FM, propuestos por Belenguer y cols, en función de la coexistencia con otros procesos y del perfil psicopatológico de cada paciente que son útiles para que el reumatólogo clínico trate y/o dirija mejor a los pacientes.

Ver tabla adjunta (**TABLA 2**). Clasificación en Subgrupos de la FIBROMIALGIA (Belenguer y cols)

Ver la clasificación personal de la FM realizada por nosotros mismos en 2009.

- α) Rafael Belenguer, Manuel Ramos-Casals, Antoni Siso, Javier Rivera, Clasificación de la fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura, *Reumatología Clínica*, Volume 5, Issue 2, 2009, Pages 55-62, ISSN 1699-258X, <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2008.07.001>.

**OCTAVO ERROR: Las intervenciones terapéuticas no farmacológicas no son útiles (falso)**

Según las recomendaciones de EULAR 2017 para el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la FM, debemos decir lo siguiente:

**No disponemos de un tratamiento curativo para la FM. El objetivo debe ser mejorar los síntomas y la calidad de vida de los pacientes con FM.**

En primer lugar debemos establecer el diagnóstico definitivo de FM lo más pronto posible para tranquilizar al paciente y evitar acudir a otros médicos especialistas que sólo valorarán aspectos parciales de la enfermedad, realizando un gran consumo de recursos sanitarios y numerosa polimedicación.

En segundo lugar, una vez establecido el diagnóstico, hay que educar al paciente sobre su enfermedad y las opciones terapéuticas de las que dispone.

En tercer lugar, hay que explicar al paciente que las tres modalidades terapéuticas que han demostrado alguna eficacia en el tratamiento de la FM son:

la realización de ejercicio físico aeróbico, las terapias psicológicas del tipo cognitivo-conductual (TCC) y algunos fármacos.

La combinación simultánea de estas tres modalidades terapéuticas en forma de tratamiento

multidisciplinar se está imponiendo como la opción que mayores beneficios aporta al paciente.

### Tratamiento mediante ejercicio físico

La realización de ejercicio físico aeróbico ha demostrado un claro beneficio en las manifestaciones de la enfermedad, principalmente dolor, salud mental, ansiedad e impacto global, con un tamaño del efecto similar o incluso algo mayor que los fármacos. Constituye uno de los pilares del tratamiento de la FM. Cualquiera de sus modalidades (natación, gimnasio, bicicleta, danza, etc.) han mostrado en ensayos clínicos un efecto beneficioso y no hay evidencias sobre la superioridad de un tipo de ejercicio aeróbico sobre otro.

Los ejercicios con componente aeróbico son mucho mejores que los de flexibilización y estiramiento.

La balneoterapia también ha demostrado buenos resultados, así como el Tai Chi.

Es importante destacar que tampoco se ha encontrado ninguna evidencia de que el ejercicio físico empeore las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

El problema que plantea el ejercicio físico es la escasa adherencia que tienen los pacientes hacia este tipo de tratamiento, considerándolo como algo puntual y no como un hábito higiénico en sus vidas.

### Otras terapias físicas

No existe un buen grado de evidencias sobre la eficacia de otras medidas físicas como la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS), los ultrasonidos, el láser, la magnetoterapia, el ozono, la oxigenoterapia hiperbárica, la quiropraxia y la osteopatía.

Con la **acupuntura** se han realizado varios ensayos clínicos recientemente que demuestran eficacia. La **balneoterapia** ha demostrado en algún estudio resultados beneficiosos.

### Tratamiento psicológico

La **Terapia Cognitiva Conductual (TCC)** y la reciente terapia del “*mindfulness*”, son las intervenciones psicológicas que han demostrado mayor eficacia para el tratamiento de la FM. El componente emocional de la enfermedad mejora con ambas terapias y se acompaña de una mejoría en síntomas como ansiedad, depresión, dolor e impacto de la FM en la vida del paciente.

La TCC combina técnicas de entrenamiento en condicionamiento clásico y operante, aprendizaje observacional, estrategias de solución

de problemas, habilidades de afrontamiento, relajación y autocontrol. Hay un fuerte grado de evidencia de que la combinación de tratamiento psicológico y ejercicio físico reduce el impacto global de la FM en la vida de los pacientes.

### **NOVENO ERROR: No existe tratamiento farmacológico para la FM (falso)**

#### Tratamiento farmacológico

Las posibilidades de tratamiento con fármacos son muy numerosas, ya que cualquier fármaco que actúe sobre el sistema nervioso central puede tener efectos beneficiosos en las manifestaciones clínicas de estos pacientes. Sin embargo, **hay que evitar la excesiva medicación**, un problema que se observa con frecuencia en estos enfermos, que condiciona múltiples efectos secundarios en los pacientes con FM.

**La mayor evidencia disponible en cuanto a la eficacia de los fármacos se ha visto con algunos analgésicos, antidepresivos y anticonvulsivantes.**

#### Analgésicos y antiinflamatorios

Existen pocos ensayos clínicos que evalúen la eficacia de estos fármacos en la FM. Algunos estudios han mostrado que **el uso de tramadol, solo o asociado con paracetamol, es superior al placebo en el control del dolor, pero con un grado de evidencia moderada.**

Los opiáceos mayores como Morfina, Oxycodona/ Naloxona, Buprenorfina, Fentanilo y Tapentadol entre otros, son fármacos cada vez más utilizados en el tratamiento del dolor crónico no oncológico, pero los efectos secundarios hacen que su empleo en los pacientes con FM deba ser a dosis bajas y con mucho control, por lo que no se recomiendan.

El uso de antiinflamatorios está muy extendido en el tratamiento de la FM, a pesar de no ser un proceso inflamatorio. Su uso a dosis subterapéuticas, en donde se comportan más como analgésico que como antiinflamatorio, quizás explique su frecuente utilización.

Tampoco existen ensayos clínicos que analicen la eficacia individual de cualquier antiinflamatorio en el tratamiento de la FM, por lo que no existe actualmente ningún grado de evidencia que justifique su uso.

La **Sociedad Española de Reumatología**, en su documento de consenso sobre la FM solo recomienda el uso de paracetamol y tramadol como analgésicos en el tratamiento de estos pacientes.

### Antidepresivos

Son los fármacos más utilizados en el tratamiento de los pacientes con FM. Se ha comprobado que estos fármacos poseen capacidad analgésica propia, independiente de su efecto antidepresivo, y mejoran también otras manifestaciones clínicas.

Hay varias revisiones sistemáticas y metaanálisis sobre el efecto de los diversos antidepresivos en los pacientes con FM y se ha comprobado que existe un efecto favorable de la mayoría de ellos sobre el dolor, las alteraciones del sueño, el estado de ánimo, la fatiga y la calidad de vida, aunque el tamaño del efecto es en general moderado.

No todos los antidepresivos poseen la misma eficacia para controlar las manifestaciones clínicas en la FM y hay algunas diferencias entre los distintos tipos, probablemente debidas a la intensidad y proporción con la que inhiben la recaptación de neurotransmisores. El fallo de un antidepresivo no descarta la posibilidad de que otro tenga un efecto beneficioso, por lo que en muchos casos hay que probar varios de ellos hasta encontrar el que mejore el cuadro clínico. En la tabla adjunta (TABLA 3) se pueden apreciar los antidepresivos más utilizados para el tratamiento de las manifestaciones clínicas de los pacientes con FM.

La Food and Drug Administration (FDA), desde hace algunos años, ha aprobado el uso de Duloxetina y Milnacipram (no comercializado aún en España) para pacientes con FM.

### Anticonvulsiantes

Alguno de estos fármacos ha demostrado su eficacia analgésica en varias formas de dolor crónico neuropático, como la neuralgia del trigémino, la neuropatía diabética y la neuralgia postherpética. El mecanismo de acción de todos ellos es a través de una disminución de la excitabilidad de las membranas celulares que impide que se produzcan descargas ectópicas y reduce la liberación de neurotransmisores cerebrales.

Los fármacos Anticonvulsiantes más estudiados en pacientes con FM han sido la Gabapentina y la Pregabalina, y actualmente existe una evidencia fuerte sobre su eficacia en el tratamiento del dolor, trastornos del sueño y calidad de vida.

La Gabapentina a dosis entre 1.200 y 2.400 mg al día es segura y eficaz para el tratamiento del dolor en los pacientes con FM, mientras que la

Pregabalina ha demostrado igualmente su eficacia a dosis entre 300 y 600 mg al día. La FDA también tiene aprobada la indicación de Pregabalina para el tratamiento de la FM.

### Benzodiacepinas

No existe ninguna evidencia acerca de la eficacia de este grupo de fármacos en el tratamiento de la FM a largo plazo. Las benzodiacepinas parecen actuar sobre la calidad del sueño y la crisis de ansiedad en períodos cortos, pero no tienen ninguna acción sobre el resto de las manifestaciones clínicas de la enfermedad. No obstante, este tipo de fármacos son muy empleados en los pacientes con FM, pero no se dispone de información de hasta dónde son capaces de mejorar otras manifestaciones clínicas o la calidad de vida. Los efectos secundarios como alteraciones cognitivas, debilidad muscular, dependencia del fármaco y posiblemente demencia a largo plazo, hacen desaconsejable su empleo en estos pacientes a largo plazo.

### Terapias alternativas y complementarias

Este tipo de terapias son muy utilizados por los pacientes con pocos resultados.

Tanto los suplementos dietéticos, la medicina homeopática, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, los ultrasonidos, el láser, la magnetoterapia, la ozonoterapia, la oxigenoterapia hiperbárica, la quiropraxia y la osteopatía, así como el uso de medicinas alternativas y complementarias por estos pacientes, no han demostrado en ningún ensayo clínico controlado una eficacia muy manifiesta.

Este tipo de tratamientos genera siempre una gran controversia entre los facultativos que tratan a los pacientes con FM, pero es necesario conocer que no existen buenos estudios que avalen el empleo de cualquiera de estas medidas en el tratamiento de la FM, por lo que su uso no está justificado desde el punto de vista científico.

### DÉCIMO ERROR: Todas las FMs se tratan de la misma manera (falso)

Según las recomendaciones de EULAR 2017, según el tipo de FM y según la gravedad de la FM, cada paciente precisará un tipo de tratamiento.

### Tratamiento multidisciplinar

Los mejores resultados del tratamiento de la FM se han conseguido al combinar diversas modalidades terapéuticas. La combinación del tratamiento farmacológico junto con la realización de ejercicio físico aeróbico y la terapia TCC ha mostrado los mejores resultados en los estudios clínicos.

En la mayoría de guías de práctica clínica y documentos de sociedades científicas se recomienda el tratamiento multidisciplinar como la mejor opción disponible para conseguir los mejores resultados en el tratamiento de los pacientes con FM.

AUTOR

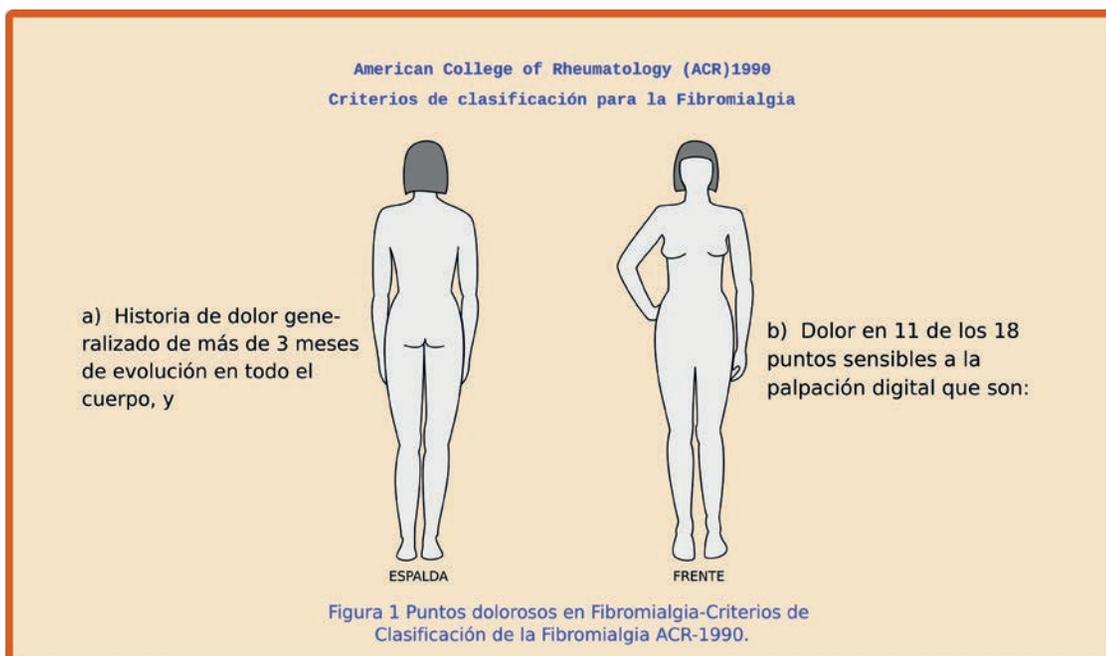
**Don RAFAEL BELENGUER PRIETO.**

*Doctor en Medicina. Reumatólogo.*

*Hospital Vithas 9 de Octubre de Valencia. Unidad de Reumatología*

*Presidente electo de la Sociedad Valenciana de Reumatología.*

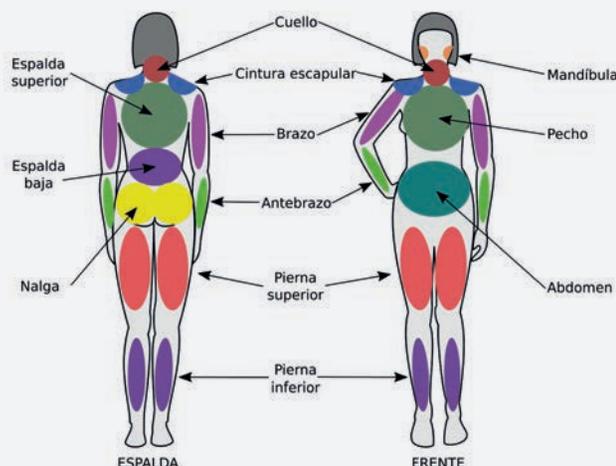
*E – mail: rbelenguer@gmail.com*



*Figura 1*  
*Criterios Fibro ACR-1990. Puntos Dolorosos*

### Nuevos criterios preliminares para el diagnóstico clínico de la Fibromialgia

Índice de Dolor Generalizado  
Widespread Pain index (WPI)



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

Cintura Escapular Izquierda	Pierna Inferior Izquierda
Cintura Escapular Derecha	Pierna Inferior Derecha
Brazo Superior Izquierdo	Mandíbula Izquierda
Brazo Superior Derecho	Mandíbula Derecha
Brazo Inferior Izquierdo	Pecho (Tórax)
Brazo Inferior Derecho	Abdomen
Nalga Izquierda	Cuello
Nalga Derecha	Espalda Superior
Pierna Superior Izquierda	Espalda Inferior
Pierna Superior Derecha	

Cuenta el número de áreas que ha marcado y anótelas aquí: .

Observará que el valor WPI oscila entre 0 y 19.

Figura 2  
Criterios  
DIAGNOSTICOS  
DE  
FIBROMIALGIA  
ACR-2010 - WPI

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

SS-Parte 1

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

#### 1. Fatiga

0 = No ha sido un problema
1 = Leve , ocasional
2 = Moderada , presente casi siempre
3 = Grave, persistente, he tenido grandes problemas

#### 2. Sueño no reparador

0 = No ha sido un problema
1 = Leve , intermitente
2 = Moderada , presente casi siempre
3 = Grave, persistente, grandes problemas

#### 3. Trastornos Cognitivos

0 = No ha sido un problema
1 = Leve , intermitente
2 = Moderada , presente casi siempre
3 = Grave, persistente, grandes problemas

Sume el valor de todas las casillas marcadas y anótelas aquí: .

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

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

SS-Parte 2

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

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

Cuenta el número de síntomas marcados, y anótelas aquí: .

Si tiene 0 síntomas, su puntuación es 0  
Entre 1 y 10, su puntuación es 1  
Entre 11 y 24, su puntuación es 2  
25 o más, su puntuación es 3

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

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

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

Figura 3  
Criterios DIAGNOSTICOS DE FIBROMIALGIA ACR-2010. SSScore

<b>Tabla 1 Diagnóstico diferencial de la FIBROMIALGIA (FM) con otras enfermedades que cursan con Dolor Crónico Generalizado</b>	
<b>ENFERMEDADES QUE CURSAN</b>	<b>CON DOLOR CRÓNICO GENERALIZADO</b>
<b>Reumatológicas inflamatorias</b>	AR, AP, LES, EA, SS, polimialgia reumática.
<b>Otras reumatológicas</b>	Artrosis, Síndrome Miofascial, Síndrome de Hiperlaxitud articular, Hiperostosis vertebral difusa.
<b>Endocrinológicas</b>	Hipotiroidismo, Hiperparatiroidismo, Acromegalia, Déficit de vitamina D.
<b>Aparato digestivo</b>	Celiaquía.
<b>Infeciosas</b>	Virus hepatitis C, B, enfermedad de Lyme, VIH.
<b>Oncológicas</b>	Varios tipos
<b>Hematológicas</b>	Linfomas de bajo grado, Gammopatías monoclonales.
<b>Neurológicas</b>	Esclerosis múltiple, Polineuropatías, Miopatías, Enfermedad de Parkinson.
<b>Dolor inducido por fármacos</b>	Opioides, Estatinas, Quimioterápicos, Inhibidores de Aromatasa, Bisfosfonatos
AR: artritis reumatoide. AP: artritis Psoriásica. LES: lupus eritematoso sistémico. EA: espondiloartropatías. SS: síndrome de Sjögren.	

*TABLA 1. Diagnóstico diferencial de la Fibromialgia (FM)*

<b>Clasificación de la fibromialgia (FM) en subgrupos</b>			
<b>Tipos</b>	<b>Subgrupos de FM</b>	<b>Enfermedad asociada</b>	<b>Psicopatología asociada</b>
I	FM primaria	Ninguna	Normal
II	FM asociada a enfermedad reumatológica	Enfermedad crónica o sistémica (AR, síndrome de Sjögren)	Perfil A: ansioso-depresivo
III	FM asociada a enfermedad psiquiátrica	Enfermedad psiquiátrica	Perfil B: somatización
IV	FM simulada	Ninguna	Ninguna

**TABLA 2.** Clasificación en Subgrupos de la FIBROMIALGIA

<b>Fármacos antidepresivos con evidencia científica en el tratamiento de la Fibromialgia.</b>		
<b>Fármacos: mecanismo de acción</b>	<b>Fármacos: principio activo</b>	<b>Dosis</b>
<b>Tricíclicos:</b> Mecanismo múltiple	Amitriptilina Ciclobenzaprina	25-50 mg/noche 10 mg/noche
<b>ISRS:</b> Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina	Fluoxetina Paroxetina Sertralina Citalopram	10/40 mg 24 h 20 mg/24 h 50-100 mg/24 h 20-30 mg/24 h
<b>ISRN:</b> Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina y noradrenalina	<b>Duloxetina</b> Venlafaxina	60 mg/24 h 75-150 mg/24 h
<b>ISRN:</b> Inhibidores selectivos de recaptación de noradrenalina	Reboxetina	4 mg/24 h
<b>Otros antidepresivos:</b> Antagonista 5HT2: actúa también como un débil IRSN Bloqueo autorreceptores $\alpha_2$ , 5HT2 y 5HT3	Trazodona Mirtazapina	100 mg/noche 30 mg/noche

**TABLA 3.** Fármacos antidepresivos en el Tratamiento de la Fibromialgia

## *Importancia de los fenómenos comórbidos en el síndrome de fatiga crónica.*



*Dr. José Alegre Martín.  
Médico Internista.*

El Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) es una entidad clínica bien definida por una fatiga postejericio y un deterioro cognitivo, que condiciona una severa incapacidad a los pacientes interfiriendo en gran manera su actividad laboral y en sus tareas de vida diaria. Junto a estos síntomas básicos de la fatiga matinal invalidante, sueño no reparador, la intolerancia al ejercicio físico y las alteraciones en la concentración y la memoria, los pacientes refieren síntomas musculares, inflamatorios y de la disfunción neurovegetativa (1). La EM/SFC es más frecuente en mujeres entre 20 y 40 años de edad, se constatan casos de agregación familiar (2) y se ha constatado que el SFC, en hijos de madres afectas, es 5,5 veces más frecuente que la población sana (3). Además, estudios de gemelos sugieren valores de concordancia del 55% en gemelos monozigóticos y alrededor del 20% en gemelos dizigóticos, datos que permiten calcular valores de heredabilidad de entre el 44% y el 54% (4). Estos estudios sugieren que la EM/SFC presenta una base genética cuya repercusión viene condicionada por la contribución de diferentes factores ambientales.

Así, se considera que la EM/SFC presenta una etiología compleja, causada por la combinación de varios genes y factores ambientales, donde la acción combinada de variantes polimórficas funcionales en un cierto número de genes crearía una susceptibilidad individual al trastorno que no se expresaría en todos los ambientes. Por este motivo, se baraja la posibilidad de que, tanto factores genéticos, como ambientales podrían desencadenar la enfermedad.

En los elementos desencadenantes, se han incluido los infecciosos (5), productos químicos, el electromagnetismo, las vacunas, el postparto, los accidentes laborales y de tráfico, así como las situaciones de stress tanto físico como intelectual (1). Aunque no se conoce con precisión cuales son los pacientes más vulnerables al desarrollo posterior de síntomas, se ha descrito un perfil de personalidad bastante homogéneo en estos pacientes, caracterizado por la elevada evitación del daño, el perfeccionismo y la ansiedad (6).

En el diagnóstico de dicho síndrome, se requiere el cumplimiento de los criterios diagnósticos del Centro de Enfermedades de Atlanta (CDC) propuestos por Fukuda (7). En 2003 se propuso una nueva definición de la EM/SFC creada con la intención de excluir los casos psiquiátricos, a través del documento canadiense de consenso de casos sobre EM/SFC (8), que son útiles y complementarios a los criterios del CDC y nos permiten estudiar los bloques sintomáticos (neurológico, muscular, cognitivo, neurovegetativo e inmunológico). En el 2011 dichos criterios se actualizaron, proponiendo como criterio obligatorio la fatiga post-esfuerzo (9) y recientemente se ha publicado un documento de consenso con el objeto de revisar la evidencia de la variedad de criterios diagnósticos y recomendar una nueva terminología para referirse a esta entidad, por parte del Instituto de Medicina en USA, denominándola síndrome de intolerancia sistémica (10).

En los bloques sintomáticos, destacan el muscular que incluye sintomatología como dolor, debilidad muscular generalizada, fatiga post-esfuerzo físico, la sintomatología neurológica (hipersensibilidad sensorial, ataxia, dismetría, alteraciones visuales, descoordinación motora), síntomas neurocognitivos (alteraciones de la memoria, concentración, cálculo, planificación de tareas, facilidad de olvido entre otros), el bloque neurovegetativo (inesatabilidad cefálica, lipotimias, síncope y sudoración excesiva, hipotensión ortostática, temblor o alteraciones del ritmo intestinal) y finalmente la sintomatología inmunoinflamatoria (febrícula, odinofagia, aftas bucales recurrentes, poliartralgias, entumecimiento matutino, infecciones como herpes o candidas) (8). Las alteraciones en el sueño en la EM/SFC, han sido relevantes desde su descripción como entidad clínica propia y así en todas las versiones de los diferentes criterios diagnósticos de la EMSFC, han tenido un papel clave los trastornos del sueño, en especial, la presencia de sueño no reparador (11).

La EM/SFC junto a la complejidad sintomática que presenta, como consecuencia de su carácter multisistémico, se asocia a diferentes fenómenos comórbidos, que podremos agrupar en los diferentes bloques:

Los fenómenos comórbidos somáticos, estarían englobados en los siguientes bloques: Dolor: La fibromialgia (12) y el síndrome de la articulación temporomandibular (13). Afectación de ligamentos, tejido celular subcutáneo y columna vertebral: Tendinopatía de hombro, epicondilitis, trocanteritis, enfermedad vertebral degenerativa o mecánica, condropatía rotuliana, fascitis plantar y síndrome del túnel carpiano (14-17). Alteraciones inmunes. Síndrome seco, tanto a nivel ocular, bucal como vaginal (18). Disfunción tiroidea, en forma de tiroiditis, nódulos tiroideos, cáncer tiroideo, hipotiroidismo e hipertiroidismo (19). Endometriosis (20), asma bronquial y urticaria crónica. Disfunción del metabolismo fosfocálcico. Disminución de la vitamina D, osteopenia y osteoporosis (21). Síndrome metabólico. Obesidad, sobrepeso, diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, ictus, arteriopatía periférica y dislipemia mixta (22). Hipersensibilidades: Hipersensibilidad química múltiple, electromagnetismo, intolerancia a la lactosa, fructosa y gluten (23). Hiperlaxitud ligamentosa (24) y otras: síndrome del intestino irritable, cistitis intersticial crónica y el prolapso de la válvula mitral (8).

Y por otro lado, estarían los fenómenos comórbidos de índole psicológica y/o psiquiátrica, tales como los trastornos comórbidos de la personalidad que son muy frecuentes en el SFC, aproximadamente en el 45%. (6). Siendo los más frecuentes, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno por evitación. Su presencia se asocia a más síntomas depresivos, ansiedad, resentimiento, suspicacia y culpa. catastróficas, neuroticismo, alta conciencia, control emocional y baja autoestima y todas estas variables apuntan a rasgos de personalidad del grupo C (6).

En resumen en la valoración del paciente afecto del SFC/ME, es muy importante el diagnóstico, estratificación de los mismos y el tratamiento de los fenómenos comórbidos asociados a la misma (25), pues tras la detección precoz de los mismos, podremos iniciar el tratamiento correspondiente y tratar de mejorar la calidad de vida de dichos pacientes.

#### AUTOR

**Dr. José Alegre Martín.**

*Médico Internista.*

*Responsable de la Investigación Clínica en el SFC en la Unidad de Síndromes de Sensibilización Central del Hospital Universitario Vall d' Hebrón de Barcelona.*

*Miembro del Instituto Aliaga del Dolor de la Clínica del Pilar de Barcelona.*

*Profesor de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona.*

## REFERENCIAS.

1. Prins, JV, Can der Meer JW, Bleijenberg G. Chronic fatigue syndrome. *Lancet*, 367:346-355. 2006.
2. Walsh CM, Zainal NZ, et al (2001): A family history study of chronic fatigue syndrome. *Psychiatr Genet* 11:123-128.
3. Underhill RA, O´Gorman RL (2007): Chronic fatigue syndrome in the offspring of mothers with CFS. 8th International IACFS Conference on Chronic Fatigue Syndrome, Fibromyalgia and Other Related Illness, Fort Laundele.
4. Roy-Byrne P, Afari N, et al (2002): Chronic fatigue and anxiety/depression: a twin study. *Br J Psychiatry* 180:29-34.
5. Wostyn P. Covid-19 and chronic fatigue syndrome. Is the worst yet to come ?. *Med Hypotheses* 2021;146:110469.
6. Calvo N, Saez N, Valero S, Alegre J, Casas M. Comorbid personality disorders in Chronic Fatigue Syndrome patients : a marker of psychopathological severity. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43:58-65. 2015.
7. Fukuda K, Strauss SE, Hickie I, Sharp CM, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Ann Intern Med* 1994;121:953-959.
8. Carruthers BM, Jain AK, DeMeirleir KL, Peterson DL, Klimas NG, et al. Myalgic Encephalomyelitis/ chronic fatigue syndrome: Clinical working case definition, diagnostic and treatment protocols. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome* 2003;11:7-115.
9. Carruthers BM, van de Sande MI, De Meirleir KL, et al. Myalgic encephalomyelitis: International Consensus Criteria. *Journal of Internal Medicine* 2011;270:327-38.
10. Institute of Medicine. Beyond Myalgic Encephalomyelitis/ Chronic Fatigue Syndrome: Redefining an illness. Washington, DC: National Academies Pr;2015.
11. Jesús Castro – Alteraciones del sueño. Castro-Marrero J, Zaragoza MC, González-García S, Aliste L, Sáez-Francàs N, Romero O, Ferré A, Fernández de Sevilla T and Alegre J. Poor self-reported sleep quality and health-related quality of life in patients with chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis. *J Sleep Research* 2018 May 16 :e12703. doi :10.1111/jsr.12703.
12. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-12.
13. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandibul Dis* 1992;6:301-355.
14. Clarencon F, Law-Ye B, Bienvenot P, Cornier E, Chiras J. The degenerative spine. *Magn Reson Imaging Clin N Am* 2016;24:495-513.
15. Johnson RE, Haas K, Lindow K, Shields R. Plantar fasciitis: what is the diagnosis and treatment ?. *Orthop Nurs* 2014;33:198-204.
16. Amin NH, Kumar NS, Schickendantz MS. Medial epicondylitis: evaluation and management. *J Am Acad Orthop Surg* 2015;23:348-355.
17. Goldfarb CA. The Clinical Practice Guideline on Carpal Tunnel Syndrome and Workers´ compensation. *J Hand Surg Am* 2016;41:723-725.
18. Methodologies to diagnose and monitor dry eye disease: report of the diagnostic methodology subcommittee of the international dry eye workshop (2007). *Ocul Surf* 2007;5:108-152.
19. Caturegli P, De Remigis A, Rose NR. Hashimoto thyroiditis: clinical and diagnostic criteria. *Autoimmun Rev* 2014;13:391-7.
20. Bulun SE. Endometriosis. *NEJM* 2009;360:268-79.
21. Thacher TD, Clarke BL. Vitamin D insufficiency. *Mayo Clin Proc* 2011;86:50-60.
22. Durrington P. Dyslipidaemia. *Lancet* 2003;362:717-731.
23. McKeown-Eyssen GE, Baines CJ, Marshall LM, Jazmaji V, Sokoloff ER. Multiple chemical sensitivity: discriminant validity of case definitions. *Arch Environ Health* 2001;56:406-412.
24. Tinkle BT, Bird HA, Grahame R, Lavallee M, Levy HP, Sillence D. The lack of clinical distinction between the hypermobility type of Ehlers-Danlos syndrome and the joint hypermobility syndrome. *Am J Med Genet A* 2009;149A:2368-2370.
25. Castro-Marrero J, Faro M, Aliste L, Sáez-Francàs N, Calvo N, Martínez-Martínez A, Fernández de Sevilla T, Alegre J. Comorbidity in chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: A Nationwide Population-Based Cohort Study. *Psychosomatics* 2017 ;58 :533-543



## La fibromialgia en Salud Laboral

**Dña. Mª Teófila Vicente Herrero.**  
Especialista en Medicina del  
Trabajo

La fibromialgia se caracteriza por dolor musculoesquelético crónico generalizado asociado a fatiga, trastornos del sueño y otros síntomas cognitivos y somáticos. Para muchos pacientes estos síntomas persisten durante años y conducen a un uso frecuente de atención médica; los síntomas pueden ser debilitantes y, aunque actualmente hay muchos tratamientos disponibles, el manejo sigue siendo un desafío<sup>1</sup>.

Las revisiones científicas más recientes, entre 2019 y 2020, incluyen el nuevo concepto de dolor nociplástico, algunas alteraciones neuroendocrinas y metabólicas encontradas en pacientes con FM e investigaciones en relación no solo con el uso de las terapias farmacológicas tradicionales, sino también con terapias complementarias, como la cámara de oxígeno hiperbárico, la ozonoterapia y las intervenciones basadas en la atención integral al paciente<sup>2</sup>.

La fibromialgia es la causa más común de dolor crónico generalizado. La literatura muestra valores de prevalencia de fibromialgia en la población general entre 0.2 y 6.6%, con cifras mayores en mujeres (entre 2.4 y 6.8%) y más elevadas en áreas urbanas (entre 0.7 y 11.4%) que en zonas rurales (entre 0.1 y 5.2%), pudiendo alcanzar en poblaciones especiales cifras entre el 0.6 y 15%<sup>3</sup>.

Durante mucho tiempo fue considerada un *trastorno de somatización* sin un origen físico identificable. Esta creencia finalmente se desestimó y fue definida en 1992 por la OMS como un estado doloroso generalizado no articular que afecta predominantemente a las zonas musculares y el raquis, y que se caracteriza por la existencia de una exagerada hipersensibilidad en la percepción del dolor (*alodinia e hiperalgesia*), sin que existan alteraciones orgánicas. Actualmente viene recogida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 10) de la Organización Mundial de la Salud con el código M79.7, dentro del grupo “*Otros trastornos de tejidos blandos*”.

Su diagnóstico es exclusivamente clínico y se basa en la presencia de dolor osteomuscular crónico y generalizado junto con otros síntomas, por lo que adquiere especial importancia la Historia clínico-laboral, donde se incluyen en la Anamnesis, tanto los antecedentes familiares y personales, aspectos clínicos y terapéuticos, como los aspectos laborales.

Entre los aspectos laborales que con mayor frecuencia se relacionan con la fibromialgia destacan los siguientes:

Categorías	Subcategorías
<b>Demandas relacionadas con el trabajo</b>	Las exigencias físicas de trabajo Demandas psicosociales laborales Demandas organizacionales
<b>Problemas de salud</b>	Capacidad física limitada El aumento del estrés Aumento de la necesidad de descanso
<b>Factores relacionados con el contexto</b>	Los factores personales Factores relacionados con la familia

Ref: Mannerkorpi K, Gard G. Hinders for continued work among persons with fibromyalgia. BMC Musculoskelet Disord. 2012 Jun 11;13:96.

En Salud Laboral, la fibromialgia constituye un problema destacado que repercute en salud pública dada su alta prevalencia en la población adulta, el insuficiente conocimiento de sus causas o sus factores desencadenantes, la ausencia de tratamiento curativo, así como por la importante demanda médica que genera y el consecuente consumo de recursos sanitarios. A ello hay que sumar el alto coste por falta de productividad laboral y la repercusión social que padecen muchos de estos enfermos.

La evaluación de la discapacidad por fibromialgia es controvertida por varias razones: falta de aceptación del diagnóstico, trastornos psicológicos, dificultad para medir la discapacidad por ausencia de instrumentos objetivos, ineficacia del tratamiento y la aptitud del propio médico.

No se ha establecido qué componentes de la fibromialgia están más relacionados con su gravedad y su repercusión laboral, ya que muchos de ellos son de apreciación subjetiva, y es difícil introducir instrumentos validados que permitan medir la discapacidad laboral en esta enfermedad, aunque se estima que causa una disminución de la capacidad laboral de una persona en un 25-30%.

Uno de los primeros estudios para describir los factores socioprofesionales y clínicos asociados con la baja por enfermedad en mujeres con fibromialgia fue realizado por autores franceses en 955 mujeres diagnosticadas de fibromialgia y destacan el predominio del contexto socioprofesional sobre las características clínicas y demográficas en la capacidad de estas mujeres para permanecer en el trabajo. Sin embargo, los autores apuntan que

se requieren más estudios para evaluar el impacto de una adaptación temprana de las condiciones de trabajo, la descripción del trabajo y el desarrollo de un seguimiento médico profesional cercano, sobre la capacidad de las personas que padecen fibromialgia para permanecer desempeñando su trabajo<sup>4</sup>.

Los trabajos realizados en España desde la medicina del trabajo se basan en establecer una relación entre fibromialgia y trabajo<sup>5</sup>, en el desarrollo de una herramienta de valoración que facilite la calificación y cuantificación del impacto laboral<sup>6</sup> y destacan la conflictividad jurídica que conlleva la valoración y calificación de la incapacidad demandada por fibromialgia<sup>7</sup>

Hay que tener en cuenta que el diagnóstico de fibromialgia por sí mismo no implica una enfermedad invalidante, salvo casos excepcionales en que la sintomatología dolorosa produjera un deterioro del estado general, con repercusión importante a nivel de actividad vital del paciente y en profesiones que supongan unos requerimientos físicos importantes.

La valoración se realizará siempre de forma individualizada. Habrá que tener en cuenta la existencia de otras patologías concomitantes, la evaluación global de la movilidad, el nivel de tratamiento en que se encuentra el paciente, los requerimientos del puesto de trabajo y la práctica de actividades lúdicas y/o deportivas así como la realización de actividades de la vida cotidiana (cuidado personal, cuidado de los hijos, tareas domésticas).

No obstante, conviene tener presentes las siguientes conclusiones derivadas de diferentes estudios:

- El ejercicio mejora la fibromialgia produciendo mejorías en el síntoma dolor, la salud mental en términos generales, el grado de ansiedad y el impacto global de la enfermedad en la vida del paciente.
- Ni la exploración física ni las pruebas complementarias sirven como criterios diagnósticos o de gravedad.
- El concepto de puntos dolorosos se ha modificado en los últimos años. Actualmente ni siquiera se incluyen en los criterios diagnósticos (ACR-2010).
- Un adecuado programa con terapia psicológica, tratamiento del dolor y reeducación del paciente puede favorecer la reincorporación al mundo laboral.
- La gravedad de la fibromialgia no podemos deducirla por la dosis ni el tipo de analgésicos que recibe el paciente.
- La evolución es hacia la cronicidad en la mayoría de los casos, aunque existen factores que mejoran el pronóstico.
- La presencia de patología psiquiátrica secundaria a la fibromialgia no implica que esta última sea de mayor gravedad. No se ha identificado el nexo entre variables psicológicas y la génesis de la fibromialgia.
- No hay estudios concluyentes que asocien la fibromialgia a un tipo de personalidad característica.
- No se debe aceptar el diagnóstico de fibromialgia si previamente no se han descartado otras patologías.

Como conclusión recordar que, al igual que en el resto de patologías, *no existen enfermedades incapacitantes sino enfermos incapacitados*, por lo que no puede determinarse que la fibromialgia en sí misma tenga que dar lugar a una incapacidad laboral. Siempre atendiendo a los factores mencionados, se realizará una valoración individualizada dirigida a objetivar si la sintomatología referida por el paciente provoca una repercusión funcional de tal magnitud que impida el desarrollo de las tareas de su puesto de trabajo, y, sobre todo no olvidar, que la actividad física es beneficiosa para el curso favorable de la fibromialgia.

AUTORA

*Doña M<sup>a</sup> Teófila Vicente Herrero.*

*Especialista en Medicina del Trabajo*

1 Bair MJ, Krebs EE. Fibromyalgia. Ann Intern Med. 2020 Mar 3;172(5):ITC33-ITC48. doi: 10.7326/AITC202003030.

2 Bazzichi L, Giacomelli C, Consensi A, Giorgi V, Batticciotto A, Di Franco M, Sarzi-Puttini P. One year in review 2020: fibromyalgia. Clin Exp Rheumatol. 2020 Jan-Feb;38 Suppl 123(1):3-8.

3 Marques AP, Santo ASDE, Berossaneti AA, Matsutani LA, Yuan SLK. Prevalence of fibromyalgia: literature review update. Rev Bras Reumatol Engl Ed. 2017 Jul-Aug;57(4):356-363.

4 Laroche, F., Azoulay, D., Trouvin, A.P. et al. Fibromyalgia in the workplace: risk factors for sick leave are related to professional context rather than fibromyalgia characteristics— a French national survey of 955 patients. BMC Rheumatol 3, 44 (2019).

5 Fibromialgia y Trabajo. Vicente-Herrero MT, Capdevila García L, Ramirez Iniguez de la Torre MV, Terradillos García MJ, Lopez Gonzalez AA. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2011;49(5):511-16.

6 Vicente-Herrero MT, Capdevila García L, Ramírez Iniguez de la Torre MV. Diseño de una herramienta para la valoración y clasificación de la limitación en fibromialgia. Rev Colomb Reumatol. 2017.

7 M.T. Vicente-Herrero, S. Delgado Bueno, F. Bandrés Moya, M.V. Ramírez-Iniguez de la Torre, L. Capdevila-García. La Fibromialgia en la jurisprudencia Española. Herramienta FM-Check de Valoración y Calificación. Revista Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Manizales, Manizales, Caldas, Colombia. Vol. 17, Núm. 2

# *Fibromialgia y Fatiga Crónica Tramites jurídicos del procedimiento de incapacidad.*



*Don José González Herrán  
Abogado laboralista*

El procedimiento para la VALORACION DE UNA INCAPACIDAD PERMANENTE PARA EL TRABAJO se puede iniciar de oficio por el INSS o por el propio INTERESADO (durante un proceso de baja médica, una vez terminado el mismo, o en cualquier otro momento, siempre que el solicitante cumpla los requisitos de cotización y alta legalmente establecidos).

La valoración de la incapacidad de oficio por el INSS tiene lugar, de modo habitual, durante, o una vez finalizado el proceso de baja médica y si el INSS considera que, las secuelas y limitaciones que presenta el afectado, le van a impedir de forma definitiva la realización de su trabajo habitual (incapacidad total) o en su caso, la realización de cualquier tipo de trabajo (incapacidad absoluta).

En todos los casos, la competencia para resolver sobre las pensiones de incapacidad permanente contributiva es del Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de los órganos correspondientes y en todas las fases del procedimiento (evaluar, calificar y revisar la incapacidad y reconocer el derecho a la pensión).

Iniciado el procedimiento de valoración, el interesado es citado ante el **Inspector médico del INSS**, que, una vez examinados los informes médicos obrantes en el expediente, los aportados por el interesado y previo examen del trabajador en cita presencial, procederá a

emitir el correspondiente dictamen-propuesta clínico-laboral, y tras ello, reunido el **Equipo de Valoración de Incapacidades**, la Dirección Provincial del INSS procederá a dictar resolución en orden al reconocimiento o no, del derecho a prestaciones económicas por incapacidad permanente, o revisión del grado de incapacidad previamente reconocido. Si en el plazo de 135 días no recae resolución expresa, la solicitud se entiende desestimada por silencio negativo.

Cuando la resolución sea favorable y se reconozca el derecho a la pensión de incapacidad permanente (en cualquiera de sus grados, o se confirme el grado reconocido previamente) se hará constar necesariamente en dicha resolución, el plazo a partir del cual se podrá instar la revisión por agravación o mejoría del estado invalidante, en tanto que el incapacitado no haya cumplido la edad mínima de acceso a la jubilación (cumplida la edad de jubilación y resto de requisitos para jubilarse, no puede instarse la valoración de la incapacidad).

La fecha de efectos de la declaración de incapacidad permanente (fecha en la que se empieza a cobrar la pensión de incapacidad) variará según que la situación se derive de una previa incapacidad temporal o no, así: en el primer supuesto, se entenderá producido el nacimiento de la situación de incapacidad permanente en la fecha en que se haya extinguido la

incapacidad temporal, por el contrario, cuando no viene precedida de incapacidad temporal, se entenderá que se produce el hecho causante en la fecha de emisión del dictamen propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI).

El reconocimiento de la incapacidad permanente trae consigo dos consecuencias importantes; la declaración de incapacidad permanente es causa de extinción del contrato de trabajo (art. 49 ET) de modo que finalizara la relación laboral con la empresa (si existe) sin derecho a cobrar indemnización alguna por finalización del contrato, y que, reconocida la incapacidad permanente el trabajador tiene derecho a la reserva de puesto de trabajo extinguido durante un período de dos años, a contar desde la fecha de dicha resolución (art. 48.2 ET). Esto significa que si como consecuencia de una revisión por mejoría, se le quita la pensión, podrá exigir a su antigua empresa la reincorporación a su puesto de trabajo reservado.

### RECLAMACION ADMINISTRATIVA FRENTE A LA RESOLUCION DEL INSS

.- Todas las resoluciones administrativas dictadas en el procedimiento de declaración de incapacidad permanente, son recurribles en vía judicial, si bien, con carácter previo a la impugnación en vía judicial, **deberá interponerse reclamación administrativa previa ante la Dirección Provincial del INSS** en el plazo de treinta días hábiles siguientes a la fecha en que se hubiere notificado la resolución. La resolución del recurso “*en la práctica*” no suele recaer antes de dos o tres meses desde su presentación. Una vez desestimada la reclamación previa frente a la resolución denegatoria de la prestación, o no estando conforme con la calificación efectuada, se dispone de un plazo de treinta días hábiles desde la fecha de notificación de la desestimación de la reclamación previa si es expresa o desde el día en que se entienda denegada por silencio administrativo, para la interposición de la demanda judicial.

### DEMANDA JUDICIAL DE INCAPACIDAD

Una vez notificada la resolución del recurso por el INSS, se abre un plazo de 30 días hábiles para formular demanda judicial, en la que se interesará el grado de incapacidad que corresponda a las circunstancias personales del sujeto. En la práctica “*salvo casos excepcionales*” los Juzgados de lo Social de Valencia vienen demorándose aproximadamente año y medio desde la presentación de la demanda hasta que se celebra el juicio oral. Llegados a este punto, queda en manos del Juez la decisión sobre el reconocimiento o no de la pensión, decisión que tomara, a la vista de los informes médicos y demás pruebas aportadas por el abogado y poniendo en relación: las limitaciones físicas y mentales que ocasiona el cuadro clínico, con los requerimientos y exigencias del trabajo realizado (en el caso de la incapacidad total) o la realización de cualquier trabajo (en el caso de la incapacidad absoluta). El buen hacer del abogado será determinante para explicar al juez el alcance de las patologías y limitaciones funcionales, y para aportar los documentos probatorios necesarios para el buen fin del procedimiento judicial con una sentencia favorable.

La **sentencia judicial** que se dicte es recurrible en suplicación, en nuestro caso, ante el Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana. Este recurso escrito, demora su resolución aproximadamente un año desde su interposición y en caso de ser estimado, la sentencia retrotrae los efectos económicos de la pensión hasta la inicial fecha del hecho causante de la misma.

### REVISION DEL GRADO DE INCAPACIDAD

Toda resolución (inicial o de revisión) en la que se reconozca la pensión de incapacidad en cualquiera de sus grados, indicará necesariamente el plazo a partir del cual “se podrá” **instar la revisión por agravación o mejoría del estado invalidante**, siempre y cuando el afectado no haya cumplido la edad mínima establecida para acceder al derecho a la pensión de jubilación, como ya hemos indicado.

No toda pensión reconocida se somete a revisión, de hecho, la gran mayoría de las reconocidas por fibromialgia y fatiga crónica nunca se revisan, dado que son patologías crónicas, y hoy por hoy, solo existe tratamiento paliativo. En otros casos, la resolución que reconoce la incapacidad puede prever desde el primer momento que esta sea objeto de revisión por previsible mejoría, en cuyo caso, la revisión se realizara en la fecha establecida en la resolución.

El procedimiento para la revisión es idéntico al de la declaración inicial y se puede solicitar por el interesado (cumplimentando un formulario) o efectuarse de oficio por el INSS.

También se puede anticipar la revisión del grado sin esperar al plazo establecido en la resolución, ello en los siguientes supuestos: agravación, mejoría, error en el diagnóstico y realización de trabajos por cuenta ajena o propia del pensionista. En este último caso, se puede iniciar el expediente de revisión de grado en tanto haya un indicio razonable de que el estado del incapacitado ha mejorado, pero ello no comporta, necesariamente, que el grado inicialmente reconocido deba eliminarse mientras no se constate una mejoría real del trabajador, de tal forma que, si las dolencias permanecen sustancialmente idénticas, aunque el trabajador realice un trabajo remunerado, no puede modificarse el grado inicialmente reconocido.

Como resultado de la revisión, pueden darse las siguientes situaciones:

- 1.- La confirmación del grado de incapacidad que ya tenía previamente reconocido.
- 2.- El reconocimiento de distinto grado y, consecuentemente, de la pensión. Se procede a recalcular la pensión conforme al nuevo grado de incapacidad reconocido.

- 3.- La extinción de la situación de incapacidad (por no reconocerse ningún grado de invalidez) y de la correspondiente prestación, dejándose de abonar la pensión a partir del día siguiente de la resolución definitiva.

**Para concluir**, hacer una referencia “al tiempo” en que se demora la tramitación de todo el procedimiento de incapacidad, teniendo en cuenta que la mayor parte de las pensiones de incapacidad permanente, cuando hablamos de **Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica**, se reconocen en la vía judicial. Desde que el interesado presenta la solicitud de valoración, pasa por el Inspector Médico, se notifica la resolución del INSS y se presenta y resuelve el recurso administrativo previo a la vía judicial, hablamos de cinco meses aproximadamente, a los que hay que añadir otros dieciocho meses que conlleva la presentación de la demanda judicial hasta la celebración del juicio oral y notificación de sentencia. Estamos ante un procedimiento muy prolongado en el tiempo y que se desarrolla en paralelo a la vida diaria del afectado, que debe continuar trabajando, en situación de baja médica o en desempleo hasta su conclusión, y que precisara en todo momento del asesoramiento y seguimiento de un profesional.

AUTOR

*Don José González Herrán*

*Abogado laboralista*

ORTIZ & ASOCIADOS



## *Beneficios de la musicoterapia y el ejercicio terapéutico en personas con fibromialgia*

**Noemí Moreno Segura.**

*Graduada en Fisioterapia.*

*Especialista en envejecimiento y coagulopatías.*

La fibromialgia, como ya sabemos, es una enfermedad crónica y compleja. Se caracteriza por la presencia de uno o varios de los siguientes síntomas: dolor difuso, fatiga, alteración del sueño, rigidez matutina, depresión, colon irritable, dolor de cabeza tensional, disfunción cognitiva y/o piernas casadas, entre otros síntomas. Pero ¿cuándo aparece la enfermedad?, ¿Cuál es su causa? El origen es muy heterogéneo. Se han descrito casos en los que la enfermedad comienza tras una infección, otros en los que aparece tras un accidente de tráfico, tras una alteración psicológica como puede ser un periodo de ansiedad, depresión, tras una separación, tras el curso de otra enfermedad crónica, etc. Pero estos desencadenantes no parecen ser la causa directa de la enfermedad, sino que probablemente sean factores que hayan influido en su despertar en personas que ya parten de una anomalía en la regulación de la respuesta a determinados estímulos. Pero todo esto, todavía no se sabe con certeza.

Lo que año tras año, cada vez queda más claro, es que un abordaje únicamente farmacológico se queda desfasado y limitado en el tratamiento de una entidad patológica tan compleja como es la fibromialgia. Es por ello, que se hacen necesaria la combinación con otras alternativas no farmacológicas para optimizar los beneficios.

Una de las medidas más prometedoras y con más evidencia científica que ha demostrado beneficios sobre el dolor, la depresión y el estrés, es el ejercicio terapéutico dosificado por un fisioterapeuta especializado en el ámbito. Las guías proponen que las indicaciones de ejercicio deben ser similares

a las de las personas sanas, siempre y cuando sea un ejercicio individualizado y adaptado a la condición física de cada paciente y respetando tiempos de descanso más largos. El tipo de ejercicio parece indiferente, pero parece que ha demostrado mayor evidencia el entrenamiento multicomponente en el que se combina un trabajo de la resistencia cardio-respiratoria, de la flexibilidad y de la fuerza. Las guías clínicas aconsejan empezar por intensidades más bajas al inicio y con bajo impacto para poco a poco ir progresando. Pero ¿qué ocurre si además este ejercicio lo combinamos con musicoterapia?, ¿qué es exactamente la musicoterapia?

Entendemos la musicoterapia como el uso de la música para obtener beneficios en la salud psicológica, física, cognitiva o social del individuo. Forma parte, además, de una de las terapias complementarias recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Cabe destacar, que en la aplicación de esta terapia es imprescindible la figura del musicoterapeuta, o de un profesional de la salud formado en ello capaz de determinar las necesidades y fortalezas de cada persona y, en base a los resultados de la evaluación, establecer una intervención que puede ser componer música, cantar, escuchar música, tocar un instrumento, escribir letras de canciones o realizar actividades, como puede ser el ejercicio físico, al ritmo de la música.

Pero esto no es algo novedoso, la música se ha empleado a lo largo de la historia. Florence Nightingale, una enfermera del ejército, escritora y estadística británica ya la empleó en el siglo XX

para crear un ambiente ideal para la curación de sus pacientes a través de la relajación y la estimulación del sistema nervioso parasimpático que esta ofrece. Además, acercándonos a un ámbito más práctico, ¿Quién no asocia un momento importante de su vida a una canción?, ¿Cuántas situaciones se han hecho especiales gracias a una banda sonora concreta?, ¿quién no se ha enamorado o desenamorado al son de la música? Nos debe quedar claro, que la música es, ante todo, un modo de transmisión, una forma de vida y, por supuesto, un lenguaje universal.

Volviendo al ámbito más terapéutico, la evidencia científica ha demostrado qué beneficios podemos obtener de la musicoterapia en las personas con fibromialgia y de ellos cabe destacar:

- Una mejora la ansiedad y la depresión, así como en el estado de ánimo.
- Una modulación de la respuesta al estrés.
- Un alivio del dolor produciendo un aumento de la resistencia al mismo. Se ha demostrado que la música, especialmente la música adaptada a los gustos musicales del paciente puede reducir la frecuencia, intensidad y duración del dolor independientemente de cuáles sean las expectativas al respecto.
- Un cambio en el tono muscular.
- Una modificación de la secreción hormonal, aumentando la secreción de serotonina, conocida como la “hormona de la felicidad” y generando una sensación de bienestar.
- En resumen, podría producir una mejora en la calidad de vida.

Además, cabe destacar que la música, a diferencia de otras intervenciones médicas, es un tratamiento NO invasivo y NO doloroso, su empleo cuenta con pocas contraindicaciones y no se conocen efectos secundarios siendo ésta una terapia accesible para todos los pacientes independientemente del contexto social, cultural y económico que le rodee. De esta forma, se favorece el hecho de que el propio paciente pueda participar en su tratamiento con lo que se incrementa, a su vez, la percepción de autoeficacia.

Todos estos efectos beneficiosos erradican en el empleo del ritmo, que es uno de los elementos musicales junto con la melodía y la armonía, para modificar el ritmo respiratorio, cardíaco, arterial e incluso las ondas cerebrales.

Desde la fisioterapia, empleamos la musicoterapia junto con el ejercicio con la finalidad de producir un cambio en la conducta del paciente, es decir, inducir al paciente a la relajación, a la activación, concentración, disminución del dolor, etc. creando un interés creciente por la música, intentando adaptarse a las preferencias musicales, siempre y cuando estas se adapten al cambio de conducta deseado. Además, se ha demostrado que la música motiva a la realización de ejercicio, reduce la sensación de fatiga y aumenta el rendimiento deportivo y el nivel de energía.

Así pues, en AVAFI, se llevó a cabo una intervención donde se crearon grupos de trabajo reducidos en los que un fisioterapeuta formado en musicoterapia dirigía una sesión de ejercicio terapéutico combinado con música de aproximadamente 60 minutos y, dos días en semana. El ejercicio, en general, consistió en el trabajo de los grupos musculares, donde mayor dolor presentaban los pacientes con fibromialgia, mediante ejercicios grupales, dinámicos, ligeros y con un objetivo funcional. Los entrenamientos se dividieron en tres partes: un calentamiento, una parte central que consistía en juegos, dinámicas de grupo y ejercicios aeróbicos y de tonificación suave y, para finalizar, unos estiramientos. La característica diferencial de estas sesiones es que la mayoría de los ejercicios se debían realizar al ritmo de la música o empleando los cambios de ritmo como un elemento diferencial en el protocolo de ejercicio terapéutico. Con este programa se demostró una mejoría en el dolor generalizado, el equilibrio, la depresión y la calidad de vida de los participantes.

Por tanto, esta estrategia es una herramienta válida y efectiva en el abordaje completo de la fibromialgia y debería de tenerse en cuenta en los programas de tratamiento multidisciplinarios como una alternativa, siempre y cuando el paciente presente interés y motivación por la misma.

*AUTORA*

*Noemí Moreno Segura.*

*Graduada en Fisioterapia.*

*Especialista en envejecimiento y coagulopatías.*



*Dña. Marta Sala Climent.*

*Farmacéutica, dietista-nutricionista*

# FIBROMIALGIA Y NUTRICIÓN

## *Alimentos a potenciar y alimentos a evitar*

La fibromialgia es un síndrome multifactorial caracterizado por un dolor crónico generalizado y un conjunto de manifestaciones tanto somáticas como psicológicas, donde se incluyen la fatiga, los trastornos del sueño, depresión, ansiedad, rigidez articular, problemas gastrointestinales y cognitivos. Estudios recientes avalan que una inflamación sistémica, un elevado estado prooxidativo y una capacidad antioxidante insuficiente pueden contribuir a la evolución de la enfermedad<sup>1</sup>.

Un estudio dirigido por el Dr. Arranz reveló que hasta un 73% de los pacientes con fibromialgia utilizan suplementos nutricionales<sup>2</sup>. Sin embargo, ¿Cuáles son las vitaminas y minerales que realmente benefician al paciente con fibromialgia?

A la hora de centrarnos en la alimentación para estos pacientes, debemos tener en cuenta las manifestaciones de la enfermedad, ya que la alimentación no curará la enfermedad, pero si puede ayudarnos a mejorar la sintomatología.

### VITAMINA D

Existe evidencia científica de la relación entre el déficit de vitamina D y síntomas como dolor crónico, depresión o ansiedad. Además, la vitamina D está involucrada en la regulación de los receptores presentes en la región de la memoria y está relacionada con la síntesis de factores neurotróficos<sup>3</sup>.

El déficit de vitamina D acelera el deterioro de la función cognitiva<sup>4</sup>. Por ello, unos buenos niveles de esta vitamina son necesarios en estos pacientes. Ahora bien. ¿Cómo conseguimos

unos niveles de vitamina D adecuados? A través de la alimentación es difícil ya que el alimento que contiene mayor vitamina D es el aceite de hígado de bacalao. Además la vitamina D es sintetizada en nuestro organismo a través de la luz solar y para ello, los expertos recomiendan una exposición sin protección no más de 30 minutos, ya que es el tiempo que necesita la hormona humana para sintetizar la vitamina D<sup>5</sup>. Periodos más prolongados se establecen como factores de riesgo para las enfermedades relacionadas con la luz solar como los melanomas.

### ANTIOXIDANTES

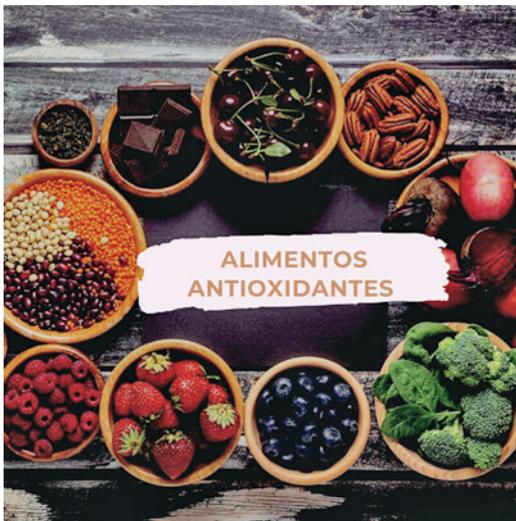
El aumento de alimentos antioxidantes en los pacientes con fibromialgia es de gran importancia, no solo por la implicación a nivel cognitivo sino también por sus beneficios en la función muscular. Los antioxidantes más habituales presentes en los alimentos se pueden dividir en tres grandes grupos: los **polifenoles**, los **carotenoides** y las **vitaminas** del grupo C y E.

Los **polifenoles** se suelen encontrar de forma abundante en frutas, verduras, cereales legumbres, té verde, café e incluso en chocolates con altas concentraciones de cacao (mayores del 80%).

Es muy sencillo saber qué alimentos contienen **carotenoides** ya que estos compuestos le otorgan a los alimentos tonalidades peculiares que van desde el amarillo al rojo pasando por el naranja o violeta. Entre las frutas y verduras con mayor cantidad de carotenoides tenemos la zanahoria, naranja, melocotón, tomate, sandía, boniato rojo

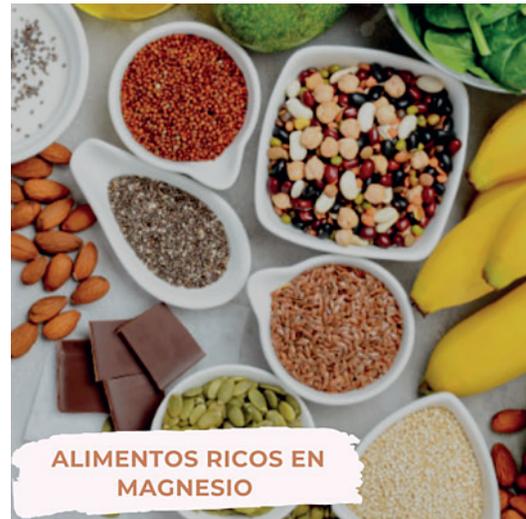
y papaya. Resulta interesante que ciertas verduras como las espinacas, coles de bruselas o el brócoli poseen altas concentraciones de carotenoides, aunque el pigmento queda enmascarado por las elevadas concentraciones de clorofila que poseen.

En cuanto a las **vitaminas**, el ácido ascórbico también conocido como vitamina C es considerado como uno de los mayores antioxidantes. Las de vitamina C son las frutas y las verduras. Las frutas más ricas en vitamina C son la naranja, kiwi, limón, papaya, melón, fresas y los tomates. En cuanto a las verduras con mayor concentración tenemos los pimientos, las coles de bruselas y en general las verduras de hoja verde como el brócoli, coliflor o los berros. En cuanto a la vitamina E, podemos encontrarla en el aceite de oliva virgen extra (AOVE) y en otros aceites vegetales. Sin embargo, debido a la facilidad que tenemos de conseguir el AOVE, debemos decantarnos por esta opción. Además, la vitamina E la podemos encontrar en los frutos secos, zanahorias y espinacas.



### MAGNESIO

La importancia de este mineral radica en su acción analgésica, es decir, en el efecto atenuante del dolor<sup>6</sup>. Ciertos estudios han comprobado que el uso de sulfato de magnesio disminuye el consumo de fármacos analgésicos. Los alimentos con mayor cantidad de magnesio son pipas de calabaza, quesos, sésamo, frutos secos y quinoa entre otros.



### DIETA LIBRE DE GLUTEN

Debido a la gran cantidad de problemas gastro-intestinales que se solapan con varios de los problemas relacionados con el gluten como las náuseas, dolor abdominal, fatiga, cansancio, dolor crónico y cambios de humor, se ha sugerido que los pacientes con fibromialgia pueden presentar una sensibilidad al gluten no celiaca. La eliminación del gluten a aquellas personas sin celiacía les puede costar al principio debido a la gran cantidad de alimentos que consumimos de forma habitual y lo contienen como por ejemplo el pan, la pasta, dulces, galletas, y casi todos los productos de panadería. Sin embargo, eliminar el gluten no es ningún problema hoy en día debido a la cantidad de productos en el mercado sin gluten. Además, es importante saber que no todos los cereales contienen gluten y por tanto, se pueden comer con normalidad.

Principales cereales con gluten:

- Trigo
- Cebada
- Centeno
- Avena (excepto los certificados sin gluten)
- Kamut
- Espelta

Principales cereales sin gluten:

- Arroz
- Trigo sarraceno
- Teff
- Amaranto
- Quinoa
- Maíz
- Mijo

Si se trata de pacientes con sensibilidad al gluten, es importante mencionar que no todos aquellos cereales con gluten contienen las mismas cantidades.

### DIETA LIBRE DE LÁCTEOS DE VACA

En cuanto a los lácteos, vamos a mejorar los problemas intestinales. Debemos tener en cuenta, que los pacientes con fibromialgia suelen presentar una salud intestinal dañada que les causa molestos problemas gastrointestinales. La teoría de la mimicidad molecular nos explica que cuando un intestino está dañado y se permite el paso de proteínas de elevado tamaño, pasan a circulación sanguínea y el sistema inmunitario reacciona frente a ellos provocando una situación inflamatoria<sup>7</sup>. Una de las terapias nutricionales en pacientes con fibromialgia que se están llevando a cabo y están dando buenos resultados es la sustitución de los lácteos de vaca por aquellos de cabra u oveja.

Tomar queso o yogur de oveja o de cabra y sustituir la leche por bebidas vegetales, son algunos de los cambios que se proponen.

Además, estudios recientes han demostrado que el kéfir reduce la fatiga en pacientes con fibromialgia y que actúa como antioxidante, un complemento perfecto a añadir en nuestra dieta<sup>8</sup>.

### DIETA MEDITERRÁNEA

La dieta mediterránea (DM) ha sido reconocida desde hace años como una de las dietas más saludables con efectos cardioprotectores, antioxidantes y antiinflamatorios. Lo que hoy en día se conoce como DM no se parece mucho a la verdadera DM. Se establecieron los patrones dietéticos de esta dieta en base a varios países que rodean el mediterráneo donde la dieta estaba formada por un alto consumo de cereales integrales, frutas, verduras, yogures y quesos. De forma semanal se consumen el pescado, las carnes y los huevos, con un consumo ocasional de las carnes rojas.

A pesar de no ser una dieta baja en grasas, debido a su alto consumo (entre un 28-40% de las Kcal diarias), debemos destacar que los alimentos grasos de esta dieta son el AOVE y los frutos secos principalmente. Las grasas que presentan son las llamadas grasas saludables (monoinsaturadas y poliinsaturadas).

Además, un estudio realizado en 2021 en España sugiere que las personas que llevan un estilo de vida mediterráneo y siguen unos patrones dietéticos de la DM tienen un 20% menos de probabilidad de desarrollar algún tipo de demencia<sup>9</sup>. De

esta forma, comprobamos que estos patrones actúan de forma protectora frente a varias de las manifestaciones de la enfermedad.



### LA DIETA COMO UN TODO

Una de las partes más importantes cuando hablamos de nutrición es la cantidad de mitos que se conocen al respecto. Cada cierto tiempo saltan noticias relacionadas con alimentos y sus efectos tanto beneficiosos como dañinos que alarman a la población y provocan rechazo o consumo excesivo.

Este pequeño párrafo cuenta con una opinión personal en cuanto a la nutrición. Una buena nutrición se consigue sin necesidad de consumir mucho de un alimento o dejar de consumir otro. Hemos visto varios micronutrientes y alimentos que son beneficiosos para la salud del paciente con fibromialgia. Una buena alimentación es la que conseguimos a través de platos variados, equilibrados y sobretodo, coloridos, con muchas frutas y verduras distintas que completen los requerimientos tanto de vitaminas como minerales, tratando de evitar los excesos.

#### AUTORA

*Dña. Marta Sala Climent*

*Farmacéutica, dietista-nutricionista*

*Estudiante de doctorado de la cátedra DeCo, UCH-CEU*




---

**BIBLIOGRAFÍA**

1. García JJ, Carvajal-Gil J, Herrero-Olea A, Gómez-Galán R, García JJ. Altered Inflammatory Mediators in Fibromyalgia Rheumatology: Current Research. *Rheumatology*. 2017;7(2). doi:10.4172/2161-1149.1000215.
2. Arranz L, Canela M, Rafecas M. Dietary aspects in fibromyalgia patients: results of a survey on food awareness, allergies, and nutritional supplementation. *Rheumatol Int*. 2012;32(9):2615-2621. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21833524>. doi:10.1007/s00296-011-2010-z.
3. Dickens AP, Lang IA, Langa KM, Kos K, Llewellyn DJ. Vitamin D, Cognitive Dysfunction and Dementia in Older Adults. *CNS Drugs*. 2011;25(8):629. doi:10.2165/11593080-000000000-00000.
4. Miller JW, Harvey DJ, Beckett LA, et al. Vitamin D Status and Rates of Cognitive Decline in a Multiethnic Cohort of Older Adults. *JAMA neurology*. 2015;72(11):1295-1303. <http://dx.doi.org/10.1001/jamaneurol.2015.2115>. doi:10.1001/jamaneurol.2015.2115.
5. Alfredsson L, Armstrong BK, Butterfield DA, et al. Insufficient Sun Exposure Has Become a Real Public Health Problem. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(14):5014. <https://search.proquest.com/docview/2424667372>. doi:10.3390/ijerph17145014.
6. Shin H, Na H, Do S. Magnesium and Pain. *Nutrients*. 2020;12(8). doi:10.3390/nu12082184.
7. Rosendo Duarte. Leche más cara. *ABC Color* Apr 28, , 2019. . <https://search.proquest.com/docview/2216223022>.
8. Farag MA, Jomaa SA, Abd El-Wahed A, R. El-Seedi H. The Many Faces of Kefir Fermented Dairy Products: Quality Characteristics, Flavour Chemistry, Nutritional Value, Health Benefits, and Safety. *Nutrients*. 2020;12(2). doi:10.3390/nu12020346.
9. Andreu-Reinón ME, Chirlaque MD, Gavrila D, et al. Mediterranean Diet and Risk of Dementia and Alzheimer's Disease in the EPIC-Spain Dementia Cohort Study. *Nutrients*. ;13(2). doi:10.3390/nu13020700.



cómo me siento, cómo me duele, y cómo es vivir con una condición que nadie ve. Esto me llevó a recibir la empatía que buscaba en los demás, y sobre todo, en otras personas que también padecen fibromialgia u otras enfermedades de dolor crónico y pueden sentirse identificadas con las historias que he vivido.



Dibujando pude conocerme más y aprender sobre cómo estar mejor, así que luego comencé a dibujar también sobre todo lo que he aprendido.

Mis cómics son una de las tantas maneras que puede haber para difundir y crear conciencia sobre esta condición invisible. Pero más importante aún: los cómics también son solo una forma más de terapia de autoconocimiento. Y el autoconocimiento nos permite tomar un poco de control sobre nuestra salud y tomar decisiones que nos permitan sentirnos mejor, física y emocionalmente.

En mi Instagram pueden encontrar más tiras cómicas: Fibro\_what

**AUTORA**  
**Dña. Stephanie “Efi” Leidinger**  
 Diseñadora e ilustradora.  
 Artista de Fibro...¿qué?





Asociación Valenciana de  
Afectados de Fibromialgia  
DECLARADA DE UTILIDAD PÚBLICA

Con las publicaciones ya editadas, con la web, dpticos etc, hemos ido informando de lo que es Avafi, de sus objetivos de sus fines, de sus programas, actividades, etc.



Como novedad de nuestra web y de nuestro hacer esta la inclusión en el Plan de Igualdad, con el visado correspondiente, válido hasta Septiembre 2022

Un PLAN DE IGUALDAD es un conjunto ordenado de medidas adoptadas, después de realizar un diagnóstico de la situación, tendentes a conseguir en la entidad la IGUALDAD DE TRATO y de OPORTUNIDADES entre mujeres y hombres y a eliminar la discriminación por razón de sexo

La Generalitat Valenciana concedeix a l'empresa: AVAFI



Con Plan de Igualdad, visado de acuerdo al Decreto 133/2007, de 27 de julio, del Consell el sello "Fent Empresa. Iguals en Oportunitats" de conformidad con lo establecido en la Orden 18/2010, de 18 de agosto, de la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas.

Data de Visat: 24/07/2019

Data d'Expiració: 30/09/2022.

El funcionamiento de la Asociación en este 2021 sigue determinado por las pautas anti-covid, pero no por ello las personas asociadas están desatendidas.

No tenemos el calor humano que da la cercanía, pero seguimos dando la atención y servicios habituales, aunque sean de diferente modo.

La atención psicológica, física y social no se han interrumpido.

Compaginamos la actividad online con la presencia física adaptando el número de personas asistentes.

La información no se interrumpe, usamos redes RRSS (Facebook- Twitter, la web, el correo postal, el e-mail, el teléfono.

#### **ASI FUE EL 12 DE MAYO 2021 DÍA MUNDIAL - EN AVAFI**

Un año más 12 de Mayo, nuestro Día Mundial, transcurrió sin podernos reunir para celebrarlo, pero no quisimos que pasara de largo sin celebrarlo según nuestros medios.

En este enlace tiene todo lo que hizo Avafi para recordar este año el Día Mundial de la Fm y el Sfc.

<https://avafi.org/asi-fue-el-dia-mundial-2021-de-avafi/>

Como veis muy cargado de actividad.

Por último queremos recordar que AVAFI ofrece una gran variedad de servicios enfocados a cubrir las necesidades de las personas asociadas en pro de mejorar la calidad de vida, por otro lado , atendemos a todas las personas afectadas de Fm y/o Sfc y familiares, profesionales sanitarios y colectivos en general que soliciten charlas informativas.

**Nuestros servicios *no reemplazan la relación médico/a-paciente sino que la complementan y en caso de duda consulte con su médico/a de referencia.***

#### **SERVICIO DE ATENCIÓN AL AFECTADO/A (PEDIR CITA)**

*Dirección:* C/ Joaquín Costa, 63 2º3ª. 46005 Valencia

*Teléfonos:* 963 95 97 94 / 963 33 29 46  
*Móvil:* 676 059 829

*Correos electrónicos:*  
avafi.valencia@hotmail.com  
avafi.secretaria@hotmail.com

*Horarios:* De lunes a jueves de 9:00 a 14:00  
Lunes y miércoles de 16:00 a 19:00

Subvencionada por:



**GENERALITAT  
VALENCIANA**

Vicepresidència i Conselleria  
d'Igualtat i Polítiques Inclusives