

INFO **a**vafi

Nº 5 - NOVIEMBRE 2023

**TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR
EN LA FIBROMIALGIA (FM)
Y EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA (SFC)
/ ENCEFALOMIELITIS MIÁLGICA. (EM)**



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

Xarxes Socials:

Facebook: AvafiValencia

Twitter: Avafi (@avafi1)

Youtube: AVAFIVALENCIA

Instagram: avafi valencia

Edita: AVAFI (Asociación Valenciana de Afectados de Fibromialgia)

Coordinación: M^a Carmen Megía

Maquetación e impresión: TRESINTER, S.L.

Depósito legal: V-2710-2019

Editorial



Dña. Minerva Morales Rodríguez.
Presidenta de AVAFI.

Estimados/as lectores/as:

Os presento esta nueva revista de Infoavafi, la nº 5 que es debida a la subvención de la *Vicepresidencia segunda y Conselleria de Servicios Sociales, Igualdad y Vivienda y a la participación desinteresada de los/as profesionales que han hecho posible esta revista con sus artículos. GRACIAS.*

Los temas son variados e importantes, siempre enfocados a con nuestras enfermedades.

Alejandra, nuestra psicóloga, ha escrito un artículo sobre la Hipersensibilidad algo cada vez más habitual y que solemos padecer muchas personas.

A veces hay términos, palabras o abreviaturas que no entendemos y no nos facilita nada el entendimiento de lo que estamos leyendo, por eso, nuestro abogado *José González* (abogado) nos los clarificará. El *Doctor Láinez* (neurólogo) habla de la Fibromialgia desde la perspectiva del neurólogo El *Doctor Blanco* (medicina interna) desde Sevilla nos habla del deterioro cognitivo, cómo afecta

a la memoria y dificultad para concentrarse, entre otras cosas. Algo importante son los Sesgos de Género, os contamos sobre ello y lo hacemos desde un enfoque social, de la mano de *Coque*, nuestra Trabajadora Social. La doctora *Roxana* (reumatóloga) nos habla de los trastornos coexistentes en nuestra enfermedad, algo importante y a tener muy en cuenta. Del papel del médico de familia nos habla la doctora *Caro*.

Deseo que la lectura de esta 5ª revista te sea útil y te aclare todas aquellas dudas que tengas

Avafi, te puede ayudar a mejorar la calidad de vida con el tratamiento multidisciplinar que te ofrecemos en la asociación, llámanos, pide cita y te informaremos de todo.

Un saludo.

Aclaración: El criterio de aparición de los artículos es ortográfico del nombre de la persona que lo ha escrito.

Índice

Hipersensibilidad en FM y SFC/EM	5
<i>Doña Alejandra Martín Fernández.</i>	
<i>Psicóloga.</i>	
Glosario de términos básicos	10
<i>Dr. Don José González Herrán.</i>	
<i>Abogado.</i>	
La fibromialgia desde la perspectiva del neurólogo	13
<i>Dr. Don José Miguel Láinez Andrés.</i>	
<i>Neurólogo.</i>	
Deterioro cognitivo en el síndrome de sensibilidad central	19
<i>Dr. Don Manuel Blanco Suárez.</i>	
<i>Medicina Interna.</i>	
Sesgos de género en la percepción del dolor crónico desde un enfoque social	23
<i>Doña M^a José Cervantes Muñoz.</i>	
<i>Trabajo Social.</i>	
Trastornos coexistentes con la fibromialgia: Una perspectiva integral	28
<i>Dra. Doña Roxana González Mazarío.</i>	
<i>Reumatóloga.</i>	
El papel del médico de familia en la fibromialgia	32
<i>Dra. Doña Teresa Caro Mtnez-B.</i>	
<i>Atención Primaria.</i>	

Hipersensibilidad en FM y SFC/EM



Doña Alejandra Martín Fernández.
Psicóloga de Avafi.

Habitamos en un mundo cambiante en el que somos bombardeados de información constantemente por lo que estamos sobre-estimulados. El móvil manda señales sonoras y luminosas (llamadas, citas y alertas), los wifis y dispositivos electrónicos ondas magnéticas, el ruido de las ciudades con la contaminación acústica y ambiental, alimentos hiperprocesados, etc. Los seres humanos hemos pasado en apenas setenta años de una vida de calma, sosiego, sin televisión, ordenadores ni móviles; en la que respetábamos los ciclos solares y nos alimentábamos de productores locales; a un mundo de tecnología, hiperconectividad y globalidad, y algunas personas no han sabido adaptarse a estos cambios.

Vivimos en una sociedad donde la agresividad y el egoísmo son bandera, hace que quienes hayan sufrido algún tipo de trauma psicológico, maltrato o simplemente un estrés mantenido, puedan estar más sensibilizados a nivel emocional.

Las personas afectadas de fibromialgia (FM) y síndrome de fatiga crónica/Encefalomielitis miálgica(SFC/EM), pueden ser más sensibles que el resto de la población a estímulos externos e internos. Por otro lado, el ser hipersensible, estar en alerta constante y con un sueño no reparador, puede hacer que acabemos desarrollando más problemas de dolor y cansancio crónicos.

La FM y SFC/EM son síndromes de dolor y cansancio crónicos generalizados en los que existe una respuesta aumentada a estímulos nociceptivos.

Cada vez encontramos más estudios que relacionan la fibromialgia con anomalías en el

procesamiento del dolor. Algunas investigaciones han encontrado un exceso de neurotransmisores excitatorios, como la sustancia P y el glutamato, junto con niveles más bajos de neurotransmisores inhibitorios como la serotonina y norepinefrina, en vías descendentes de la médula y en regiones cerebrales que participan en la modulación del dolor. Otros estudios han encontrado evidencia de una disminución del eje hipotálamo-hipofisis-suprarrenal, que afecta a la liberación de hormonas, que tiene relación con el estado de ánimo y el dolor.

Por todo ello, ya existe evidencia científica de que los pacientes con fibromialgia (FM) y síndrome de fatiga crónica (SFC/EM), tienen una hipersensibilidad que amplifica la entrada sensorial de bajo umbral, activando el circuito del dolor. Esto quiere decir, que reaccionan de forma excesiva a estímulos externos e internos.

Sensibilidad a estímulos externos.

En estos casos, la hipersensibilidad está relacionada con estímulos que provienen del exterior y captamos a través de nuestros sentidos: olfato, tacto, oído, gusto y vista.

Existe un umbral de sensibilidad normal (es decir, común a la mayoría de las personas) en el que, por ejemplo, un tono de música o de voz, un olor, etc. nos resulta agradable; sin embargo, otro de mayor intensidad nos puede resultar molesto. Los pacientes hipersensibles serían aquellos que tienen el umbral más bajo a nivel de los sentidos, y por tanto, estímulos en principio placenteros, pueden resultar desagradables o dolorosos. Por ejemplo, a nivel táctil, una caricia o el roce de una

sábana les puede despertar una respuesta dolorosa, esta hipersensibilidad al dolor se denomina **alodinia**.

En relación con el oído, puede existir una **hipera-cusia** cuando los pacientes escuchan con mayor intensidad los estímulos auditivos: una música, un pitido, una conversación, etc., y tienen, por tanto, una menor tolerancia al ruido. Por esta amplificación de sonidos, la mayoría de afectados tienden a aislarse o evitar centros comerciales, bares, restaurantes o reuniones con gente y ruido.

En otros casos, también puede existir una **miso-fonía**, que consiste en una intolerancia a ruidos de baja intensidad, que no molestan o escuchan la mayor parte de la población como: la respiración o masticación de otra persona que tienen al lado, un grifo que gotea, ruido de platos, etc.

Para paliar ambos problemas, en la actualidad se comercializan tapones a medida para dormir que no dejan pasar nada de sonido, y otros que dejan pasar menos decibelios y los pacientes utilizan para salir a la calle, trabajar o acudir a un concierto.

En relación a la luz, las personas hipersensibles pueden tener **fotofobia**, es decir, les molestan en exceso los estímulos lumínicos. En estos casos los pacientes tienden a llevar gafas de sol, incluso dentro de locales por focos de luz blanca o tienen en sus casas las persianas bajadas para estar en penumbra. Este rechazo a la luz artificial, pero sobre todo del sol, puede ocasionar un déficit de vitamina D (fundamental para la absorción del calcio) y de la melatonina (hormona implicada en el proceso del sueño), lo que sin duda afecta nuestra calidad de vida.

La **hiperosmia**, es otro fenómeno que consiste en una excesiva sensibilidad a los olores. Los pacientes que sufren este problema indican que, por ejemplo, un simple perfume puede desencadenarles un dolor fuerte de cabeza o un brote de fatiga. Los hipersensibles a los olores suelen vivir aislados ya que les molestan y afectan muchos tipos de olores, la gasolina, las pinturas y barnices, el humo del tabaco, así como los productos de limpieza, por lo que suelen lavar la ropa o ducharse con productos inodoros o naturales como el vinagre.

Otro problema puede ser la **hipersensibilidad electromagnética** (HE). En este caso los pacientes sienten afectación en su estado de salud al exponerse a campos magnéticos. No obstante, la HE no es una enfermedad reconocida por la Organización mundial de la salud (OMS) ni incluida en la CIE-10 (Clasificación diagnóstica de enfermedades). Esto es debido a que no existe un cri-

terio definido ni una base científica demostrable.

La HE se asocia, sobre todo, a los pacientes afectados de síndrome de fatiga crónica/EM. El Dr. Alegre, especialista del Hospital Valle de Hebrón, que dirige la unidad de fatiga crónica más importante de España, explicó a AVAFI, en la conferencia que tuvo lugar el 12 de mayo, por motivo del día Mundial de la Fibromialgia y del Síndrome de fatiga crónica/EM, que es un problema de tanta importancia que podría ser la pandemia del siglo XXI. El Dr. Alegre llega a desaconsejar incluso el uso de coches eléctricos a estos pacientes o el dormir con el móvil encendido, ya que el estar en contacto con el wifi, el móvil o el microondas puede producir en las personas hipersensibles al electromagnetismo problemas de concentración, dolor, agotamiento o insomnio, entre otras.

Puede existir también mayor hipersensibilidad a algunos **alimentos**, que no llegaría al diagnóstico de intolerancia. Muchos de mis pacientes de la asociación con FM y SFC/EM ya han suprimido de su dieta la lactosa o la fructosa, por mala tolerancia. En el caso del gluten, ya existe la llamada "Hipersensibilidad al gluten no celiaca", es decir, personas que si toman alimentos con gluten se sienten con más hinchazón abdominal, gases o retención de líquidos, por lo que notan mayor nivel de energía y pérdida de peso si suprimen el gluten de su ingesta habitual. Sin embargo, hay que tener cuidado al suprimir cualquier alimento sin el asesoramiento y control de un profesional (nutricionista, endocrino, etc.), ya que puede producirnos efectos adversos que empeoren nuestra salud.

También puede existir un problema para **regular la temperatura corporal**. Los estudios demuestran que las personas con FM tienen una mayor sensibilidad al frío, ya que les cuesta más termoregularse. Esto se debe a una respuesta anormal de su sistema nervioso que al bajar la temperatura produce vasoconstricción en vez de vasodilatación, lo que provoca una reducción del flujo sanguíneo y, por tanto, dificulta la capacidad del organismo de aumentar la temperatura corporal. Este fenómeno se llama **Síndrome de Raynaud**.

Por otro lado, en épocas de calor los paciente con FM y, sobre todo, con SFC/EM aumentan su cansancio y empeoran el patrón de sueño. Todo esto unido al hecho de que son muy sensibles a los cambios de presión atmosférica, empeorando en épocas de lluvia o tormentas, como en otoño o primavera.

La Sociedad Española de Reumatología (SER) advierte que el frío, la lluvia y el cambio de presión atmosférica no producen enfermedades reumáticas, pero sí que son factores que influyen en el

agravamiento de los síntomas, ya que muchos pacientes tienen mayor sensación de dolor.

Además, los pacientes también pueden ser más sensibles a los **fármacos** que les prescriben para mejorar el dolor, el sueño o el estado de ánimo (ansiolíticos, antidepresivos, hipnóticos, analgésicos, opiáceos, etc.). En el programa de televisión de Saber Vivir de RTVE el Dr. Josep Blanch, director de la Unidad de Experiencia Clínica de Síndromes de Sensibilización Central del Hospital del Mar de Barcelona, afirmaba:

“El enfermo de fibromialgia es muy sensible a los medicamentos, mucho más que otro tipo de enfermos, por eso reacciona fácilmente a ellos y suele tener efectos adversos, desde mareos hasta dificultad para hablar”.

“Hay que ajustar muy bien las dosis cuando se empieza a administrar el tratamiento o cuando hay un brote. Por este motivo hay que ir con mucho cuidado y dar dosis muy bajas ya que tienen tendencia a sufrir intolerancia a los medicamentos y experimentar mayor número de efectos adversos”, según advertía.

En resumen, por todos estos problemas de hipersensibilidad sensorial muchos pacientes tienden

a aislarse y evitan salir de casa, acudir a lugares concurridos, o quedar con familia y amigos, sobre todo, en lugares cerrados donde el ruido y los olores se amplifican.

Hipersensibilidad emocional.

Además de los problemas asociados a la hipersensibilidad a estímulos externos que acabamos de analizar, también existe una mayor sensibilidad a estímulos internos, pensamientos y emociones.

En un mundo hostil y agresivo la sensibilidad no es muy valorada. Por eso muchas personas han tenido que esconderla o reprimirla, sobre todo los hombres.

Las personas hipersensibles suelen ser más empáticas, pueden ponerse en la piel del otro y saber cómo se sienten, qué piensan o necesitan. Sin embargo, como todas las virtudes, esta empatía llevada al extremo puede ser perjudicial; es lo que llamamos “simpatía” o “sobre empatía”. Haciendo que seamos menos asertivos al expresar nuestras propias necesidades y cediendo muchas veces al chantaje emocional. Además, suelen evitar conflictos y discusiones por el alto coste que les supone, ya que les puede desencadenar una migraña, un brote de dolor o un ataque de ansiedad.



Vamos a tratar de aclarar algunos términos relacionados, que pueden llevarnos a confusión:

El Síndrome Químico Múltiple

El Síndrome químico múltiple (SQM) es un síndrome crónico cuyos/as afectados/as pierden la tolerancia a las sustancias químicas que están presentes en el medio ambiente y que son toleradas por la mayoría de la población.

Los factores desencadenantes que provocan el desarrollo de los síntomas pueden variar considerablemente entre cada paciente, aunque los más comunes son el gluten, el maíz, la caseína, la soja, el glutamato monosódico, los perfumes y los productos de limpieza.

El SQM no está reconocido por la Organización mundial de salud (OMS), ni por la asociación médica americana (AMA). No obstante, la OMS en 1996 propuso el término “**Intolerancia ambiental idiopática**” (IAI), con el fin de englobar algunos trastornos de hipersensibilidad como el SQM o la hipersensibilidad electromagnética (HA).

En España ha sido incluida desde noviembre de 2015 en la clasificación estadística internacional de enfermedades (CIE-10), con el código: 995.3. (alergia no especificada)

La etiología y patogenia es desconocida, sin embargo, se asocia a problemas psicopatológicos o a una exposición prolongada a sustancias tóxicas. Sin embargo, a medida que se avanza en el conocimiento del SQM, cada vez son menos los trabajos que hacen referencia al origen psicopatológico y predominan los que orientan la investigación hacia un origen orgánico tóxico.

Los afectados de este síndrome suelen tener asociadas otras enfermedades autoinmunes como el lupus, la artritis reumatoide, o la esclerosis múltiple, entre otras patologías.

Estos graves problemas que limitan al paciente en la mayoría de áreas de su vida, no suele ser entendidos por su entorno, ni por el colectivo médico.

En la revista de la Sociedad española de médicos de atención primaria (Semergen) de 2018; 44(4): 223-226, de 2018, se realiza un análisis exhaustivo de las IAI, en su editorial “**¿Es negligente el tratamiento actual de la intolerancia ambiental idiopática?**”. Por un lado, indican su etiología desconocida por falta de biomarcadores específicos y de criterios definidos, lo que a su vez dificulta la estimación de su prevalencia en la población. Por otro lado, en este artículo apuntan la ausencia de tratamientos que mejoren la enfermedad, salvo la prevención de la exposición a las sustancias desencadenantes. Además, en algunos estudios encontraron a los pacientes malnutridos por res-

tricciones dietéticas, con pérdida de masa corporal y con un consumo exagerado de suplementos alimenticios.

Personas altamente sensibles (PAS)

Las estadísticas hablan de que entre un 15 y 20% de los seres humanos tienen un sistema nervioso altamente receptivo. En 1990 la psicóloga Elaine N. Aron descubrió una serie de rasgos neuropsicológicos, presentes en algunos individuos, que llamaron sensibilidad en el procesamiento sensorial (SPS). Estas personas eran capaces de detectar diferencias sutiles en los estímulos provenientes tanto de los sentidos como de las emociones. Esto a su vez fue asociado a **un tipo de personalidad** que denominaron “Personas altamente sensibles” (PAS).

Las personas PAS captan más información que hay a su alrededor, ya que tienen una **corteza prefrontal** más activa y una alta actividad en el **hemisferio derecho** lo que hace que sean más creativos e imaginativos. Además, tienen una empatía superior a los demás al tener más actividad en sus neuronas espejo. Por todo esto comprenden y captan mejor las emociones del otro, y viven sus propias emociones de forma intensa, siendo más emotivas y sensibles.

En este sentido, no es que tengan la vista u oído más agudos, es que procesan de forma más profunda la información que reciben. Por eso es más fácil que se sientan abrumados.

No existen estudios que relacionen los PAS con la FM y el SFC/EM, sin embargo, dentro de las personas afectadas de dolor y cansancio crónico existen muchas que cumplen los criterios de personas altamente sensibles. Esto es debido a que las PAS tienen un sistema nervioso más fino, y eso hace que interpreten con más facilidad que están en peligro y aumenten sus niveles de activación (sistema simpático). Por todo ello tiene un umbral del dolor más bajo.

CLAVES PARA SOBRELLEVAR LA HIPERSENSIBILIDAD

En definitiva, tanto si padeces FM y SFC/EM y te reconoces como una persona **hipersensible**, como si cumples criterios para diagnóstico del **Síndrome Químico múltiple** o tienes rasgos de **personalidad altamente sensible** (PAS), debes aprender a entender lo que te ocurre y adquirir las herramientas para saber manejarla, de la mejor forma “posible”.

Si el exceso de saturación de estímulos, el estrés mantenido y los traumas pasados pueden ser desencadenantes de una mayor sensibilidad, está

claro que la mejoría debe ir asociada a dichos antecedentes. Hay por tanto que desaprender nuestros hábitos y aprender otros nuevos más beneficiosos para nuestra salud física y mental.

Está demostrado que las técnicas de respiración, relajación y meditación son una buena forma de reestructurar nuestro cerebro y regular nuestro sistema de alerta. Ayudan a controlar nuestras emociones y por tanto a responder de otra forma a los problemas.

Por otro lado, debemos reconocer nuestros pensamientos negativos, catastróficos y anticipadores, para aprender a reestructurarlos. Esta sería la base del tipo de terapia psicológica llamada cognitivo-conductual:

Situación-Pensamiento-Emoción-Acción

Regular la medicación, apoyándonos en el especialista más cualificado e implicado, o en su defecto, en el médico de atención primaria.

Gestionar la presión de horarios.

Utilizar fibras naturales, sobre todo de algodón, que permiten una mejor transpiración.

Mejorar la nutrición y quitarnos los productos hiperprocesados, que tienen alto contenido en azúcar y generan inflamación en nuestro organismo. Para lo que debes ponerte en manos de un profesional. En la asociación hay una Nutricionista.

Es fundamental encontrar **tiempo para pasar con nosotros mismos**, en soledad, y si puede ser en contacto con la naturaleza. Un paseo por un parque, una playa o la montaña nos ayuda a segregar endorfinas, hormonas encargadas de reducir el dolor y aumentar el bienestar, así como activar nuestro sistema parasimpático y aumentar las ondas alfa del cerebro (asociadas a un sueño más reparador y a la relajación). Pero si no podemos escaparnos, puede servir simplemente con parar y tomar consciencia de la respiración unos minutos al día, hacer actividades con atención plena, de forma consciente y a un ritmo más lento.

Hay que buscar estos momentos de soledad, pero sin aislarnos en exceso, ya que eso aumenta la sensación de fracaso y de sentirnos diferentes. Debemos aprender a relacionarnos de forma adecuada con nuestro entorno social, para lo que tenemos que entrenar nuestras **habilidades sociales y asertividad**.

Los seres humanos somos sociales y el encontrar un entorno laboral, social o familiar adecuado ayudará a aumentar nuestro autoconcepto y sensación de valía. La **oxitocina**, la llamada hormona del amor, se segrega cuando nos sentimos comprendidos, valorados y amados. Recuerda lo importante que es reforzar el vínculo con nuestros seres queridos, abrazarlos y decirles que los queremos. También aumenta nuestros niveles de oxitocina el acariciar a un animal, gato, perro, etc., mejora nuestro sueño y bajan nuestros niveles de estrés.

Pero sobre todo no debemos sentirnos estigmatizados. Según decía Eleine N. Aron en su famoso libro, **la sensibilidad es un don** (*El don de la sensibilidad*, Ediciones obelisco, 2006). Si conseguimos llevarlo de la manera adecuada podremos tener una vida plena. Las personas más sensibles son curiosas y muy observadoras, por lo que pueden apreciar la belleza que hay a su alrededor. Sentir de forma más intensa las emociones positivas, la felicidad y el amor, conectar profundamente con otras personas y animales, además de ser más creativas e imaginativas.

Por todo esto, imparto unos talleres de PAS en la asociación, en el que doy claves para su manejo y aceptación, sobre todo cuando la persona se ve reflejada en los otros participantes.

Recuerda, la sensibilidad es tu mayor fuerza.



Don José González Herrán.
Abogado.

Glosario de términos básicos

En el presente artículo vamos a tratar de recoger, a modo de **Glosario de Términos**, los conceptos básicos más habituales cuando hablamos de la incapacidad temporal, la incapacidad permanente para el trabajo y la discapacidad, contemplando la definición de los mismos, con la intención de clarificar unos conceptos que no pocas veces inducen a confusión:

- **INCAPACIDAD TEMPORAL (IT):** La incapacidad temporal es la situación en la que se encuentra un trabajador que ha sufrido una enfermedad o un accidente, que lo incapacita para el trabajo de manera temporal. Es el periodo de tiempo en el que el trabajador está impedido para trabajar y recibe asistencia sanitaria con el fin de que vuelva a ocupar su puesto de trabajo. Su duración máxima es de 365 días.
- **PRORROGA de la INCAPACIDAD TEMPORAL:** Es la prolongación de la situación de incapacidad temporal más allá de los 365 días y hasta un máximo de 180 días adicionales. Solo se concede si se considera que, durante la misma, el/la afectado/a podrá ser dado de alta médica por curación o recuperación de la capacidad laboral. A partir de mayo de 2023, una vez superados los 365 días, si no se notifica expresamente el alta médica, se considerará automáticamente prorrogada la situación de IT hasta un máximo de 180 días.
- **DEMORA de CALIFICACIÓN:** Si aun después de transcurridos 365 días + 180 días (545 días) de baja médica, los médicos consideran previsible la recuperación profesional, la le-

gislación prevé una prórroga extraordinaria denominada «*demora de la calificación*», sin que en ningún caso se puedan superar los 725 días, lo que supone 180 días más sumados a los 545 acumulados hasta el momento. Para tener derecho a esta demora, el trabajador no debe de estar recibiendo un tratamiento paliativo, sino un tratamiento que permita mejorar su estado de salud para hacer posible su reincorporación laboral.

- **TRIBUNAL MÉDICO:** El Equipo de Valoración de Incapacidades o como se le llama coloquialmente, el Tribunal Médico, es el organismo del INSS que se encarga de evaluar las solicitudes de incapacidad laboral. Está compuesto por médicos inspectores, facultativos, inspectores de trabajo, inspectores de la seguridad social y otros funcionarios y su función es esencialmente evaluar cada caso de Incapacidad Laboral, así como las revisiones del grado de incapacidad.
- **INFORME DE VALORACIÓN MÉDICA:** Es un documento elaborado por el Inspector Médico del INSS en el cual se recoge, a modo de resumen, toda la información relativa a la solicitud de Incapacidad, la documentación que consta en los archivos de la sanidad pública, la aportada por el paciente de la sanidad privada y los resultados de las pruebas que se hayan realizado al paciente en el caso de que existan. También se incluye información sobre las actividades laborales y profesionales previas del solicitante. Dicho informe, resultado de la valoración “*normalmente presencial*” recoge las conclusiones a las que llega el

Inspector Médico que ha evaluado al paciente, elevándose todo ello al Equipo de Valoración de Incapacidades (**E.V.I.**) para la decisión final.

- **LESIONES PERMANENTES NO INVALIDANTES:** Bajo este concepto se incluyen las lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter permanente que, causadas por accidente de trabajo o enfermedad profesional y sin incidir negativamente en la capacidad laboral de la persona accidentada, conllevan una disminución o alteración de la integridad física del trabajador. Este tipo de lesiones se encuentran reflejadas en un baremo en el que, según la parte afectada por la lesión, se fija una cuantía de pago único a percibir por el afectado.
- **INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL PARA LA PROFESIÓN HABITUAL:** Es aquella incapacidad que (sin alcanzar el grado de total) ocasiona al trabajador afectado una disminución no inferior al 33% en el rendimiento normal para su profesión habitual, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma. Da lugar a una indemnización de 24 mensualidades de la Base Reguladora.
- **INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL:** Es aquella que impide la realización de todas o de las fundamentales tareas de la profesión habitual, siempre y cuando pueda dedicarse a otra distinta. Da lugar a una pensión del 55% de la Base Reguladora.
- **INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL CUALIFICADA:** Esta modalidad de incapacidad se reconoce cuando se presume que, el trabajador que ha sido declarado afecto de una incapacidad permanente total, va a tener dificultad para obtener empleo en actividad distinta de la habitual anterior (debido a su edad, falta de preparación general o especializada y circunstancias sociales y laborales). La incapacidad total cualificada da lugar a una pensión del 75% de la Base Reguladora. Este incremento del 20% sobre la pensión de incapacidad total es incompatible con la realización de cualquier otra actividad laboral remunerada.
- **INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA:** Es aquella que impide por completo al trabajador la realización de cualquier profesión u oficio. Da lugar a una pensión del 100% de la Base Reguladora.
- **GRAN INVALIDEZ:** La situación del trabajador afecto de incapacidad permanente que, como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de tercera persona para realizar los actos más elementales de la vida diaria. Da lugar a una pensión del 150% de la Base Reguladora.
- **BASE REGULADORA DE LA PENSIÓN:** La base reguladora es el importe a partir del cual se calcula la pensión. Es diferente para cada persona y depende de las cotizaciones realizadas por cada uno. La Base Reguladora nos permite calcular la pensión que vamos a cobrar por una incapacidad permanente y variará según la causa que haya originado dicha incapacidad.
- **PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DE INVALIDEZ:** La Pensión no Contributiva de Invalidez asegura a cualquier persona en situación de invalidez (65% de discapacidad) y en estado de necesidad (ausencia de recursos económicos suficientes) una prestación económica, asistencia médico-farmacéutica gratuita y servicios sociales complementarios, aunque no se haya cotizado o se haya hecho de forma insuficiente para tener derecho a una pensión contributiva.
- **DISCAPACIDAD:** Es un término general que comprende las deficiencias físicas, mentales o sensoriales, las limitaciones de la actividad (dificultades para ejecutar acciones o tareas) y las restricciones de la participación (problemas para participar en situaciones vitales). Podemos definir a las personas con discapacidad como aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, previsiblemente permanentes que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás.
- **DEPENDENCIA:** Se trata de un estado de carácter permanente en el que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, enfermedad o discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

El Consejo de Europa define la dependencia como «*la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana*», o, de manera más precisa, como «*un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal*».

- **ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD):** Son las tareas más elementales de la vida diaria de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.
- **BAREMO DE DISCAPACIDAD:** Es el conjunto de criterios que se utilizan para determinar el porcentaje de discapacidad. Actualmente viene recogido en el Real Decreto 888/2022 por el que se establece el nuevo procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. Este nuevo baremo para la valoración de la discapacidad sustituye al que estaba en vigor desde 1999, y se adapta al modelo social de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas. Entro en vigor el 20 de abril de 2023. A partir de ahora, para determinar el grado de discapacidad que corresponde a una persona, se debe utilizar una nueva fórmula que contiene cuatro baremos: Deficiencia Global de la Persona (BDGP) Limitaciones en la Actividad (BLA) Restricciones en la Participación (BRP-QD) y Barreras Ambientales (BFCA).
- **FACTORES SOCIALES COMPLEMENTARIOS:** Como su nombre indica, son otros factores a tener en cuenta dentro de la valoración de la

situación de discapacidad, aquellos que repercuten y suponen una mayor dependencia física y emocional, y en general, en un peor estado de salud y de calidad de vida. Este baremo de factores sociales, está compuesto por varios aspectos claves para el entorno social de la persona, tales como el factor familiar, el factor económico, el factor laboral, el factor cultural y el factor entorno.

- **CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD:** Es un documento personal e intransferible que se entrega después de la valoración de la discapacidad junto con la resolución del organismo competente para concederla. En este certificado consta la información básica sobre el grado de discapacidad, movilidad reducida si procede, y factores sociales complementarios.
- **ADAPTACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO:** Es la acción tendente a eliminar barreras y modificar las condiciones del proceso de trabajo para que pueda ser realizado por una persona trabajadora con discapacidad. El trabajador con discapacidad reconocida puede solicitar a la empresa la adaptación de su puesto de trabajo. En este sentido, el artículo 25 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales afirma que “*el empresario está obligado a adoptar las medidas necesarias para la adaptación del puesto de trabajo y la accesibilidad de la empresa*”. No obstante, lo anterior, no se trata de un derecho absoluto y en determinadas circunstancias la empresa puede librarse de esta obligación.
- **MOVILIDAD REDUCIDA:** Es la restricción para desplazarse que presentan algunas personas debido a su discapacidad. Cuando una vez valorada la discapacidad del sujeto, el porcentaje de limitación obtenido en el dominio de movilidad asigne una limitación final de movilidad igual o superior al 25% se determinará que la persona tiene movilidad reducida y dificultades de movilidad para utilizar transportes colectivos.

La fibromialgia desde la perspectiva del neurólogo



Dr. José Miguel Láinez Andrés.

*Jefe de Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario.
Profesor de Neurología. Universidad Católica de Valencia.*

LA FIBROMIALGIA Y EL NEURÓLOGO

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

Afecta a en torno a un 5% de la población y es más frecuente en la mujer. La etiología no es bien conocida, la evolución es muy variable y en muchas ocasiones se asocia a otras patologías. Entre los desencadenantes hay casos con un claro origen físico mientras que en otros pueden predominar factores psicológicos e incluso sociales, pero lo que subyace en todo y está bien demostrado es que existe un procesamiento anormal del dolor, que sería la clave de la mayoría de los síntomas expresados por el paciente. La combinación entre una predisposición genética, diversos factores ambientales y la alteración en los mecanismos del dolor darían lugar al desarrollo de la enfermedad. Existe una alteración tanto en la percepción como en transmisión e interpretación del dolor, bien sea por presentar un umbral de estimulación al dolor más bajo (generando mayor percepción de dolor ante la misma intensidad del estímulo doloroso conocido como hiperalgesia) y/o desarrollando una percepción dolorosa ante estímulos de diversa naturaleza que no son dolorosos (conocido como alodinia). Sin lugar a dudas existe

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

Cuando el neurólogo se enfrenta a un paciente con fibromialgia, lo más habitual, es que haya acudido a múltiples consultas previas con profesionales de diferentes especialidades y además se hayan realizado muchas exploraciones complementarias, cuyo resultado siempre está dentro de la normalidad. Esta situación genera sentimientos de frustración en el paciente y de rechazo en su entorno, por lo que es muy importante en el primer contacto con el paciente y su familia explicar la fibromialgia e insistir en la veracidad de los síntomas a pesar de la normalidad de las exploraciones y ofrecer todo el tiempo necesario para contestar a todas las preguntas que todavía estén por resolver. Con esta actitud se forjará una buena relación médico-paciente, siendo un pilar imprescindible para la poder brindar posibilidades de mejoría.

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

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico de la fibromialgia es clínico y uniforme para todos los profesionales implicados en su manejo. Los criterios clínicos propuestos por el Colegio Americano de Reumatología en 1990 han ido sufriendo revisiones y la última propuesta

de clasificación de 2019 realizada por un grupo multidisciplinar propone los siguientes criterios diagnósticos:

1. Dolor de localización múltiple definido como 6 o más sitios de dolor de un total de 9 sitios posibles (cabeza, ambos brazos, tórax, abdomen, raquis superior e inferior y ambas piernas).
2. Problemas de sueño de moderados a graves o fatiga.
3. El dolor y la fatiga o problemas de sueño deben haber estado presentes durante al menos 3 meses.

Como adendum establece que la presencia de otro trastorno de dolor o síntomas relacionados no descarta un diagnóstico de fibromialgia. Pero se recomienda una evaluación clínica para valorar cualquier condición que pueda explicar los síntomas del paciente o contribuir a la gravedad de los síntomas.

EL NEURÓLOGO EN LA INVESTIGACIÓN DE LA FIBROMIALGIA

Aunque queda fuera del alcance de este breve artículo describir las investigaciones que se han llevado a cabo en esta patología desde la esfera de las neurociencias es importante destacar que, en los últimos años, su aportación ha sido crucial para el conocimiento de los mecanismos fundamentales que dan lugar a este complejo problema. Si bien es cierto que muchos de los hallazgos de los estudios han sido normales (ej: electromiografía o biopsia muscular), o inespecíficos (ej.: aumento en la amplitud del ritmo alpha en el electroencefalograma o alteración de las fases II, III y IV del sueño en la polisomnografía), otros como los estudios de neuroquímica (ej: aumento de aspartato y glutamato en el líquido cefalorraquídeo), la posible contribución de una polineuropatía de fibra fina y especialmente los de neuroimagen han contribuido de manera inapelable a conocer los mecanismos básicos que hacen entender el sufrimiento de este grupo de pacientes.

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

de imagen para medir las funciones del cerebro como son el SPECT o el PET, aunque la que se ha popularizado más por su mayor disponibilidad ha sido la Resonancia Funcional. Con esta técnica se ha podido demostrar por ejemplo que estimulaciones dolorosas de baja intensidad en pacientes con fibromialgia producen una activación de las áreas del cerebro del dolor como la Corteza Somatosensorial Primaria y Secundaria, la Corteza Prefrontal, el Lobulo Parietal Inferior, la Corteza Cingular Anterior, la Insula, los Ganglios Basales, el Putamen y el Cerebelo. Estas zonas del cerebro son las que se activan ante el dolor y con estímulos similares en pacientes sanos no produce la activación,. Esto, sin duda, confirma que el cerebro del paciente con fibromialgia es mucho más sensible al dolor.

EL NEURÓLOGO EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA

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

A lo que nunca se debe sustraer el neurólogo es a intentar mejorar la calidad de vida global del paciente y no sólo los aspectos neurológicos. En nuestros esquemas terapéuticos debemos tener presente siempre que el objetivo de mejorar los síntomas neurológicos se enmarca en el contexto del paciente con dolor generalizado y todas nuestras acciones terapéuticas deben ir dirigidas a mejorar tanto los síntomas neurológicos como la hipersensibilidad al dolor, sin olvidar las características personales y psicológicas de cada paciente e intentando coordinar al máximo nuestras acciones con las de los otros profesionales al cargo del paciente.

Desde la neurología podemos ayudar al paciente con el conocimiento de los fármacos y las técnicas que ayudan a controlar el dolor, así como de otros síntomas neurológicos que requieren tratamiento específico como las cefaleas, los mareos, los acúfenos o las alteraciones en la memoria. Comentaremos brevemente el tratamiento general del problema evitando entrar en aspectos específicos de cada síntoma.

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

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

- 1 **Cefalea:** con mayor frecuencia se presenta en forma de cefalea tensional crónica (50% de los casos), y se asocia a una mayor tensión en la musculatura paracervical y occipital, empeorando en las situaciones de estrés. También se observa mayor prevalencia de migrañas episódicas y migrañas crónicas con y sin abuso de analgésicos.
- 2 **Acúfenos:** son sensaciones molestas de zumbidos o pitidos en los oídos
- 3 **Inestabilidad o mareo**
- 4 **Trastornos del estado de ánimo:** Ansiedad, depresión, distimia
- 5 **Alteraciones de la concentración o de la memoria:** En los síntomas cognitivos destacamos la importante alteración de la memoria, en sus cuatro componentes: memoria de trabajo, memoria de atención y control ejecutivo, memoria episódica y memoria semántica.

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

- 6 **Parestesias o hipoestesia:** son sensaciones al tacto extrañas o menor sensación de éste en una zona del cuerpo determinada. Generalmente en brazos, piernas o una parte de la cara.

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

- 8 **Alteraciones del sueño:** insomnio, despertares frecuentes, sueño superficial, no reparador, mioclonías (sacudidas en brazos o piernas) nocturnas.

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

CAUSAS de dichos problemas neurológicos:

La investigación ha demostrado que en las pacientes afectas de fibromialgia existe, sin ningún género de dudas, un aumento de la sensibilidad a cualquier estímulo externo (sea dolor, térmico, presión o sonido), junto a alteraciones neuroendocrinas y una activación anormal de regiones cerebrales implicadas en el manejo de los estímulos nociceptivos. Asimismo se ha demostrado que está alterado el procesamiento afectivo y cognitivo de la información relacionada con el dolor. Por tanto, nos encontramos con un manejo anómalo a nivel central del dolor. Hablamos, por tanto, de la participación de neurotransmisores específicos y comportamientos atípicos de receptores, que producen una amplificación de la señal dolorosa, por lo que encontraremos una disminución de los umbrales en los tender points (puntos sensibles dolorosos), con aumento de la respuesta tras estímulos repetitivos (a diferencia de los pacientes sanos), lo que apunta a un alteración en la respuesta de sumación temporal del dolor.

En los neurotransmisores se ha detectado la disminución de los factores inhibitorios (los mecanismos que controlan la entrada de los impulsos nerviosos), tanto en el asta posterior medular como cortical. A estos procesos de predominio opiáceo, con aumento de su actividad y disminución de los dopaminérgicos y noradrenérgicos, se añade el aumento del sistema excitatorio aferente, con aumento de aminas del grupo del glutamato y de la sustancia P, que se encuentran muy elevados en los enfermos en comparación con los

sanos. Esto es evidente por pruebas en la corteza somatosensorial, donde se detectan alteraciones de la perfusión en comparación con los pacientes control (SPECT).

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

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

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

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

SOLUCIONES

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

1 **Fisioterapia y ejercicio físico:** El tratamiento varía en función del grado y manifestación clínica de cada caso, por lo que debe individualizarse lo máximo posible. Los aspectos a valorar son: el dolor, la disfunción muscular y la impotencia funcional secundaria. El tratamiento requiere una participación activa del paciente, es sintomático y se basa fundamentalmente en disminuir la hipertonicidad muscular y

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

Los programas de fisioterapia adaptada a la situación de cada paciente pueden ser de ayuda en muchos pacientes.

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

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

Las técnicas psicoterápicas pueden ser de ayuda en el manejo de este problema y deben tener especialmente en cuenta la modificación de las conductas desadaptativas, la reducción de las conductas de dolor, el incremento progresivo de la capacidad funcional del paciente, la modificación de atribuciones, la promoción de las estrategias de afrontamiento adaptativas y el tratamiento de los trastornos psicopatológicos. Es imprescindible educar a las familias para que puedan actuar de forma eficaz como coterapeutas. Las técnicas de relajación y biofeedback o el mindfulness pueden ser de gran ayuda. Se recomienda la reducción de la activación emocional y de la tensión muscular excesiva mediante entrenamiento en relajación muscular progresiva.

3 **Farmacoterapia:** el tratamiento de estos pacientes debe ir dirigido hacia dos objetivos: el control del dolor y el control de otros síntomas.

Control del dolor: trata de aliviar el sufrimiento derivado del dolor generalizado, especialmente los dolores axiales y de las contracturas musculares dolorosas, localizadas y frecuentes. No existe un fármaco ideal pero existen

bastantes alternativas. Existen dos grandes grupos de fármacos que contribuyen a mejorar el dolor modificando la hipersensibilidad del cerebro al mismo; estos son los antidepresivos y algunos antiepilépticos (también llamados neuromoduladores). Entre los primeros, el grupo de antidepresivos tricíclicos es el que ha demostrado mejor eficacia siendo la amitriptilina el que se ha utilizado en la mayoría de estudios: No obstante son fármacos con muchos efectos adversos (ganancia de peso, sequedad de boca, constipación..) por lo que en muchos casos se utilizan antidepresivos de otros grupos farmacológicos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Los ISRS (como fluoxetina o sertralina) pueden ser una opción de inicio en el tratamiento. Otra opción con eficacia superior la constituyen los inhibidores duales de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) como la duloxetina y venlafaxina. Algunos antiepilépticos utilizados en el tratamiento del dolor neuropático (especialmente pregabalina) han demostrado beneficio en algunos estudios y se pueden utilizar de forma combinada con los antidepresivos. Además de los antidepresivos y la pregabalina hay un conjunto de fármacos que han demostrado eficacia en algún estudio y que deben considerarse como alternativas: ciclobenzaprina, tramadol, gabapentina, pramipexol y oxibato sódico. También pueden utilizarse tratamientos analgésicos puramente sintomáticos que nos ayudan también a controlar el dolor; el que ha mostrado mejores datos de eficacia en los ensayos clínicos ha sido el tramadol; no obstante, como en el resto de terapias farmacológicas, las recomendaciones han de ser individuales en función de las características de cada paciente .

Control de otros síntomas: de nuevo la amitriptilina es útil en el control de los trastornos del sueño (junto con la ciclobenzaprina o el zolpidem) y la fatigabilidad-astenia. En las alteraciones del estado de ánimo se recomienda un ISRS como la fluoxetina, setralina o un dual como la duloxetina o venlafaxina. En aquellos pacientes que presenten síntomas de disautonomía (temblor, mareos, taquicardias) puede ser útil asociar un betabloqueante (propranolol)

- 4 **Medicinas y técnicas alternativas:** Globalmente existen pocos datos científicos que las soporten, si bien individualmente hay pacientes que se sienten mejorados con algunas de estas técnicas:

Acupuntura: no hay evidencia para su recomendación o no, aunque ha habido algún es-

tudio que ha mostrado datos positivos. Si en el paciente nota mejoría no hay razón para que no lo utilice.

Homeopatía: tampoco hay suficiente evidencia para recomendarla debido a las importantes limitaciones de los ensayos clínicos.

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

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

Dieta y suplementos: Se han propuesto múltiples aproximaciones dietéticas y suplementos vitamínicos que han demostrado mejorías en algunos estudios, pero los resultados habrían que confirmarlos en estudios más rigurosos

RECOMENDACIONES generales para una mejora en la calidad de vida:

Somos conscientes del esfuerzo personal que supone vivir con esta enfermedad y levantarse cada día con fatiga y dolor e incluso, en los casos más avanzados, con dificultades para llevar a cabo las tareas más elementales. A pesar de ello seguimos pensando que es muy importante el intentar conseguir que la enfermedad se convierta el eje de la vida de los pacientes. Por dicho motivo, nos atrevemos a dar una serie de consejos-sugerencias para la vida cotidiana que, por más de repetidas, siguen siendo muy importantes y que pueden ayudar al paciente a enfrentarse mejor con la enfermedad.

Es imprescindible que los pacientes conozcan bien la enfermedad utilizando los diferentes recursos que están a su alcance; como pedir información a su médico/s, acudir a la asociación de enfermos de fibromialgia, consultar libros de divulgación...El fin es poder aprender a reconocer aquello que les mejora y les empeora y así buscar alternativas o soluciones a cada una de las situaciones que nos surja. En este sentido es crucial mantener una relación franca con nuestro médico en la que se pongan a discusión todos los problemas que conlleva nuestro padecimiento

Aunque sea un tópico, se debe intentar siempre aceptar la enfermedad y desdramatizarla adoptando conductas positivas, resaltando lo que nos hace felices y construyendo una base de confianza en la posible mejoría de los síntomas.

Deben controlar las emociones negativas para evitar su cronificación. Si se dejan guiar por el estrés o lo negativo pueden sufrir trastornos psiquiátricos a la fibromialgia, lo que empeoraría de forma significativa nuestra calidad de vida el estrés

Para el alivio del dolor no son útiles sólo los tratamientos prescritos; también ayuda la actitud y el tipo de vida (Ej. Ejercicio físico). Es muy importante realizar ejercicio físico adaptándolo a las posibilidades de cada uno. Inicialmente cuesta empezar pero si descubrimos una tarea agradable que pueda empezarse de forma progresiva, en poco tiempo experimentamos una gran mejoría en nuestra forma física. Siempre hay que recordar que es tan negativo la inactividad como el realizar un número excesivo de tareas. Cada persona debe buscar y encontrar su equilibrio.

Ayuda a mejorar la atención y concentración el hacer un buen uso del tiempo; escoger las tareas más complejas del día para llevarlas a cabo en nuestro mejor momento; hacer una tarea después de otra; no olvidar practicar juegos de mesa y actividades lúdicas y de relación social.

Para mejorar el descanso nocturno se debe tener una buena higiene del sueño intentando establecer un horario fijo tanto para acostarse como para levantarse; con ello se ayuda a regular mejor el sueño; se debe evitar hacer siestas prolongadas y el consumo de estimulantes

El apoyo familiar y del entorno es un pilar fundamental, por lo que se debe potenciar haciéndoles partícipes de la situación, acudiendo a las visitas con el médico sin dejar a un lado el compartir tareas agradables que nos hacen disfrutar en familia disfrutando de tareas agradables y placenteras.

Se debe intentar, en la medida de lo posible y aunque sea con esfuerzo, intentar llevar un ritmo en la vida normal similar al que uno llevaría si no padeciera la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Alegre G, Garcia J, Tomás N, Gómez JM; Blanco E, Gobbo M, Pérez A, Martínez A, Vidal A, Alarriba E, Gómez A. Documento Consenso interdisciplinar para el Tratamiento de la Fibromialgia. *Actas España Psiquiatr* 2010; 38: 108-120
- 2 Arias M. ¿Es la fibromialgia una enfermedad neurológica? *Neurología* 2008;23(9):593-601
- 3 Arnold LM, Bennett RM, Crofford LJ, Dean LE, Clauw DJ, Goldenberg DL, Fitzcharles MA, Paiva ES, Staud R, Sarzi-Puttini P, Buskila D, Macfarlane GJ. AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J. Pain.* 2019 Jun;20(6):611-628
- 4 Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, Choy E, Kosek E, Amris K, Branco J, Dincer F, Leino-Arjas P, Longley K, McCarthy GM, Makri S, Perrot S, Sarzi-Puttini P, Taylor A, Jones G. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis.* 2017 Feb;76(2):318-328
- 5 Siracusa R, Paola R, Cuzzocrea, Impellizzeri D. Fibromyalgia: Pathogenesis, Mechanisms, Diagnosis and Treatment Options Update. *J. Mol. Sci.* 2021, 22, 3891.

Deterioro cognitivo en el síndrome de sensibilidad central.



Dr. Don Manuel Blanco Suárez.

Especialista en Medicina Interna.

Especialista en Síndrome de Sensibilidad Central.

Cofundador de la Sociedad Española de Síndrome de Sensibilidad Central.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Sensibilidad Central (SSC) es una patología muy prevalente en la actualidad. Engloba a un conjunto de enfermedades tales como la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica, la migraña, la cefalea tensional, el síndrome de intestino irritable, el síndrome de vejiga irritable, el síndrome químico múltiple y el síndrome de electrosensibilidad, entre otras. Este término se usó por primera vez en el año 2000(1), aunque el primer estudio que asoció la fibromialgia con otros síndromes fue en 1981 (2). En los últimos 25 años ha ido aumentando el número de afectados y actualmente lo padece un 3% de la población (3).

Los pacientes que sufren el síndrome habitualmente se quejan de dolor, cansancio, trastornos del sueño, trastornos cognitivos, digestivos, urinarios y psicoafectivos. Además, suelen notar una sensibilidad aumentada a estímulos luminosos, olorosos, situaciones de estrés, cambios de temperaturas, productos químicos y determinados alimentos, entre otros. Todos estos estímulos, a veces les producen un empeoramiento de su sintomatología. Esta variedad de síntomas y trastornos hacen que generalmente los pacientes vayan a distintos especialistas y estén diagnosticados de varios de estos síndromes por separado. Solamente cuando encuentran a un médico habituado a utilizar este concepto y que conoce bien esta patología, los pacientes alcanzan un diagnóstico apropiado y comprenden que en realidad sufren una sola dolencia.

¿Por qué se produce esta enfermedad?

El origen de este síndrome se encuentra en la sensibilización central(4). Esto se produce cuando nuestro Sistema Nervioso Central procesa de un modo anómalo los distintos estímulos que va recibiendo. Las señales que le llegan al cerebro desde los estímulos periféricos están aumentadas. Esto hace que en los pacientes se establezca una situación de hiperexcitabilidad mantenida (5).

La sensibilización central está ocasionada por una inflamación del Sistema Nervioso Central, llamada neuroinflamación, que se cronifica. Esta afectación del sistema nervioso e inmunológico es generalizada y afecta también a los distintos órganos periféricos, como la piel, el tubo digestivo, etc., que se retroalimentan entre ellos.

En los últimos años se ha avanzado en el estudio de la comunicación bidireccional tubo digestivo-cerebro, así como en la importancia de la conexión entre el eje alimentación-microbiota intestinal-barrera/permeabilidad intestinal y sistema inmunoneurológico digestivo con la neuroinflamación central, tanto en los síndromes que componen el SSC como en patologías neurodegenerativas.

En este sentido, un estudio reciente de nuestro grupo muestra que los pacientes con fibromialgia y síndrome de fatiga crónica presentan alteraciones de la barrera intestinal e inflamación a este nivel (7).

La neuroinflamación crónica produce un daño estructural en diferentes áreas del Sistema Nervioso Central que son las responsables de la gestión del dolor, las emociones y la memoria. Además, la actividad eléctrica cerebral se altera y se promueve una situación de hiperexcitabilidad neuronal. De esta manera se desarrolla una cascada de alteraciones que acaba produciendo el Síndrome de Sensibilidad Central (8).

Por lo tanto, no estamos hablando de patologías psicológicas, ni psiquiátricas, sino médicas. Hay unas alteraciones objetivas y medibles de la estructura, la química y el funcionamiento del cerebro.

Hay estudios que demuestran que también participan en la fisiopatología del SSC el sistema neuroendocrino, el vegetativo y las mitocondrias (organelas encargadas de la respiración de las células y la producción de la energía química). Los pacientes con Síndrome de Sensibilidad Central también presentan problemas de funcionamiento mitocondrial.

Así pues, estamos ante un síndrome de carácter sistémico, en el que participan numerosos sistemas de nuestra fisiología y en el que se produce un desbalance en el funcionamiento del organismo.

La disfunción cognitiva en el síndrome de sensibilidad central.

El dolor es un síntoma guía del Síndrome de Sensibilidad Central. Los pacientes que padecen este síndrome presentan un tipo particular de dolor llamado “*dolor nociplástico*”. Es un dolor originado por la neuroinflamación y el mal funcionamiento entre distintas áreas que crean una red que incluyen centros del dolor, áreas emocionales y de memoria que intervienen en la perpetuación del dolor(9). Estas áreas incluyen el tálamo, áreas somatosensoriales, corteza prefrontal dorsolateral, corteza cingulada y el sistema límbico (figura 1).

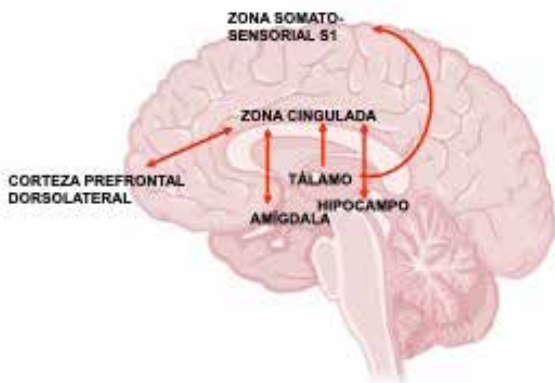


Figura 1. Esquema de las áreas centrales implicadas en el dolor.

Esto último puede explicar que, asociado al dolor nociplástico, se produzcan otros síntomas que sugieren la implicación del Sistema Nervioso Central, tales como dificultad para concentrarse, alteraciones de la memoria a corto plazo, déficit atencional y tiempos de reacción más largos. En definitiva, se produce lo que se conoce como una disfunción cognitiva. La disfunción cognitiva comprende trastornos de procesos cognitivos complejos, incluida la memoria, la función ejecutiva, la concentración y la atención (10). La disfunción cognitiva es uno de los síntomas más frecuentes que aparecen en los Síndromes de Sensibilidad Central. Se le denomina también “fibrofog” o neblina mental, fatiga neurocognitiva o “brainfog”. En la fibromialgia se presenta en un 50% de los casos y es uno de los componentes de los criterios diagnósticos actuales (11). En el síndrome de fatiga crónica aparece en un 40-50% (12). Además, recientemente también se ha observado en el Covid persistente en un 20-35% de los casos (13).

En nuestra Unidad, la aparición de los trastornos cognitivos suele manifestarse a los 10-15 años de haberse iniciado la sintomatología del dolor o de fatiga. Habitualmente los presentan los pacientes en los que la enfermedad tiene un curso evolutivo peor y están más afectados.

En los pacientes observamos pérdidas de memoria e incapacidad para recordar y recuperar información. Además, tienen olvidos inespecíficos, no son capaces de reproducir ideas que acaban de leer, no recuerdan el nombre de amigos y situaciones similares. También, tienen dificultad para prestar atención y para realizar las actividades cotidianas. Son personas que se distraen más de lo normal o se pierden y no pueden seguir una actividad de un modo continuo. Igualmente, sufren enlentecimiento para procesar y responder a la información, incluso a veces se quedan bloqueados y no le salen las palabras en una conversación. Las funciones ejecutivas también las tienen afectadas. Éstas incluyen el pensamiento crítico, la planificación, la organización y la resolución de problemas. Una tarea habitual se complica porque no son capaces de integrar todas estas herramientas necesarias para poder llevarla a cabo.

Existen varios factores desencadenantes que aumentan las alteraciones cognitivas. Unos están relacionados con la propia patología, como son la intensidad del dolor o de la fatiga, los trastornos psicoafectivos, los trastornos del sueño o la toma de fármacos. Otros factores dependen de hábitos higiénico-dietéticos como el tabaco, la ingesta de alcohol, la obesidad o la sensibilidad a algunos alimentos, entre otros (14).

En las funciones cognitivas están implicadas varias áreas del cerebro, tanto a nivel de la corteza cerebral, como en otras zonas del cerebro situadas debajo de la corteza. A nivel cortical, la corteza prefrontal dorsolateral se encarga de las funciones ejecutivas. La corteza cingulada anterior interviene en la emoción y la memoria y conecta el córtex con zonas subcorticales. A nivel subcortical, el sistema límbico, que está constituido entre otros por el hipocampo (importante en la memoria y el aprendizaje) y las amígdalas (relacionadas con el aprendizaje emocional). Como se ha objetivado en distintos estudios funcionales de Resonancia de cráneo, Electroencefalografía o Metaencefalografía, estas áreas cerebrales se encuentran afectadas por la neuroinflamación en los pacientes que sufren SSC, por eso es comprensible que estos pacientes presenten de forma habitual una disfunción cognitiva.

Abordaje de la disfunción cognitiva en el síndrome de sensibilidad central.

De todo lo indicado, se puede deducir que el abordaje de la disfunción cognitiva en el Síndrome de Sensibilidad Central también tiene que ser multidisciplinar. En nuestra Unidad pensamos que se debe actuar sobre todos los factores desencadenantes y la fisiopatología que los ocasiona.

Respecto a los factores desencadenantes hay que regular la obesidad, el estrés e intentar la reducción o el abandono de la ingesta de alcohol o tabaco. Además, es importante mejorar la higiene del sueño e intentar reducir los fármacos que deterioran la cognición.

A nivel fisiopatológico, podemos actuar en la neuroinflamación, la disfunción mitocondrial y el sistema nervioso vegetativo.

A nivel central encontramos resultados satisfactorios con las terapias cognitivas, la estimulación magnética transcraneal de bajo campo (15) y fármacos que actúan sobre la hiperexcitabilidad del Sistema Nervioso Central.

A nivel inmunológico trabajamos la neuroinflamación periférica presente en el tubo digestivo. Para ello estudiamos la sensibilidad inmunológica a alimentos a los que están sensibilizados los pacientes y establecemos una dieta terapéutica para reducir esta sensibilidad e inducir inmunotolerancia. Además, analizamos si existen alteraciones o sobrecrecimiento de la flora bacteriana, así como modificaciones de la permeabilidad intestinal para tratarla si fuera necesario.

Utilizamos distintos flavonoides como la quercetina, luteolina, que tienen actividad antioxidante y antiinflamatoria, y que por tanto pueden ayudar frente a la neuroinflamación. También usamos palmitoiletanolamina que comparte el mismo mecanismo de acción.

A nivel mitocondrial y del estrés oxidativo, usamos habitualmente antioxidantes o la cámara hiperbárica, entre otros.

Con este abordaje multidisciplinar, en nuestra Unidad, el 90% de los pacientes con fibromialgia y el 70% de los afectados por síndrome de fatiga crónica y Covid persistente mejoran de los síntomas principales que presentan. Sin embargo, la mejoría de los trastornos cognitivos solo la vemos en el 50 % de los pacientes. De momento estamos investigando para entender las razones de este menor porcentaje de respuesta.

En resumen, el Síndrome de Sensibilidad Central es un trastorno sistémico ocasionado por una disfunción inmunoneuroendocrina y mitocondrial y no un trastorno psiquiátrico. Las razones fisiopatológicas que lo ocasionan justifican todos los síntomas que pueden presentar los pacientes y especialmente las disfunciones cognitivas.

Desde el conocimiento y entendimiento de la enfermedad se facilita el abordaje tanto diagnóstico como terapéutico de este síndrome, que con el paso del tiempo está aumentando su prevalencia de forma progresiva y que en muchas ocasiones no se le da el trato que merece.

BIBLIOGRAFÍA

1. M.B. Yunus, "Central sensitivity syndromes: a unified concept for fibromyalgia and other similar maladies". Journal of Indian Rheumatology Association, vol.8, pp.27-33, 2000.
2. M. B. Yunus, A. T. Masi, J. J. Calabro, K. A. Miller, and S. L. Feigenbaum, "Primary Fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls". Seminars in Arthritis and Rheumatism, vol.11, nº1, pp.151-171, 1981.
3. Joaquim Fernández Sola "Síndromes de sensibilización central: hacia la estructuración de un concepto multidisciplinar". Medicina Clínica, vol.151, nº2, pp.68-70, 2018.
4. M. B. Yunus, "The Prevalence of Fibromyalgia in Other Chronic Pain Conditions". Corporation Pain Research and Treatment Volume, Article ID 584573, 8 pages, 2012.

5. M.B. Yunnus, "Editorial review: an update on central sensitivity syndromes and the issues of nosology and psychobiology". *CurrRheumatol Rev.*, vol.11, n°2, pp.70-85, 2015.
6. Muhammad Nazirul Mubin Aziz, Jaya Kumar, Khairul Najmi Muhammad Nawawi, Raja Affendi Raja Ali and Norfilza M. Mokhtar, "Irritable Bowel Syndrome, Depression, and Neurodegeneration: A Bidirectional Communication from Gut to Brain". *Nutrients*, vol.13, n°9, 3061, 2021.
7. Franz Martín, Manuel Blanco Suárez, Paola Zambrano, Óscar Cáceres, Miriam Almirall, José Alegre Martín et al., "Increased gut permeability and bacterial translocation are associated with fibromyalgia and myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: implications for disease-related biomarker discovery". *Front. Immunol.*, vol.14, 2023. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2023.1253121>.
8. Michael B. VanElzakker, Sydney A. Brumfield and Paula S. Lara Mejia "Neuroinflammation and Cytokines in Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS): A Critical Review of Research Methods". *Frontiers in Neurology*, vol.9, article 1033, 2019.
9. Riganello, F.; Soddu, A.; Tonin, P. "Addressing pain for a proper rehabilitation process in patients with severe disorders of consciousness". *Front. Pharmacol.*, vol.12, 55, 2021.
10. Ambrose, K.R.; Gracely, R.H.; Glass, J.M. "Fibromyalgia dyscognition: Concepts and issues". *Reumatismo*, vol.64, pp.206–215, 2012.
11. Cristina Muñoz Ladrón de Guevara, Gustavo A. Reyes del Paso, María José Fernández Serrano and Casandra I. Montoro "Fibromyalgia Syndrome and Cognitive Decline: The Role of Body Mass Index and Clinical Symptoms" *J. Clin. Med.*, vol.11, 3404, 2022.
12. Azcue N, Gomez-Esteban J, Acera M, Tijero B, Fernandez T, Ayo-Mentxakatorre N, et al."Brain fog of post-COVID-19 condition and chronic fatigue syndrome, same medical disorder?" *J Transl Med.*, vol.20, 569, 2022. doi: 10.1186/s12967-022-03764-2.
13. Allison B. Reiss, Caitriona Greene, Christopher Dayaramani, Steven H. Rauchman, Mark M. Stecker, Joshua De Leon and Aaron Pinkhasov, "Long COVID, the Brain, Nerves, and Cognitive Function" *Neurol Int.*, vol.15, n°3, pp. 821–841, 2023.
14. Weaam Ibraheem, Simon Mckenzie, Victory Wilcox-Omubo, Mohamed Abdelaty, Sandra E.et al., "Pathophysiology and Clinical Implications of Cognitive Dysfunction in Fibromyalgia", *Cureus*, 13, 2021.<https://doi.org/10.7759/CUREUS.19123>.
15. Pareja JL, Cáceres O, Zambrano P, Martín F, Berral FJ, Blanco M. "Treatmentwithlow-intensitytranscranialmagnetics-timulation in womenwithfibromyagliaimprovesdiagnostic variables up to 6 months after treatmentcompletion". *Clin ExpRheumatol.*, vol.40, n°6, pp.1112-1118, 2022.



Sesgos de género en la percepción del dolor crónico desde un enfoque social.



Doña Mª José Cervantes Muñoz.
Trabajadora Social de Avafi.

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico es un problema de salud global que afecta a millones de personas. Aunque es una condición que afecta a personas de todos los géneros, existe una creciente conciencia de que los sesgos de género desempeñan un papel importante tanto en la experiencia del dolor crónico como en su atención médica.

En este artículo, examinaremos cómo las perspectivas de género, desde un enfoque social, arrojan luz sobre las dinámicas subyacentes que moldean la experiencia del dolor crónico. El género influye en la forma en que las personas experimentan, buscan tratamiento y gestionan su dolor crónico, lo que subraya la importancia de una comprensión más profunda de estas complejas interacciones sociales.

LOS SESGOS DE GÉNERO

Los sesgos de género en la percepción del dolor crónico se refieren a las diferencias en la forma en que se evalúa y se responde al dolor según el género de la persona que lo experimenta. Históricamente, se ha perpetuado la idea de que las mujeres tienen una mayor tolerancia al dolor y que sus quejas de dolor pueden ser exageradas o atribuidas a causas emocionales o psicológicas. Por otro lado, a los hombres se le ha atribuido una mayor resistencia al dolor y se ha minimizado su experiencia de dolor crónico.

Estos estereotipos de género pueden llevar a una atención deficiente para ambos géneros. Las mujeres pueden enfrentar barreras adicionales para ser diagnosticadas y tratadas adecuadamente, ya

que sus síntomas pueden ser pasados por alto o malinterpretados. Por otro lado, los hombres pueden sentir presiones sociales para minimizar su dolor y pueden enfrentar dificultades para buscar ayuda o expresar sus necesidades.

El sesgo de género es uno de los principales problemas en el abordaje de pacientes con dolor crónico. La Sociedad Española del Dolor (SED) ha celebrado un año más la jornada #TuDolorImporta, que en esta edición 2023 se ha centrado en la importancia de la perspectiva de género en la atención a personas con dolor crónico. Indican que el perfil más frecuente de persona con dolor asociado a una patología crónica en España corresponde a una mujer de 46 años. Sin embargo, las mujeres tardan una media de seis años en ser diagnosticadas, mientras que los hombres tardan tres años. En España, el 17% de la población mayor de 16 años padece dolor crónico. Dos de cada tres personas que sufren dolor crónico son mujeres.

Tal como dijo uno de sus ponentes el Dr. Carlos Goicoechea, catedrático en Farmacología y vicepresidente de la SED “Tenemos que hacer visible el dolor de la mujer como un dolor significativamente diferente al del hombre”, ha explicado que esto se debe a que existen diferencias sexuales y de género que van a hacer que la interpretación por parte del paciente, e incluso por el médico, sea diferente.

En la investigación también ha existido ese sesgo de género hasta el siglo XXI, cuando casi se hizo obligatorio estudiar el dolor de animales de ambos sexos. El vicepresidente de la SED in-

dica que *“Es increíble saber que el dolor crónico afecta más a las mujeres que a los hombres y, sin embargo, tradicionalmente los estudios de investigación en animales siempre se han hecho en machos”*, quien ha reconocido que ese cambio supone un paso hacia adelante, porque va a tener repercusión a corto plazo a nivel clínico, en la forma de obtener medicamentos y en la forma de tratar a los pacientes. La Dra. Madariaga (miembro de la SED) ha añadido: *“las diferencias en aspectos biológicos, psicológicos y sociales que suponen el género y el sexo de cada persona están de plena actualidad y son objeto creciente de estudio por parte de la ciencia”* y ha concluido: *“Las mujeres sufrimos más enfermedades que cursan con dolor y lo sufrimos con más intensidad al tener un umbral del dolor más bajo. Los analgésicos potentes disponibles son menos efectivos en nuestro género/ sexo y cultural y socialmente lo aceptamos sin pedir ayuda, por lo que dar visibilidad a esta diferencia de género es más que necesario”*

Esto sucede con muchos problemas de salud en los que el conocimiento no es exhaustivo, lo que ocurre con bastantes de los problemas de salud de las mujeres. Y buena parte de esta realidad tiene su origen en las investigaciones que utilizan a los hombres como prototipos poblacionales.

Estas investigaciones producen nuevo conocimiento sobre las exposiciones a riesgos para la salud propias de los hombres, sobre la forma de enfermar de estos, y sobre su respuesta a los tratamientos y sus pronósticos, que con posterioridad se infiere a las mujeres, lo que en múltiples ocasiones ha sido erróneo desde un punto de vista científico.

Se investiga para actuar, pero como la creación de conocimiento parte del conocimiento existente, y como este hasta hace poco no era sensible a la condición de género ya su perspectiva y análisis, en la actualidad, los resultados de las investigaciones todavía corren el riesgo de seguir caracterizándose por tener sesgos de género, y por tanto ser poco exhaustivos y útiles para la salud de las mujeres.

Diferencias en la Prevalencia y Presentación.

Las investigaciones indican que las mujeres tienen una mayor probabilidad de experimentar dolor crónico en comparación con los hombres. Además, se ha observado que las mujeres a menudo experimentan una gama más amplia de síntomas y un dolor más difuso en comparación con los hombres, lo que puede complicar el diagnóstico.

Normas de Género y Expresión del Dolor.

Las expectativas culturales en torno a la masculinidad y la femineidad pueden influir en cómo las personas expresan su dolor. Las normas de género pueden llevar a que algunas personas minimicen sus síntomas por temor a parecer “débiles”, mientras que otras personas pueden exagerar su dolor en busca de validación y apoyo.

Roles de Género y Responsabilidades.

Los roles tradicionales de género relacionados con el cuidado de la familia y el trabajo pueden tener un impacto significativo en la vida de las personas con dolor crónico. Las mujeres pueden enfrentar una mayor presión para cumplir con estas responsabilidades a pesar del dolor, lo que puede aumentar su carga emocional y física.

Estigma y Dolor Crónico.

El estigma social en torno al género también juega un papel importante en el dolor crónico. Las personas pueden enfrentar prejuicios y estereotipos basados en su género cuando buscan ayuda para el dolor crónico, lo que puede dificultar la búsqueda de apoyo y tratamiento.

Atención Médica Sensible al Género.

La importancia de una atención médica y un apoyo social sensibles al género. Los profesionales de la salud deben ser conscientes de cómo las normas de género pueden influir en la experiencia del dolor y deben ofrecer un entorno de atención que sea inclusivo y respetuoso.

EL PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN DEL DOLOR CRÓNICO

El trabajo social desempeña un papel crucial en la atención del dolor crónico al abordar los aspectos psicosociales y emocionales de esta condición. Sin embargo, los sesgos de género pueden afectar la forma en que los trabajadores sociales interactuamos con los pacientes y brindamos apoyo. Por ejemplo, los profesionales podemos, inconscientemente, perpetuar estereotipos de género al asumir que las mujeres son más emocionales o necesitan un mayor apoyo emocional, mientras que los hombres pueden ser vistos como menos necesitados de apoyo o expresión emocional.

Es fundamental que los trabajadores sociales seamos conscientes de nuestros propios sesgos y prejuicios, y nos esforcemos por brindar una atención imparcial y equitativa. Esto implica escuchar y validar las experiencias de dolor crónico de las personas sin importar su género, brindando un espacio seguro y respetuoso para que se expresen y compartan sus preocupaciones.

Promoviendo la equidad de género en la atención del dolor crónico.

Para abordar los sesgos de género en la atención del dolor crónico, es necesario implementar medidas que promuevan la equidad de género. Algunas soluciones para abordar los sesgos de género en la atención del dolor crónico son:

1.- Sensibilización y capacitación: Es fundamental brindar capacitación y sensibilización a los profesionales de la salud sobre los sesgos de género en la experiencia y atención del dolor crónico. Esto les permitirá reconocer sus propios sesgos y prejuicios, y brindar un apoyo equitativo y sensible a las necesidades de todos y todas las pacientes.

2.- Enfoque centrado en la persona: Adoptar un enfoque centrado en la persona implica considerar las necesidades y circunstancias individuales de cada paciente, sin dejarse influir por estereotipos de género. Los profesionales deben tratar a cada persona de manera única y respetar sus experiencias y preocupaciones.

3.- Comunicación abierta y empática: Fomentar una comunicación abierta y empática con los pacientes, independientemente de su género, es esencial para comprender plenamente su experiencia de dolor crónico. Se debe brindar un espacio seguro donde se sientan las personas escuchadas y puedan expresar libremente sus necesidades y preocupaciones.

4.- Promover la igualdad de género: El trabajo social puede desempeñar un papel importante en la promoción de la igualdad de género en la atención del dolor crónico. Esto implica abordar los estereotipos de género arraigados en la sociedad y trabajar hacia una atención equitativa y justa para todas las personas, independientemente de su género.

La perspectiva de género en la fibromialgia desde un enfoque social.

La fibromialgia es una enfermedad crónica caracterizada por dolor generalizado y sensibilidad en todo el cuerpo, fatiga, problemas de sueño y dificultades cognitivas. Aunque afecta tanto a hombres como a mujeres, la condición es mucho más común en mujeres, y esto ha llevado a una mayor atención a la perspectiva de género en la investigación y el tratamiento de la fibromialgia.

Desde el punto de vista social, la perspectiva de género en la fibromialgia destaca las diferencias en cómo se vive y se aborda la enfermedad en hombres y mujeres. Algunos estudios han demos-

trado que los hombres con fibromialgia tienden a experimentar más dolor y discapacidad que las mujeres, y pueden enfrentarse a una mayor dificultad para obtener un diagnóstico y recibir un tratamiento adecuado.

Además, los roles de género y las expectativas sociales pueden influir en la forma en que las personas con fibromialgia son tratadas en la sociedad. Las mujeres, en particular, pueden enfrentar estigmatización y falta de apoyo debido a la percepción cultural de que el dolor y la enfermedad crónica son normales o esperados para ellas. Esto puede llevar a la minimización de sus síntomas y dificultades para acceder a la atención médica y el apoyo adecuados.

En el ámbito laboral, las personas con fibromialgia, en su mayoría mujeres, a menudo enfrentan desafíos adicionales. Las limitaciones físicas y cognitivas asociadas con la enfermedad pueden dificultar la capacidad de trabajar a tiempo completo o mantener empleos estables. Esto puede llevar a la discriminación laboral y la pérdida de oportunidades profesionales, lo que a su vez puede agravar el estrés y el impacto emocional de la enfermedad.

La perspectiva de género en la fibromialgia destaca las diferencias en la experiencia y el impacto de la enfermedad en hombres y mujeres. Los factores sociales, como los roles de género, las expectativas culturales y la discriminación, pueden influir en el acceso al diagnóstico, el tratamiento, el apoyo y las oportunidades laborales para las personas con fibromialgia, especialmente para las mujeres.

Es importante abordar estas cuestiones desde una perspectiva integral para mejorar la calidad de vida de todas las personas afectadas por la enfermedad.

1.- Prevalencia: La fibromialgia afecta aproximadamente al 2-4% de la población mundial, y se estima que entre el 75% y el 90% de los casos diagnosticados son mujeres. Aunque la razón exacta de esta disparidad de género no se comprende completamente, se han propuesto factores hormonales, genéticos y socioculturales como posibles explicaciones.

2.- Barreras para el diagnóstico: Las mujeres con fibromialgia a menudo enfrentan desafíos para obtener un diagnóstico preciso y oportuno. Debido a que los síntomas de la fibromialgia son subjetivos y no se pueden medir objetivamente, algunas personas, incluidos los profesionales de la salud, pueden descartar los síntomas de las

mujeres como “problemas emocionales” o “sensibilidad exagerada”.

3.- Estigmatización: La fibromialgia ha sido objeto de estigmatización y deslegitimación en la sociedad. Algunas personas pueden considerarla como una enfermedad imaginaria o incluso acusar a las personas con fibromialgia de estar exagerando o buscando atención. Esta estigmatización puede afectar negativamente la calidad de vida y el bienestar emocional de las personas con la enfermedad.

4.- Impacto en la vida diaria: La fibromialgia puede tener un impacto significativo en la vida diaria de las personas afectadas, tanto hombres como mujeres. Sin embargo, las mujeres con fibromialgia a menudo experimentan una mayor carga debido a los roles tradicionales de género y las expectativas sociales. Las responsabilidades domésticas, el cuidado de los hijos e hijas y las presiones sociales pueden dificultar aún más la capacidad de las mujeres para lidiar con los síntomas y gestionar la enfermedad.

5.- Acceso a la atención médica y apoyo: Las mujeres con fibromialgia pueden enfrentar barreras adicionales para acceder a la atención médica adecuada y el apoyo necesario. Pueden encontrar dificultades para ser escuchadas y tomadas en serio por los profesionales de la salud, lo que puede retrasar el diagnóstico y el inicio del tratamiento. Además, los recursos y programas de apoyo específicos para la fibromialgia a menudo son limitados y pueden no satisfacer las necesidades específicas de las mujeres.

Es importante reconocer y abordar estas disparidades de género en la fibromialgia desde una perspectiva integral, promoviendo una mayor conciencia, educación y acceso equitativo a la atención médica y el apoyo para todas las personas afectadas por esta enfermedad crónica.

6.- Sesgo de género institucional: No se actualizan ni cambian leyes y normativas con la necesaria diligencia, en relación a enfermedades emergentes con clara expansión y con importante repercusión económica sociosanitaria, como es el caso de la Sensibilización Central (SSC), y como consecuencia a las trabajadoras afectadas se les niegan sistemáticamente sus derechos sociosanitarios frente a los hombres con los mismos diagnósticos, que en más casos, sí se les reconocen en la vía administrativa sin tener que llegar a la vía judicial.

En Incapacidad Laboral Permanente: la respuesta habitual del INSS -Instituto Nacional de la Segu-

ridad Social- mayoritariamente, es negativa ante las solicitudes recibidas, probablemente estas enfermedades (SSC) no son constitutivas de incapacidades, sin atender el grado y la gravedad individual en cada caso, ni su repercusión en la vida laboral. La solución para la mujer trabajadora afectada es iniciar un proceso judicial para demandar un derecho no reconocido en vía administrativa y esperar a que un juez le dé la razón a la persona enferma.

A MODO DE REFLEXIÓN...

El conocimiento de sesgos de género en medicina es crucial para abordar las desigualdades evitables en la recuperación de la salud de las mujeres. Hay que destacar que se han producido avances significativos en el conocimiento de fisiología, etiopatogenia, farmacoterapia y tratamientos intervencionistas cada vez más eficaces e individualizados en el ámbito del dolor crónico. También se han producido importantes cambios estructurales en el contexto de roles de género y logros sociales, laborales, micro, macroeconómicos y culturales para atenuar la desigualdad, que sin duda repercutirán en modelos de salud-enfermedad también diferentes y complejos. Pero, todavía nos queda un largo camino por recorrer en el ámbito de tratamiento diferencial y deberemos asumir esta gran responsabilidad social, sanitaria y científicamente compartida para poder dar una respuesta a la nueva realidad diferencial de dolor y género.

Es preciso revisar los estereotipos y sesgos de género que se producen en la atención sanitaria del dolor crónico, que abocan a minusvalorarlo, a considerarlo como parte de la enfermedad. Existen importantes lagunas en el conocimiento científico para las que se necesitan especialistas con entrenamiento en investigar las experiencias vitales de salud y enfermedad de los hombres y las mujeres dentro de sus contextos social, económico y político tanto como biológico. Sin ir más lejos, queda mucho trabajo por hacer en investigación sobre la influencia en la salud de determinantes como la división sexual del trabajo, las tareas de los agentes de salud, las situaciones de doble jornada, el reparto del tiempo, la segregación horizontal y la segregación vertical.

La identidad y los roles de género, así como la posición social de menor poder (status de subordinación) de las mujeres, pueden ser importantes determinantes de la salud de estas, y de las desigualdades en salud entre hombres y mujeres.

La medicina basada en la evidencia es útil para los problemas de salud de los que hay evidencia, pero no así para los que no hay.

Como es el caso de las enfermedades de Sensibilización Central (SSC): Fibromialgia (FM), Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) también llamada Encefalomiелitis Miálgica (EM), Sensibilidad Química Múltiple (SQM) denominada también Intolerancia Ambiental Idiopática (IAI) y la Electrohipersensibilidad (EHS). Esto sucede con muchos problemas de salud en los que el conocimiento no es exhaustivo, lo que ocurre con bastantes de los problemas de salud de las mujeres. Y buena parte de esta realidad tiene su origen en las investigaciones que utilizan a los hombres como prototipos poblacionales. Estas investigaciones producen nuevo conocimiento sobre las exposiciones a riesgos para la salud propias de los hombres, sobre la forma de enfermar de estos, y sobre su respuesta a los tratamientos y sus pronósticos, que con posterioridad se infiere a las mujeres, lo que en múltiples ocasiones ha sido erróneo desde un punto de vista científico. Se investiga para actuar,

pero como la creación de conocimiento parte del conocimiento existente, y como este hasta hace poco no era sensible a la condición de género y a su perspectiva y análisis, en la actualidad, los hallazgos de las investigaciones todavía corren el riesgo de seguir caracterizándose por tener sesgos de género, y por tanto ser poco exhaustivos y útiles para la salud de las mujeres.

CONCLUSIONES:

Reconocer y abordar los sesgos de género en la experiencia y atención al dolor crónico es esencial para garantizar una atención equitativa y efectiva. Se necesita una mayor conciencia entre los profesionales de la salud sobre cómo los sesgos de género pueden influir en la percepción y el tratamiento del dolor crónico. Un enfoque equitativo y basado en la evidencia es fundamental para garantizar que todas las personas, independientemente de su género, reciban la atención adecuada y compasiva que merecen cuando se enfrentan al desafío del dolor crónico.



BIBLIOGRAFÍA:

Sesgos de género en la atención sanitaria (M.T. Ruiz Cantero). 2009 Medio Ambiente y Salud. Mujeres y hombres en un mundo de nuevos riesgos. (C. Valls-Llobet).2018. Hay sesgos de género en la medicina, falta investigación y diagnóstico diferencial entre hombres y mujeres (C.Valls Llobet).2020. Determinantes de género en el abordaje del dolor crónico. (E Gallach Solano, M A Bermejo Gómez, R Robledo Algarra, R M Izquierdo Aguirre, M A Canos Verdecho). 2020. El factor del género en la salud y en su protección: el caso de la Fibromialgia. (P. Rivas Vallejo). 2008. Dolor crónico: consecuencias en la salud de las mujeres. (E.Gil-García, R. Cáceres Matos). 2020

Trastornos coexistentes con la fibromialgia: Una perspectiva integral.



Dra. Doña Roxana González Mazarío.
Especialista en Reumatología y Medicina Interna.

La fibromialgia, aunque es una entidad por sí misma, a menudo no viaja sola.

Cuando hablamos de fibromialgia, es común centrarse en sus síntomas más característicos, como el dolor crónico y la fatiga. Sin embargo, lo que a menudo no se reconoce es que muchas personas con fibromialgia también tienen uno o más trastornos coexistentes. Estas afecciones concurrentes no solo pueden complicar el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia, sino que también pueden intensificar sus síntomas, complicando aún más el panorama clínico para los pacientes y médicos. Reconocer y comprender estos trastornos es esencial para un manejo integral.

1. Síndrome de fatiga crónica (SFC).

El SFC, también conocido como Encefalomiелitis Miálgica, es una enfermedad compleja y debilitante que se caracteriza principalmente por una fatiga profunda que no mejora con el descanso. Esta fatiga es a menudo lo suficientemente severa como para afectar significativamente las actividades diarias y la calidad de vida de los afectados. Tanto el SFC como la fibromialgia presentan una amplia gama de síntomas superpuestos, que incluyen fatiga, dolor musculoesquelético, problemas de sueño, y dificultades cognitivas (conocido comúnmente como “niebla cerebral”). A causa de esta superposición, puede ser un desafío distinguir entre las dos condiciones.

También ambas afecciones muestran evidencia de alteraciones en la función inmunológica, la respuesta al estrés y el procesamiento del do-

lor. En el SFC, es común encontrar evidencia de inflamación a nivel del sistema nervioso central. En la fibromialgia, las investigaciones apuntan a una hipersensibilidad de este que resulta en un procesamiento anormal del dolor. Tanto el SFC como la fibromialgia pueden ser desencadenados o exacerbados por eventos similares, como infecciones virales, traumas físicos o emocionales, o períodos de estrés intenso.

Algunos estudios sugieren que hasta el 70% de las personas con SFC cumplen con los criterios diagnósticos para la fibromialgia y viceversa. Sin embargo, no todos los pacientes con una de estas condiciones desarrollarán la otra.

Diferenciar entre el SFC y la fibromialgia es esencial para el manejo clínico. Aunque algunas terapias pueden ser efectivas para ambas afecciones, como la terapia cognitivo-conductual y los ejercicios de baja intensidad, las estrategias de tratamiento pueden variar según el trastorno predominante.

2. Trastornos del sueño.

Dormir es una función esencial del cuerpo humano que influye en nuestra salud física y mental. Sin embargo, para muchos pacientes con fibromialgia, obtener un sueño reparador puede ser un desafío. Mientras que el insomnio puede ser el trastorno de sueño más comúnmente asociado con la fibromialgia, hay otros trastornos del sueño que también pueden estar presentes y tener un impacto significativo en el bienestar del paciente como son el síndrome de piernas inquietas, la apnea del sueño y la narcolepsia.

Se estima que hasta el 80% de los pacientes con fibromialgia experimentan trastornos del sueño.

La calidad y la cantidad de sueño tienen una influencia directa en la percepción del dolor. Las interrupciones en el sueño pueden reducir el umbral del dolor, exacerbar los síntomas de la fibromialgia y afectar el estado de ánimo y la función cognitiva. Inversamente, el dolor y la incomodidad de la fibromialgia pueden dificultar el inicio y mantenimiento del sueño, creando un ciclo perjudicial.

3. Síndrome del intestino irritable (SII).

El SII es un trastorno funcional del sistema gastrointestinal caracterizado por un grupo de síntomas que incluyen dolor abdominal, cambios en el ritmo intestinal (como diarrea, estreñimiento o una combinación de ambos) e hinchazón. Aunque el SII no causa daño inflamatorio o estructural en el intestino, puede tener un impacto significativo en la calidad de vida del paciente.

Se estima que hasta el 70% de las personas con fibromialgia pueden tener síntomas del SII. Del mismo modo, entre el 30% y el 70% de los pacientes con SII cumplen con los criterios para el diagnóstico de fibromialgia.

El eje intestino-cerebro es una vía bidireccional de comunicación entre el sistema nervioso central y el sistema gastrointestinal. Se cree que las alteraciones en este eje podrían jugar un papel en la patogénesis tanto del SII como de la fibromialgia. La disbiosis intestinal, o un desequilibrio en las bacterias del intestino, podría influir en la función cerebral a través de esta conexión, llevando a síntomas en ambos trastornos.

4. Trastornos de la articulación temporomandibular (ATM).

El dolor facial, el chasquido al mover la mandíbula y otros síntomas pueden indicar un problema en la articulación temporomandibular, que es más común en pacientes con fibromialgia.

5. Cefaleas y migrañas.

Las cefaleas y las migrañas no son solamente dolores de cabeza intensos; son trastornos neurológicos complejos que pueden afectar significativamente la calidad de vida de quienes las padecen.

Diferentes estudios sugieren que las personas con fibromialgia tienen hasta tres veces más probabilidades de sufrir migrañas o cefaleas tensionales en comparación con la población general. Esta prevalencia aumentada subraya la posible interconexión fisiopatológica entre estas condiciones.

Las migrañas y cefaleas tensionales, al igual que la fibromialgia, se asocian con anomalías en el procesamiento del dolor en el sistema nervioso central. Esto sugiere que hay una sensibilización central que podría ser común entre estas condiciones, lo que explicaría en parte la predisposición a experimentar ambos trastornos.

La coexistencia de fibromialgia, una enfermedad que ya de por sí puede limitar la actividad diaria, junto con episodios frecuentes de migraña, puede tener un impacto compuesto en la capacidad del paciente para realizar actividades cotidianas y en su bienestar general.

6. Trastornos de ansiedad y depresión.

El dolor crónico puede influir en el estado de ánimo, y viceversa. Es frecuente que quienes padecen fibromialgia también experimenten síntomas de ansiedad y depresión.

El dolor, en especial cuando es persistente, no se limita a ser una simple señal sensorial. El dolor crónico tiene múltiples facetas y puede influir y ser influenciado por varios aspectos psicológicos y emocionales. En el caso de la fibromialgia, este vínculo entre el dolor y el estado de ánimo es especialmente prominente.

Se ha observado que entre el 30% y el 80% de las personas con fibromialgia también presentan síntomas de depresión o ansiedad, según diferentes estudios publicados. Esta prevalencia es considerablemente mayor que en la población general.

La presencia constante de dolor puede llevar a limitaciones en la actividad física, afectar el sueño y reducir la capacidad para realizar tareas diarias. Estos factores, combinados, pueden contribuir a sentimientos de inutilidad, desesperanza y tristeza, síntomas comunes de la depresión. A su vez, la depresión puede aumentar la percepción del dolor, creando un ciclo de retroalimentación.

Quienes padecen de fibromialgia a menudo desarrollan una hipervigilancia hacia las sensaciones de su cuerpo, anticipando el dolor. Esta constante alerta puede generar ansiedad, que intensifica la percepción del dolor.

Tanto el dolor crónico como los trastornos del estado de ánimo se asocian con alteraciones en la liberación y captación de neurotransmisores clave en el cerebro, como la serotonina, la dopamina y la noradrenalina. Esta interrelación neuroquímica podría ser una de las razones de la alta comorbilidad entre fibromialgia y trastornos de ansiedad y depresión.

7. Trastornos autoinmunes e inflamatorios.

Los trastornos autoinmunitarios e inflamatorios tienen en común una respuesta desregulada del sistema inmunológico, ya sea atacando los propios tejidos del cuerpo o respondiendo con una inflamación excesiva. La superposición de estos trastornos con la fibromialgia puede complicar el panorama clínico:

- **Espondiloartritis:** Los pacientes con espondiloartritis a menudo presentan dolor en las articulaciones, rigidez y fatiga, síntomas que también son comunes en la fibromialgia. La prevalencia de fibromialgia en pacientes con espondiloartritis varía, pero algunos estudios sugieren que puede ser tan alta como el 25%.
- **Artritis psoriásica:** Al igual que otras enfermedades inflamatorias, los síntomas como el dolor articular y la fatiga, pueden solaparse con la fibromialgia. Estudios indican que hasta el 18% de los pacientes con artritis psoriásica pueden presentar concomitantemente fibromialgia.
- **Enfermedad de Behçet:** Los síntomas incluyen úlceras en la boca y genitales, problemas oculares y dolor articular. Aunque no se dispone de datos precisos sobre la prevalencia de la fibromialgia en pacientes con enfermedad de Behçet, se reconoce que hay una superposición de síntomas entre ambas condiciones.
- **Lupus eritematoso sistémico (LES):** Esta es una enfermedad autoinmune crónica multisistémica, con síntomas como fatiga, dolor en las articulaciones y erupciones cutáneas, que pueden superponerse con los de la fibromialgia. Según estudios, hasta el 30% de las personas con LES pueden tener fibromialgia concomitante.
- **Artritis reumatoide (AR):** Es la artropatía autoinmune más frecuente. Al igual que con el LES, hay una superposición considerable en los síntomas con la fibromialgia. Estudios sugieren que hasta el 20% de los pacientes con AR también pueden ser diagnosticados con fibromialgia.
- **Tiroiditis de Hashimoto:** Esta es una condición en la cual el sistema inmunológico ataca la glándula tiroides. Las personas con Hashimoto pueden experimentar fatiga, dolor en las articulaciones y músculos, y otros síntomas similares a los de la fibromialgia. Aunque la prevalencia exacta de la superposición entre Hashimoto y fibromialgia no está bien establecida, se reconoce una asociación entre las condiciones.

Es importante en todos estos casos hacer un

diagnóstico diferencial adecuado. Además, el tratamiento de la enfermedad subyacente puede, en algunos casos, aliviar los síntomas de la fibromialgia. Sin embargo, es esencial tener en cuenta que ambas condiciones pueden coexistir y que tratar una no necesariamente resuelve los síntomas de la otra. Por ello, una evaluación y seguimiento cuidadosos son esenciales.

8. Endometriosis.

La endometriosis es una condición en la cual el tejido que reviste el útero crece fuera de este. Puede causar dolor pélvico crónico que se confunde o coexiste con la fibromialgia.

Por otra parte, se ha observado que las mujeres con endometriosis tienen una mayor predisposición a desarrollar fibromialgia. Un estudio publicado en el *Journal of Women's Health* en 2018 mostró que las mujeres con endometriosis tenían hasta 3 veces más probabilidades de ser diagnosticadas con fibromialgia en comparación con las mujeres sin esta afección ginecológica.

Las razones de esta superposición aún no están claras, pero hay algunas teorías que implican mecanismos de respuesta inflamatoria aberrantes, alteración en las vías nociceptivas y factores genéticos.

9. Cistitis intersticial.

También conocida como síndrome de vejiga dolorosa, la cistitis intersticial es una afección crónica caracterizada por una combinación de síntomas de vejiga incómodos, entre los cuales el dolor y la presión en la región de la vejiga son los más destacados. Aunque puede afectar a personas de cualquier género y edad, es más común en mujeres y su prevalencia parece ser mayor en pacientes con fibromialgia.

10. Sensibilidad química múltiple (SQM).

La SQM es una afección crónica caracterizada por síntomas que afectan múltiples sistemas del cuerpo, como el sistema nervioso y el sistema inmunológico, en respuesta a la exposición a bajos niveles de productos químicos. Estos síntomas pueden incluir fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, dolor muscular y articular, entre otros.

Los pacientes con SQM y fibromialgia por tanto comparten una variedad de síntomas similares. Esta similitud ha llevado a algunos expertos a postular que ambas condiciones podrían estar relacionadas en términos de sus mecanismos subyacentes o tener factores de riesgo comunes. Se ha propuesto que una hipersensibilidad del siste-

ma nervioso central podría estar en el núcleo de ambas condiciones. En la SQM, esta hipersensibilidad puede manifestarse como una reacción exagerada a sustancias químicas en el entorno, mientras que, en la fibromialgia, podría manifestarse como una respuesta al dolor amplificadas.

Además, las personas con fibromialgia a menudo informan sensibilidades a varios factores ambientales, incluidos algunos productos químicos. Estas sensibilidades pueden ser más pronunciadas en aquellos que también tienen SQM.

Según investigaciones, hasta el 50-60% de las personas con fibromialgia informan síntomas que se alinean con los criterios para la SQM. Además, un estudio publicado en el *Environmental Health Perspectives* sugiere que las personas con SQM tienen una prevalencia significativamente mayor de fibromialgia que la población general.

Es esencial estar conscientes de la posible superposición entre la fibromialgia y la SQM, ya que el tratamiento puede requerir ajustes específicos. Evitar los desencadenantes conocidos y controlar el entorno puede ser útil para los pacientes que sufren de ambas afecciones.

CONCLUSIONES.

La fibromialgia, con su red intrincada de trastornos coexistentes, presenta un desafío diagnóstico y terapéutico. Para abordarla eficazmente, es esencial:

- **Reconocer y comprender todos estos trastornos:** Es crucial prestar una atención metódica y detallada a cada paciente, ya que las manifestaciones de la fibromialgia puede variar considerablemente entre individuos.
- **Adoptar un enfoque multidisciplinar:** Esto no solo involucra trabajar estrechamente con profesionales de diversas disciplinas médicas, como médicos de Atención Primaria, reumatólogos, neurólogos, gastroenterólogos, y psiquiatras, sino también con psicólogos y otros especialistas, según las necesidades individuales del paciente.
- **Apoyo emocional y psicológico:** Más allá del tratamiento físico, es fundamental abordar el impacto psicológico de vivir con dolor crónico y trastornos asociados. Las intervenciones como la terapia cognitivo-conductual y los grupos de apoyo son vitales para manejar el estrés y las emociones que surgen.
- **Coordinación de tratamientos:** Dada la polifarmacia potencial, es esencial garantizar que no haya interacciones medicamentosas adversas o que un tratamiento para un trastorno no exacerbe los síntomas de otro.

Con el adecuado reconocimiento, apoyo y estrategias de tratamiento, es viable no solo manejar estos desafíos sino también mejorar la calidad de vida de las personas afectados por la fibromialgia y sus trastornos coexistentes.





Dra Teresa Caro Mtnez-B.

*Especialista en medicina familiar y comunitaria
Centro de Salud de Cabo Huertas Alicante.*

El papel del médico de familia en la fibromialgia

En el campo de la medicina hay un tema de vital importancia en las consultas de atención primaria, y este es la fibromialgia. Esta enfermedad, caracterizada por un dolor crónico generalizado, fatiga y otros síntomas debilitantes, es una realidad que afecta a millones de personas en todo el mundo. Pero más allá de ser solo una afección dolorosa, la fibromialgia nos presenta desafíos significativos en el diagnóstico y tratamiento, y es aquí donde la figura del médico de familia se vuelve fundamental.

Los médicos de familia son la primera línea de defensa en la atención médica, y en el contexto de enfermedades crónicas como la fibromialgia, desempeñan un papel crucial en la detección temprana, el apoyo continuo y el enfoque integral del tratamiento. En este artículo, exploraremos en profundidad la relevancia de los médicos de familia en la gestión de la fibromialgia y cómo su enfoque centrado en el paciente puede marcar la diferencia en la vida de aquellos que padecen esta afección. Además, discutiremos las mejores prácticas, estrategias de tratamiento y el apoyo emocional necesario para brindar una atención efectiva a los pacientes con fibromialgia.

La fibromialgia es una enfermedad crónica y compleja que se caracteriza principalmente por dolor crónico generalizado en músculos, ligamentos y tendones. En los últimos años se contempla a la FM entre los síndromes de Sensibilización Central, definidos como producidos por la existencia de alteraciones en la modulación de los mecanismos del dolor en el sistema nervioso central. Esto produce una amplificación de los estímulos sensoriales, hipersensibilidad dolorosa y activación

del sistema de alerta de forma permanente, con respuestas motoras, autonómicas y neuroendocrinas mantenidas que conllevarían incapacidad de responder a otros estímulos que no sean los que el cerebro procesa continuamente en el bucle doloroso.

Afecta al 2,4 % de la población española, según el estudio EPISER 2016 (4,2% en mujeres y 0,2% en hombres), principalmente entre 40 y 60 años. En nuestra experiencia, y en cuanto al nivel socioeconómico, comprobamos que afecta a todo el espectro social, desde profesionales liberales al sector limpieza, licenciadas, amas de casa, inmigrantes...A pesar de su alta prevalencia, la fibromialgia sigue siendo una de las afecciones más incomprendidas y subdiagnosticadas en la medicina.

Es importante destacar que la fibromialgia es una afección compleja y que a menudo se diagnostica mediante la exclusión de otras condiciones médicas que puedan causar síntomas similares. La atención médica y el apoyo son fundamentales para ayudar a quienes padecen esta enfermedad a manejar sus síntomas y mejorar su calidad de vida.

El diagnóstico de la fibromialgia puede ser un desafío tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud.

Aquí es donde el papel del médico de familia se vuelve fundamental:

- **Síntomas inespecíficos:** La fibromialgia comparte síntomas con muchas otras condiciones médicas, como artritis, trastornos del sueño y

enfermedades autoinmunes. Esto hace que su diagnóstico sea complicado, ya que los síntomas son inespecíficos y variados.

- **Criterios de Diagnóstico:** Los médicos de familia a menudo siguen los criterios de diagnóstico establecidos, como los criterios del Colegio Americano de Reumatología, que requieren la presencia de dolor generalizado y puntos de dolor sensibles. Sin embargo, estos criterios a veces no son suficientes para diagnosticar a pacientes con fibromialgia, ya que no todos los pacientes tienen puntos de dolor sensibles.
- **Dificultad en la Comunicación:** Los pacientes con fibromialgia pueden enfrentar dificultades en la comunicación de sus síntomas, lo que dificulta el proceso de diagnóstico. La relación médico-paciente y la habilidad del médico de familia para escuchar y comprender son cruciales en este contexto.
- **Exclusión de Otras Condiciones:** El diagnóstico de fibromialgia a menudo implica la exclusión de otras enfermedades que pueden tener síntomas similares. Esto puede requerir una serie de pruebas y consultas médicas.

En resumen, los desafíos en el diagnóstico de la fibromialgia subrayan la importancia del médico de familia en este proceso. La atención centrada en el paciente y la capacidad de considerar una variedad de factores son esenciales para un diagnóstico preciso. Los médicos de familia desempeñan un papel crucial en la detección temprana y el apoyo de aquellos que padecen esta afección a menudo subdiagnosticada.

El papel del médico de familia en el manejo de la fibromialgia es de suma importancia, ya que estos profesionales somos a menudo la primera línea de contacto y coordinación para los pacientes. Aquí se describen algunas de las funciones fundamentales que desempeñan los médicos de familia en el cuidado de pacientes con fibromialgia.

- **Atención Integral:** Los médicos de familia tienen una visión integral de la salud de sus pacientes. Esto significa que consideran no solo el dolor, sino también otros aspectos de la salud física y mental, como la fatiga, problemas del sueño, estrés y trastornos emocionales.
- **Educación del Paciente:** Brindan educación a los pacientes sobre la fibromialgia, sus síntomas y opciones de tratamiento. Ayudan a los pacientes a comprender la afección y a participar activamente en su propio cuidado.
- **Manejo de Síntomas:** Los médicos de familia

trabajan en estrecha colaboración con los pacientes para desarrollar un plan de manejo de síntomas. Esto puede incluir estrategias para controlar el dolor, mejorar el sueño y reducir la fatiga.

- **Tratamiento Multidisciplinario:** Coordinan con otros profesionales de la salud, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y especialistas en dolor, para ofrecer un enfoque de tratamiento multidisciplinario.
- **Medicación y Tratamientos:** Los médicos de familia pueden recetar medicamentos para ayudar a aliviar el dolor y otros síntomas. También evalúan la efectividad de los tratamientos y realizan ajustes según sea necesario.
- **Apoyo Emocional:** Reconocen la importancia del apoyo emocional y brindan un oído comprensivo a los pacientes que enfrentan el impacto psicológico de la fibromialgia. Pueden derivar a terapeutas o consejeros si es necesario.
- **Seguimiento Continuo:** Realizan un seguimiento continuo de los pacientes con fibromialgia para evaluar su progreso y realizar ajustes en el plan de tratamiento según sea necesario.
- **Coordinación con Especialistas:** Cuando es necesario, derivan a especialistas médicos, como reumatólogos o neurólogos, para una evaluación más específica.

¿Y cuáles son las opciones de tratamiento?

- **Terapia física:** La terapia física desempeña un papel crucial en el tratamiento de la fibromialgia. Los fisioterapeutas pueden trabajar con los pacientes para mejorar la flexibilidad, fortaleza y función física. El ejercicio terapéutico y las técnicas de relajación son componentes importantes de esta terapia.
- **Medicamentos:** Se utilizan diferentes tipos de medicamentos para tratar los síntomas de la fibromialgia. Esto puede incluir analgésicos, antiinflamatorios, antidepresivos y medicamentos específicos para el control del dolor. Es importante que el médico de familia y el paciente trabajen juntos para encontrar el tratamiento farmacológico adecuado.
- **Terapias complementarias:** Algunos pacientes encuentran alivio a través de terapias complementarias como la acupuntura, la quiropráctica, la terapia de masajes y la meditación. Estas terapias pueden ayudar a reducir el dolor y mejorar la calidad de vida.

La fibromialgia no solo afecta el cuerpo, sino también la salud emocional de quienes la padecen. Por lo tanto, el apoyo emocional es esencial:

- **Apoyo psicológico:** Los pacientes pueden beneficiarse de la terapia de conversación y el asesoramiento para abordar el estrés, la ansiedad y la depresión que a menudo acompañan a la fibromialgia.
- **Grupos de apoyo:** La participación en grupos de apoyo con otros pacientes con fibromialgia puede ofrecer una red de apoyo, comprensión mutua y estrategias de afrontamiento
- **Inclusión de familiares:** La fibromialgia afecta no solo a los pacientes, sino también a sus seres queridos. Involucrar a la familia en el proceso de atención puede ayudar a crear un entorno de comprensión y apoyo en el hogar.

En el manejo de la fibromialgia, es fundamental considerar una combinación de tratamientos que aborden tanto los aspectos físicos como emocionales de la afección. Los médicos de familia desempeñan un papel crucial al guiar a los pacientes hacia las opciones de tratamiento adecuadas y al proporcionar apoyo continuo. La inclusión de familiares en el proceso de atención es valiosa, ya que crea un entorno de comprensión y apoyo que puede marcar la diferencia en la calidad de vida de quienes padecen fibromialgia.



Pexels

Publicaciones de AVAFI



Colabora:



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Vicepresidencia Segunda y
Conselleria de Servicios Sociales,
Igualdad y Vivienda

www.avafi.org

