



Día Mundial de la Fibromialgia

La FM es una enfermedad frecuente que alcanza a 35.000 murcianos

- **En la práctica clínica la mayoría son mujeres con alto nivel de ansiedad, angustia o depresión.**
- **La fatiga que empeora con el ejercicio es el síntoma no específico más común.**
- **El Dr. Moreno de HUVA en colaboración con la UMU ha realizado un estudio del sueño en pacientes con FM en el que se objetivan alteraciones del ritmo circadiano con respecto a grupo control.**

Murcia 12 de mayo 2017. Los criterios del Colegio Americano de Reumatología (ACR) 1990 para la clasificación de fibromialgia (FM) incluye una historia de dolor crónico generalizado que afecta a los cuatro cuadrantes del cuerpo y esqueleto axial, además de la presencia de 11 de los 18 puntos dolorosos en la exploración física. Los puntos serán positivos si el paciente refiere dolor aplicando 4kg de presión aproximadamente y en el sitio no se objetiva nada remarcable en la exploración física. Las mujeres tienden a tener más puntos dolorosos que los hombres diagnosticados.

Según explica la **doctora Araceli Agulló, del Hospital Comarcal del Noroeste** “*muchos pacientes con fibromialgia tienen historia previa de síntomas no específicos sin explicación orgánica*”. Se trata de fatiga que empeora con ejercicio, hormigueo inespecífico, problemas en atención y memoria. Para la reumatóloga otros síndromes somáticos que se asocian son la fatiga crónica, intestino irritable, sensibilización química múltiple, migraña, cefalea tensional y problemas de la articulación mandibular.

La doctora Agulló señala que los criterios de clasificación no deben ser aplicados a los pacientes de manera individual, ya que la mitad de personas diagnosticadas de FM no los cumplen. También que “*El dolor puede fluctuar y ser migratorio. En algunas ocasiones, puede presentarse como un dolor generalizado o iniciarse como dolor regional, dolor en el codo lateral o lumbalgia...*”

Es más probable que estemos ante FM si el dolor crónico generalizado es de años de evolución, con asociación de fatiga, problemas memoria y de sueño. En el caso que la duración sea menor y con datos específicos, se precisa descartar cuadros autoinmunes, endocrinos o neurológicos.

Para descartar otra patología hay que preguntar sobre antecedentes personales y familiares de enfermedad muscular, cáncer, pérdida de peso no explicada, fiebre, o inflamación articular. Como mínimo los individuos que presentan dolor crónico generalizado, deberían tener realizado un hemograma completo, test de función hepática y renal, estudio tiroideo y velocidad de sedimentación. Hay que evitar ANA y FR de rutina, ya que estos test tienen poco valor en síntomas inespecíficos.

Existe una predisposición genética. Los familiares de primer grado tienen ocho veces más probabilidad de padecerla que la población general. Factores externos pueden realzar los síntomas. muchos pacientes evidencian en su historia personal estresores fuertemente asociados al inicio de su fibromialgia: trauma físico, infecciones, tensión emocional..

Numerosos estudios han demostrado que los pacientes con fibromialgia tienen un umbral para el dolor más bajo, con incremento de neurotransmisores del dolor y sensibilización central a estos mediadores.

Existe un debate antiguo sobre la importancia de los factores psiquiátricos, psicológicos y comportamentales. Estudios poblacionales han demostrado que el estrés puede iniciar el dolor, a la vez que el dolor retroalimenta el sufrimiento. Problemas familiares exacerbaban los síntomas y aumentan comportamientos no adaptativos en el paciente, la reducción de actividades placenteras, y o ejercicio. En los peores casos los pacientes se ven envueltos en procesos de incapacidad o minusvalía.

Se ha visto que factores psicológicos o cognitivos pueden afectar al mejor manejo del dolor. Los pacientes que se sienten empoderados pueden intervenir o controlar mejor el dolor o los pensamientos catastróficos. Por tanto la terapia cognitiva conductual puede mejorar a nivel mental y físico a los pacientes.

A la mayoría de los pacientes el diagnóstico les lleva a entender sus síntomas y a un manejo más adecuado. En otros casos puede ser perjudicial por las connotaciones negativas de la enfermedad. Necesitan saber que es un proceso benigno no progresivo. El facultativo debe explicarles de manera que ellos se sientan más confortables y derivarles a fuentes de información fiables, asociaciones, webs.

El tratamiento debe tener un enfoque multidisciplinar y biopsicosocial, educando al paciente en manejo de dolor crónico, autonomía, ejercicio físico y terapia cognitiva conductual. Además de los fármacos habituales en esta patología (analgésicos como traqmadol, anticomiales y antidepresivos) es útil el ejercicio aeróbico, la aplicación de calor, la balneoterapia y fisioterapia.

Son preferibles los ejercicios de bajo impacto como las asanas de Yoga o Tai Chí, ejercicios en el agua, caminar, nadar, bicicleta estática. Hay que empezar a ritmo bajo e ir aumentando poco a poco la intensidad para fomentar la adherencia.

Puede mejora en todos los enfermos crónicos la relajación, meditación, agenda de actividades placenteras, estrategias de distracción, técnicas de imaginación visual, reestructuración cognitiva, técnica en resolución de problemas y estableciendo objetivos.

Hay algunas terapias complementarias para FM que han mostrado cierta eficacia como la acupuntura o la hidroterapia. Dietas milagro o aparatos deben ser evitados. No realizar descansos prolongados en cama o terapia de aislamiento.