



DOCUMENTO REVISIÓN

«Guía de actualización en la valoración de Fibromialgia, Síndrome de Fatiga Crónica, Sensibilidad Química Múltiple y Electrosensibilidad (2ª Edición)».

FIBROMIALGIA



Autores:

CONFESQ, Coalición Nacional de Entidades de FM, EM/SFC, SQM y EHS

AFICHI, Asociación de FM de Chiclana

AFIXA, Asociación de FM de Jaén

AMASC, Associació Malalts i Amics de Sensibilització Central

FEASAFA, Federación Aragonesa de FM y SFC/EM

FEXAF, Federación de Asociaciones de FM, SQM y SFC/EM de Extremadura

FFISCYL, Federación de FM y SFC/EM de Castilla y León

Diseño:

CONFESQ & DOLFA

“Imagen: Freepik.com”. La portada ha sido diseñada usando imágenes de Freepik.com

Revisión:

Dr. Jorge Antolín Ramírez Tejero, Dr. Joaquín Fernández Solá, Dr. Javier León Iglesias, Dra. Rosa Magallón, Dra. Ana M^a García Quintana y D. Antonio Martínez Lara (Lcdo. en Biología, MSc en Biotecnología)

Subvencionado por:

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

(1^a Edición)



Guía de actualización en la valoración de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, sensibilidad química múltiple y electrosensibilidad. Fibromialgia (FM). por [CONFESQ](#), [AFICHI](#), [AFIXA](#), [FEASAFA](#), [FEXAF](#), [FFISCYL](#) se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](#).

Basada en una obra en <https://www.seg-social.es/descarga/es/990115>.

ÍNDICE

1. FIBROMIALGIA	1
1.1. DEFINICIÓN	1
1.2. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS	2
1.3. CLASIFICACIONES	5
1.4. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO	7
Anamnesis	11
Criterios diagnósticos de fibromialgia de la ACR	16
Exploración física y pruebas complementarias.....	22
Instrumentos de medida y cuestionarios utilizados en la FM	25
Informes requeridos en la consulta de valoración.....	32
Información a dar a pacientes	34
Tratamiento.....	34
1.5. FACTORES PRONÓSTICOS	37
Criterios de valoración.....	38
1.6. CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS	42
Fármacos	43
Ejercicio físico.....	44
Tratamiento psicológico	45
Medicina complementaria y alternativa.....	47
Reentrenamiento de la amígdala.....	47
Biofeedback electromiográfico.....	48
Hipnosis clínica	50
Quiropraxia.....	51
Balneoterapia.....	52
Técnicas de neuromodulación	53
Decálogo de la Sociedad Española de Reumatología	54
1.7. REPERCUSIÓN FUNCIONAL	59
Intensidad del dolor	60
Fatiga	63
Alteraciones del sueño.....	65
Disfunción cognitiva.....	67
Sintomatología depresiva y ansiedad.....	70
1.8. VALORACIÓN FUNCIONAL	74
Duración de la Incapacidad Temporal (IT) y criterios para su manejo.....	76
Valoración de la incapacidad.....	78
Criterios para la contingencia	79
La discapacidad	82
2. BIBLIOGRAFÍA	83
3. ANEXO	90

1. FIBROMIALGIA

1.1. DEFINICIÓN

La fibromialgia (FM) es una enfermedad reconocida por la OMS desde 1992, recogida en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) con el código 729.1, sin ser código específico, y en la CIE-10: M79.7. La etiología es desconocida, se caracteriza por dolor musculoesquelético difuso junto con la presencia de múltiples puntos dolorosos a la presión, y con frecuencia coexiste con alteraciones del sueño, disfunción cognitiva y fatiga, colon irritable, así como disfunción témporo-mandibular¹ y bruxismo, formando parte de un espectro de síntomas que a menudo se clasifican como trastornos **idiopáticos**, término éste que alude a la inexistencia de claras alteraciones anatomopatológicas. La presencia de éstos y otros síntomas, médicamente «inexplicables» se suele asociar con múltiples demandas de atención sanitaria, sin que la medicina actual disponga de remedios eficaces para las manifestaciones de los pacientes. Esta entidad clínica puede repercutir en la calidad de vida de la persona que la padece, en la de su entorno más cercano y llega a afectar a todo el conjunto de la sociedad.

En los últimos años, la fibromialgia ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia hasta convertirse en la actualidad en un problema de salud pública de primer orden por la alta prevalencia en la población adulta, el insuficiente conocimiento de sus causas y los mecanismos que la producen y la ausencia de tratamiento curativo.

A modo de resumen, algunos estudios² recogen la siguiente definición:

«La fibromialgia (en adelante, FM) es una enfermedad crónica de naturaleza idiopática y cuya etiopatogenia continúa presentando muchos interrogantes en la actualidad. Su fisiopatología es de una elevada variedad semiológica, destacando la presencia de dolor musculoesquelético generalizado, baja tolerancia al dolor, hiperalgesia y alodinia. Las hipótesis sobre su etiología son numerosas, aunque casi todas confirman una base multifactorial que combina factores genéticos y epigenéticos, condicionando una alteración

¹ Lorduy 2003.

² “Epidemiología y caracterización sociodemográfica de la fibromialgia en la Comunidad Valenciana”, Asensi Cabo-Meseguer, Germán Cerdá-Olmedo y José Luis Trillo-Mata (Valencia, 2019).

persistente de los sistemas de regulación del dolor y una hiperexcitabilidad nociceptiva central».

1.2. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Su prevalencia varía entre países del 0,4% al 9,3%, con una media de 2,7%³.

La variación depende de la población estudiada y de los criterios diagnósticos empleados⁴. Su diagnóstico puede tardar más de dos años y los pacientes acuden a un promedio de 3,7 médicos diferentes durante ese período antes de tener el diagnóstico⁵. Se ha establecido la predisposición familiar en el SFM: los familiares de primer grado tienen 8.5 veces más probabilidades de tener esta condición y, aproximadamente, un tercio de los pacientes tienen un pariente cercano afectado, generalmente una mujer⁶.

«La prevalencia en España es del 2,37% de la **población general mayor de 20 años**, según el estudio EPISER⁷». La prevalencia en España, según datos del estudio EPISER 2000, se sitúa en un 2,4%, con un claro predominio en mujeres (4,2% frente a 0,2% en hombres) y un pico de prevalencia entre los 40 y los 49 años⁸.

De acuerdo con la información sanitaria oficial, la prevalencia de la fibromialgia en la Comunidad Valenciana a diciembre de 2016 ascendía al 3,7 por ciento, viéndose afectadas un total de 183.429 personas sobre un total asignado de 4.959.968 personas en toda la comunidad. La proporción de mujeres fue mayor (62%) que la de hombres (38%). Comprobada la evolución de la enfermedad en el quinquenio 2012-2016, se observó el continuo crecimiento del diagnóstico de esta patología. La FM crecía a un ritmo medio de 27.196 personas al año, un aumento de un 28,35 por ciento interanual. El crecimiento medio interanual de la FM era más acusado en el caso de los

³ Marques et al., 2017.

⁴ Arnold LM, Bennett RM, Crofford LJ, Dean LE, Clauw DJ, Goldenberg DL, et al. AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Pain*. 2018;20(6).

⁵ Berger A, Dukes E, Martin S, Edelsberg J, Oster G. Characteristics and healthcare costs of patients with fibromyalgia syndrome. *Int J Clin Pract*. 2007;61(9):1498–508.

⁶ Queiroz LP. Worldwide epidemiology of fibromyalgia topical collection on fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep*. 2013;17(8).

⁷ Estudio EPISER 2000, Sociedad Española de Reumatología.

⁸ Mas et al. 2008.

hombres (36%) que en el de las mujeres (25%). En diciembre de 2016, la prevalencia femenina fue del 4,5% y la masculina del 2,9%.

Entre las enfermedades causantes de dolor crónico, la FM es la más frecuente. Su incidencia se cifra entre el 2,5 y 4% de la población general⁹, con un alto predominio femenino que puede llegar al 80%, y se estima que siguen apareciendo tres casos nuevos por cada 5000 habitantes al año. Un estudio muy reciente¹⁰, a partir de los nuevos criterios ACR 2010 y realizado en Alemania, cifra la prevalencia en el 2,1%. La edad media de diagnóstico se sitúa entre 35-50 años, aunque puede desarrollarse también en niños y adolescentes. En este grupo poblacional, la incidencia está entre el 1,2 y 6%, siendo también más frecuente en niñas¹¹.

En España, se estima que entre un 5-6% de las consultas de Atención Primaria son debidas a esta patología. En cuanto a su repercusión sobre la capacidad laboral se han publicado series en las que al 45% de las personas diagnosticadas de FM mantenían actividad laboral y un 23% de los pacientes percibía alguna prestación por incapacidad permanente, sin especificar el o los diagnósticos relacionados con esta¹². Además, en 2017, el número de episodios cerrados de incapacidad temporal según datos del INSS en los últimos años se han incrementado, así como también el número de días de media.

Hasta la fecha el mecanismo fisiopatológico de la FM resulta desconocido. Se han elaborado múltiples teorías en relación al origen de la enfermedad, pero en la actualidad no hay ninguna completamente aceptada. Se postulan varios mecanismos cuya alteración podría originar una respuesta de la percepción del dolor por disminución del umbral nociceptivo mediante alteraciones del procesamiento del dolor a nivel central como las alteraciones del Sistema Nervioso Autónomo (SNA), o las alteraciones del eje hipotálamo-hipofisario, aunque los datos obtenidos en diversos estudios no permiten extrapolar estos resultados a todos los pacientes diagnosticados de FM, y su significancia es todavía objeto de controversia. Asimismo, en pacientes con FM se pueden encontrar asociados trastornos del sueño, con patrón electroencefalográfico

⁹ Sumpton y Moulin, 2014.

¹⁰ Mas et al., 2008.

¹¹ Wolfe et al., 2013.

¹² Collado A, 2014.

alfa-delta. Estos patrones no son característicos, encontrándose también en otras enfermedades con dolor crónico. También se han descrito en la literatura diversos problemas anímicos, con una prevalencia significativamente mayor que en el resto de la población: un 30% de los enfermos presentan síntomas de depresión y, en una proporción aún mucho mayor, síntomas de estrés psicológico, ansiedad, distimiaofobia simple, entre otros¹³.

Recientemente, los nuevos estudios de neuroimagen, realizados mediante la resonancia nuclear magnética funcional, permiten visualizar la activación cerebral de las regiones responsables del procesamiento del dolor, tanto de las áreas emocionales como sensoriales, incluyendo la corteza somatosensorial primaria y secundaria, la corteza prefrontal, el lóbulo parietal inferior, la corteza cingular anterior, la ínsula, el tálamo, los ganglios basales, la amígdala y el cerebelo. El análisis de la activación de estas áreas cerebrales en personas con FM, en diversos estudios nacionales e internacionales, ha revelado que presentan, en comparación con sujetos sanos y ante el mismo nivel de estimulación, una actividad cerebral mayor de estas áreas y que, a la misma percepción subjetiva de dolor, la actividad cerebral se desencadena con estímulos de intensidad significativamente más reducida. No obstante, estos patrones tampoco son específicos y pueden verse en otras enfermedades que cursan con dolor crónico.

Los estudios realizados con técnicas de neuroimagen estructural y funcional en pacientes con dolor crónico¹⁴, han permitido constatar que la entrada nociceptiva anormal sostenida produce una serie de cambios maladaptativos en el cerebro, y se han identificado alteraciones en la morfología de la sustancia gris y blanca, así como en la actividad funcional y la conectividad cerebral. Además, estos estudios también han demostrado que los cambios cerebrales debidos a la neuroplasticidad pueden conducir a la persistencia del dolor, incluso en ausencia de entrada nociceptiva. Las regiones que han mostrado estas alteraciones son las relacionadas con la modulación somatosensorial, afectiva y cognitiva del dolor, como la corteza somatosensorial, medial, la corteza prefrontal dorsolateral, la corteza cingulada anterior y posterior, la ínsula, la amígdala, el hipocampo y sustancia gris periacueductal.

¹³ Revuelta et al, 2010.

¹⁴ Coppieters et al., 2016; Schmidt-Wilcke, 2015.

Cuando se considera el amplio cortejo sintomático que se presenta estos pacientes, aparece un característico patrón de solapamiento que conduce a pensar si no se está ante múltiples manifestaciones de una misma disfunción que pudiera explicar los distintos «síndromes funcionales», caracterizados todos ellos por síntomas «médicamente carentes de explicación¹⁵». A la hora de proporcionar una explicación a este compendio de síntomas, se ha confeccionado un constructo denominado Síndrome de Sensibilización Central al Dolor (CSS). Por tanto, el síndrome del intestino irritable, la cefalea tensional, los trastornos de la articulación témporo – mandibular, la cistitis intersticial y el dolor miofascial podrían tener un sustrato fisiopatológico común en la alteración funcional de las vías neuromoduladoras de la percepción del dolor, manifestándose el trastorno por una percepción anormal y más intensa de la sensación dolorosa a nivel del sistema nervioso central¹⁶.

1.3. CLASIFICACIONES

En la «Guía de actualización en la valoración de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, sensibilidad química múltiple y electrosensibilidad (2ª edición)» se afirma:

«Las clasificaciones son orientativas y ninguna tiene evidencia científica. No obstante, **la clasificación más comúnmente utilizada por sus características clínicas es la planteada por Belenguer, permite dividir a los pacientes basándose en el perfil psicopatológico y la existencia de enfermedades asociadas.** En base a la evaluación diagnóstica individualizada por parte de un equipo multidisciplinario, hoy en día es posible la subdivisión de estos pacientes en cuatro grupos:

- Fibromialgia tipo I, pacientes con sensibilidad extrema al dolor, donde no se consiguen identificar procesos sistémicos o locales asociados, ni enfermedades psiquiátricas.
- Fibromialgia tipo II, pacientes donde la aparición de la FM se considera una consecuencia de una enfermedad de base de carácter crónico, aparece especialmente en enfermedades autoinmunitarias y reumatológicas. El subtipo IIa sería la FM asociada a enfermedades

¹⁵ Wessely, 1999.

¹⁶ Yunus, 2007.

reumatológico/autoinmunitarias. El subtipo IIb sería la FM asociada a enfermedades crónicas loco regionales.

- Fibromialgia tipo III, pacientes en la que la FM se considera una manifestación somática de un proceso psicopatológico subyacente, tanto de tipo afectivo, como de personalidad, donde el dolor sería el medio a través del cual los pacientes canalizarían todo su malestar psicológico subyacente.
- **Fibromialgia tipo IV. Existe en grupo de pacientes capaces de simular los criterios clasificatorios y que requerirán una evaluación pericial objetiva en el ámbito de una unidad altamente especializada».**

Esto supone una **gran contradicción** ya que se pone primero la clasificación de Belenguer, dándole importancia a la misma y citando «más comúnmente utilizada», aunque se ha demostrado que es una clasificación desactualizada. Se solicita la rectificación y motivación al uso de la clasificación de Giesecke.

En la actualidad la clasificación que, por la severidad, en España es más útil para el clínico es la Clasificación de Giesecke basada en variables obtenidas de 3 dominios diferentes:

- **Ánimo:** mide la depresión mediante la Center for Epidemiologic Studies Depression Scale y la ansiedad rasgo evaluada mediante el State-Trait Personality Inventory.
- **Aspectos cognitivos:** evalúa el catastrofismo y el control del dolor mediante las subescalas del mismo nombre del Coping Strategies Questionnaire.
- **Variables biológicas:** incluye hiperalgesia/sensibilidad al dolor, valorada mediante el dolorímetro y la presión dolorosa aplicada de forma aleatoria a niveles supraumbral.

Con la combinación de estas variables se obtendrían tres grupos de pacientes:

- Grupo 1. Valores moderados de depresión y ansiedad. Valores moderados de catastrofismo y control del dolor. Baja hiperalgesia/sensibilidad al dolor.
- Grupo 2. Valores elevados en depresión y ansiedad. Valores más elevados de catastrofismo y más bajos de control percibido sobre el dolor. Valores más altos de hiperalgesia.

- Grupo 3. Niveles normales de depresión y ansiedad. Muy bajos niveles de catastrofismo y el más elevado control percibido sobre el dolor. Elevada hiperalgesia y sensibilidad al dolor.

Se generan suficientes datos epidemiológicos para permitir la identificación de diferentes subgrupos de FM basados en:

- Factores desencadenantes (psicosociales, traumatismos / abuso, infección, inflamación, trastornos del sueño, etc.).
- Características del dolor, incluida la gravedad, las cualidades del dolor perceptivo, las características temporales y la interferencia relacionada con el dolor.
- Superposición con otros síndromes de dolor crónico (p. Ej., Síndrome del intestino irritable, migraña, síndrome de fatiga crónica, dismenorrea, trastorno de la articulación temporomandibular, síndrome de piernas inquietas, síndrome uretral femenino o vejiga hiperactiva, así como trastornos reumáticos como la OA y la AR).
- Asociaciones de polimorfismo genético.
- Respuesta a las intervenciones.
- Trastornos del humor comórbidos.
- Rasgos psicosociales preexistentes, catastrofismo, educación, ingresos¹⁷.
- Comorbilidad de la FM con otras enfermedades.

1.4. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Durante muchas décadas, se han realizado esfuerzos para desarrollar criterios de diagnóstico para la afección que ahora reconocemos como FM. Los múltiples síntomas y comorbilidades asociados con la FM hacen que sea difícil de diagnosticar, y la FM todavía está infradiagnosticada y poco tratada.

La asociación público-privada de redes y oportunidades de Innovaciones y traducciones de Ensayos Clínicos y adicciones (ACTION) con la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) y la Sociedad Estadounidense del Dolor (APS) inició la Taxonomía del Dolor ACTION-APS (AAPT) para Desarrollar un sistema de diagnóstico que sea clínicamente útil y consistente en todos los trastornos de dolor crónico. La

¹⁷ Wont et al., 2016.

AAPT estableció un grupo de trabajo internacional de FM que consta de médicos e investigadores con experiencia en FM para generar criterios de diagnóstico básicos para FM y aplicar el marco de diagnóstico multidimensional adoptado por AAPT a FM¹⁸.

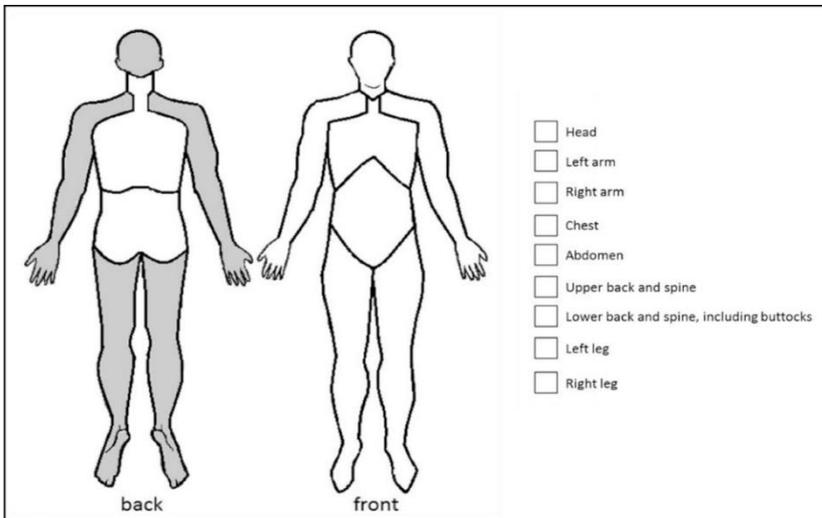
Criterios de diagnóstico de la AAPT para Fibromialgia

Dimensión 1: Criterios de diagnóstico básicos

- MSP (dolor multifocal Criterios ACR 2010/2016) definido como 6 o más sitios de dolor, de un total de 9 posibles sitios (Fig. 1).
- Problemas de sueño de moderados a graves o fatiga.
- MSP más fatiga o problemas de sueño deben haber estado presentes durante al menos 3 meses.

NOTA: la presencia de otro trastorno o síntomas relacionados no descarta un diagnóstico de FM. Sin embargo, se recomienda una evaluación clínica para evaluar cualquier condición que pueda explicar completamente los síntomas del paciente o contribuir a la gravedad de los síntomas.

Figura 1: Número de zonas corporales dolorosas



¹⁸ Arnold LM, Bennett RM, Crofford LJ, Dean LE, Clauw DJ, Goldenberg DL, MA Fitzcharles, Paiva ES, Staud R, Sarzi Puttini P, Buskila D, Macfarlane GJ. AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. J Pain 2019 Jun; 6:611-628. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590018308320>

Se pide a los pacientes que comprueben las áreas en las que sienten dolor en los maniqués desde las dos perspectivas (ignorando las áreas sombreadas previamente). Alternativamente, los pacientes pueden utilizar la lista de verificación de los lugares del cuerpo. El número de sitios total suman un máximo de 9 partes del cuerpo.

Dimensión 2: Características comunes

Las características que no están incluidas en la dimensión 1, pero que pueden usarse para respaldar un diagnóstico de FM se describen a continuación.

El dolor a la palpación, definido como una sensibilidad generalizada de los tejidos blandos y los músculos a la presión que normalmente no se esperaría que causara dolor, es una queja universal y en los criterios de la ACR de 1990 se codificó mediante el examen del punto sensible. Un examen de puntos sensibles, ya sea como parte de los criterios de la ACR de 1990 o una versión abreviada, puede proporcionar información valiosa al médico sobre el estado general de la condición del paciente y apoyar el diagnóstico de FM.

La discognición (dificultad para concentrarse, olvido y pensamiento desorganizado o lento) se reconoce cada vez más como una característica importante de la FM, y se observa disfunción en memoria de trabajo y la función ejecutiva. Los cuestionarios autoinformados son útiles para detectar la discognición, pero es posible que se requieran pruebas neuropsicológicas completas para delinear el alcance de la disfunción cognitiva. En estudios de resonancia magnética funcional del cerebro (fMRI), los pacientes con FM mostraron menor activación en las redes de inhibición y atención y mayor activación en otras áreas. Dado que la inhibición y la percepción del dolor pueden utilizar redes superpuestas, los recursos utilizados para el procesamiento del dolor pueden no estar disponibles para otros procesos.

Rigidez musculoesquelética, suele ser más grave a primera hora de la mañana y mejora a medida que avanza el día.

La sensibilidad ambiental o hipervigilancia, que se manifiesta como intolerancia a luces brillantes, ruidos fuertes, perfumes y frío, es una queja común de los pacientes con FM. Probablemente sea un reflejo de la Sensibilización Central.

Dimensión 3: Comorbilidades médicas y psiquiátricas comunes

La FM se asocia con muchas comorbilidades que pueden clasificarse como otros trastornos de dolor somático, afecciones psiquiátricas, trastornos del sueño, enfermedades reumáticas y otras afecciones.

El SFC es una afección que se superpone considerablemente con la FM, con predominio del dolor como identificador de la FM¹⁹.

Las pautas deberían adherirse a una serie de principios básicos de diagnóstico²⁰:

- Las pautas deben ayudar a los médicos a orientarse a reconocer el espectro de los síndromes de dolor crónico, las enfermedades comórbidas asociadas con la FM y los efectos psicológicos y cognitivos de la FM (por ejemplo, depresión, ansiedad).
- Las pautas deben ser simples y deben centrarse en un enfoque biopsicosocial para el diagnóstico y manejo de la FM (por ejemplo, utilizar una escala de calificación numérica para evaluar el dolor, la mejora global, la mejora funcional, la respuesta al tratamiento, las actividades de la vida diaria y la calidad de vida del paciente).
- Las pautas deben reconocer que la intensidad de los síntomas y los resultados funcionales en la FM pueden fluctuar con el tiempo.
- Las pautas deben alinearse con los sistemas de clasificación basados en la evidencia para el dolor crónico (por ejemplo, la Taxonomía del Dolor de ACTTION-American Pain Society).
- Las directrices deben presentar la solidez de cada recomendación e indicar la calidad de la evidencia científica que respalda la recomendación.
- Las pautas deben ayudar a respaldar la práctica clínica pero no dictar la práctica clínica.
- Las directrices deben redactarse de manera que sean aplicables en todas las regiones y / o para acomodar las diferencias culturales y las diferencias interprofesionales, dada la importancia de los enfoques multimodales para la atención.

¹⁹ Arnold LM, Bennett RM, Crofford LJ, Dean LE, Clauw DJ, Goldenberg DL, MA Fitzcharles, Paiva ES, Staud R, Sarzi Puttini P, Buskila D, Macfarlane GJ. AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. J Pain 2019 Jun; 6:611-628. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590018308320>

²⁰ Wont et al., 2016.

- Las pautas deben subrayar la necesidad de un manejo multimodal de los síntomas de la FM, incluidos los enfoques que abordan los factores biológicos y psicosociales que provocan la FM.
- Un objetivo general debe ser desarrollar enfoque simplificado para reducir el tiempo de consulta requerido por los médicos para diagnosticar y administrar la FM en todas las regiones, sin comprometer la calidad de la atención o la satisfacción del paciente.
- El desarrollo de tales pautas se puede lograr mejor a través de las acciones de una organización global creíble, como se explica a continuación (por ejemplo, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor [IASP]).

Anamnesis

La clave para el correcto diagnóstico de esta enfermedad es una correcta exploración y una exhaustiva entrevista al paciente, ya que, de momento, para la mayor parte de SSC no se dispone de una prueba analítica confirmatoria. También, es imprescindible una buena interpretación de su historia clínica previa²¹.

La historia clínica es fundamental para el diagnóstico de la FM. La anamnesis debe recoger:

- 1) Los antecedentes clínicos, terapéuticos y vitales del paciente, en especial si se documentan accidentes de circulación por choque de alcance, intervenciones quirúrgicas pasadas y/o acontecimientos estresantes -v.g. malos tratos.
- 2) La presencia o ausencia de sintomatología o características clínicas de esta entidad. El síntoma principal es el dolor musculoesquelético difuso y crónico, aunque variable en intensidad, influido, entre otros por los cambios climáticos, la actividad física, el estrés psicológico o la falta de sueño, y en general referido como moderado o severo. La fatiga es referida por un alto porcentaje de pacientes, suele ser continua y mejorar algo con el reposo. Puede describirse la presencia de alteración del sueño secundario, y manifestarse ésta como sueño

²¹ Hospital Clínic de Barcelona. La importancia de una buena exploración para el diagnóstico de los Síndromes de Sensibilización Central, 8 de octubre 2019:

<https://www.clinicbarcelona.org/noticias/la-importancia-de-una-buena-exploracion-para-el-diagnostico-de-los-sindromes-de-sensibilizacion-central>

no reparador, sueño pobre, no profundo o fraccionado por un frecuente despertar, etc. La rigidez, matutina o posterior, es considerada parte del cuadro de sueño no reparador, y su duración es inferior que la que se presenta en enfermedades inflamatorias articulares.

Con frecuencia aparecen otros síntomas de forma concomitante:

- Síntomas sensoriales: parestesias en manos o piernas, hipersensibilidad sensorial (auditiva, etc.).
- Síntomas motores: rigidez generalizada o localizada al levantarse, contracturas en diversos grupos musculares, temblor de acción.
- Síntomas vegetativos: sensación de tumefacción en manos y otras áreas corporales, mareo o inestabilidad, hipersudoración, distermias, sequedad de mucosa, palpitaciones, etc.
- Síntomas cognitivos: alteración de la atención, déficit de memoria reciente, alteración en la expresión verbal.
- Síntomas afectivos: ansiedad, alteración del estado de ánimo.

Existen factores externos como el frío ambiental, la humedad, el estrés, el exceso o la escasez de actividad que exacerban los síntomas y otros que hacen que disminuya su intensidad, como el calor, el tiempo seco, la relajación y el descanso.

Muchos pacientes con FM muestran alteraciones psicológicas generales y específicas, como ansiedad, estrés, depresión, trastornos de pánico, histeria e hipocondría.

Un grupo muy numeroso de personas diagnosticadas de FM manifiesta tener problemas cognitivos. Globalmente, los pacientes refieren dificultades en la concentración, problemas de memoria reciente, en la expresión verbal, en la realización simultánea de diversas tareas mentales y, en general, expresan la sensación de encontrarse como «en una especie de niebla». En este sentido, las quejas cognitivas de los pacientes con FM se han llamado fibroniebla (del inglés fibrofog) en términos de los propios pacientes, mientras que en términos médicos se tiende a utilizar la expresión disfunción cognitiva²². Otro de los aspectos comunes en la FM en la esfera cognitiva es la posibilidad de

²² Gelonch et al., 2013; Kravitz y Katz, 2015; Walitt et al., 2016.

episodios de bloqueo cognitivo en los que el paciente queda desubicado de su entorno durante un corto espacio de tiempo y se recupera posteriormente.

La elevada frecuencia de quejas cognitivas en la FM ha sido ampliamente reconocida en la literatura, pero lo cierto es que son muy escasos los estudios que se han centrado en registrar, analizar o cuantificar estas quejas, y tampoco en analizar las posibles relaciones que pueden presentar estas quejas con otras variables individuales. En los últimos años, sin embargo, parece vislumbrarse un leve cambio en esta tendencia, y empiezan a aparecer referencias en diferentes contextos señalando la necesidad de dedicar mayor interés al estudio de las quejas cognitivas de estos pacientes²³. Este cambio de tendencia quedó reflejado ya en los nuevos criterios diagnósticos de fibromialgia, que incluyen por primera vez las quejas cognitivas²⁴, así como en las conclusiones del grupo de expertos internacionales, investigadores y clínicos que se agruparon con el nombre de OMERACT 9 (Outcome Measures in Rheumatology Clinical Trials), donde se confirma que la disfunción cognitiva constituye un dominio importante que debe tenerse en cuenta y valorarse en los ensayos clínicos que se realicen sobre esta patología²⁵. En este sentido, en la actualidad es ampliamente aceptada la definición de FM que incluye los problemas cognitivos como uno más de los síntomas que pueden presentar las personas diagnosticadas: «aquella condición caracterizada por dolor crónico generalizado, sensibilidad excesiva y una serie de síntomas asociados, tales como fatiga, trastornos del sueño, trastornos del estado de ánimo y disfunción cognitiva, que se asocian con un deterioro funcional y de la calidad de vida relacionada con la salud²⁶».

Uno de los primeros estudios importantes que incluyó las quejas cognitivas dentro del resto de síntomas que experimentan los pacientes con FM fue el de Mease y colaboradores (2008), quienes pretendían identificar y priorizar cuáles eran los dominios clave en la enfermedad desde la perspectiva de los pacientes, así como el impacto que estos tenían en su calidad de vida y en su funcionamiento global. En sus resultados concluyen que las quejas de problemas cognitivos son percibidas por los pacientes como uno de los dominios importantes que contribuyen a empeorar su calidad de vida,

²³ McGuire, 2013; Williams, Clauw y Glass, 2011.

²⁴ Wolfe et al., 2010, 2011.

²⁵ Mease et al., 2009.

²⁶ Mease et al., 2009.

coexistiendo con el dolor, los trastornos del sueño, la fatiga y los problemas emocionales.

Se disponen de muy pocos estudios que hayan cuantificado el porcentaje de pacientes que refieren quejas de problemas cognitivos. Uno de ellos es el de Katz, Heard, Mills y Leavitt (2004) “*Co-occurrence, and impact on symptom severity were assessed in 57 patients with fibromyalgia (FMS)*”, quienes constataron la importancia de estos síntomas al encontrar que un 70% de los pacientes con FM manifestaban deterioro de la memoria, un 56% confusión mental y un 40% problemas en el lenguaje. Además, en su estudio compararon el rendimiento de pacientes con FM y pacientes con otras enfermedades reumatológicas sin FM, y comprobaron que las quejas cognitivas eran 2,5 veces más frecuentes en el primer grupo.

Respecto a las manifestaciones que refieren los pacientes en relación específicamente con los problemas de memoria, la mayoría de evidencias apoya la hipótesis de que en la FM, las dificultades en las funciones mnésicas no se deberían a un problema primario de la memoria, sino que la existencia de déficits atencionales impediría el funcionamiento óptimo de los procesos de codificación de la información, los cuales producirían de manera subsiguiente las dificultades en el posterior recuerdo de la información²⁷.

De igual forma hoy se contempla la catastrofización ante el dolor en la FM, los pacientes que catastrofizan desarrollan una visión muy negativa sobre su dolor, piensan mucho en él y se sienten incapaces de controlarlo. Conviene recordar que el catastrofismo es un conjunto de procesos cognitivos y emocionales que predisponen a que el dolor se convierta en crónico.

En el documento propuesto por el INSS no se contemplan las enfermedades psicológicas y psiquiátricas como enfermedades comórbidas de la FM.

Se podría decir que la sintomatología más frecuente referida en porcentaje de pacientes es:

- Ansiedad 60%
- Fenómeno de Raynaud 9-17%
- Alteración del sueño 80-90%
- Fobias 16%
- Artralgias periféricas 54%

²⁷ Grace, Nielson, Hopkins y Berg, 2010.

- Livedoreticularis 15-24%
- Cansancio 75-90%
- Parestesia y entumecimiento 26-74%
- Cefaleas 40%
- Rigidez matutina 76-85%
- Colon irritable 70%
- Sensación de hinchazón 50%
- Depresión 40-68%
- Síndrome túnel carpiano 70%
- Dismenorrea primaria 12%
- Síndrome Sjögren 7%
- Distimia 10%
- Síndrome uretral 12%
- Dolor 100%
- Trastornos de pánico 16%
- Deterioro cognitivo
- Disfasia nominativa
- Bradipsiquia
- Desorientación temporo - espacial²⁸

Además del dolor, los síntomas de la FM suelen incluir fatiga intensa, rigidez articular, alteraciones del sueño²⁹, dificultades cognitivas y de memoria³⁰, problemas en la menstruación, dolor temporomandibular y síndrome del intestino irritable³¹. La emergencia, la evolución y la intensidad de estos síntomas tiene una importante relación con aspectos emocionales, afectivos y psicosociales, así como con el desarrollo de alteraciones psicológicas como fobias, depresión, estrés y ansiedad³².

²⁸ Protocolo de actuación para médicos de INSS. Fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y sensibilidad química múltiple. 2012.

²⁹ Díaz-Piedra et al., 2015.

³⁰ Leavitt y Katz, 2014.

³¹ Slim, Calandre y Rico-Villademoros, 2015.

³² Rodríguez Muñoz, Orta González y Amashta Nieto, 2010.

Crterios diagnsticos de fibromialgia de la ACR

El diagnstico es clnico y se puede realizar mediante los criterios diagnsticos de la **ACR de 1990**. Se define la fibromialgia por la presencia de dos sntomas:

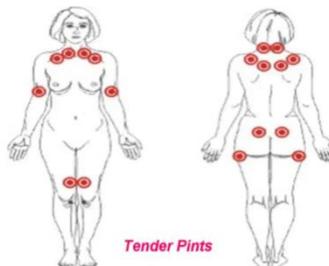
1. Historia de dolor generalizado.

Se considero dolor generalizado cuando se presentaba en el lado izquierdo y derecho del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura. Adem{s, deba existir dolor en el esqueleto axial. Este sntoma deba estar presente durante al menos tres meses.

2. Dolor a la presi3n en al menos 11 de los 18 puntos simtricos (nueve pares):

- 2.1. Occipucio: en las inserciones suboccipitales de los msculos.
- 2.2. Cervical bajo: en la cara anterior de los espacios intertransversos a la altura de C5-C7.
- 2.3. Trapecio: en el punto medio del borde superior.
- 2.4. Supraespinoso: en sus r3genes, por encima de la espina de la escpula, cerca del borde medial.
- 2.5. Segunda costilla: en la uni3n osteocondral.
- 2.6. Epicondilo: a 2 cm. d3stales del epic3ndilo.
- 2.7. Gluteo: en el cuadrante supeoexterno de la nalga.
- 2.8. Troc3nter mayor: en la parte posterior de la prominencia trocant3rea.
- 2.9. Rodillas: en la almohadilla grasa medial pr3xima a la lnea articular.

Figura 2: Criterios de clasificaci3n³³



³³ "Drloureiro's Blog". Fibromialgia: <https://drloureiro.wordpress.com/fibromialgia/>

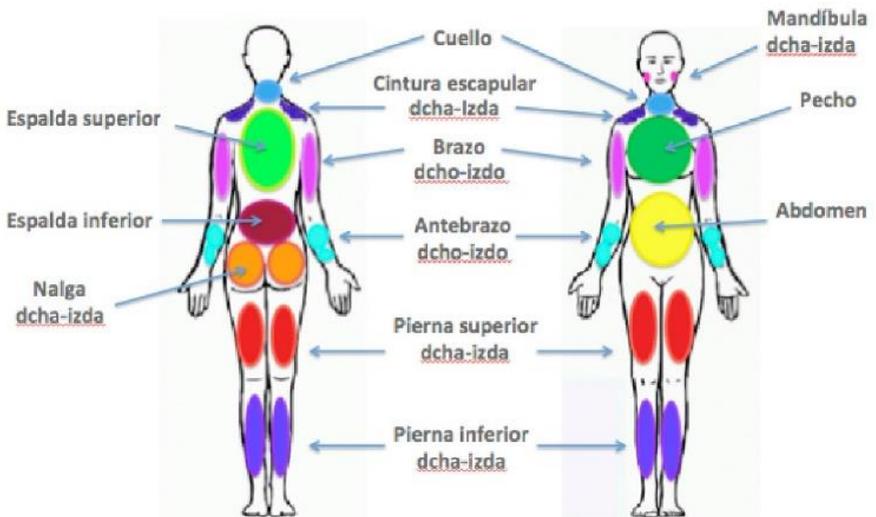
Nuevos Criterios Diagnósticos Fibromialgia (ACR 2010)

The American College of Rheumatology publicó en 2010 los siguientes criterios preliminares, haciendo constar que no se correlacionan con la afectación funcional.

Un paciente cumple criterios diagnósticos para fibromialgia si están presentes las siguientes tres condiciones:

1. Índice de Dolor Generalizado (Widespread Pain Index – WPI) ≥ 7 e índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score – SS Score) ≥ 5 ó WPI 3-6 y SS ≥ 9 .

Figura 3: Índice de Dolor Generalizado, IDG/Widespread Pain Index, WPI IDG = 0119³⁴



2. Los síntomas han estado presentes, en un nivel similar, durante los últimos tres meses.
3. El enfermo no tiene otra patología que pueda explicar el dolor.

COMPROBACIÓN:

- 1) **WPI:** anote el número de áreas en las que el paciente ha tenido dolor durante la última semana ¿En cuántas ha tenido dolor? El valor debe estar entre 0 y 19. Áreas: cintura escapular Izquierda, cintura

³⁴ Nuevos Criterios Diagnósticos Fibromialgia (ACR 2010).

http://gestor.camfic.cat/Uploads/ITEM_4362_FORM_6358.pdf

escapular derecha, brazo izquierdo, brazo derecho, antebrazo Izquierdo, antebrazo derecho, cadera (glúteo / trocánter) izquierda, cadera (glúteo/trocánter) derecha, muslo izquierdo, muslo derecho, pierna izquierda, pierna derecha, mandíbula izquierda, mandíbula derecha, pecho (tórax), abdomen, lumbar, dorsal y cervical (nuca y cara anterior).

Figura 4: Señale el número de áreas en las que ha tenido dolor en la última semana³⁵

Cintura escapular izda	Nalga dcha	Pecho (tórax)
Cintura escapular dcha	Pierna superior izda	Abdomen
Brazo superior izdo	Pierna superior dcha	Cuello
Brazo superior dcho	Pierna inferior izda	Espalda superior
Brazo inferior izdo	Pierna inferior dcha	Espalda inferior
Brazo inferior dcho	Mandíbula izda	
Nalga izda	Mandíbula dcha	

2) SS Score:

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

Para cada uno de los tres síntomas indicados, elija el nivel de gravedad durante la pasada semana, en base a la siguiente escala:

0 = Sin problemas.

1 = Leve, casi siempre leve o intermitente.

2 = Moderado, produce problemas considerables, casi siempre presente a nivel moderado.

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

Considere los síntomas somáticos en general, indicando si el paciente presenta: *

0 = Asintomático (0 síntomas).

1 = Pocos síntomas (entre 1 y 10).

³⁵ Nuevos Criterios Diagnósticos Fibromialgia (ACR 2010).

http://gestor.camfic.cat/Uploads/ITEM_4362_FORM_6358.pdf

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

3 = Un gran acumulo de síntomas (25 o más). La SS Score es la suma de la gravedad de los tres síntomas (fatiga, sueño no reparador y síntomas cognitivos), más el valor de síntomas somáticos. La puntuación final debe estar entre 0 y 12.

**Dolor muscular, Síndrome de Colon Irritable, Fatiga / agotamiento, Problemas de comprensión o memoria, Debilidad muscular, Dolor de cabeza, Calambres abdominales, entumecimiento/ hormigueo, Mareo, Insomnio, Depresión, Estreñimiento, Dolor epigástrico, Náuseas, Ansiedad, Dolor torácico, Visión borrosa, Diarrea, Boca seca, Picores, Sibilancias, Fenómeno Raynaud, Urticaria, Tinnitus, Vómitos, Acidez de estómago, Aftas orales, Pérdida o cambios en el gusto, Convulsiones, Ojo seco, Respiración entrecortada, Pérdida de apetito, Erupciones / Rash, Intolerancia al sol, Trastornos auditivos, Equimosis frecuentes, Caída del cabello, Micción frecuente, Micción dolorosa, Espasmos vesicales...*

Figura 5: Índice de intensidad de síntomas³⁶

Índice Severidad de Síntomas /Symptom Severity Score
SS-1= 0-9

Indique el nivel de severidad de los siguientes síntomas durante la última semana.

0	Ningún problema
1	De leve a moderado, generalmente intermitente
2	De moderado a considerable, frecuente y de intensidad moderada
3	Severo, persistente, generalizado, con interferencia en las actividades diarias

Fatiga	0	1	2	3
Sueño no reparador	0	1	2	3
Trastornos cognitivos	0	1	2	3

Índice Severidad de Síntomas /Symptom Severity Score
SS-2 = 0-3

Señale cuáles de los siguientes síntomas **padece habitualmente**:
Sin síntomas = 0; Entre 1 y 10 síntomas, puntúa 1; De 11 a 24 síntomas, puntúa 2; 25 o más, puntúa 3

Dolor muscular	Dolor en la parte alta del abdomen	Convulsiones
Picores	Fatiga/cansancio extremo	Ojo seco
Visión borrosa	S. Intestino irritable	Sequedad bucal
Urticaria	Problemas para pensar o de memoria	Pérdida de apetito
Vómitos	Dolor/ calambres en el abdomen	Erupciones, sarpullido
Dolor de cabeza	Respiración entrecortada	Sensibilidad al sol
Dolor torácico	Pitidos al respirar, sibilancias	Trastornos auditivos
Ansiedad	Fenómeno de Raynaud	Entumecimiento, hormigueo
Mareos	Debilidad muscular	Caída de cabello
Insomnio	Zumbidos en los oídos	Micción frecuente
Depresión	Moratonos frecuentes (hematomas)	Micción dolorosa
Estreñimiento	Acidez de estómago	Espasmos vesicales
Diarrea	Aftas orales (úlceras)	Fiebre
Náuseas	Pérdida o cambios en el gusto	

IDG/WPI = _____
SSI = _____ SS2 = _____ SS = _____

³⁶ Nuevos Criterios Diagnósticos Fibromialgia (ACR 2010).

http://gestor.camfic.cat/Uploads/ITEM_4362_FORM_6358.pdf

Estos criterios clasifican correctamente más del 87,033% de los casos que también cumplían los criterios anteriores (ACR-1990). Los criterios de 2010 constituyen una manera simple de evaluar pacientes con FM y permiten una más fácil comprensión y manejo de la patología. Sin embargo, siguen siendo los criterios de ACR de 1990 los aceptados por la comunidad científica para el diagnóstico correcto de la FM³⁷. Además, el uso de estos nuevos criterios de 2010 es muy discutido por los reumatólogos, ya que prescinde del examen físico y no tiene en cuenta ningún estudio complementario. No existe hoy en día ninguna prueba específica para el diagnóstico de la FM, por tanto, las exploraciones complementarias en estos pacientes están destinadas para descartar la existencia de otras patologías.

Se estimó, además, que hasta un 20% de pacientes con FM podían no cumplir el criterio de los puntos de dolor³⁸, y el mismo Wolfe convenció a la ACR y a reumatólogos norteamericanos para poner en juego unos nuevos criterios diagnósticos³⁹, en los que la modificación más drástica era la supresión del examen de los puntos de dolor. En su lugar, se introdujo un índice de dolor generalizado (IDG) establecido por interrogatorio de dolor entre 19 lugares posibles, otro índice donde se valora la severidad de los síntomas (ISS) y la valoración del grado de cansancio, las alteraciones del sueño, síntomas cognitivos y somáticos generales. Los nuevos criterios sin duda han facilitado el diagnóstico por médicos generalistas y especialistas, el tratamiento y la investigación. Además, han sido validados por diferentes grupos, como también en la población española⁴⁰.

Conviene recordar que, el número de puntos, ayuda en la confirmación diagnóstica pero no es indicativo de mayor gravedad. Para que un punto se considere «positivo» el sujeto explorado tiene que afirmar que la palpación es dolorosa. No se considera dolorosa la palpación sensible. Los puntos típicos y necesarios para confirmar el diagnóstico no deben tener signos inflamatorios. Es aconsejable comparar la sensibilidad de estas áreas con otras de control, como son la uña del pulgar, la frente o el antebrazo, que deberían ser indoloras, aunque los pacientes con FM pueden presentar dolor en otras zonas distintas a las exigidas para el diagnóstico. Existen en la actualidad aparatos específicos para realizar la presión justa y adecuada en los puntos de exploración, no

³⁷ Moyano et al., 2015.

³⁸ Wolfe, 2003.

³⁹ Wolfe et al., 2011.

⁴⁰ Segura-Jiménez et al., 2014.

obstante, no es necesaria la utilización de los 20 mismos en las consultas evaluadoras por la validez reconocida de la presión digital.

Criterios diagnósticos de fibromialgia de la ACR (2016)

Criterios:

Para diagnosticar la fibromialgia es necesario cumplir las siguientes 3 condiciones:

1. Índice de dolor generalizado (widespread pain index, WPI) ≥ 7 y puntuación en la escala de gravedad de los síntomas (symptom severity scale, SSS) ≥ 5 o WPI 4-6 y SSS ≥ 9 .
2. Dolor generalizado, es decir que se presenta en ≥ 4 de las 5 áreas del cuerpo (no se incluyen la mandíbula, el tórax ni el abdomen).
3. Persistencia de los síntomas ≥ 3 meses.

Índices:

Índice de dolor generalizado (WPI): el paciente valora el número de áreas en las que el dolor se presentó durante la última semana (resultado 0-19).

1. Área superior izquierda: mandíbula (izquierda), hombro superior (izquierdo), brazo izquierdo, antebrazo izquierdo.
2. Área superior derecha: mandíbula (derecha), hombro superior (derecho), brazo derecho, antebrazo derecho.
3. Área inferior izquierda: cadera (glúteo o trocánter mayor), muslo izquierdo, pantorrilla izquierda.
4. Área inferior derecha: cadera (glúteo o trocánter mayor), muslo izquierdo, pantorrilla izquierda.
5. Área axial: cuello, espalda superior, espalda inferior, tórax, abdomena.

Escala de gravedad de los síntomas (SSS): se valoran

1. Agravamiento de cada uno de los siguientes síntomas durante la última semana (cada uno en la escala 0-3, puntuación total 0-9):
 - Fatiga.
 - Sueño no reparador.
 - Trastornos cognitivos.

Según la escala:

0 — sin trastornos

- 1 - trastornos poco pronunciados o leves, en general leves o que se presentan periódicamente.
 - 2 - moderados, frecuentes y/o de intensidad moderada.
 - 3 - graves: muy pronunciados, persistentes, molestos.
2. Presencia de los siguientes síntomas en los últimos 6 meses (1 por cada síntoma, puntuación total 0-3):
- Cefalea.
 - Dolor o contracciones en el hipogastrio.
 - Depresión.

El índice SSS es la suma de puntuación de todas las categorías mencionadas (intervalo 0-12).

Exploración física y pruebas complementarias

«El médico se basará en los síntomas para diagnosticar la fibromialgia. Es posible que los médicos deban determinar que usted tiene sensibilidad al presionar o que posee cierta cantidad de puntos del cuerpo sensibles antes de diagnosticar la fibromialgia, pero no están obligados a hacer el diagnóstico. Un examen físico puede ser útil para detectar la sensibilidad y para descartar otras causas de dolor muscular. Los médicos diagnostican en función de los síntomas (lo que el paciente siente) más importantes que presenta el paciente, ya no solo en función de la cantidad de puntos sensibles durante el reconocimiento.

No hay exámenes específicos (tales como radiografías o análisis de sangre) que puedan ser marcadores para diagnosticar esta enfermedad. Sin embargo, podría necesitar realizarse exámenes para descartar otros problemas de salud que puedan confundirse con la fibromialgia.

Dado que el dolor generalizado es la característica principal de la fibromialgia, los proveedores de atención médica le pedirán que describa el dolor que siente. Esto podría ayudar a distinguir entre la fibromialgia y otras enfermedades con síntomas similares. Otras afecciones como el hipotiroidismo (baja actividad de la glándula tiroides) y la polimialgia reumática a veces tienen síntomas muy parecidos a los de la fibromialgia. Los análisis de sangre pueden confirmar si tiene o no alguna de estas enfermedades. A veces, la fibromialgia se confunde con la artritis reumatoide o el lupus. Aunque, repetimos, hay una diferencia en los síntomas, los resultados de los exámenes físicos y los análisis de sangre que ayudarán a su proveedor de atención médica a detectar estos problemas

de salud. A diferencia de la fibromialgia, las enfermedades reumáticas causan inflamación en las articulaciones y los tejidos.

Criterios necesarios para el diagnóstico de la fibromialgia:

1. Dolor y síntomas presentes durante la semana anterior, basado en el total de: Cantidad de zonas doloridas de 19 partes del cuerpo.
Más un nivel de gravedad de estos síntomas:
 - a. cansancio;
 - b. despertar con cansancio;
 - c. problemas cognitivos (de memoria o del pensamiento);Más varios otros síntomas físicos generales.
2. Síntomas que permanecen tres meses como mínimo en un nivel similar.
3. No hay otro problema de salud que pudiera explicar el dolor y otros síntomas⁴¹».

«La fibromialgia es un estado de dolor centralizado, en el que la entrada nociceptiva periférica es responsable de parte del dolor del paciente, pero los factores del sistema nervioso central amplifican el dolor nociceptivo o no logran el dolor nociceptivo. El *punto de ajuste* de un individuo para el dolor lo establecen los niveles de neurotransmisores en las vías de dolor que también pueden controlar el sueño, el estado de ánimo y el estado de alerta.

Los estudios de neuroimagen cerebral funcional, química y estructural han demostrado una base biológica para estos síndromes de amplificación del dolor.

Los estudios de imágenes de resonancia magnética funcional muestran patrones de activación cerebral en las áreas de procesamiento del dolor cuando los pacientes con fibromialgia experimentan una presión leve o un estímulo de calor⁴²».

«En general, no es necesario realizar pruebas de laboratorio exhaustivas para diagnosticar la fibromialgia. En ocasiones, se obtienen pruebas de laboratorio de detección para evaluar otras posibles causas de síntomas o signos.

⁴¹ Colegio Estadounidense de Reumatología, 2010.

⁴² “Qué funciona para la fibromialgia” Norman Bauman 20-04-2014 hace referencia al artículo de DJ Clauw: fibromialgia: una revisión clínica JAMA 2014.

Dependiendo de los síntomas, historial médico y examen físico, pueden estar indicadas otras pruebas como ferritina, capacidad de fijación de hierro y porcentaje desaturación, y niveles de vitamina B12 y vitamina D⁴³».

Es importante la exploración física detallada y exhaustiva que se realiza de rutina en la consulta evaluadora, sobre todo la referida a la valoración de la movilidad. Conviene siempre destacar la exploración del aparato locomotor (balance articular- término exploratorio entendido como restricción dolorosa de la movilidad, pues no suele ser habitual la verificación de limitaciones articulares de la movilidad-, tono, fuerza muscular...) y la exploración neurológica (reflejos, maniobras habituales...).

Contrastando con esta amplia variedad de síntomas clínicos, la exploración física de estos pacientes es inespecífica, no se objetivan alteraciones estructurales, de la movilidad articular, de la fuerza muscular, ni artritis. La movilidad y el aspecto articular son normales a menos que exista otra enfermedad osteoarticular. El signo más característico de la exploración clínica es la presencia de múltiples puntos de dolor con aumento de la sensibilidad a la palpación digital, aunque también es posible encontrar livedoreticularis en las extremidades, hiperlaxitud articular, hipertonia muscular, contracturas musculares y estiramiento doloroso de las regiones afectadas.

Las pruebas complementarias sirven para descartar otras enfermedades que puedan simularla o que puedan coexistir con ella, ya que no existe ninguna prueba de laboratorio ni hallazgo radiológico específico de la FM. Su indicación será individualizada en función del cuadro clínico, la exploración física y la sospecha de enfermedad concomitante, ya que, en definitiva, al igual que la exploración, las pruebas complementarias de laboratorio general y específico no aportan datos.

Las pruebas complementarias solo tienen interés para descartar patología asociada. Son recomendables en la fase de diagnóstico (pero no imprescindible para la evaluación en nuestras consultas), la realización de:

- Hemograma.

⁴³ Arnold LM, Bennett RM, Crofford LJ, Dean LE, Clauw DJ, Goldenberg DL, MA Fitzcharles, Paiva ES, Staud R, Sarzi Puttini P, Buskila D, Macfarlane GJ. AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. J Pain 2019 Jun; 6:611
628. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590018308320>

- VSG.
- Glucemia.
- Urea y Creatinina.
- Enzimas hepáticas: AST, ALT, GGT, Fosfatasa Alcalina.
- Creatincinasa (CK).
- Proteína C reactiva (PCR).
- TSH.
- Calcio.
- Fósforo.
- Sistemático de orina.
- **Vitamina D**

El estudio radiológico es normal (salvo en el caso enfermedades concomitantes donde aparecerían los hallazgos propios de las otras patologías). En la gammagrafía ósea y articular tampoco se han detectado alteraciones. Las pruebas electromiográficas, o no han encontrado alteraciones o los hallazgos son inespecíficos.

No es preciso solicitar pruebas radiológicas a no ser que exista sospecha de patología articular u ósea concomitante. Únicamente sería recomendable realizar en la fase diagnóstica una radiografía convencional de raquis en dos proyecciones.

Instrumentos de medida y cuestionarios utilizados en la FM

«Actualmente, no existe ninguna prueba médica o de laboratorio que detecte la fibromialgia o la diagnostique de forma automática.

Es importante realizar una valoración multidisciplinar de cada paciente que incluye:

- Exploración clínica. Una valoración y exploración clínica por parte del reumatólogo (analítica y/o pruebas complementarias para descartar otras enfermedades que puedan dar una sintomatología similar, anamnesis con historia del dolor y examen físico).
- Valoración psicológica.
- Valoración física.

- Valoración funcional-ocupacional. Análisis de la actividad que realiza el paciente, tanto en las actividades de la vida diaria, en el domicilio, como en la actividad laboral y de ocio⁴⁴».

Existen múltiples métodos utilizados por los médicos asistenciales, que han intentado realizar una evaluación del paciente con FM. No hay consenso sobre qué medidas se deben incluir en los mismos. No obstante, existen en la literatura una serie de instrumentos de medida, ciertamente subjetivos, que algunos profesionales médicos utilizan en la práctica clínica diaria:

Fibromyalgia Impact Questionnaire FIQ: es un cuestionario realizado específicamente para esta enfermedad y que ha sido adaptado y validado en nuestro país⁴⁵. La puntuación total se sitúa entre 0-100, 0 representa la mejor capacidad funcional y calidad de vida y 100 la peor. Es fácil de aplicar y sensible a los cambios en la enfermedad. Se considera afectación vital leve con puntuaciones inferiores a 50%, moderada con puntuaciones entre 50 y 75% y severa con puntuaciones superiores a 75%. Este cuestionario determina el impacto que la sintomatología ha tenido durante la última semana en la realización de tareas diarias habituales, valorando aspectos diversos como la función física, estado de trabajo, el bienestar, el dolor, el sueño, la fatiga, la rigidez, la ansiedad y la depresión.

En cuanto a la evaluación, la escala Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) aporta un control fiable y válido de la evolución de la enfermedad, que permite ajustar los tratamientos en la medida que sea necesario. En el manejo del paciente, el abordaje multimodal aporta mejores resultados que medidas aisladas⁴⁶.

Escalas analógicas visuales: método sencillo de referir el paciente el dolor padecido.

Evaluación global del grado de movilidad pasiva de los pacientes EGMP. Es una prueba semiobjetiva.

Escala de Depresión de Montgomery y Asberg.

⁴⁴ Hospital Clínic de Barcelona. Pruebas para diagnosticar la fibromialgia, 28 de diciembre 2018: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/fibromialgia/diagnostico>

⁴⁵ Monterde S. et al., 2004.

⁴⁶ “Abordaje clínico de la fibromialgia: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia, una revisión sistemática”, Daniel Ángel García, Ismael Martínez Nicolás y Pedro J. Saturno Hernández (Instituto Nacional de Salud Pública de México, Cuernavaca, 2015).

Escala de Hamilton para la evaluación de la Ansiedad HRSA.

Índice de calidad del sueño de Pittsburgh. Es un cuestionario, breve, sencillo, bien aceptado por los pacientes y adecuado para la investigación epidemiológica y clínica de la población española, que permite detectar «buenos» y «malos» dormidores. Es un cuestionario autoadministrado. Consta de 19 ítems autoevaluados por el paciente y 5 cuestiones evaluadas por el compañero/a de cama. Las cinco últimas cuestiones son utilizadas como información clínica, pero no contribuyen a la puntuación total. Los 19 ítems analizan los diferentes factores determinantes de la calidad del sueño, que se agrupan en 7 componentes: calidad del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna. Cada componente se puntúa de 0 a 3. De la suma de los 7 componentes se obtiene la puntuación total que oscila de 0 a 21 puntos (a mayor puntuación peor calidad de sueño). Se propone un punto de corte de 5.

La Escala de Catastrofización ante el dolor «Pain Catastrophizing Scale» mide el catastrofismo. Presenta adecuadas propiedades psicométricas y ha sido validada en español. Consta de 3 subescalas: magnificación, rumiación e indefensión. La rumiación se refiere a que el paciente no puede apartar de su mente el dolor, no puede dejar de pensar en él; la magnificación alude a la exageración de las propiedades amenazantes del estímulo doloroso, y la indefensión, a la estimación de no poder hacer nada para influir sobre el dolor.

Cuestionario de Sensibilización Central. Es un instrumento de medida de síntomas en los pacientes con Síndrome de Sensibilización Central al Dolor.

Test para evaluar la calidad de vida SF-36: mide salud general, funcionalidad, dolor, funcionamiento físico, vitalidad, funcionamiento emocional, salud mental, y funcionamiento social⁴⁷.

Escala de Percepción de Autoeficacia en Dolor Crónico CADC⁴⁸.

Escala de Memoria de Wechsler-IV. Batería de pruebas que permite una evaluación completa de los aspectos principales del funcionamiento de la

⁴⁷ Martínez J et al., 2001.

⁴⁸ Guía de Atención a Pacientes con Fibromialgia (Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat, 2014).

memoria. Se obtienen cinco índices principales correspondientes a memoria auditiva, memoria visual, memoria de trabajo visual, memoria inmediata y memoria demorada. El perfil de cada uno de los índices obtenidos indica si en la paciente existe un déficit o un punto fuerte en cada uno de los tipos de memoria analizados por la prueba.

En BCSE, (test breve para la evaluación del estado cognitivo), prueba opcional incluida en la escala Wechsler-IV que valora diversas funciones cognitivas como (orientación, estimación temporal, control mental, planificación y organización viso-perceptiva, recuerdo incidental, control automático e inhibitorio y producción verbal).

TEST de Retención Visual de BENTON. (TRVE). La finalidad de esta prueba, de naturaleza no verbal, es la detección de posibles anomalías en la percepción visual, la memoria visual y las habilidades viso-constructivas.

TEST de los Senderos (TESEN). Prueba que sirve para realizar una evaluación general de las funciones ejecutivas, centrándose en la medida de la capacidad de planificación mediante la realización de una tarea visomotora. Pretende ser un instrumento útil de cribado para la detección de alteraciones en el **funcionamiento ejecutivo**.

TEST de Colores y Palabras Strop. Esta prueba es muy sensible a los desórdenes derivados del lóbulo frontal. Su capacidad para discriminar entre pacientes psiquiátricos y orgánicos es de gran valor en las baterías de tests. Es poco sensible a daños subcorticales que no afectan al hemisferio cerebral o a los procesos básicos de atención.

Otros test neuropsicológicos, para objetivar los déficits cognitivos que suelen presentar las personas afectadas: Figura compleja de Rey, TAVEC, etc.

Existen también en la literatura médica una serie de pruebas para evaluar los efectos de los tratamientos basados en el ejercicio físico como son las pruebas para determinar la capacidad aeróbica de los pacientes y el test de 6 minutos de marcha. De forma más inusual los facultativos clínicos pueden utilizar otros test para evaluar la condición física como son: el test del escalón del Forest Service, la fuerza máxima de prensión manual, la fuerza resistencia a cargas bajas, valoración de la movilidad estática activa y valoración del equilibrio.

No existe, en la actualidad, ningún cuestionario, prueba analítica o exploración complementaria con evidencia científica suficiente que permita hacer una clasificación de los pacientes con FM según el grado de afección. No obstante, sí que existen estudios que documentan la existencia, en los pacientes con FM, de bajos niveles de serotonina sérica⁴⁹. Estos niveles más bajos de serotonina en suero, no obstante, no se pueden considerar exclusivos de la FM, encontrándose presentes en otros trastornos en los que participa este neurotransmisor como es el caso de los trastornos depresivos. Además, su determinación se puede ver influenciada por la técnica analítica empleada, de forma que se ha documentado una mayor eficacia para detectar diferencias entre casos y controles mediante empleo de ELISA frente a la cromatografía líquida, si bien parece claro que las variaciones observadas no parecen suficientes de cara a establecer el diagnóstico de FM, ya que las diferencias observadas no permiten la diferenciación, por ejemplo, de los trastornos depresivos. Se han descrito también en relación, niveles reducidos de serotonina en suero y LCR, así como con elevados niveles de sustancia P en LCR⁵⁰.

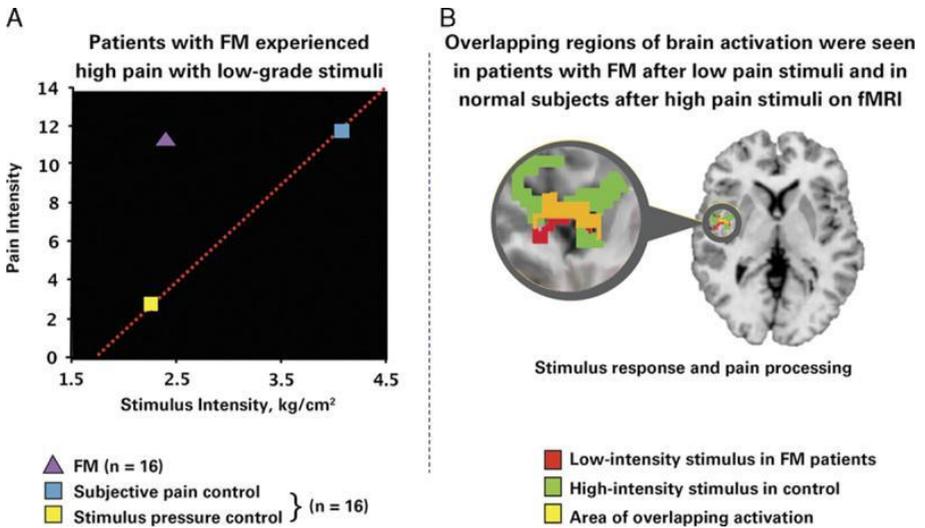
Los pacientes con FM muestran niveles alterados de neurotransmisores clave, enlace alterado del receptor, actividad cerebral en reposo alterada (es decir, conectividad) y diferencias en la activación de dolor sensible áreas del cerebro (Fig. 6).

Por ejemplo, en pacientes con FM, se observa una mayor conectividad entre las regiones que promueven el dolor, como la ínsula y la red de modo predeterminado, una red que se activa cuando una persona no está involucrada con el entorno externo. Una mayor conectividad entre la ínsula y la red de modo predeterminado se asocia con un mayor dolor clínico espontáneo. Estos datos y otros implican que la neurotransmisión cerebral aberrante es un sello distintivo de la FM.

⁴⁹ El Shazly, 2015, Cordero, 2010, Fatima, 2013.

⁵⁰ Won, 2016.

Figura 6: Diferencias en la activación de dolor sensible áreas del cerebro



La evidencia objetiva muestra sensibilidad al dolor aumentada en individuos con FM versus controles emparejados.

A, el gráfico muestra las calificaciones medias de dolor representadas en función de la intensidad del estímulo. En pacientes con FM, una presión de estímulo baja (2,4 kg / cm) produjo un nivel de dolor mucho más alto (media \pm SD, 11.30 ± 0.90) que en los controles. Sin embargo, en los sujetos de control, una presión de estímulo mucho mayor provocó una respuesta al dolor similar a la de los pacientes con FM.

B, la exploración es una imagen de resonancia magnética funcional (fMRI) del cerebro de un paciente con FM del mismo estudio. El estudio de imagen demostró que, en pacientes con FM, las áreas de procesamiento del dolor del cerebro se activan a un nivel de estímulo mucho más bajo que en los sujetos de control.

Existe una superposición (según lo indicado por el área amarilla en el fMRI) entre las áreas activadas con un estímulo de baja intensidad en pacientes con FM (área roja) y un estímulo de alta intensidad en sujetos control (área verde). En otras palabras, la superposición entre la activación cerebral en pacientes con FM que reciben una presión de estímulo baja y controles que reciben casi

el doble de presión (es decir, la cantidad requerida para causar la misma cantidad de dolor sugiere un mecanismo que involucra la amplificación central del dolor en los pacientes con FM. Debido a que las regiones de activación cerebral en los pacientes con FM y los controles saludables se superponen, el dolor que experimentan ambos grupos de sujetos es real⁵¹.

La Sociedad Española de Reumatología realizó una revisión sistemática que trata de averiguar si existe algún instrumento capaz de discriminar a los pacientes con FM respecto al pronóstico, o la respuesta clínica. Según esta revisión sistemática, el único instrumento validado suficientemente en estos pacientes es el FIQ, que ayuda en la valoración clínica y se recomienda para los ensayos clínicos.

En 2006, la Sociedad Española de Reumatología, en un documento de consenso, recoge los instrumentos de evaluación de la fibromialgia:

EVALUAR	TEST RECOMENDADO	TEST ALTERNATIVO
Dolor	Escala analógica visual	Mc Guill Pain Questionnaire
Hiperalgnesia	Puntos dolorosos	Dolorímetro
Calidad de vida	Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)	Short Form 36 (SF36)
Capacidad funcional	Health Assessment Questionnaire (haq)	F-HAQ (v. española)
Psicopatías en general	General Health Questionnaire (GHQ)	Symptom Checklist-90 Revised (SCL.90R)
Depresión	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Beck Depression Inventory (BDI), Center for epidemiological Studies Depression Scales (CES-D)
Ansiedad	HADS	State-Trait Anxiety Inventory (STAI)
Funciones físicas	Test de la marcha	

⁵¹ Evidencia objetiva como esta, sería un componente valioso del marco educativo propuesto en esta publicación: *Gracely et al.* Reimpreso con permiso de *John Wiley and Sons*.

Informes requeridos en la consulta de valoración

Los informes médicos aportados deberán contener:

- La exploración clínica inicial en la que se basó el diagnóstico.
- Las pruebas complementarias básicas que han servido para descartar patología concomitante.
- Los tratamientos multidisciplinares prescritos, escalón analgésico de la OMS, la respuesta a los mismos y su seguimiento.
- Informes de los facultativos responsables del control y seguimiento de las patologías psiquiátricas concomitantes, con especial mención al tratamiento psicofarmacológico prescrito y la psicoterapia realizada. Datos de adhesión y respuesta a los diferentes tratamientos.

En toda valoración de un paciente con FM, será necesaria en primer lugar la confirmación diagnóstica, que en términos generales habrá realizado ya el facultativo clínico correspondiente. Para ello se puede comprobar el diagnóstico, según los criterios de la ACR de 1990, con la constatación de la historia de dolor crónico y la cuantificación del número de puntos positivos.

Considerando inapropiada la mención a la ACR de 1990, se proponer **valorar utilizar los 19 puntos del ACR 2016**.

En los pacientes donde a lo largo de la entrevista clínica, se sospechase patología psicológica o psiquiátrica, (presente en un alto porcentaje de los mismos) no referida ni controlada de forma específica por el facultativo correspondiente; será necesaria su valoración. Esta se puede realizar mediante la aplicación de escalas de ansiedad o depresión, o cuando se considere necesario mediante informe psiquiátrico.

La patología concomitante se valorará de forma individualizada a través de las pruebas e informes específicos en cada caso.

Las consideraciones generales para profesionales sanitarios son⁵²:

- *Escuchar a la persona con FM, en un entorno de empatía y cordialidad y con actitud de querer entenderle: acompañar y lograr que se sienta acompañada en el proceso, forma parte de los objetivos terapéuticos.*
- *Evitar pruebas innecesarias.*

⁵² Guía de Atención a Pacientes con Fibromialgia (Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat, 2014).

- *Acordar con su paciente los objetivos a alcanzar, que deben ser realistas. Trabajar objetivos a corto y a largo plazo para conseguir una sensación de evolución por parte del paciente.*
- *Planificar las visitas de seguimiento y la actuación ante agudizaciones junto con su paciente, evitando indicarla solo en función del empeoramiento e insistiendo en las actuaciones que la persona con FM puede realizar a nivel de prevención.*
- *Fomentar factores aliviantes y detectar y corregir posibles factores agravantes.*
- *Para seleccionar el tipo de medicación hay que identificar los síntomas principales (dolor, alteraciones del sueño, fatiga...), su grado de intensidad y la repercusión funcional.*
- *Se debe tener en cuenta la morbilidad asociada y la presencia de alteraciones del estado de ánimo (principalmente depresión y ansiedad).*
- *Evitar la polimedicación en la medida de lo posible.*
- *Comenzar el tratamiento con dosis bajas e ir incrementándolas de forma gradual hasta llegar a las dosis terapéuticas recomendadas o la aparición de efectos secundarios inaceptables.*
- *Evaluar regularmente los efectos secundarios del tratamiento, con mayor frecuencia al inicio del mismo.*
- *Valorar regularmente la eficacia de los fármacos en el control de los síntomas de su paciente, con el fin de saber si son útiles o no. La mayoría de los ensayos con fármacos analizan su eficacia a corto o medio plazo, por lo que se desconoce la acción a medio o largo. Reduciendo gradualmente la dosis de un fármaco podemos valorar su eficacia al observar si el/la paciente empeora o no con la reducción.*
- *Valorar igualmente la eficacia de las pautas psicológicas pautadas y acordadas, la motivación para su seguimiento, la intensidad en su realización y enfatizar los resultados positivos conseguidos a partir de ello.*
- *Comprobar la adhesión a las recomendaciones de autocuidado y ejercicio físico.*
- *El tratamiento eficaz puede mantenerse a largo plazo pese a la falta de evidencia, reforzando los autocuidados y el ejercicio. También puede intentarse un período sin fármacos.*

Información a dar a pacientes

La información -educación- inicial que se le proporciona y la toma de decisiones conjunta con el/la paciente son un elemento básico del manejo de la FM.

Los contenidos fundamentales de la información deben incluir: información sobre qué es la enfermedad y cómo se diagnostica, alternativas terapéuticas, consejos para afrontar la enfermedad correctamente y minimizar sus consecuencias.

La entrega de material impreso puede facilitar su autocuidado y contribuir al logro de los objetivos planteados con su participación.

La información inicial debe basarse en una serie de ideas clave:

- La FM es un conjunto de síntomas no graves, de curso crónico, de los cuales el más frecuente es el dolor muscular, acompañado de cansancio y sueño no reparador.
- Se desconoce la causa de la FM. Se sabe que existen factores agravantes y otros que alivian el dolor.
- El diagnóstico es clínico y no necesita pruebas especiales.
- A pesar de que es una enfermedad crónica, en muchos casos se logra un control aceptable de la enfermedad. En algunos casos la enfermedad es refractaria y conduce a limitaciones funcionales significativas.
- Con un tratamiento adecuado y la colaboración de la/el paciente, una gran parte de personas afectadas de FM mejora sustancialmente.
- Se trata con fármacos y medidas no farmacológicas, entre las cuales la más importante es el ejercicio físico adecuado para cada paciente.
- Los consejos para el autocuidado son muy importantes en el alivio de la sintomatología: evitar los factores desencadenantes, favorecer los aliviantes y hacer ejercicio físico con regularidad.
- Es importante para mejorar conocer y asumir la enfermedad.

Tratamiento

Medidas para el manejo escalonado de pacientes con FM según su grado de afectación:

- Ejercicio físico de media/baja intensidad.
- Orientaciones de autocuidado para mejorar la calidad de vida.
- Intervenciones sobre el afrontamiento y la adhesión terapéutica.
- Fármacos utilizados en el tratamiento de la FM en función de la sintomatología predominante.

El objetivo del manejo de la FM es aliviar los síntomas y mantener la capacidad funcional de la persona que la padece, en los ámbitos personal, familiar y profesional, mejorando su calidad de vida, de forma integrada con el abordaje del resto de sus problemas de salud.

«Como en otras enfermedades crónicas, la información y educación son claves para el tratamiento de los pacientes, independientemente del subgrupo al que pertenezcan.

Los pacientes expresan como una de sus prioridades la necesidad de ser informados sobre la causa de la enfermedad y las estrategias más adecuadas para reducir los síntomas y mejorar la función. Además, las enfermedades crónicas, por su naturaleza, requieren que el paciente asuma alguna responsabilidad en su cuidado.

Un paciente bien informado sobre su enfermedad, su pronóstico y su tratamiento, está mejor preparado para enfrentarse a ella y minimizar sus consecuencias. Una correcta información también puede facilitar el cumplimiento del tratamiento.

Aunque algunos profesionales han sugerido que el diagnóstico de fibromialgia podría tener efectos negativos, una revisión sistemática demostró que hay evidencia de calidad moderada-buena de que reduce la presión asistencial por parte de estos, informar a los pacientes sobre el diagnóstico y las posibilidades terapéuticas debe tener el grado máximo de recomendación porque:

A.) Desde la perspectiva del paciente el diagnóstico de fibromialgia a menudo sirve para acabar con un largo periodo de incertidumbre y desinformación y una frustrante odisea a través del sistema sanitario; la información sobre el diagnóstico se considera desde hace mucho tiempo un derecho esencial de los pacientes;

B.) Desde la perspectiva del médico existe la obligación ética de informar a los pacientes sobre el diagnóstico y las posibilidades terapéuticas de los pacientes⁵³».

⁵³ Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia C. Alegre de Miquell J. García Campayo2 M. Tomás Flórez3 J. M. Gómez Arguelles4 E. Blanco Tarrio5

Fisioterapia

«Los programas de ejercicio son el tratamiento de elección según los resultados, pues obtienen el mayor NE (Nivel de Evidencia) y FR (Fuerza de Recomendación). Presentan pocos efectos secundarios y actúan en diferentes variables que afectan a la enfermedad como son el aspecto físico, psicológico, hormonal o la calidad de vida. Dentro de la fisioterapia encontramos otras terapias útiles como: estiramientos (cuando complementan al ejercicio), ejercicios acuáticos, balneoterapia o biofeedback. Es importante destacar las terapias con alto NE (Nivel de Evidencia) que aparecen en una sola guía: ejercicio en piscina templada, entrenamiento funcional, estiramientos y yoga; todas ellas relacionadas con la actividad física⁵⁴».

Soporte Psicológico

«Aun siendo el área que cuenta con menos recomendaciones, en la psicología tenemos otra de las actividades que ofrecen una evidencia sólida y resultados positivos: la terapia cognitivo conductual. Es una actividad a tener en cuenta ya sea de forma aislada o combinada con otros tratamientos. Otras actuaciones psicológicas como la hipnosis, la imaginación guiada y la relajación solo obtienen resultados positivos cuando se aplican complementando a otras terapias⁵⁵».

Terapias alternativas

«Todas las terapias alternativas muestran controversias entre guías, por lo que se necesitan más estudios y de mayor calidad para poder valorar su aplicabilidad. Solo la acupuntura, el Qi-Gong (Chi Kung), el yoga y el taichi presentan recomendaciones positivas en alguna guía⁵⁶».

M. Gobbo Montoya⁶ Á. Pérez Martín⁷ A. Martínez Salio⁸ J. Vidal Fuentes⁹ E. Altarriba Alberch¹⁰ A. Gómez de la Cámara¹¹.

⁵⁴ “Abordaje clínico de la fibromialgia: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia, una revisión sistemática”, Daniel Ángel García, Ismael Martínez Nicolás y Pedro J. Saturno Hernández (Instituto Nacional de Salud Pública de México, Cuernavaca, 2015).

⁵⁵ “Abordaje clínico de la fibromialgia: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia, una revisión sistemática”, Daniel Ángel García, Ismael Martínez Nicolás y Pedro J. Saturno Hernández (Instituto Nacional de Salud Pública de México, Cuernavaca, 2015).

⁵⁶ “Abordaje clínico de la fibromialgia: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia, una revisión sistemática”, Daniel Ángel García, Ismael Martínez Nicolás y Pedro J. Saturno Hernández (Instituto Nacional de Salud Pública de México, Cuernavaca, 2015).

EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO DE REVISIÓN DE LA GUÍA INSS ENTRE LOS APARTADOS (1.5 - 1.8) ESTÁ RESERVADO EXCLUSIVAMENTE A SOCIOS DE CONFESQ...

En el caso de que estuviera interesado en obtener la VERSIÓN COMPLETA, pueden remitirnos un email a info.confesq@gmail.com

2. BIBLIOGRAFÍA

- “AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia” Lesley M. Arnold, Robert M. Bennett, Leslie J. Crofford, Linda E. Dean, Daniel J. Clauw, Don L. Goldenberg, Mary-Ann Fitzcharles, Eduardo S. Paiva, Roland Staud, Piercarlo Sarzi-Puttini, Dan Buskila, and Gary J. Macfarlane).
- “Abordaje clínico de la fibromialgia: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia, una revisión sistemática”, Daniel Ángel García, Ismael Martínez Nicolás y Pedro J. Saturno Hernández (Instituto Nacional de Salud Pública de México, Cuernavaca, 2015).
- “Altered Serum Oxytocinase and Enkephalin-Degrading Aminopeptidase Activities in Patients with Fibromyalgia” (José Manuel Martínez-Martos, María Correa-Rodríguez, Alma Rus, Francisco Molina, María Jesús Ramírez-Expósito, and María Encarnación Aguilar-Ferrandiz).
- “Anticonvulsivos para fibromialgia” (Investigadores de la Colaboración Cochrane).
- “Antidepresivos: otra arma contra el dolor crónico” (Escrito por el personal de Mayo Clinic).
- “Are Patients with Fibromyalgia in a Prothrombotic State?” (Francisco Molina, María Luisa del Moral, Mercedes La Rubia, Santos Blanco, Ramón Carmona, and Alma Rus).
- Arnold LM, Bennett RM, Crofford LJ, Dean LE, Clauw DJ, Goldenberg DL, et al. AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Pain*. 2018;20(6).
- Arnold LM, Bennett RM, Crofford LJ, Dean LE, Clauw DJ, Goldenberg DL, MA Fitzcharles, Paiva ES, Staud R, Sarzi Puttini P, Buskila D, Macfarlane GJ. AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Pain* 2019 Jun; 6:611-628. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590018308320>

- “Cuestionario de Salud SF-36: Un instrumento para la medida de los resultados clínicos” (Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey, 1995).
- “Demuestran que la balneoterapia es efectiva para tratar los dolores de la fibromialgia” (Universidad de Siena, Italia, Clinical Rheumatology, 2018).
- “Diseño de un Protocolo de Valoración de la capacidad funcional en los procesos de Fibromialgia”, A. Meléndez López (Universidad Internacional de Andalucía, 2019).
- “Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia”, C. Alegre de Miquel¹ J. García Campayo² M. Tomás Flórez³ J. M. Gómez Arguelles⁴ E. Blanco Tarrio⁵ M. Gobbo Montoya⁶ Á. Pérez Martín⁷ A. Martínez Salio⁸ J. Vidal Fuentes⁹ E. Altarriba Alberch¹⁰ A. Gómez de la Cámara¹¹.
- “DUDAS, DOLOR, FIBROMIALGIA, PACIENTES ANTIDEPRESIVOS EN DOLOR CRÓNICO ¿POR QUÉ?” (Fibromialgianoticias.com).
- Effect of Exergame Training and Detraining on Lower-Body Strength, Agility, and Cardiorespiratory Fitness in Women with Fibromyalgia: Single-Blinded Randomized Controlled Trial Santos Villafaina 1, Yolanda Borrega-Mouqui.
- “Effects of Olive Oil Consumption on Cardiovascular Risk Factors in Patients with Fibromyalgia” (Alma Rus, Francisco Molina, María Josefa Martínez-Ramírez, María Encarnación Aguilar-Ferrándiz, Ramón Carmona and María Luisa del Moral).
- “EFECTIVIDAD DEL MANEJO NO FARMACOLÓGICO PARA DISMINUIR EL DOLOR EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA” (Universidad privada Norbert Wiener facultad de ciencias de la salud, programa de segunda especialidad en enfermería, especialidad: enfermería en salud familiar y comunitaria) (Chávez Mendoza, Valerie Ruth Stephany Sánchez Manrique, Ketty Leonisa).
- “Efectos de la acupuntura en pacientes con fibromialgia: protocolo de un estudio controlado aleatorizado” (Jorge Vasa, Manuela Modesto, Inmaculada Aguilar, Koldo Santos-Rey, Nicolás Benítez-Parejo, Francisco Rivas-Ruiz).
- “Efectos del Biofeedback electromiográfico en el tratamiento de la Fibromialgia”. Francisco Gorriz Herranz (Tesis Doctoral), Universidad de Navarra, Dpto. Psicología y Pedagogía.
- “Epidemiología y caracterización sociodemográfica de la fibromialgia en la Comunidad Valenciana”, Asensi Cabo-Meseguer, Germán Cerdá-Olmedo y José Luis Trillo-Mata (Valencia, 2019).
- “Estudio EPISER” (Sociedad Española de Reumatología, 2000).
- “Estudio de la calidad de vida antes y después del tratamiento psicológico” (T. Amaro, M. J. Martín, P. Anton Soler y J. Granados, 2006).

- “Estudio de Investigación controlado randomizado de Terapia de Reentrenamiento de la Amígdala para Fibromialgia y Fatiga Crónica con análisis de biomarcadores”. Dr. García Campayo, terapeuta Virginia Gasión.
- “Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención” (V. de Felipe García-Bardón, B. Castel-Bernal y J. Vidal-Fuentes).
- “Exercise Therapy for Fibromyalgia”, Angela J. Busch & Sandra C. Webber & Mary Brachaniec & Julia Bidonde & Vanina Dal Bello-Haas & Adrienne D. Danyliw & Tom J. Overend & Rachel S. Richards & Anuradha Sawant & Candice L. Schachter (Curr Pain Headache Rep, 2011).
- “Extra Virgin Olive Oil Improves Oxidative Stress, Functional Capacity, and Health Related Psychological Status in Patients with Fibromyalgia: A Preliminary Study” (Alma Rus, Francisco Molina, Manuel Miguel Ramos, María Josefa Martínez-Ramírez, and María Luisa Del Moral).
- “Fibromialgia” (Drloureiro's Blog, 2009). <https://drloureiro.wordpress.com/fibromialgia/>
- “Fibromialgia y Magnesio... ¿Tienen algo en común?” (Laboratorios Farma).
- “Fibromialgia y Síndromes de Dolor crónico” (Won et Alii., 2016) “Fibromialgia: estudio de la calidad de vida antes y después del tratamiento psicológico” (Dra. M^aJosé Martín, Hospital Mutua de Terrassa, Servei de Psiquiatria i Psicologia Medica).
- “Fibromialgia y terapia ocupacional. Un trabajo conjunto.” (María Maroño Martínez, Universidad da Coruña).
- “Fibromyalgia; What is it? And Symptoms” (Health Central-Chronic pain, 2007). <http://www.healthcentral.com/chronic-pain/guide-154295-75.html>
- Goldenberg DL. Diagnosis and differential diagnosis of fibromyalgia; Department of Rheumatology, Newton-Wellesley Hospital, Newton, Massachusetts 02462, USA.
- “Guía de actualización en la valoración de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, sensibilidad química múltiple y electrosensibilidad” (Instituto Nacional de la Seguridad Social, 2019).
- “Guía para la rehabilitación de la fibromialgia”, Javier Porro Novo, Adonis Estévez Pereira, Annia Rodríguez García, Ricardo Suárez Martín, Bianka González Méndez (Revista cubana de Reumatología).
- “Guía de Atención a Pacientes con Fibromialgia” (Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat, 2014).
- HAINS, Guy; HAINS, François. Combined ischemic compression and spinal manipulation in the treatment of fibromyalgia: a preliminary estimate of dose and efficacy. Journal of manipulative and physiological therapeutics, 2000, vol. 23, n° 4, p. 225-230.

“Hydroxytyrosol as a Promising Ally in the Treatment of Fibromyalgia” (Jorge A. Ramírez-Tejero, Esther Martínez-Lara, M Ángeles Peinado, María Luisa del Moral and Eva Siles).

Impact of adding a cognitive task while performing physical fitness tests in women with fibromyalgia. A cross-sectional descriptive study. Santos Villafaina, MSca, Daniel Collado-Mateo, PhDa,b,*, Francisco J. Domínguez-Muñoz, MSca, Juan P. Fuentes-García, PhDa, Narcis Gusi, PhDa.

“Insight into the biological pathways underlying fibromyalgia by a proteomic approach” (Jorge A. Ramírez-Tejero, Esther Martínez-Lara, Alma Rus, María Victoria Camacho, María Luisa Del Moral, Eva Siles).

“Investigadores de la Universidad de Jaén asocian los nuevos criterios diagnósticos de la fibromialgia con la sensibilización al dolor” (Carmen Gálvez Sánchez, Gustavo Reyes del Paso y Pablo de la Coba González).

“Investigadores españoles realizan un estudio clínico para reflejar los efectos del oxígeno hiperbárico en pacientes” (Universidad de Valencia y Biobárica España, junto con la Universidad de Valencia y la Fundación Fivan).

“Investigan los efectos de la Balneoterapia en pacientes con Síndrome de Fibromialgia” (Evcik D, KizilayB, y Gokcen E, Turquía).

“Is fibromyalgia-related oxidative stress implicated in the decline of physical and mental health status?” (M. La Rubia, A. Rus, F. Molina, M.L. del Moral).

JAMISON, Jenifer R.A psychological profile of fibromyalgia patients: A chiropractic case study. Journal of manipulative and physiological therapeutics, 1999, vol. 22, no 7, p.454-457.

“LA CÁMARA HIPERBÁRICA ALIVIA EL DOLOR Y LA INFLAMACIÓN EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA” (Universidad de Valencia, 2018).

“La importancia de una buena exploración para el diagnóstico de los Síndromes de Sensibilización Central” (Hospital Clínic de Barcelona, 2019). <https://www.clinicbarcelona.org/noticias/la-importancia-de-una-buena-exploracion-para-el-diagnostico-de-los-sindromes-de-sensibilizacion-central>

“La Ozonoterapia es eficaz en el Tratamiento de la Fibromialgia” (Clinalgia).

“La quiropráctica ayuda obtener una mejor calidad de vida para pacientes con fibromialgia” (Kephra Froehlich).

“La quiropráctica ha demostrado ser un método seguro y eficaz para la fibromialgia” (Puravida quiropráctica).

“Láser de baja intensidad para mejorar los síntomas de la fibromialgia” (Investigadores de la Universidad de São Paulo, Brasil).

LEÓN IGLESIAS, Javier, *Seguridad Social. Metodología para el estudio de su acción protectora*, Madrid, Tecnos, 1ª ed., 2020.

LEÓN IGLESIAS, Javier, *Búsqueda de nuevos criterios de valoración del menoscabo funcional en los procesos de incapacidad permanente con causa en la Fibromialgia y/o Síndrome de Fatiga crónica. Un enfoque multidisciplinar*, Leioa, Universidad del País Vasco, 1ª ed., 2005.

“Mediterranean Diet, Body Composition, and Activity Associated With Bone Health in Women with Fibromyalgia Syndrome” (María Correa-Rodríguez, Jamal El Mansouri-Yachou, Rosa María Tapia-Haro, Francisco Molina, Alma Rus, Blanca Rueda-Medina, María Encarnación Aguilar-Ferrandiz).

“Nitric Oxide, Inflammation, Lipid Profile, and Cortisol in Normal and Overweight Women with Fibromyalgia” (Alma Rus, Francisco Molina, Manuela Gassó, M Victoria Camacho, B Pharm, M Ángeles Peinado and María Luisa del Moral).

“Nuevos criterios de fibromialgia: ¿vinieron para quedarse?”, Sebastián Moyanoa, Jorge Guillermo Kilsteina, Cayetano Alegre de Miguelb (a: Servicio de Clínica Médica, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, Argentina, b: Unidad de Reumatología, Hospital Universitario Vall d’Hebron, Barcelona, España, 2015). <https://www.reumatologiaclinica.org/es-nuevos-criterios-diagnosticos-fibromialgia-vinieron-articulo-S1699258X14001739>

“Nuevos Criterios Diagnósticos Fibromialgia” (ACR 2010). http://gestor.camfic.cat/Uploads/ITEM_4362_FORM_6358.pdf

“Ozone therapy in 65 patients with fibromyalgia: an effective therapy” (U Tirelli, C Cirrito, M Pavanello, C Piasentin, A Lleshi, R Taibi).

Peri, Anna Arias i Gassol, y Margarita Farres Colom (Unidad de Fibromialgia Instituto de Especialidades Médico-Quirúrgicas, Instituto de Neurociencias Anestesia-Clínica del Dolor).

“Personalidad, según el modelo psicobiológico de Cloninger, perfil psicopatológico en pacientes con fibromialgia y su relación con el malestar psicológico” (Tesis doctoral de Alba García Fontanals, Universidad Autónoma de Barcelona).

“Protocolo de actuación para médicos de INSS. Fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y sensibilidad química múltiple” (Instituto Nacional de la Seguridad Social, 2012).

“PROTOCOLOS DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON FIBROMIALGIA”, Antonio Collado Cruz, José Muñoz Gómez, Jordi Pérez Martínez, Pinar de Santos Maroto, Emili Gómez Casanovas, Luis Alfonso Moreno, Xavier Torres, Josep Mª Peri, Anna Arias i Gassol, y Margarita Farres Colom (Unidad de Fibromialgia Instituto de Especialidades Médico-Quirúrgicas Instituto de Neurociencias Anestesia-Clínica del Dolor).

- “Pruebas para diagnosticar la fibromialgia” (Hospital Clínic de Barcelona, 2018).
<https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/fibromialgia/diagnostico>
- “¿Qué aporta la homeopatía en la fibromialgia? Revisión y experiencia con una serie de casos”
 (Roberto Garrastazu López, Guillermo Basauri Camiruaga, Ana Viejo Casas, Susana Conde Díaz, Mario Ruiz Núñez).
- “Qué funciona para la fibromialgia” Norman Bauman 20-04-2014. Artículo de DJ Clauw:
 fibromialgia: una revisión clínica JAMA 2014.
- Queiroz LP. Worldwide epidemiology of fibromyalgia: a systematic review. *Curr Pain Headache Rep.* 2013;17(8).
- Statistics about Fibromyalgia; Prevalence and incidence statistics for Fibromyalgia; Health Grades Inc. 2010. WrongDiagnosis.com; 2010 Sept. 17.
- STSJ ICAN 693/2018 Órgano: Tribunal Superior de Justicia. Sala de lo Social Sede: Palmas de Gran Canaria (Las) Sección: 1 Fecha: 31/07/2018.
- “Tratamiento farmacológico de la fibromialgia: hacia la neuromodulación química” (Antonio Collado, Arantxa Conesa. La Unidad de Fibromialgia, Servicio de Reumatología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España).
- “Tratamiento farmacológico en la fibromialgia” (Javier Rivera Redondo, Instituto Provincial de Rehabilitación, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España).
- “Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado”, Gelman SM, Lera S, Caballero F, López MJ. (2002).
- “TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA FIBROMIALGIA Y DEL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA” (Miguel A. Vallejo Pareja).
- “Uso de hipnosis clínica en fibromialgia” (Pedro Velasco Alonso).
- Vicente Herrero M. T., Capdevila García L., Ramírez Iñiguez de la Torre M. V., Delgado Bueno S., Bandrés-Moyá F. La Fibromialgia en la jurisprudencia española. *Herramienta FM-Check de Valoración. Arch Med (Manizales)* 2017. 17(2):379-89.

3. ANEXO



**Department of Anesthesiology
Chronic Pain & Fatigue Research Center**

24 Frank Lloyd Wright Drive
Lobby M, Upper Level
P.O. Box 385
Ann Arbor, MI 48106-0385
P: (734) 998-6939
F: (734) 998-6900

**University of Michigan
Health System**

May 4, 2021

To Whom it May Concern:

My name is Daniel J. Clauw M.D and I am Professor of Anesthesiology, Medicine (Rheumatology), and Psychiatry at Michigan University. I serve as Director of the Chronic Pain and Fatigue Research Center at the University of Michigan, which is one of the world's most successful pain research groups. We have been particularly involved in studying fibromyalgia.

I write this letter on request of CONFESQ, the Spanish National Coalition of Fibromyalgia, Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS), Multiple Chemical Sensitivity and Electromagnetic Sensitivity, to offer my help and knowledge when they consider the most appropriate to defend and protect fibromyalgia patients' rights and interests.

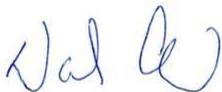
Fibromyalgia is characterized by widespread musculoskeletal pain, this may be considered as a discrete diagnosis or as a constellation of symptoms characterized by central nervous system amplification with concomitant fatigue, memory problems, and sleep and mood disturbances, for which no alternative cause can be identified. At first, there were some doubts about whether there was an "organic basis" for these related conditions, however **today there is irrefutable evidence from brain imaging and other techniques that this condition has strong biological underpinnings. The International Association for the Study of Pain (IASP), of which I am a member, formally voted several years ago that third new mechanism of pain best exemplified by fibromyalgia is very well established, and is now calling this nociplastic pain.**

Functional, chemical, and structural brain neuroimaging studies have shown a biological basis for this pain amplification syndrome. Functional magnetic resonance imaging studies have shown brain activation patterns in pain processing areas when fibromyalgia patients experience a mild pressure or heat stimulus. The pathophysiological hallmark is a sensitized or hyperactive central nervous system that leads to an increased volume control or gain on pain and sensory processing. This condition can occur in isolation, but more often it co-occurs with other conditions now being shown to have a similar underlying pathophysiology (eg, irritable bowel syndrome, interstitial cystitis, and tension headache) or as a comorbidity in individuals with diseases characterized by ongoing peripheral damage or inflammation (eg, autoimmune disorders and osteoarthritis).

There is impartial evidence that this is a real problem: the volume control or gain is set too high in the central nervous system, so people with these problems find painful things that usually are not painful. This pain amplification can extend to other sensory stimuli, such as bright lights, odors, or loud noises; because in the brain regions such as the insula that interpret any sensory stimuli are all increased in volume or increased in gain. Fibromyalgia and Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) overlap in a significant percentage of cases with both conditions increasing after periods of high stress or physical exertion. Fibromyalgia affects patients physically, emotionally and socially, interfering on their daily basis activities, such as sleeping, exercising or working, forcing them to reduce their working day. In many severe cases, they are not even able to go to work.

I have published hundreds of articles and studies about Fibromyalgia, with other experts on the field and on my own. If you are interested in reading them you could find them on the Michigan University website.

Sincerely,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Daniel Clauw'.

Daniel Clauw M.D.
Professor of Anesthesiology, Medicine and Psychiatry
University of Michigan

TRADUCCIÓN



**Department of Anesthesiology
Chronic Pain & Fatigue Research Center**

24 Frank Lloyd Wright Drive
Lobby M, Upper Level
P.O. Box 385
Ann Arbor, MI 48106-0385
P: (734) 998-6939
F: (734) 998-6900

**University of Michigan
Health System**

4 mayo 2021,

A quien pueda interesar:

Mi nombre es Daniel J. Clauw y soy profesor de Anestesiología, Reumatología y Psiquiatría en la Universidad de Michigan. Desempeño mi labor como director en el "Chronic Pain and Fatigue Research Center at the University of Michigan" (Centro de Investigación del Dolor Crónico y Fatiga de la Universidad de Michigan), siendo este uno de los grupos de investigación del dolor más exitosos del mundo. Nuestro Centro ha estado especialmente involucrado en el estudio de la Fibromialgia.

Redacto esta carta a petición de CONFESQ, la coalición nacional de Fibromialgia, Encefalomielitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica (EM/SFC), Sensibilidad Química Múltiple y Electrohipersensibilidad, con el propósito de ofrecer mi ayuda y conocimiento a cualquier cuestión que promueva la defensa y protección de los derechos e intereses de los pacientes que padecen fibromialgia.

La Fibromialgia es una enfermedad que se caracteriza por un dolor musculoesquelético generalizado, este dolor podría ser considerado como un diagnóstico diferenciado o como una constelación de síntomas caracterizados por una amplificación del Sistema Nervioso Central con concomitante fatiga, problemas de memoria y trastornos del sueño y estado de ánimo. Al principio, existían algunas dudas sobre si había una "base orgánica" para estas condiciones relacionadas, sin embargo, **hoy existe evidencia irrefutable en las imágenes cerebrales y otras técnicas que indican que la fibromialgia tiene fuertes fundamentos biológicos.** La "International Association for the Study of Pain (IASP)" Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP por sus siglas en inglés) de la que formo parte, votó formalmente hace varios años, que un tercer mecanismo de dolor perfectamente ejemplificado por la Fibromialgia está claramente establecido y ahora se denomina *nociplastic pain* o dolor nociplástico.

Estudios de neuroimágenes cerebrales funcionales, químicos y estructurales han demostrado la base biológica para este síndrome de amplificación del dolor. Además, los estudios de imágenes de resonancia magnética funcional revelan patrones de activación cerebral en áreas de procesamiento del dolor cuando los pacientes que padecen Fibromialgia experimentan una presión leve o un estímulo de calor. El sello fisiopatológico es un sistema nervioso central sensibilizado o hiperactivo que conduce a un control del volumen aumentado o ganancia en dolor y procesamiento sensorial. Esta afección puede ocurrir de forma aislada, pero con mayor frecuencia coexiste con otras afecciones que ahora se ha demostrado que tienen una fisiopatología subyacente similar (por ejemplo., síndrome del intestino irritable, cistitis intersticial y cefalea tensional) o como una comorbilidad en personas con enfermedades caracterizadas por daño periférico continuo o inflamación (p. ej., trastornos autoinmunitarios y osteoartritis).

Existe evidencia probada de que se trata de un problema real: el control del volumen o la ganancia están demasiado altos en el sistema nervioso central, por lo que las personas con estos problemas experimentan con dolor situaciones o actividades que generalmente no son dolorosas. Esta amplificación del dolor puede extenderse a otros estímulos sensoriales, como luces brillantes, olores o ruidos fuertes; porque en las regiones del cerebro, como la ínsula, que interpretan cualquier estímulo sensorial, están todas aumentadas en volumen o en ganancia. La Fibromialgia y Encefalomiélitis Miálgica o Síndrome de Fátiga Crónica (EM/SFC) se superponen en un gran porcentaje significativo de casos y ambas enfermedades aumentan después de períodos de fuerte estrés o esfuerzo físico. La Fibromialgia no sólo afecta a los pacientes físicamente, sino también social y emocionalmente, interfiriendo en las actividades de su vida diaria, como dormir, hacer ejercicio o trabajar, obligándolos a reducir su jornada laboral. En casos severos de la enfermedad, no pueden incluso ser capaces de trabajar.

He publicado centenares de artículos, estudios y ensayos sobre Fibromialgia, tanto en solitario, como junto con otros expertos en la materia. Si usted está interesado en leerlos, puede encontrarlos en la página web de la Universidad de Michigan.

Cordialmente,



Daniel Clauw M.D.
Profesor de Anestesiología, Reumatología y Psiquiatría
Universidad de Michigan

Este documento ha sido elaborado como respuesta a la «Guía de actualización en la valoración de Fibromialgia, Síndrome de Fatiga Crónica, Sensibilidad Química Múltiple y Electrohipersensibilidad (2ª Edición)», publicada el día 18 de enero de 2019 por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Dada la incorformidad del colectivo afectado, puesto que en ella se detallan criterios diagnósticos inapropiados y obsoletos para los afectados, este documento muestra la necesidad de su modificación y propone tratamientos realmente efectivos.



Subvencionado por:



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL



COCEMFE



CONFESQ

COALICIÓN NACIONAL DE ENTIDADES DE FIBROMIALGIA (FM), SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA / ENCEFALOMIELITIS MIÁLGICA (SFC/ EM), SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE (SQM) Y ELECTROHIPERSENSIBILIDAD (EHS)

 <http://confederacionssc.es/>

 info.confesq@gmail.com

 722 225 640