



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico (2019-2020)

TRABAJO FIN DE GRADO

**TRATAMIENTOS PARA MEJORAR LA
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
FIBROMIALGIA**

(REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA)

Estudiante: Cristina Jiménez Aguado

Tutora: María José Aragón Cabeza

Mayo, 2020

GLOSARIO

ACAF. Asociación Catalana de afectados de Fibromialgia

ACR. American College of Rheumatology

ADFM. Asociación Divulgación de Fibromialgia

AEMPS. Asociación Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

AVD. Actividades de la Vida Diaria

CIE-9. Clasificación Internacional de Enfermedades (9ª revisión)

ECCA. Ensayo Clínico Controlado y Aleatorizado

EVA. Escala Visual Analógica

FCmáx. Frecuencia Cardíaca máxima

FDA. Food and Drug Administration

FIQ. Fibromyalgia Impact Questionnaire

FM. Fibromialgia

GAM. Grupos de Ayuda Mutua

IMC. Índice de Masa Corporal

IRSN. Inhibidores de la recaptación de Serotonina y Norepinefrina

ISRS. Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina

OMS. Organización Mundial de la Salud

SER. Sociedad Española de Reumatología

SNC. Sistema Nervioso Central

ÍNDICE

Resumen / Abstract.....	3
Introducción.....	5
Material y métodos.....	13
Resultados.....	15
Conclusión.....	31
Bibliografía.....	32
Anexos.....	38

RESUMEN

Introducción: La fibromialgia es un síndrome crónico, que evoluciona en brotes, tiene como síntoma principal el dolor músculo-esquelético generalizado acompañado de otros síntomas como fatiga, trastornos del sueño y anímicos, problemas cognitivos y disminución de la capacidad funcional. Su etiología es desconocida. La prevalencia a nivel mundial es de 0,7-5%, habiendo gran diferencia entre mujeres y hombres (21:1). No se conoce una cura definitiva, por lo que el tratamiento se enfoca a paliar los síntomas. El principal objetivo de este trabajo es la descripción de los tratamientos tanto convencionales como las terapias alternativas que se usan en la fibromialgia.

Material: Se realizó una búsqueda bibliográfica descriptiva en diferentes bases de datos y otras fuentes de información de las que se seleccionaron 30 artículos y 2 guías para analizarlos en profundidad.

Resultados y discusión: El tratamiento convencional incluye fármacos, terapia psicológica, ejercicio físico, dieta y grupos de ayuda mutua. Los grupos farmacológicos habitualmente usados son los antiinflamatorios y analgésicos, relajantes musculares, antidepresivos y anticonvulsivantes. Destacan por su eficacia el Tramadol, la Amitriptilina y la Pregabalina. Las terapias psicológicas con mayor efectividad demostrada son la cognitiva-conductual y las técnicas de relajación. El ejercicio recomendado es el aeróbico y la dieta variada y equilibrada. Las terapias alternativas muestran diferentes grados de evidencia científica y los pacientes cada vez confían más en sus beneficios.

Conclusiones: El abordaje terapéutico de este síndrome ha de ser multidisciplinario y holístico. Queda patente que son necesarios más estudios de tratamientos que se puedan utilizar en la fibromialgia, para conseguir la mejora de su calidad de vida.

Palabras clave: fibromialgia, tratamiento, terapias alternativas, calidad de vida.

ABSTRACT

Introduction: Fibromyalgia is a chronic syndrome, which evolves in outbreaks, its principal symptom is widespread musculoskeletal pain. Its etiology is unknown. The world's prevalence is 0.7-5%, with a great difference in between females and males (21:1). Other symptoms frequently suffered in fibromyalgia are fatigue, sleep and emotional disorders, cognitive malfunction and reduction of functional ability. The diagnosis is executed by the American College of Rheumatology criteria, not by clinical tests. No definitive cure is known, so the treatment is focused on paliating the symptoms. The main objective of this research is describing the treatments, conventionals and alternative therapies used in fibromyalgia.

Materials and methods: A bibliographic descriptive research was done in 5 databases and other sources where 30 articles and 2 guides where chosen to analyze deeply.

Results and discussion: The conventional treatment includes drugs, psychological therapy, physical exercise, diet and mutual aid groups. The more frequently used pharmacological groups are anti inflammatory and analgesics, muscle relaxants, antidepressive and anticonvulsants. Standing out for its efficacy are Tramadol, Amitriptyline and Pregabalin. The most effective psychological therapies are cognitive-comportamental and relaxation techniques. Aerobic exercise is recommended and so balanced and varied diet. Alternative therapies show different scientific evidence degree and patients trust more on its benefits.

Conclusion: Therapeutic approach of this syndrome must be multidisciplinary and holistic. The conclusion is that more studies about treatments that can be used in FM are needed, to look forward improvement on quality of life.

Key words: fibromyalgia, treatment, alternative therapies, quality of life.

1. INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM) es un síndrome crónico y complejo de etiología desconocida y que evoluciona en brotes. Se caracteriza por la presencia de varios síntomas entre los que destaca el dolor músculo-esquelético generalizado. Este dolor se prolonga en el tiempo por un periodo superior a tres meses.^{1,3} Las personas que lo padecen lo describen como un dolor punzante, lacerante, sensación de pesadez y molestias de localización difusa y usan expresiones como “me duele todo”. Se concentra especialmente en las zonas del cuerpo más ejercitadas, como cuello, espalda y manos.² Además del dolor, otros síntomas que acompañan a la FM son las limitaciones funcionales, fatiga, alteraciones del sueño y anímicas, la dificultad para concentrarse, cefalea, rigidez, síndrome del intestino irritable e insomnio. Estos síntomas pueden empeorar por cambios de temperatura, humedad, estrés o cambios hormonales.⁴(ANEXO 1. Tabla 1)

La prevalencia a nivel mundial es de 0,7-5%, siendo mayor en mujeres de entre 30 y 65 años, respecto a España los datos indican una prevalencia del 2,1 al 5% predominando en el sexo femenino de más de 20 años de edad y siendo el mayor pico entre los 40 y los 49 años.

En general, la enfermedad afecta en su mayoría a mujeres con una proporción de 21:1 con respecto a los hombres. Se calcula que la media de edad en la que aparecen los primeros síntomas es alrededor de los 37 años, estableciéndose una media de unos 6 años hasta llegar al diagnóstico definitivo.³ La etiología de este síndrome no se conoce con exactitud y se barajan entre otras hipótesis las relacionadas con trastornos en el sistema nervioso autónomo o con factores genéticos. El tratamiento suele ser multidisciplinar y requiere la participación de diferentes especialidades sanitarias.

La FM no provoca degeneración ni mortalidad, aunque puede producir incapacidad parcial.² Se puede decir que esta afección produce alteraciones a distintos niveles. A nivel psicológico, según el estudio de Raphael y cols.⁵, aumenta el riesgo de padecer trastornos de ansiedad, obsesivos compulsivos y en el caso de las depresiones mayores puede llegar a triplicarse la prevalencia.

En el ámbito social, debido al estigma de esta enfermedad y por haber sido infravalorada e infradiagnosticada durante las últimas décadas, los pacientes transforman su malestar corporal en malestar psicosocial y les hace sentirse vulnerables y frágiles. Según el testimonio de pacientes con FM en el estudio de Pujal I-Llombart M. y cols.⁶ la sociedad les hace pensar que mienten, que están resentidas, desequilibradas mentalmente y que son vagas entre otras calificaciones negativas.

Respecto al ámbito sanitario y debido a la sintomatología que lleva asociada esta enfermedad, algunas de sus funciones se ven disminuidas, aunque según un estudio sobre las bajas laborales relacionadas con patologías óseas y musculares, realizado en la comunidad de Madrid, de las 16.279 incapacidades transitorias que habían sido concedidas, tan solo el 0,35% pertenecían a casos de FM y ninguna a bajas de carácter permanente.⁷

En el siglo XVIII Richard Manningham, médico inglés con especialidad de matrona, comenzó a estudiar y relacionar los síntomas que padecían algunas de sus pacientes, como dolores generalizados, fatiga y parestesias, concluyendo que se debía al mismo síndrome.⁷ Fue entonces cuando se descubrió este síndrome; un siglo después, en el XIX, se determinó que pertenecía al grupo de enfermedades reumáticas.⁸

Hasta los años 30 y 40 se referían a la FM con otros términos como puntos sensibles, dolor muscular, myitis, fibrositis, fibromiositis nodular o reumatismo psicógeno. Todos estos términos están hoy anticuados y en desuso. En el año 1992, la OMS reconoció el término actual de FM y lo incluyó en el CIE-9 con su correspondiente código (729.1), pasando a formar parte del grupo de miopatías, es decir, que pertenece al grupo de enfermedades cuyas características comunes son el dolor y la inflamación muscular, asociadas con la debilidad.^{1,8}

Este momento supuso un gran cambio en la forma de ser percibido, ya que una organización de tal categoría apoyaba la existencia de esta patología.^{1,8} A pesar de esto son muchos los que siguen pensando que no se trata de algo físico, sino de una patología psicológica en la que aquellos que la padecen psicomatizan, produciendo en los pacientes un malestar controvertido.⁶

En el estudio Episer, realizado por la Sociedad Española de Reumatología entre los años 1998 y 1999 y publicado en el 2000, se estima la prevalencia de la FM y otras 5 enfermedades músculo-esqueléticas (lumbalgia, artritis reumatoide, artrosis de rodillas y manos, FM, lupus eritematoso sistémico y osteoporosis) en la población española. Se da a conocer el impacto que tienen estas enfermedades en la calidad de vida, capacidad funcional, consumo de medicación y consultas médicas de aquellos que las padecen. Para ello traumatólogos entrenados guiaron encuestas a personas mayores de 20 años, por muestreo aleatorio polietápico con conglomerados. La última etapa es proporcional en edad y sexo a la población española de esa época.⁹

La conclusión de este estudio es que las enfermedades músculo-esqueléticas tienen una alta prevalencia en nuestro país, en especial la lumbalgia, la artrosis y la FM. Esta última asociada a una disminución de la calidad de vida por las limitaciones emocionales.⁹

Se ha llevado a cabo una nueva investigación que incluye más enfermedades osteoarticulares y que pretende mostrar la evolución de las estudiadas en el anterior. El estudio Episer 2016¹⁰, presentado a principios del 2019 revela que, durante los últimos 16 años, no ha habido un aumento de prevalencia significativo en la FM. Los datos del Episer 2000 indican que esta era del 2,45%, mientras que los del 2016 son de 2,37%.¹⁰

No existen pruebas clínicas que sirvan como diagnóstico de este síndrome y una de las maneras de llegar a la conclusión de que el paciente padece FM se obtiene mediante el descarte de otras enfermedades que presentan síntomas similares. (ANEXO 2. Tabla 2)

La causa de esta enfermedad se considera hoy en día desconocida. Muchos estudios han llegado a diferentes conclusiones sobre los factores que la provocan. Un estudio de la Asociación Colombiana de Reumatología¹¹ indica que la causa podría ser una alteración del sistema nervioso autónomo, concretamente en el eje hipotálamo-pituitaria-adrenal. Producido por el estrés que aumenta la secreción de hormonas y estimula las glándulas adrenales que producen corticoides. Los corticoides secretados

actúan como analgésicos. Sin embargo, en las personas con FM se produce un efecto paradójico, la hiperalgesia, debido a la cronificación del proceso. Se llevaron a cabo pruebas como el test de respuesta vasoconstrictora a presión fría, respuesta cardíaca al ejercicio físico y factores estresantes psicológicos que sugieren que se debe a hiporreactividad en los sistemas que producen la respuesta a situaciones estresantes.

Otro estudio de Manuel López Espino y José Carlos Mingote Adán¹² sostiene que se debe a factores genéticos, que se ven claramente afectados cuando intervienen factores externos como los cambios del clima, entornos fríos o con excesiva sequedad, por alteraciones o cambios hormonales (menopausia), estrés, ansiedad, depresión y abuso o ausencia de la realización de actividad física. Consideran que la FM está producida por una alteración de las aminos biógenas del sistema nervioso central, que es el mecanismo de regulación del dolor central. Según los autores la base de la patología es la hiperactividad de algunos receptores de la espina dorsal, que provocan la hiperalgesia y otro suceso denominado alodinia, que se define como un estímulo que normalmente es inocuo, pero produce dolor. Defienden que la sensibilidad analgésica y la nociceptiva están preestablecidas genéticamente y esto produce vulnerabilidades funcionales.

En la actualidad no hay ninguna explicación con la que la mayoría de los estudios o personas implicadas en ellos estén conformes sobre la causa de esta patología y sus síntomas. Aunque sí que existe un consenso acerca de la multifactorialidad de ésta. En el estudio de Buskila D y cols.¹³, se evidenció que existen factores que parecen ir asociados a la patología. Entre estos factores podemos encontrar:

- el género, es más común en las mujeres, con una proporción de 21:1, viéndose un aumento de la morbilidad en mujeres^{1,5,13,14}
- la agregación familiar, hay más probabilidad de que sufran la patología los familiares de primer grado^{1,13}
- preexistencia de otros síndromes de dolor crónico regional, como la jaqueca, lumbalgia, miofascial, pélvico y colon irritable^{1,13}
- estrés emocional importante. Aún no ha sido posible demostrar este dato, ya que los estudios que se han realizado acerca del tema están sesgados por problemas metodológicos y por el modelo de muestra elegido. Se ha contemplado la posibilidad de que también afecten los acontecimientos

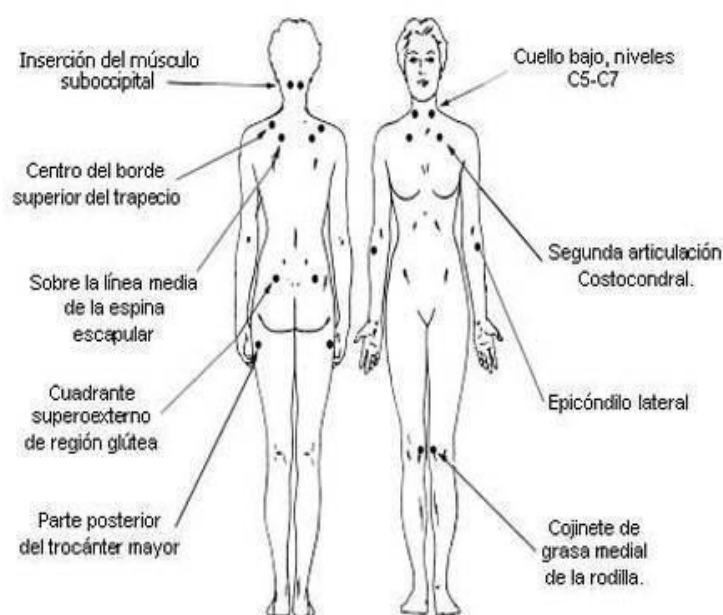
emocionales traumáticos y trastornos emocionales, tanto los que padecían en el momento del estudio como los antecedentes^{1,13}

Debido a la dificultad de diagnosticar precozmente el síndrome, los pacientes confían menos en los profesionales sanitarios y en ocasiones, éstos sufren el síndrome de burn-out al no verse capaces de resolver los problemas de sus pacientes. Esto forma una brecha entre el conocimiento técnico-científico de los sanitarios y el conocimiento que les ha proporcionado la experiencia a las personas afectadas.⁶

En el diagnóstico de la FM es fundamental la implicación del médico, ya que no es posible usar pruebas clínicas con ese propósito. Se evalúan los síntomas referidos y se descartan enfermedades con síntomas similares.¹⁵ A partir de 1990, la American College of Rheumatology estableció los puntos sensibles o puntos de control como método de diagnóstico. Este método consiste en ejercer una presión de 4kg, que se corresponde con el momento en el que el lecho subungueal del realizador de la prueba cambia de color, sobre los 18 puntos que se encuentran repartidos por todo el cuerpo y en los que los pacientes con FM refieren mayor sensación de dolor. Se considera positivo aquellos puntos en los que, al palpar, los pacientes refieren dolor. También hay que tener en cuenta que no se podrá realizar una exploración adecuada si alguno de los puntos estaba previamente inflamado.¹⁶ La existencia de dolor generalizado unido a dolor de intensidad media o agudo en un mínimo de 11 de los 18 puntos de control presenta un 88,4% de sensibilidad diagnóstica y un 81,1% de especificidad.¹

Posteriormente, esta misma asociación añadió otro concepto para aumentar la especificidad de la prueba. Que se basa en la existencia de antecedentes de dolor generalizado durante un mínimo de tres meses. Dividiendo el cuerpo en 4 partes con la columna vertebral y la cintura como ejes, deben doler ambos lados del cuerpo en su parte inferior y superior o 2 cuadrantes opuestos y el esqueleto axial para cumplir los criterios del diagnóstico. Además, en 2010 la ACR añadió a los criterios citados anteriormente que para ser un diagnóstico positivo también se debía de producir un alto nivel de cansancio, despertar con cansancio y/o problemas cognitivos, a parte de otros síntomas físicos generales.¹

FIGURA 1. Puntos sensibles de la fibromialgia



Fuente: Collado Cruz A, Cuevas Cuerda M^ªD, Estrada Sabadell M^ªD, Flórez García MT, Giner Ruiz V, Marín López J, et al. Fibromialgia. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011

Al tratarse de una enfermedad cuya etiología es desconocida, los tratamientos se dirigen a aliviar los síntomas que produce la FM. No existe ningún tratamiento farmacológico diseñado específicamente para pacientes con FM que haya sido aprobado por la Asociación Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Los fármacos usados convencionalmente son los analgésicos, antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos.¹⁸ El tratamiento farmacológico se combina con terapias psicológicas, dieta saludable y ejercicio, en la medida de lo que el paciente pueda realizar durante los brotes más agudos de la enfermedad.¹

Existen algunos problemas a la hora de la adhesión al tratamiento. Relacionados con el ejercicio físico puede suponer un aumento de dolores generalizados si se realiza a una intensidad indebida. Sin embargo, siguiendo las pautas recomendadas, se ha visto que se mejora el estado físico y mental, disminuyendo el dolor. En relación con los fármacos, pueden existir problemas de adhesión. En el caso de los analgésicos, el principal problema suele ser una disminución de la sensibilidad al fármaco, lo que provoca que se tenga que aumentar la dosis de este para poder obtener el mismo efecto que hacía antes.¹

Por estos problemas es por lo que muchos de los pacientes con FM buscan otros medios de conseguir los mismos efectos o al menos un alivio o mejora del dolor. Así es como descubren la medicina o las terapias alternativas, que son métodos mediante los que se intenta conseguir unas metas, que no pertenecen a la medicina occidental.¹⁸

JUSTIFICACIÓN

La FM, ha sido una enfermedad infravalorada e infradiagnosticada a lo largo de la historia y hoy en día sigue estando estigmatizada socialmente. Se trata de una enfermedad poco conocida y valorada hasta hace apenas dos décadas, cuando las asociaciones específicas de la patología comenzaron a difundir información sobre sus síntomas y tratamiento. Al no existir una cura definitiva para el síndrome y usar el tratamiento para paliar los síntomas los pacientes recurren a otros medios, aunque no conozcan su evidencia científica.

Estos nuevos tratamientos despiertan mucho interés en vista de que los tratamientos convencionales tienen poca eficacia y dependen de factores individuales por lo que las terapias alternativas son respetadas y altamente valoradas por los individuos que padecen la enfermedad. Vista la importancia de estas terapias, se decide centrar el trabajo en la revisión de su eficacia y todas las opciones posibles de tratamiento que no sean contraproducentes para los pacientes.

Es por esto, por lo que es conveniente realizar una revisión de las diferentes opciones de tratamientos que pueden mejorar la calidad de vida de pacientes con FM. Para obtener respuestas de cuáles son más recomendables y saber sus beneficios en este colectivo.

Con este trabajo se pretende sensibilizar a los profesionales sanitarios y mejorar su formación para que puedan detectar esta patología de forma precoz y tratarla de la manera más adecuada, lo que incluye al colectivo de enfermería que en la gran mayoría de casos pertenece al sector que más contacto tiene con los pacientes, siendo fundamental su intervención en el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y adherencia terapéutica que requiere este síndrome.

Es el médico el que valorando la sintomatología que presenta el paciente debe pensar en la FM como opción a tener en cuenta para posible diagnóstico. Un diagnóstico temprano mejora la aceptación y la forma de sobrellevar la enfermedad. Una vez identificado el síndrome, la enfermera realizará seguimientos a sus pacientes, en los que aprovechará para realizar educación para la salud aportando información sobre los síntomas, el tratamiento y facilitará el acceso a grupos de ayuda mutua, en los que participa un número de pacientes delimitado, guiados por personal sanitario. Es por ello por lo que el trabajo está destinado en especial al personal sanitario de atención primaria, con la intención de seguir aprendiendo y reforzar conocimientos sobre el síndrome.

OBJETIVOS

General:

- Describir las terapias convencionales y alternativas utilizadas como tratamiento en la enfermedad de la FM.

Específicos:

- Disminuir la estigmatización de la FM.
- Valorar la eficacia del abordaje terapéutico de la FM empleando las terapias convencionales y alternativas disponibles.

2.MATERIAL Y MÉTODOS

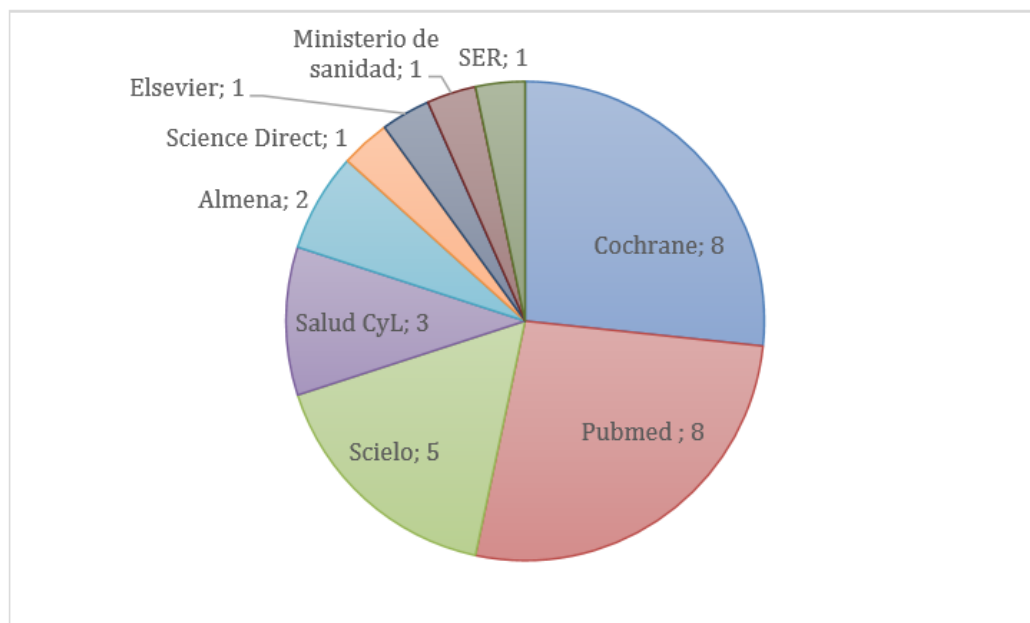
Se ha realizado una revisión bibliográfica descriptiva entre los meses de diciembre a mayo de 2020. Para ello se utilizaron las siguientes bases de datos: Pubmed, Lilacs, Scielo, Science Direct y Cochrane Library.

Se utilizaron términos DeCS y MeSH. Las palabras clave usadas fueron “fibromialgia” y “fibromyalgia” combinadas mediante el operador booleano “and” con “therapy”, “drug therapy”, “treatment”, “tratamiento”, “alternative medicine” y “terapias alternativas”.

Otras fuentes de información utilizadas fueron revistas online como Elsevier, sedes Web como Portal de salud de Castilla y León, DAE Campus del grupo Paradigma, Biblioteca online UVa (Almena) y Asociaciones específicas de la FM.

Se seleccionaron 30 artículos y 2 guías publicados entre los años 1994 y 2019, con su texto completo en español o inglés y en relación con la fibromialgia, especialmente con los diferentes tratamientos existentes, los experimentales y los ya aceptados como convencionales.

FIGURA 2. Desglose de artículos utilizados en el trabajo



Criterios de inclusión:

- Artículos publicados en español o inglés
- Artículos con texto completo disponible
- Estudios con participantes diagnosticados de FM según los criterios de la American College of Rheumatology (ACR)
- Estudios, artículos y revisiones relevantes para cumplir los objetivos propuestos en la revisión
- Artículos con temporalidad definida entre los últimos 26 años y la actualidad

Criterios de exclusión:

- Artículos o estudios donde los pacientes padecen otra enfermedad crónica distinta de la FM

Tras obtener los resultados filtrados por las palabras clave, la temporalidad, el idioma y el tema se procedió a leer los títulos y resúmenes de aquellos artículos que coincidían con los criterios señalados. Se descartaron los artículos que se encontraron duplicados en diferentes bases de datos. Posteriormente se realiza una lectura superficial del resumen. Si este cumple con los criterios descritos se estudian los materiales y métodos para comprobar su calidad. Se analiza en profundidad cada artículo y se extraen los datos pertinentes para el trabajo.

3. RESULTADOS

3.1. TRATAMIENTO CONVENCIONAL

El tratamiento convencional es aquel que se utiliza desde el sistema de salud de forma habitual. En el caso de la FM se basa en una intervención multidisciplinar que incluye: tratamiento farmacológico, terapia psicológica, ejercicio físico y una dieta equilibrada. También se fomenta el apoyo holístico a estos pacientes en las asociaciones y en los Grupos de Ayuda Mutua (GAM). Este tipo de tratamiento puede mantener bajo control los síntomas hasta en un 95% de los casos. Es de gran importancia saber que este tratamiento no tiene un enfoque curativo, sino que busca paliar los síntomas del síndrome. Aún no existe ningún tratamiento específico que haya sido aprobado por agencias como la AEMPS o la FDA.^{19,20}

3.1.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

3.1.1.1. ANALGÉSICOS Y ANTIINFLAMATORIOS

El Tramadol y el Paracetamol han obtenido buenos resultados en el control del dolor y la mejora de la calidad de vida. Según los estudios, el 75% de la población ha consumido alguna vez paracetamol, y el 27% piensan que este fármaco no es eficaz. La combinación de ambos fármacos ha mostrado efectos superiores al placebo frente a los síntomas de la FM, tienen un grado D de evidencia científica.

Los glucocorticoides y los opioides mayores no están indicados por falta de evidencia y efectos secundarios.^{1,20}

El estudio de Derry S y cols.²¹ analizan la eficacia de AINEs como Etoricoxib, Ibuprofeno, Naproxeno y tenoxicam. Ninguno de ellos fue superior al placebo, por lo que no recomiendan su uso. La Sociedad Española de Reumatología¹⁴ tampoco los recomienda por la falta de evidencias de procesos inflamatorios en la FM. Sin embargo, se considera que pueden ser eficaces en combinación con Ciclobenzaprina o benzodiacepinas, antidepresivos tricíclicos y obtienen un grado de evidencia D.¹

3.1.1.2. RELAJANTES MUSCULARES

La Ciclobenzaprina es el fármaco de elección, a pesar de que su composición química es igual a la de los antidepresivos tricíclicos, se comercializa como relajante muscular. Su dosis ideal es de 10-40 mg/día, preferentemente como dosis única, 2 o 3 horas antes de acostarse por su efecto sedante. Sus beneficios son una mejora en el control del dolor y en la calidad del sueño. Su desventaja es que sus efectos se atenúan a partir de la cuarta semana de tratamiento. Tiene un grado A de evidencia.

El estudio de Carrete S et al.²² compara la eficacia de la Amitriptilina con la Ciclobenzaprina entre ellas y con placebo. Ambos fármacos resultaron ser superiores al placebo en el control del primer y sexto mes. No existen diferencias significativas en los efectos al comparar ambos.

La Clormezanona es otro de los fármacos que se usan en el tratamiento de la FM, aunque en menor medida por el menor grado de evidencia.²⁰

3.1.1.3. ANTIDEPRESIVOS

Sus principales efectos son mejora en el control de dolor, la calidad de vida, aumento de la capacidad funcional, disminución de fatiga, síntomas depresivos y alteraciones del sueño.

Tricíclicos. Este subgrupo tiene varios mecanismos de acción de entre los que destaca la inhibición de la recaptación de serotonina y norepinefrina, con proporción favorable para la norepinefrina.²⁰ Los beneficios de estos son la disminución del número de puntos dolorosos, mejora la calidad del sueño gracias a su efecto sedante, disminuye la sensación de agarrotamiento y el exceso de sensibilidad y mejora el bienestar general del paciente. Son efectivos en el 27-35% de los consumidores, pero sus efectos son a corto plazo y producen efectos secundarios a nivel gastrointestinal, xerostomía, cefalea y somnolencia.

La Amitriptilina es la que mejores resultados ha obtenido, disminuyendo síntomas depresivos y actuando a su vez como analgésico.^{1,20} Según el estudio de Häuser W y cols.²³ este fármaco es superior al placebo y a la Duloxetina en relación a la reducción del dolor, fatiga, alteraciones del sueño y mejora la calidad de vida. No se ha podido demostrar su efecto a largo plazo. Su grado de evidencia científica es A.

ISRS. Son inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. La Fluoxetina es el más extendido, pero solo es útil cuando además de un proceso doloroso existe una depresión. Cuando se combina Fluoxetina con Amitriptilina los resultados son mejoría en el dolor, la fatiga, síntomas depresivos y limitación funcional.

Según el estudio de Thorpe y cols.²⁴, en el que se escogen dos estudios que combinan la Fluoxetina con la Amitriptilina y lo comparan con placebo y con el uso individual de la Amitriptilina. En comparación con el placebo, los resultados son claramente significativos en disminución del dolor, bienestar general, sueño y disminución de la puntuación en la escala FIQ. La Amitriptilina de forma individual redujo el número de puntos gatillo. Los efectos de la combinación extendieron su duración hasta la sexta semana desde el inicio del tratamiento.

IRSN. Los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina, que son los principales neurotransmisores relacionados con el dolor y el sueño profundo. Una alteración de sus niveles conlleva síntomas relacionados con la FM como dolor, fatiga, desequilibrio anímico como depresión y alteraciones del sueño. Se desconoce la proporción ideal para obtener mejores resultados.

El estudio de Häuser W y cols.²⁵ concluye que la Duloxetina y el Milnacipran son superiores al placebo en disminución del dolor, pero no en fatiga ni en alteraciones del sueño.

En otro estudio de Arnold LM y cols.²⁶ comparando la Duloxetina con el placebo, demuestran que esta mejora la puntuación de la escala FIQ, disminuye la severidad del dolor, el agarrotamiento, número de puntos gatillo y mejoría en la calidad de vida.

El Milnacipran y la Duloxetina han sido aprobados por la FDA para tratar síntomas de la FM. El grado de evidencia de la Duloxetina es A.

3.1.1.4. ANTICONVULSIVANTES

Este grupo de fármacos han sido efectivos al testarlos en patologías crónicas. En la FM ayudan a disminuir el dolor y la fatiga y mejoran la calidad de sueño y de vida.

Según el estudio de Derry S y cols.²⁷ en el que investigan los efectos terapéuticos de la Pregabalina con diferentes dosis de esta misma y un placebo, los resultados son

positivos cuando la dosis está entre 300 y 600 mg, independientemente de una dosis única nocturna o dos dosis diarias. Fueron eficaces en el 22-24% de la muestra, reduciendo moderadamente el dolor, lo que indirectamente mejora otros síntomas, capacidad funcional y calidad de vida. Sus efectos adversos son tolerables, los más recurrentes fueron mareo, somnolencia, aumento de peso y edemas periféricos.

En otro estudio de Cooper TE y cols.²⁸ sobre la Gabapentina se extraen datos de dos estudios realizados con anterioridad. El 49% de la muestra que consumía el fármaco refirió haber experimentado una reducción del dolor de hasta el 30%, frente a un 31% de la muestra del placebo. El 91% del grupo consumidor del fármaco expresó su sensación de mejoría desde el inicio del tratamiento, en el grupo del placebo la cifra fue del 47%. No se recomienda su uso, ya que la evidencia es de grado C.

3.1.1.5. OTROS

Fármacos como el pramipexol, oxibato sódico, antagonistas de serotonina y 5-hidroxitriptófano se encuentran en fase experimental y no se ha podido probar su beneficio en estos pacientes.

Los antagonistas de la recaptación de 5HT, calcitonina, melatonina, interferón alfa, s-adenosilmetionina no tienen suficiente evidencia para su recomendación.

3.1.2. TERAPIA PSICOLÓGICA

Dentro de los muchos tipos de terapia que se pueden proporcionar a los pacientes, la más usada en FM es la terapia cognitivo-conductual. En esta se busca la transformación de los pensamientos maladaptativos que perjudican a la conducta. Se eliminan las generalizaciones, la magnificación de cosas negativas, la minimización de cosas positivas y la catastrofización. Estos pensamientos son sustituidos por otros más realistas y efectivos en busca de la disminución del estrés, el malestar emocional y los comportamientos contraproducentes. En concreto en la FM eluden la idea de que lo peor que puede suceder es lo que va a ocurrir. Suele relacionarse con el grado de dolor, disminución a nivel funcional y malestar afectivo o emocional. Un ejemplo es:

Antes de la terapia “Mi dolor es horrible y no hay nada que yo pueda hacer para cambiarlo”.²⁹

Después de la terapia “Aunque mi dolor puede ser horrible, hay cosas que puedo hacer para sentirme al menos un poco mejor”²⁹

Además de esta parte cognitiva se usan técnicas conductuales como los refuerzos negativos y los castigos. Lo más empleado en FM son la reactivación, realización de actividad física gradual, establecimiento del ritmo de vida, disminución de realización de conductas dolorosas, higiene del sueño y técnicas de relajación. Metaanálisis sugieren que esta terapia, de manera complementaria a un tratamiento farmacológico, es efectiva en enfermedades psiquiátricas como pueden ser la depresión y la ansiedad, que son patologías comúnmente asociadas a la FM. Los estudios pilotos en FM mostraron mejoría en la severidad del dolor, la habilidad para controlar este mismo y menor malestar emocional.

William S y cols.³⁰ defienden que en su estudio en el que dividen en grupo con terapia cognitivo-conductual o grupo con terapia farmacológica, el 25% de los pacientes del grupo de terapia cognitivo-conductual respondieron positivamente, frente al 12% de los pertenecientes al grupo de terapia farmacológica.

Thieme et al.³¹ dividió una muestra de 125 pacientes en grupo control y grupo de terapia de conducta operante. Los del segundo grupo obtuvieron mejores resultados que el grupo control en cuestión de dolor, malestar emocional y funcionalidad física. La mejoría se prolongó incluso post-tratamiento y los pacientes refirieron haber necesitado menos consultas médicas.

Bernardy K y cols.³² investiga 24 estudios en los que se incluye el uso de terapia cognitivo-conductual y coinciden en que esta mejora el control del dolor y el estado anímico, y sus efectos se prolongan hasta 6 meses después de la terapia.

Es de gran importancia que los pacientes entiendan que hay creencias, pensamientos, expectativas y conductas que pueden afectarles tanto de manera positiva como negativa. Y que son ellos los que tienen en papel de mejorar su calidad de vida.

La intención de estas terapias es mejorar las estrategias de afrontamiento de la FM y la resolución de problemas. La hipótesis es que únicamente los pacientes que tienen fe desde antes del inicio de la terapia obtienen mejores resultados. También influyen

las cargas emocionales, la capacidad de superación y el grado de apoyo social con el que cuentan.³³

Además de la terapia, se emplean técnicas de relajación, como la relajación muscular que combina la relajación y contracción sistemática de los músculos, para disminuir la tensión de estos.

El entrenamiento autógeno, creada por Schultz y Luthe, busca el equilibrio psicofisiológico de la persona, realizando 6 series de ejercicios en las que a través de unas fórmulas estandarizadas se llega a la concentración pasiva de sensaciones propioceptivas. Las fórmulas son de tipo verbal y sobre áreas corporales diferentes. Su concepto principal es la repetición mental de las fórmulas y la concentración pasiva. Si se trabaja lo suficiente en estos aspectos se puede progresar hasta la disminución de estimulación aferente. Esta técnica produce mejoras en dolor, cefaleas, colon irritable, ansiedad y depresión.³⁴

La relajación guiada por imagen se fundamenta en utilizar todos los sentidos para visualizar lugares o circunstancias placenteras. Ha demostrado tener eficacia en la FM disminuyendo la sensación de dolor, mejorando la capacidad funcional y la sensación de auto-eficacia para el manejo del dolor.²⁹

Mindfulness es una técnica de reducción del estrés que se basa en la meditación, centrándose en una cosa concreta a las que se denomina “el ancla”, que puede ser un sonido, la respiración o una escena placentera. Se ha demostrado que disminuye los síntomas depresivos que se dan en la FM.²⁹

Glombiewski y cols. realizaron un metaanálisis estudiando diferentes terapias psicológicas y sus efectos a corto y largo plazo en la FM. Los resultados fueron la mejora en la sensación del dolor, la calidad del sueño, la capacidad funcional y disminuyen los síntomas depresivos y el catastrofismo. De todas las terapias y técnicas analizadas, se determinó que los resultados de mayor eficacia en cuestión del dolor eran los obtenidos con la terapia cognitivo conductual. Se observó relación entre el número de sesiones de las terapias y el de visitas médicas y se llegó a la conclusión de que cuantas más sesiones terapéuticas se realicen, menos consultas médicas son necesarias.¹

3.1.3. EJERCICIO FÍSICO

Es uno de los tratamientos no farmacológicos más extendido. Es habitual que los pacientes tengan negación a realizar actividad física por miedo a empeorar sus síntomas. Sin embargo, se ha demostrado en múltiples estudios que realizado en una intensidad y frecuencia adecuadas tienen mayores beneficios que consecuencias o efectos adversos.^{1,20,35} (ANEXO 3)

Es fundamental la individualización para evitar forzar el organismo y producir daños. En las crisis no se ha de parar de realizar ejercicio, sino que se debe disminuir la intensidad. Existen tres conceptos elementales que se deben entrenar: resistencia aeróbica, fuerza y flexibilidad.^{1,20}(ANEXO 4. Tabla 3)

Según el artículo de Kodner C³⁶, la realización de ejercicio aeróbico en sesiones de 20 a 30 minutos 2 o 3 veces por semana mejora síntomas como el dolor y la fatiga en pacientes con FM. Y el ejercicio regular mejora la capacidad funcional. Su grado de evidencia científica es A.¹

Según la revisión de Bidonde J y cols.³⁷, la ejecución de ejercicios en medio acuático o terrestre tiene beneficios en el estado de salud general y la disminución o el mejor control de los síntomas de la FM. La única diferencia significativa que se observó fue una leve mejora en la fuerza de los participantes de los grupos de ejercicios en tierra. Dentro de los ejercicios acuáticos, el que obtuvo resultados más positivos fue el tai-chi acuático, que según los resultados disminuye la rigidez muscular mejor que estiramientos acuáticos o ejercicio en el mar.

3.1.4. DIETA EQUILIBRADA

Según la OMS una dieta equilibrada es aquella que logra una proporción adecuada entre el consumo de calorías y el peso saludable de los individuos. Puede evitar enfermedades crónicas y mejora la calidad de vida.³⁸

Los pacientes con FM tienen mayor predisposición a sufrir trastornos alimentarios, síndromes metabólicos, síntomas gastrointestinales y obesidad. En la FM es especialmente importante la conservación de un peso saludable. Esto se debe a que, con el sobrepeso y la obesidad, los músculos y los tendones del cuerpo se ven

sobrecargados produciendo dolor, que es un síntoma característico del síndrome y empeorando otros síntomas como fatiga.³⁹

Según la Asociación Divulgación de Fibromialgia (ADFM) una dieta equilibrada puede mitigar algunos síntomas como estreñimiento, diarrea, xerostomía, cefalea, dismenorrea e insomnio.²⁰ (ANEXO 5. Tabla 4)

En el manual práctico para profesionales de la salud sugieren una dieta equilibrada con predominio vegetariano.

Según el estudio de López-Rodríguez MM y cols.³⁹ en el que participan una muestra de 60 mujeres diagnosticadas de FM según los criterios de la ACR (grupo FM) y otras 60 mujeres sanas (grupo control) existen ciertas diferencias en los patrones dietéticos. La hipótesis de los estudios sobre la evitación o modificación de estos patrones es debido a la asociación de los pacientes de la ingesta de ciertos alimentos o grupos de alimentos con un empeoramiento de los síntomas. Se observó que el grupo FM tenía mayor IMC, mayor tendencia a la evitación de ciertos grupos alimenticios y según las encuestas realizadas, pensaban con más frecuencia en hacer dietas con intención de bajar de peso. Los grupos de alimentos evitados con más frecuencia por el grupo FM son lácteos, cereales, frutas y azúcares. También se percibió una disminución del consumo de alcohol, refrescos (especialmente con cafeína), patatas, dulces, comidas especiadas o muy condimentadas y alimentos que producen digestiones más pesadas. El estudio de Isasi C y cols.⁴⁰ asocia la FM a la hipersensibilidad o intolerancia al gluten y sugiere eliminarlo de la dieta.

Los azúcares son consumidos en menor cantidad debido a su asociación con el aumento de peso y disminución de la calidad de vida relacionada con este. El 61% de las participantes del grupo FM evitan por completo el alcohol y el 18,3% consume únicamente refrescos sin cafeína.³⁹

En el grupo de FM el 87% reconocieron haber hecho uso de productos de herboristería y 26,6% de suplementos nutricionales, destacando los multivitamínicos. Con respecto a estos datos, las participantes refirieron en su mayoría seguir las indicaciones médicas para elección de suplementos y decisión de evitaciones de alimentos.^{1,14,39}

Los resultados muestran ligeras variaciones entre ambos grupos, pero se concluye que la dieta de las personas con FM es variada, equilibrada y semejante a la seguida por las personas sanas.³⁹

3.1.5. GRUPOS DE AYUDA MUTUA (GAM)

Son grupos de entre 10 y 15 personas con actitud proactiva. Los objetivos de realizar estas reuniones son mejorar la autoestima de los participantes, generar sentido de pertenencia a un colectivo, aprendizaje y cumplimiento de reglas, conformidad entre miembros, consecución de verse los pacientes como semejantes y favorecer el proceso educativo sobre la FM.³³

El lema de los grupos es “No estás solo”. Es una forma de apoyo entre personas que sufren una misma dolencia y que pasan por situaciones similares en diferentes ámbitos de la vida. Para que el grupo funcione es esencial una actitud proactiva y que las personas que integran el grupo vayan con la mente abierta y esperanza de mejorar gracias a ello. Se deben evitar asimismo las lamentaciones.³³

Según el estudio de Sapaj JC y cols.⁴¹ esta terapia es de gran utilidad en patologías crónicas para alcanzar metas, cambiar conductas de salud y mejora del autocuidado.

Dentro de cada grupo existen dos figuras que son fundamentales, una psicóloga especializada en el tema y con amplia experiencia en terapia cognitiva-conductual y una paciente ya rehabilitada que sirva de guía y de ejemplo para el grupo. Así pueden comprobar que hay luz al final del túnel y compartir dudas y experiencias.³³

3.2. TERAPIAS ALTERNATIVAS

La medicina alternativa, también denominada medicina complementaria o medicina tradicional es la que se define como actividades o prácticas de atención a la salud, que no son originarias del país y no forman parte de la cartera de servicios ofrecida por la sanidad nacional. En España, la medicina alternativa más aceptada o con más seguidores es la medicina oriental o asiática. Entre las técnicas más populares podemos encontrar la acupuntura, la reflexología o terapias herbales.⁴²

3.2.1.TAI CHI

Es un tipo de ejercicio originario de china, en el que se ejercita tanto el cuerpo como la mente. Se basa en la meditación y en la realización de secuencia de movimientos corporales sosegados, respiraciones controladas y relajación. Fue concebido como un arte marcial que trata de integrar elementos físicos, psicosociales, emocionales, espirituales y comportamentales. Es por esa intención de tratamiento holístico y multifactorial por lo que se le considera idóneo para tratar la FM.⁴³

En el estudio aleatorizado de simple ciego de Chenchen Wang MD y cols.⁴⁴ se examinó a 66 pacientes a los que se dividió aleatoriamente en grupo control y grupo experimental. Al grupo control se le proporcionó sesiones de educación para el bienestar y estiramientos, durante 12 semanas. Les facilitaron información sobre la fibromialgia, como estrategias para sobrellevarlo, técnicas de resolución de problemas, nutrición, trastornos del sueño, dolor, salud física y mental, tratamientos y estilo de vida. Y realizaban estiramientos supervisados por personal cualificado. Se instó a los participantes a realizar al menos 20 minutos de estiramientos al día en su domicilio. Mientras que al grupo experimental les ofrecieron clases de tai chi de estilo Yang clásico, durante 12 semanas. Las clases incluían calentamiento, automasaje, reafirmación de los conocimientos sobre los movimientos, las respiraciones y las técnicas de relajación del tai chi. Se instó a los participantes a que practicasen tai chi en casa al menos 20 minutos al día. En ambos grupos se solicitó que continuasen las sesiones tras las 12 semanas y se les pidió que no participaran en ningún otro estudio hasta finalizar el seguimiento. Los resultados obtenidos fueron de mejora significativa en el grupo experimental en la disminución del dolor, menor número de puntos gatillo y mejora de la calidad del sueño. Además, se mantuvo el beneficio hasta la visita de seguimiento en la semana 24.

A pesar de los datos obtenidos, en el estudio del ministerio de sanidad consideran que el estudio no tiene suficiente evidencia, por lo que lo califican como un grado D de evidencia científica.¹

3.2.2. MASAJE TERAPÉUTICO

Técnica en la que se utilizan las manos para rozar y friccionar partes del cuerpo mediante movimientos rítmicos y repetitivos. Los masajes activan impulsos nerviosos aferentes que se transmiten hasta el SNC y que excitan los órganos y sistemas pertinentes. Los resultados del masaje son diseminación de sangre y linfa y estimular o inhibir órganos internos. Su principal beneficio es la reducción de conductibilidad de los nervios motores y sensoriales, menguando significativamente las sensaciones de dolor. Además, produce sensación de reanimación, disminuye la fatiga, adecúa para su actividad y elimina sustancias nocivas o tóxicas, como el ácido láctico.⁴⁵

En el estudio experimental de Valdés González A y cols.⁴⁵ participan 60 mujeres diagnosticadas de FM. Se divide en dos grupos aleatoriamente a las participantes, siendo el primero de control y el segundo el experimental. En el grupo de control, el tratamiento es únicamente farmacológico. El grupo experimental obtiene el mismo tratamiento farmacológico y a mayores recibe 10 sesiones de masaje que se realizaron por personal formado y con aceites y cremas inocuas. Para medir los progresos se les solicitó a las pacientes la realización de la escala EVA en tres momentos diferentes del estudio. En el grupo control las puntuaciones medias obtenidas fueron de 10 en la primera semana de la escala, 7 en la quinta semana y 5 en la décima semana. Mientras que en el experimental los resultados obtenidos fueron 10, 5 y 2 respectivamente. Se deduce entonces que el masaje terapéutico es efectivo en la disminución del dolor en pacientes con fibromialgia, complementándose con la terapia farmacológica y gracias a esto se consiguen mejoras en un periodo de tiempo más reducido.⁴⁵

Según el estudio realizado por el ministerio de sanidad, que compara los resultados de 5 ECCA y un metaanálisis, se contradicen en varios de ellos. Incluso en estudios realizados por el mismo grupo obtienen que no es beneficioso en uno, mientras que el otro sí tiene beneficios, pero se mantienen a corto plazo. Hablan de reducción de la sensación dolorosa y de la mejora del drenaje linfático frente a la del masaje conectivo, siendo el primero superior. Por la controversia entre estudios y las altas posibilidades de sesgo, conceden al masaje terapéutico un grado C de evidencia científica.¹

3.2.3. ACUPUNTURA

Se basa en la introducción de una aguja en determinados puntos del organismo, una vez colocada en el punto adecuado esta se rota para conseguir un acoplamiento mecánico entre la aguja y el tejido conectivo adyacente, modificando así la configuración y disposición de los microtúbulos y activando las señales mecánicas y los mecanorreceptores. Esta técnica libera beta-endorfinas y neurotransmisores y activa los sistemas analgésicos endógenos. La finalidad de la acupuntura es producir efectos analgésicos, aliviando el dolor.⁴⁶

Según el artículo de Rodríguez N y Macías MA⁴⁷, que revisa los resultados de 4 ensayos y 2 revisiones sistemáticas que estudian los efectos tanto beneficiosos como adversos, en el caso de existirlos en la acupuntura en personas con FM. Los estudios se realizaron comparando las diferencias entre los aportes de la acupuntura verdadera, la acupuntura falsa y la simulada. La diferencia entre estas es que la denominada verdadera atraviesa la epidermis en puntos específicos, en la falsa, se realizan las punciones en puntos que no son específicos de la acupuntura, atravesando la epidermis y en la simulada, no llega a atravesar la epidermis.²¹

En estos estudios se llegó a la conclusión de que la acupuntura disminuye la puntuación que se obtiene en la escala FIQ, que es un cuestionario multidimensional autoadministrable que evalúa los elementos del estado de salud que se ven mayormente afectados por la fibromialgia, teniendo en cuenta cómo fueron la semana anterior a la realización del propio test. Cuanta mayor puntuación se obtiene en la escala peor es la calidad de vida.²²

Pero según el primer estudio, esta puntuación se ve reducida una media de 4,3 puntos sobre los 100 que son evaluables en el test. También se evidencia una disminución en la fatiga, la ansiedad y el dolor. Se observa que cuantas más sesiones se llevan a cabo, mayores son las mejoras. Y que no hay gran diferencia entre los resultados obtenidos de grupos control con tratamiento farmacológico habitual y grupo experimental con sesiones de acupuntura. Aunque no se puede demostrar la eficacia, ya que en la mayoría de los estudios, no se observan diferencias significativas entre la acupuntura verdadera, la falsa y la simulada. Por lo que se puede afirmar que hay un fuerte efecto placebo.²¹

Según el estudio realizado por el ministerio de sanidad, existen resultados en metaanálisis en los que los resultados muestran un leve efecto analgésico, que puede ser confundido con sesgos. Por lo que obtiene un grado C de recomendación por evidencia científica.¹

3.2.4. QI GONG

Según la cultura oriental, todo lo existente en el universo está compuesto de una fuerza vital que fluye y cambia constantemente. A esta fuerza la denominan Qi. Al conocimiento de la relación del Qi con el ser humano y los efectos que produce en este se designa como Qi gong. Los humanos manejan el Qi mediante impulsos eléctricos generados por el cerebro y a través de movimientos, que favorecen la relajación y fortalecen los tejidos y conductos del organismo.

Se basa en la realización de ejercicios para la mente y movimientos para el cuerpo, siendo estos muy gráciles y simples. Esto ayuda al equilibrio del organismo y mejoran los canales, también llamados meridianos por los que fluye el Qi.

Dependiendo del tipo de Qi gong se pueden usar o no remedios herbales, sonidos relajantes y control de la respiración. Existen dos tipos de Qi gong, el interno, para la autocuración y conservar el estado de salud y el externo, ejecutado por los maestros expertos para los cuidados y la curación de otras personas mediante la salida del Qi del cuerpo. No es un arte marcial, lo que busca es fortificar las capacidades naturales del cuerpo como la regeneración, desintoxicación, relajación y desarrollo.¹⁸

En el artículo de Sánchez Carnerero C¹⁸, se revisan 6 estudios, 2 de ellos seguimientos de uno de los principales. El estudio de Liu y cols. es el único en el que no se observa mejoría en la calidad de vida, además de notificar que hubo dos efectos adversos, fascitis plantar y dolor en los hombros. En el resto de estudios destaca la mejora en la calidad de vida, de sueño, dolor y de estado anímico. En los 3 estudios de Sawynok y cols. las participantes refieren además haber cesado la administración de su tratamiento farmacológico y los suplementos en diferentes momentos de la intervención. En su último estudio afirman que cuanto mayor tiempo se dedica a la terapia a diario, mejores son los resultados obtenidos.^{1,18}

Según el estudio del ministerio de sanidad, el estudio que se revisó sobre Qi gong mostró mejoras en el dolor, el estado de ánimo y la capacidad, pero estas no fueron significativas en relación al grupo control al que se le proporcionó apoyo educativo. Por lo que lo es calificado como un grado C de evidencia científica.¹

3.2.5. REFLEXOLOGÍA

Se basa en la realización de masajes aplicando presión en determinados puntos de pies y manos. La creencia es que las partes que se presionan están conectadas con otras partes del cuerpo, como músculos u órganos. Se considera que esta técnica ayuda con la relajación, el bienestar general, fomentando un estado saludable y que disminuye los síntomas de múltiples patologías.⁴⁸

En el estudio de Jenny Gunnardsdottir T y Peden-McAlpine C⁴⁹, se realiza una intervención con una muestra de 6 mujeres que han sido diagnosticadas de FM según los criterios de la American College of Rheumatology. Realizan sesiones de reflexología de aproximadamente 45 minutos, pudiendo aumentar el tiempo necesario para insistir y profundizar en las zonas que fueran necesarias, después las pacientes se relajaban durante 10-15 minutos. Se realizaba una sesión a la semana, llegando a un total de 10 sesiones. Todas ellas con el mismo profesional para evitar sesgos.

Las pacientes refirieron que durante las primeras semanas los síntomas empeoraron, pero entre la sexta y la octava semana comenzaron a notar la mejoría. Entre los beneficios que manifestaron las participantes se encuentran la desaparición o gran disminución de los dolores de cabeza de tipo migrañoso, disminución del dolor articular, menor rigidez, mejora en la calidad de vida, de sueño y bienestar emocional.

Aquellas que notaron menos mejoría o ninguno lo achacaron a una severidad mayor de los síntomas y al comienzo de un nuevo trabajo estresante. Aún así, aquellas que comenzaron a trabajar refirieron que les había sorprendido gratamente la forma en que se estaban sintiendo a pesar del estrés que conllevaba volver a trabajar.

DISCUSIÓN

En el tratamiento farmacológico se ha demostrado que la Ciclobenzaprina, Amitriptilina, Duloxetina, Milnacipran, Pregabalina, Gabapentina y las combinaciones del Tramadol con Paracetamol y Fluoxetina con Amitriptilina son eficaces para disminuir los síntomas de la FM.

La principal terapia psicológica es la terapia cognitivo-conductual, que produce mejoras en la severidad del dolor y el estado anímico a largo plazo. Además, disminuye el número de consultas o visitas médicas necesarias por el empeoramiento de los síntomas.

El entrenamiento autógeno, la relajación muscular, la relajación guiada por imagen y el mindfulness han demostrado ser efectivos.

El ejercicio físico con un programa individualizado que entrene resistencia aeróbica, fuerza y flexibilidad 2-3 veces por semana ayuda a que a los pacientes les resulte más sencillo realizar actividades de la vida diaria.

Las personas que padecen FM tienen mayor predisposición a sufrir síntomas gastro-intestinales, síndromes metabólicos y obesidad. Son más propensas a realizar dietas y conductas de evitación alimentarias.

Los GAM mejoran el estado anímico y favorecen las relaciones interpersonales que fomentan el apoyo mutuo.

Los resultados de las terapias alternativas son controvertidos y constan de limitada evidencia científica, pero buenos resultados a nivel clínico.

El tai chi ejercita cuerpo y mente mediante meditación y movimientos corporales lentos. Disminuye el dolor, el número de puntos gatillo y mejora la calidad del sueño. Sus beneficios son a largo plazo.

El masaje terapéutico reduce la conductibilidad de los nervios, disminuyendo la sensación dolorosa, también mejora la fatiga y elimina sustancias nocivas del organismo.

La acupuntura se basa en la introducción de una aguja hasta la epidermis rotándola para adherirse al tejido conectivo, estimulando los sistemas analgésicos endógenos. Disminuye la puntuación del FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire), la fatiga, la ansiedad y el dolor.

El Qi gong son ejercicios físicos y mentales que se basan en la meditación. Disminuye el dolor, mejora el estado de ánimo y la capacidad funcional.

La reflexología fomenta la relajación y el bienestar general. Disminuye las cefaleas de tipo migrañoso, la artralgia, la rigidez y mejora la calidad de sueño y de vida y el bienestar emocional.

En este trabajo la principal limitación ha sido la escasez de artículos científicos, en relación con las terapias alternativas. Debido a esto, fue necesario aumentar el rango de años entre los que se había establecido inicialmente la búsqueda.

La información acerca del síndrome de la FM es cuantiosa, aunque destaca la menor existencia de estudios actuales y nacionales. En esta revisión bibliográfica predominan artículos y estudios internacionales.

Este trabajo expone la necesidad de nuevos y mejores estudios en relación con el tratamiento de la FM, máxime de las terapias alternativas.

Los resultados obtenidos son similares a los de otros estudios ^{1,14,20}, los tratamientos convencionales de farmacología, psicología, ejercicio y dieta no muestran grandes cambios con artículos de las últimas décadas. En las terapias alternativas no hay cambios significativos, ya que muchos de los estudios son recientes y no se han realizado otros que puedan refutarlos o comprobar su veracidad. Los resultados fueron por tanto los esperados.

4.CONCLUSIÓN

En nuestra sociedad es imprescindible la visibilización y disminución de la estigmatización de este síndrome. Conseguido mediante la difusión de información sobre la FM recogida en este trabajo.

Es preciso personal sanitario formado y sensibilizado. Al no existir una cura definitiva, es indispensable conocer los tratamientos disponibles, que en todo caso han de ser multidisciplinarios y holísticos. Para conocerlos en mayor profundidad se recopilaron estudios y artículos y se analizaron con la intención de valorar su eficacia.

Es necesario realizar más estudios para verificar la validez y evidencia científica de las terapias que han mostrado resultados prometedores.

Es primordial plantear al paciente todas las opciones de tratamientos, ya sean convencionales o alternativas, para que escoja entre las que crea más convenientes, siempre que no pongan en peligro su salud. Buscando mejorar su calidad de vida.

5.BIBLIOGRAFÍA

1. Collado Cruz A, Cuevas Cuerda M^aD, Estrada Sabadell M^aD, Flórez García MT, Giner Ruiz V, Marín López J, et al. Fibromialgia. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [acceso 23 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>
2. Salud Castilla y León [sede web]. Castilla y León: Sanidad de Castilla y León; [acceso 4 de marzo de 2020]. Aula de pacientes. Fibromialgia [2 páginas]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guia-dolor/fibromialgia>
3. Salud Castilla y León [sede web]. Castilla y León: Sanidad Castilla y León; 2014 junio 20 [acceso 3 de febrero de 2020]. FFISCYL: Resumen de la jornada celebrada el pasado 14 de junio. Portal de salud [2 páginas]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/en/asociaciones-pacientes-familiares-12c0c5/noticias-relacionadas-asociaciones/ffiscyl-resumen-jornada-celebrada-pasado-14-junio>
4. Inforeuma [sede web]. España: Fundación Española de Reumatología; [acceso 23 de diciembre de 2019]. Fibromialgia: qué es, síntomas, diagnóstico y tratamiento [3 pantallas]. Disponible en: <https://inforeuma.com/enfermedades-reumaticas/fibromialgia/>
5. Raphael K, Janal M, Neyak S, Schwartz J, Gallagher R; Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. Pain. 2006 septiembre [acceso 29 de diciembre de 2019]; 124 (1-2): 117-125. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S030439590600193X>
6. Pujal I-Llombart M, Mora-Malo E, Schöngut-Grollmus N. Fibromialgia, desigualdad social y género. Estudio cualitativo sobre transformación del malestar corporal en malestar psicosocial. Duazary [revista en internet] 2017 [acceso 15 de marzo de 2020]; 14 (1): [70-78]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5746581>
7. Rivera J. Controversias en el diagnóstico de fibromialgia. Elsevier [revista en internet] 2004 noviembre [acceso 3 de febrero de 2020]; 31 (9): [501-506]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-controversias-el-diagnostico-fibromialgia-13068511>
8. Ruíz Catalán Z. Relación entre la actividad física y el bienestar psicológico en las personas con fibromialgia [monografía en internet]. España: Grupo Paradigma; 2018 [acceso 26 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/daecampus/trabajofingrado/?IdTrabajo=3410>
9. Sociedad Española de Reumatología [sede web]. España: Fundación FER; 2000 [actualización 2019; acceso 2 de enero de 2020]. Prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. Disponible en: <https://www.ser.es/episer/>

10. Sociedad Española de Reumatología [sede web]. España: Fundación FER; 2016 [actualización 2020; acceso 15 de febrero de 2020]. Estudio de prevalencia de las enfermedades reumáticas en población adulta en España. Disponible en: <https://www.ser.es/episer-2/>
11. Rodríguez Martínez Nelly, Ángel Macías Mauricio. Acupuntura en el manejo complementario de la fibromialgia. Rev.Colomb.Reumatol. [Internet]. 2012 enero [acceso 26 de diciembre de 2019] ; 19(1): 27-39. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-81232012000100004&lng=en
12. López Espino Manuel, Mingote Adán José Carlos. Fibromialgia. Clínica y Salud [Internet]. 2008 Diciembre [acceso 27 de diciembre de 2019] ; 19(3): 343-358. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300005&lng=es
13. Buskila, D, Sarzi-Puttini, P. Biology and therapy of fibromyalgia. Genetic aspects of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Res Ther* ;2006 [acceso 27 de diciembre de 2019]; 8 (218): 5. Disponible en: <https://arthritis-research.biomedcentral.com/articles/10.1186/ar2005>
14. Rivera J, Alegre C, Ballina F, Carbonell J, Carmona L, Castel B, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. Reumatología Clínica [revista en internet] 2006 [acceso 17 de marzo de 2020]; 2 (s1): [S55-S66]. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-documento-consenso-sociedad-espanola-reumatologia-articulo-S1699258X06730844>
15. Fibromialgia noticias [sede web]. España: fibromialgia noticias; 2016 [acceso 28 de diciembre de 2019]. Descartar enfermedades para diagnosticar la fibromialgia [10 pantallas]. Disponible en: <https://fibromialgianoticias.com/descartar-enfermedades-para-diagnosticar-fibromialgia/>
16. Fibromialgia Cataluña [sede web]. Cataluña: ACAF (Asociación Catalana de Afectados por fibromialgia y otros síndromes de sensibilización central); [acceso 26 de diciembre de 2019]. Fibromialgia. Las respuestas a las preguntas más frecuentes [8 pantallas]. Disponible en: <http://www.fibromialgia.cat/cast/fibromialgia.htm>
17. Salud Castilla y León [sede web]. Castilla y León: Gerencia regional de salud; 2010 [revisión 2011; acceso 28 de diciembre de 2019]. Proceso asistencial integrado: fibromialgia [85 páginas]. disponible en: https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/fibromialgia.ficheros/274790-Proceso%20asistencial%20integrado%20de%20fibromialgia_2011%20mod.pdf
18. Sánchez-Carnerero C.I. Revisión del qigong como terapia alternativa en el tratamiento de la fibromialgia. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2017 Abr

- [acceso 20 de marzo de 2020] ; 24(2): 96-103. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462017000200096&lang=es
19. Almena biblioteca UVa [sede web]. Valladolid: ediciones Universidad de Valladolid; 2015 [acceso 10 de abril de 2020]. La fibromialgia. Del malestar al bienestar: estilos de vida saludables[10 páginas]. Disponible en: https://almena.uva.es/permalink/34BUC_UVA/h2r142/alma991008074054505774
 20. Penacho A, Rivera J, Pastor MA, Gusí N. Guía de ejercicios para personas con fibromialgia [Internet]. 1ª edición. Victoria-Gasteiz: Asociación Vasca Divulgación de Fibromialgia; 2010 [acceso 10 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.fibro.info/guiaejercicios.pdf>
 21. Derry S, Wiffen PJ, Häuser W, Mücke M, Rudolf Tölle, Frances Bell R, Moore RA. Oral nonsteroidal anti-inflammatory drugs for fibromyalgia in adults [Internet]. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group; 2017 marzo [acceso 13 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012332.pub2/full/es#CD012332-sec-0016>
 22. Carrette S, Bell MJ, Reynolds WJ, et al. Comparison of Amitriptyline, Cyclobenzaprine, and Placebo in the treatment of fibromyalgia. A randomized, double-blind clinical trial. Arthritis Rheum.[revista en internet] 1994 enero [acceso 6 de mayo de 2020]; 37 (1): 32-40. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8129762/>
 23. Sommer C, Walitt B, Häuser W. Anticonvulsants for fibromyalgia [Internet]. Cochrane musculoskeletal group; 2013 Octubre [acceso 8 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010782/information/es>
 24. Gilran I, Moore RA, Shum B, Thorpe J, Wiffen PJ. Combination pharmacotherapy for the treatment of fibromyalgia in adults [Internet]. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group; 2018 febrero, [acceso 23 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010585.pub2/information>
 25. Sommer C, Üçeyler N ,Häuser W. A systematic review on the effectiveness of treatment with antidepressants in fibromyalgia syndrome [Internet]. Cochrane musculoskeletal pain group; 2008 Octubre [acceso 8 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/art.24000>
 26. Arnold LM, Rosen A, Pritchett YL, D'Souza D, Goldstein DJ, Iyengar S et al. A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of Duloxetine in the Treatment of Women With Fibromyalgia With or Without Major Depressive Disorder [Internet]; 2005 noviembre [acceso 13 de abril de 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16298061/>

27. Cording M, Law S, Moore RA, Philips T, Derry S, Wiffen PJ. Pregabalin for pain in fibromyalgia in adults [Internet]. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group; 2016 septiembre [acceso 23 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011790.pub2/full?highlightAbstract=fibromialgia%7Cfibromialgi>
28. Derry S, Moore RA, Wiffen PJ. Gabapentin for fibromyalgia pain in adults [Internet]. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group; 2017 enero [acceso 23 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012188.pub2/full?highlightAbstract=fibromialgia%7Cfibromialgi>
29. Gevirtz NR, Hassett AL. Nonpharmacologic Treatment for Fibromyalgia: Patient Education, Cognitive-Behavioral Therapy, Relaxation Techniques, and Complementary and Alternative Medicine [Internet]. Estados Unidos; 2009 mayo [acceso 27 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2743408/>
30. Cary MA, Chaplin W, Clauw DJ, Glazer LJ, Groner KH, Rodríguez AM et al. Improving physical functional status in patients with fibromyalgia: a brief cognitive behavioral intervention. *J Rheumatol.* [revista en internet]. 2002 junio [acceso 12 de marzo de 2020]; 29(6):1280-1286. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12064847/#affiliation-1>
31. Flor H, Thieme K, Turk DC. Responder Criteria for Operant and Cognitive-Behavioral Treatment of Fibromyalgia Syndrome. *Arthritis Rheum.* [revista en internet] 2007 [acceso 12 de abril de 2020]; 57 5: 830-836. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17530683/>
32. Bernardy K, Busch AJ, Choy EHS, Häuser W, Klose P. Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Estados Unidos: Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group; 2013 septiembre [acceso 6 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009796.pub2/information/es>
33. Martínez Lavín M. La Ciencia y la Clínica de la Fibromialgia Manual práctico para profesionales de la salud [libro en internet]. Editorial médica Panamericana; 2012 [acceso 30 de marzo de 2020]. Disponible en: https://almena.uva.es/permalink/34BUC_UVA/h2r142/alma991001837499705774
34. Abuín MR. Terapia autógena: técnicas, fundamentos, aplicaciones en la salud y clínica y apoyo empírico. *Clínica y Salud* [Internet]. 2016 Noviembre [acceso 17 de abril de 2020] ; 27(3): 133-145. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742016000300005&lang=es
35. Belenguer Prieto r, Carbonell Baeza A, García Campayo J, Luciano Devis JV, Martín Nogueras AM, Martínez Lavín M et al. Guía de debut en fibromialgia [libro en internet]. 2ª edición. España: Asociación de divulgación de fibromialgia;

- 2016 mayo [acceso 6 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://fibro.info/guia-de-debut-en-fibromialgia/>
36. Kodner C. Common Questions About the Diagnosis and Management of Fibromyalgia. Am Fam Physician [revista en internet] 2015 [acceso 20 de febrero de 2020]; 91 (7): 472-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25884747/>
37. Bidonde J, Busch AJ, Danyliw A, Overend TJ, Roder T, Richards RS et al. Aquatic exercise training for fibromyalgia [Internet]. Cochrane Musculoskeletal Group; 2014 octubre [acceso 17 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011336/full/es?highlightAbstract=fibromyalgi%7Cfibromyalgia>
38. WHO [sede web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [acceso 6 de marzo de 2020]. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/diet/es/>
39. Fernández Medina IM, Fernández Sola C, Granero Molina J, López-Rodríguez MM, Ruiz Muelle A. Patrones de evitación y conductas alimentarias en pacientes con fibromialgia. Elsevier [revista en internet] 2017 [acceso 2 de mayo de 2020]; 64 (9): 480-490. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-diabetes-nutricion-13-articulo-patrones-evitacion-conductas-alimentarias-pacientes-S2530016417301866>
40. Casco F, Castro MJ, Colmenero I, Fernández N, Isasi C, Serrano-Vela JI et al. Fibromyalgia and non-celiac gluten sensitivity: a description with remission of fibromyalgia [Internet]. Rheumatol Int.; 2014 [acceso 3 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4209093/>
41. Campos S, Lange I, Piette JD, Sapag JC. Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. Revista Panamericana de salud pública [revista en internet] 2010 [acceso 7 de mayo de 2020]; 27 (1): 1-9. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpsp/2010.v27n1/1-9/#ModalArticles>
42. WHO [sede web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [acceso 2 de marzo de 2020]. Medicina tradicional: definiciones [2 pantallas]. Disponible en: https://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/
43. National Institute of Health [sede web]. USA: Instituto Nacional de Cáncer; [acceso 10 de abril de 2020]. Diccionario de cáncer [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/tai-chi>
44. Chenche Wang MD et al. A Randomized Trial of Tai Chi for Fibromyalgia. The NEJM [revista en internet] 2019 Agosto [acceso 18 de febrero de 2020]; 363 (8): 743-754. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20818876>
45. Valdés González A, Gómez Noelvis P, Ramos Marrero O, Castro Morillo E M, Oviedo Tápanez E. Integración del masaje terapéutico con el tratamiento convencional en pacientes diagnosticadas de fibromialgia. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2011 Diciembre [acceso 20 de febrero de 2020] ; 33(6): 710-717.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000600004&lng=es

46. Rodríguez Martínez N, Macías Mauricio Á. Acupuntura en el manejo complementario de la fibromialgia. Rev.Colomb.Reumatol. [Internet]. 2012 Enero [acceso 20 de febrero de 2020] ; 19(1): 27-39. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-81232012000100004&lang=es
47. Monterde S, Salvat I, Montull S, Fernández-Ballart J. Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. Elsevier [revista en internet] 2004 Noviembre [acceso 10 de abril de 2020]; 31 (9): [507-513]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-validacion-version-espanola-del-fibromyalgia-13068512>
48. National Institute of Health [sede web]. USA: Instituto Nacional de Cáncer; [acceso 12 de mayo de 2020]. Diccionario de cáncer [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/reflexologia>
49. Gunnarsdottir TJ, Peden-McAlpine C. Effects of reflexology on fibromyalgia symptoms: A multiple case study. Science Direct [revista en internet] 2010 [acceso 6 de mayo de 2020]; 16 (3): 167-172. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1744388110000071>

6.ANEXOS

Anexo 1.

Tabla 1. Síntomas más comunes en FM, ordenados en función de su frecuencia.

SÍNTOMA	PORCENTAJE (%)
Dolor	100
Fatiga	93,5
Cefalea	86,7
Alteraciones del sueño	92
Parestesias	91
Rigidez	90
Alteraciones cognitivas	87
Ansiedad	86
Mareos	76,7
Contracturas raquis	73,8
Depresión	66,8
Palpitaciones	42,5
Intolerancia farmacológica múltiple	25,6
Cistitis de repetición	21,6
Dolor torácico atípico	20,6
Pérdidas de conocimiento	10,3
Prurito generalizado ideopático	6,6

Fuente: Penacho A, Rivera J, Pastor MA, Gusí N. Guía de ejercicios para personas con fibromialgia [Internet]. 1ª edición. Victoria-Gasteiz: Asociación Vasca Divulgación de Fibromialgia; 2010

Anexo 2.

Tabla 2. Enfermedades con síntomas similares a la fibromialgia

ENFERMEDAD	SIMILITUDES
Artritis	daño de tejidos y huesos con artralgia
Túnel carpiano	entumecimiento dactilar
Sensibilización central	hiperalgesia y alodinia
Lumbalgia crónica	dolor cronificado
Síndrome de fatiga crónica	debilidad, dolor músculo-esquelético, insomnio, dificultad para memorizar y concentrarse en información.
Depresión	dificultad para memorizar y concentrarse, humor variable, cansancio y apatía
Síndrome de Ehlers Danlos	dolor osteo-muscular
Intolerancias alimentarias	cefalea, mialgia y fatiga
Hiperlaxitud	mialgia y artralgia
Hipotiroidismo	dolor, fatiga y depresión
Síndrome del intestino irritable	estreñimiento, diarrea y dolor de estómago
Lupus	inflamación en músculos y articulaciones

Enfermedad de Lyme	artralgia, fatiga, cefalea y rigidez
Esclerosis múltiple	debilidad, fatiga y problemas cognitivos
Parestesia	entumecimiento
Fenómeno de Reynaud	dolor y entumecimiento

Fuente: Fibromialgia noticias [sede web]. España: fibromialgia noticias; 2016 [acceso el 28 de diciembre de 2019]. Descartar enfermedades para diagnosticar la fibromialgia. Tabla de elaboración propia

ANEXO 3. Recomendaciones generales para realizar ejercicio físico por pacientes con FM.

Recomendaciones generales:

- Aumentar gradualmente el ejercicio. Antes de empezar realizar estiramientos y calentamiento.
- Hacer ejercicio por la mañana, ya que por la noche puede producir trastornos en el sueño.
- Descansar entre ejercicios para retrasar la aparición de la fatiga muscular.
- Valorar las facultades del individuo antes de iniciar el entrenamiento y un seguimiento para individualizar los ejercicios.
- Advertir de que es común que durante las primeras semanas el paciente note un aumento en el nivel de dolor y de fatiga muscular.
- La actividad física fomenta la perseverancia y la adherencia a los programas de tratamientos.
- Tener en cuenta los fármacos consumidos por el paciente a la hora de plantear los ejercicios.
- Ergonomía en el entorno laboral.
- Mantener una buena higiene postural, especialmente a la hora de realizar los ejercicios.
- Si se realiza actividad física en el agua esta debe estar a una temperatura superior a los 28°C para favorecer la relajación de los músculos y evitar la tensión y contracción dolorosas.
- Evitar sedentarismo y sobrepeso.
- Nunca es tarde para empezar.

Fuente: Penacho A, Rivera J, Pastor MA, Gusí N. Guía de ejercicios para personas con fibromialgia [Internet]. 1ª edición. Victoria-Gasteiz: Asociación Vasca Divulgación de Fibromialgia; 2010. Elaboración propia

ANEXO 4.**Tabla 3. Cómo realizar ejercicio físico y sus beneficios**

EJERCICIO	INTENSIDAD	FRECUENCIA	BENEFICIOS
Resistencia aeróbica	baja-moderada FC máx 60-75%	2-4 veces por semana 2 bloques de 15-20 minutos	facilita realizar AVD disminuye fatiga mejora calidad sueño
Fuerza	que no produzca dolor agudo	1-2 series con 8 repeticiones 3 minutos de recuperación activa entre series	mejora calidad de vida facilita realizar AVD (subir escaleras y pasear)
Flexibilidad	sin forzar la musculatura patrón respiratorio regular	3 veces por semana días no consecutivos 5-15 segundos cada estiramiento	facilita realizar AVD

Fuente: Penacho A, Rivera J, Pastor MA, Gusí N. Guía de ejercicios para personas con fibromialgia [Internet]. 1ª edición. Victoria-Gasteiz: Asociación Vasca Divulgación de Fibromialgia; 2010. Tabla de elaboración propia

ANEXO 5.**Tabla 4.-Pautas dietéticas para disminuir síntomas de la FM.**

SÍNTOMA	FOMENTAR	EVITAR
Estreñimiento	frutas, verduras, legumbres, cereales, fibra y líquidos	alimentos refinados
Diarrea	leche sin lactosa o derivados vegetales, lácteos desnatados, carne y pescado bajo en grasas, manzana, plátano y arroz. Cocido, al vapor, horneado o a la plancha	fritos y grasas
Xerostomía	agua, alimentos con líquidos, menta, alimentos fríos y chicles o caramelos sin azúcar	comidas secas o empalagosas
Cefalea		cebolla, naranja, frutos secos, chocolate y bebidas alcohólicas o excitantes
Dismenorrea	pescado, infusiones y té relajante	carnes rojas, grasas y dulces procesados
Insomnio	vegetales de hoja verde y cereales	excitantes (café y té), alcohol, chocolate y picante

Fuente: Penacho A, Rivera J, Pastor MA, Gusí N. Guía de ejercicios para personas con fibromialgia [Internet]. 1ª edición. Victoria-Gasteiz: Asociación Vasca Divulgación de Fibromialgia; 2010. Figura de elaboración propia.