

**GUÍA DE FIBROMIALGIA
(FM), SENSIBILIDAD
QUÍMICA MÚLTIPLE (SQM)
Y SÍNDROME DE FATIGA
CRÓNICA (SFC) PARA
MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA**

“QUE NO PARE TU VIDA”



ÍNDICE

1. Presentación profesionales colaboradores.....	4
2. FIBROMIALGIA. Puntos más importantes para diagnosticar Fibromialgia {FM} desde Atención Primaria.....	7
3. SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE {SQM}. Puntos más importantes para diagnosticar SQM desde Atención Primaria	12
4. SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA {SFC}. Valoración funcional en pacientes con enfermedad por "Intolerancia al Esfuerzo Sistémico": EM/SFC y Fibromialgia en Atención Primaria	19
5. Aspectos psicológicos dentro de las enfermedades crónicas: Fribromialgia {FM}, Sensibilidad Química Múltiple {SQM} y Síndrome de Fatiga Crónica {SFC}.....	35

**FINANCIADA POR LA DIPUTACIÓN DE CÁCERES.
ELABORADA POR FEXAF CON LA COLABORACIÓN DE:**

*Josefa Costillo Rodríguez
Mar Rodríguez Gimena
Juan Carlos Segovia Martínez
Juan Francisco Moya Vellarino*



JOSEFA COSTILLO RODRÍGUEZ.

Coordinadora Unidad del Dolor de Badajoz. Médico de Familia. Máster Interuniversitario en Estudio y Tratamiento del Dolor. Universidad Rey Juan Carlos. Título Especialista Acupuntura y Moxibustion. Universidad de Extremadura. Experta Universitaria tratamiento del Dolor. Universidad de Cádiz.



MAR RODRÍGUEZ GIMENA

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Madrid. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Diplomada por el Centro Universitario de Salud Pública (CUSP) de la Universidad Autónoma de Madrid en *Promoción y Educación para la Salud* (VII Promoción). Postgraduada en Medicina Homeopática, curso impartido por la Academia de Medicina Homeopática de Barcelona (Universidad Autónoma de Barcelona). Curso en la Escuela Nacional de Sanidad de Formadoras /es en violencia. Experta del grupo redactor del Documento sobre Sensibilidad Química Múltiple del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad impulsado por el Observatorio de Salud de las mujeres y publicado en diciembre de 2011.



JUAN CARLOS SEGOVIA MARTÍNEZ

Doctor en Medicina. Licenciado en Medicina, especialista en Medicina de la Educación Física y Deportes. Licenciado en Educación Física y Deportes. Director de la Cátedra Olímpica Marqués de Samaranch de la UCJC. Médico del Centro Médico Sannus Clinic.



JUAN FRANCISCO MOYA VELLARINO.

Psicólogo general Sanitario. Graduado en Psicología. Máster en Psicología General Sanitaria. Experto en discapacidad. Experto en Enfermedades crónicas y calidad de vida.

¿QUÉ ES LA FIBROMIALGIA (FM)?

La fibromialgia {FM} es una enfermedad crónica que se identifica por el dolor generalizado, la fatiga, la falta de sueño y otros síntomas somáticos. Muchos pacientes con fibromialgia sufren pérdida de su calidad de vida. En la población general se estima que entre el 2% y el 11% de las personas tienen fibromialgia.

La FM fue reconocida por la Organización Mundial de la Salud {OMS} en 1992 y tipificada en el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades {CIE-10} con el código M79.0. La nueva Clasificación Internacional de Enfermedades {CIE-11} de la OMS, que entró en vigor el 1 de enero de 2022, se contempla por primera vez el Dolor Generalizado Crónico Primario {código MG30.01}, donde se incluye a la Fibromialgia, como un tipo de dolor nociplástico. El dolor nociplástico es aquel que surge de la nocicepción alterada a pesar de que no haya evidencia clara de daño tisular real o potencial que cause la activación de los nociceptores periféricos o evidencia de enfermedad o lesión del sistema somatosensorial que cause dolor y se identifican factores contribuyentes psicológicos y sociales”.

En definitiva, estamos ante una realidad clínica, reconocida por la comunidad científica, que exige concienciación y formación de los profesionales de la salud y el respeto y reconocimiento por parte de las personas que integran los círculos familiar, laboral y social de cada paciente.

El dolor crónico generalizado es la principal característica común de los pacientes con fibromialgia, aunque a menudo su presentación puede ser muy variada, presentando otros síntomas y comorbilidades dentro de su espectro clínico. Se identifican tres categorías principales de fibromialgia:

fibromialgia primaria o idiopática, fibromialgia secundaria cuando se produce simultáneamente con un trastorno principal y la fibromialgia juvenil.

¿POR QUÉ SE PRODUCE? Se ha descubierto que hay varios factores que favorecen el desarrollo de la fibromialgia, entre ellos polimorfismos familiares o genéticos, predisposiciones hormonales y respuestas neuroendocrinas anormales, cuya combinación puede verse exacerbada por desencadenantes ambientales como el estrés psicológico o las lesiones periféricas. Aunque la sensibilización central es el mecanismo más comúnmente aceptado para el desarrollo de la fibromialgia, la patogénesis exacta del desarrollo sigue siendo desconocida.

¿CÓMO SE DIAGNÓSTICA? La FM es un trastorno que no puede basarse en un diagnóstico de exclusión, sino que necesita de un diagnóstico con enfoque multidimensional del dolor crónico generalizado y sus síntomas asociados y que abarquen los factores estresantes psicosociales, las creencias subjetivas, los factores psicológicos, pensamientos, emociones y estrategias de afrontamiento disfuncionales y las quejas somáticas. Hasta la fecha no existen pruebas específicas para diagnosticar la FM, aunque existen publicaciones que nos pueden servir de ayuda a nivel clínico como: “ **Nuevos criterios diagnósticos para la fibromialgia 2019**” (AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. J Pain 2019 Jun; 6:611-628).

Un test de uso rápido muy útil en Atención Primaria es **Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FIRST)**.

Se compone de las siguientes preguntas:

¿Tiene dolores por todo el cuerpo? ¿Los dolores vienen acompañados de fatiga general permanente? ¿Los dolores se acompañan de otras

sensaciones anormales, como pinchazos, entumecimiento, adormecimiento u hormigueo por todo el cuerpo? ¿Los dolores se acompañan de otros problemas de

salud, como alteraciones digestivas, urinarias, dolor de cabeza o piernas inquietas? ¿Tienen esos dolores una repercusión importante en su vida diaria, especialmente en el sueño, en la capacidad de concentración o en la sensación de realizar esas actividades con lentitud?

Habría indicios de padecer Fibromialgia si el valor de esas respuestas es mayor o igual a cinco.

Para valorar el Impacto en la calidad de vida de los pacientes afectados existen cuestionarios validados en español como "Cuestionario de Impacto en fibromialgia (FIQ)".

Diagnóstico diferencial Varios trastornos pueden imitar la FM, como el hipotiroidismo, enfermedades reumáticas inflamatorias, neurológicas, endocrinas, infecciosas, digestivas, etc. pudiendo ser necesario en ciertos pacientes la implicación de varias especialidades para su estudio. Además, algunos medicamentos pueden contribuir al dolor, como las estatinas, los inhibidores de la aromataasa, los bifosfonatos y los opioides por la hiperalgesia inducida por los opioides. Sin embargo, estas afecciones y muchas otras (p. ej., artritis reumatoide, osteoartritis, lupus eritematoso sistémico [LES], estenosis espinal, neuropatías, síndrome de Ehlers Danlos, trastornos del sueño, como la apnea del sueño, y trastornos del estado de ánimo y de la ansiedad también coexisten en pacientes con FM. La presencia de otros trastornos no excluye necesariamente un diagnóstico de FM, y todos los trastornos necesitarán de atención clínica. La valoración de los trastornos asociados deberá llevarse a cabo por el correspondiente especialista. En general, no es necesario realizar pruebas de laboratorio exhaustivas para diagnosticar la Fibromialgia, se realizan pruebas de laboratorio de cribado para evaluar otras posibles causas de los signos o síntomas, estas pruebas incluyen hemograma, bioquímica, PCR, FR, ANA, TSH. En función de los síntomas, la historia clínica y la exploración

física, pueden estar indicadas otras pruebas como la CPK, ferritina, la capacidad de absorción de hierro y el porcentaje de saturación, y los niveles de vitamina B12 y vitamina D etc.

¿CÓMO SE TRATA? Dado el amplio espectro de esta condición nociplástica, el abordaje terapéutico de los pacientes no es una tarea fácil. Los avances en las intervenciones no farmacológicas y modificadoras del estilo de vida de los pacientes han mostrado resultados interesantes. Desgraciadamente, los tratamientos farmacológicos tendrán un efecto modesto en la mayoría de los pacientes. Por ello, deben recomendarse a todos los pacientes enfoques no farmacológicos que promuevan la actividad física y las habilidades de afrontamiento. La terapia cognitivoconductual, el ejercicio aeróbico, el tai-chi, la hidroterapia, la reducción del estrés basada en Mindfulness, y las terapias multicomponentes se han asociado a la reducción de los síntomas de la fibromialgia y deben recomendarse solos o junto con el tratamiento farmacológico. Existen programas grupales muy valorados por los pacientes.

RECOMENDACIONES DE FARMACOTERAPIA EN LA FIBROMIALGIA: Los tratamientos farmacológicos actuales para pacientes que padecen FM están dirigidos principalmente a paliar algunos síntomas como el dolor, falta del sueño y la fatiga. Estos tratamientos parecen mejorar significativamente la calidad de vida de ciertos pacientes con FM.

SE RECOMIENDAN PORQUE HAN DEMOSTRADO EFICACIA: los fármacos Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (**Amitriptilina y Duloxetine**) y también la **Pregabalina**, aunque no todos los pacientes van a encontrar este alivio, por lo que hay que revisar su eficacia de forma individualizada. Deben iniciarse en dosis bajas y aumentarse con cautela, muchos pacientes no suelen tolerarlos y los abandonan antes de haber alcanzado las dosis terapéuticas.

No se recomiendan: **Corticoides y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) incluido el paracetamol** para el tratamiento del dolor crónico, por falta de evidencia y de eficacia, y por asociarse a efectos adversos a nivel gastrointestinal, renal y cardiovascular. Los **opioides mayores** tampoco son de utilidad. Si el paciente refiere alivio con tramadol (opioides menor) por su efecto dual de la recaptación de serotonina y noradrenalina se recomendarán dosis bajas y se vigilará la posible dependencia/adicción. Los antipsicóticos deberían evitarse por el riesgo de efectos adversos y falta de evidencia de eficacia, así como el uso crónico de **benzodiazepinas** por el riesgo de adicción y otros efectos adversos, y por no existir evidencia sobre eficacia y seguridad en la fibromialgia. Los **cannabinoides** en la terapia FM siguen en investigación. En 2021 la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) completó una revisión integral sobre el uso de cannabinoides para el tratamiento del dolor, llegando a la conclusión de falta de evidencia suficiente para apoyar el uso del cannabis en la actualidad, aunque no descarta que la investigación y los metaanálisis futuros revelen la utilidad del cannabis en el tratamiento del dolor y otros síntomas. La práctica de automedicación de la hierba de cannabis se asoció con parámetros psicosociales negativos. Por lo tanto, se debe tener precaución al recomendar el uso de cannabinoides hasta que se aclaren los problemas psicosociales y de salud en general.

SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES. Una vez diagnosticada la enfermedad por el médico de atención primaria o de atención hospitalaria, el seguimiento debe corresponder al equipo de atención primaria (no sólo al médico de familia) sino también al personal de enfermería y a los trabajadores sociales. Las asociaciones de pacientes de fibromialgia juegan un importante papel de apoyo.

¿QUÉ ES LA SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE (SQM)?

La Sensibilidad Química Múltiple es una enfermedad crónica, que se caracteriza por la presencia de síntomas recurrentes que afectan a diversos órganos y sistemas en respuesta a la exposición a agentes químicos ambientales en niveles inferiores a los tolerados por la población general, no es una alergia.

En septiembre de 2014, España reconoció oficialmente la Sensibilidad Química Múltiple, recogiénola en el CIE 9MC con el código 995.3. En el año 2011 el Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, publicó el Documento de Consenso en Sensibilidad Química Múltiple.

<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/formacion/home.htm>

Si una persona está afectada de Sensibilidad Química Múltiple, cuando se exponga a agentes químicos ambientales diversos a bajos niveles*, presentará síntomas reproducibles y recurrentes pudiendo mejorar su estado de salud, cuando los supuestos agentes causantes son eliminados o se evita la exposición a ellos.

¿CUÁLES SON ESOS SÍNTOMAS? Son síntomas que afectan a diferentes partes del organismo y no siempre se presentan todos, pero lo que es característico es que se producen tras la exposición a agentes químicos.

- **Neurológicos:** Cefalea, mareo, debilidad, dificultad de concentración, pérdida de memoria, dificultad para pensar, cefalea, trastornos del sueño, marcha inestable, pérdida de equilibrio, tropiezos, caídas, convulsiones.

* (A concentraciones inferiores de las que se consideran capaces de causar efectos adversos a la población general)

- **Digestivos:** Flatulencias, diarreas, náuseas, vómitos
- **Musculares:** Temblores finos, hormigueos en manos y pies, dolor y debilidad muscular.
- **Cardiovasculares:** Palpitaciones, Arritmias, hinchazón en pies y tobillos
- **Respiratorio:** Fatiga (disnea), tos, afonía.
- **Articulares:** Dolor
- **Dermatológicos:** Picor, dermatitis, eczemas.
- **Mucosas:** Sensación de sequedad, irritación...
- **Psíquicos:** irritabilidad, ansiedad, depresión.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA? O AL MENOS ¿CÓMO SE SOSPECHA? No existe una prueba diagnóstica (lo que llamamos analítica de sangre o pruebas de imagen como radiografías) que sea concluyente. El diagnóstico es clínico. Eso significa, que tanto los y las profesionales sanitarios como las personas afectadas, lo sospecharemos por los síntomas que se producen tras la exposición a agentes químicos y nos ayudaremos por cuestionarios específicos, que permiten identificar los agentes que desencadenan los síntomas, la gravedad y el impacto de la enfermedad en la calidad de vida de la persona afectada.

Uno de los cuestionarios más utilizado es el QEESI. Valora intolerancias químicas inhalatorias, otras intolerancias (como alimentos, medicamentos, alcohol) el impacto de la enfermedad, la severidad de los síntomas, la calidad de vida. Es un cuestionario autoadministrado y está validado.

<http://afigranca.org/docs/Cuestionario-QEESI.pdf>

También debemos descartar otras enfermedades asociadas, sobre todo hipotiroidismo, dolor crónico, síndrome de fatiga crónica, déficit de hierro, de vitamina D, asma bronquial, colon irritable...).

Ante la sospecha diagnóstica de SQM, se realizará una detallada historia clínica, una exploración física completa, y una historia de las posibles exposiciones a agente químicos durante toda la vida (incluyendo la infancia y la adolescencia), en el ocio, en el trabajo, en el hogar y en el barrio o pueblo en el que resida o haya residido la persona afectada. Se recomienda hacer una analítica completa, que será individualizada en función de los síntomas de la persona afectada. Es necesario hacer pruebas de funcionamiento de la mitocondria.

Los agentes que desencadenan la enfermedad son múltiples, variados, no relacionados entre sí y presentes en nuestra vida diaria. Existen numerosas y amplias listas referidas en diferentes publicaciones y artículos. Los compuestos que se repiten con más frecuencia como causantes de SQM son los siguientes:

- Productos de limpieza del hogar (lejía, amoníaco, sulfumán, zotal, limpiacristales, fregasuelos suavizantes, y otros)
- Productos de cosmética e higiene personal (colonias, cremas corporales, jabón, gel de baño, cosméticos, laca, desodorante, champús, y otros)
- Disolventes y pinturas (acetona, barnices, pegamentos y disolventes en general)
- En espacios interiores (aire acondicionado, ambientadores, humo de velas, incienso, tintas de periódicos y revistas, sprays y otros)
- En la vía pública (gasolina/gasoil, asfalto, alquitrán, humo de los tubos de escape y otros)
- Humos (tabaco, barbacoas, cocción de alimentos, brasas, fritos, fuegos artificiales, incendios y otros)
- Alimentos, aditivos y contaminantes alimentarios (maíz y azúcar de maíz, residuos de plaguicidas, fungicidas, colores artificiales, edulcorantes, conservantes alimentarios, ceras de protección y materiales de empaquetado)

- Contaminantes del agua y aditivos ingeridos a través del agua de consumo humano.
- Fármacos y productos de consumo habitual (ácido acetil salicílico, barbitúricos, sulfonamidas, diluyentes, saborizantes, conservantes, aceites minerales, lociones, laxantes, vitaminas sintéticas, cintas adhesivas, cosméticos, perfumes, champús, productos de higiene personal, adhesivos dentales, sales y aceites de baño, camas de agua, rotuladores de punta de fieltro, abrillantadores, pulidores, piscinas cloradas, contrastes radiológicos, lentes de contacto y componentes de plásticos liberados de material médico).
- Principales intolerancias ambientales:
 - Exposición solar
 - Exposición a ondas eléctricas (redes o conducciones de electricidad, electrodomésticos)
 - Ondas magnéticas (microondas, aparatos de electromedicina, telefonía, electroimanes)
 - Ondas sonoras (ruido intenso o persistente).
- Piscinas cloradas, contrastes radiológicos, lentes de contacto, componentes plásticos de material médico.
- Origen laboral, tras exposiciones en el puesto de trabajo a productos químicos tóxicos, plaguicidas, fumigaciones u otros.

¿Cómo podemos ayudar a una persona que padezca SQM? Lo más importante es entender la enfermedad y que el entorno más cercano de la persona afectada y las personas de los servicios sociosanitarios que la van a atender y acompañar conozcan unas normas básicas.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA ATENCIÓN AL ENFERMO DE SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE

Para una correcta atención de las personas afectadas se hace imprescindible, un entorno ambiental adecuado que no les enferme más. El seguimiento de unas normas básicas simples facilitará en gran medida la atención en un entorno más seguro.

PROTOCOLO DE LIMPIEZA EN LOS ESPACIOS DE ATENCIÓN A PACIENTES CON SQM

- La limpieza se hará con productos sin perfume, no tóxicos, sin químicos e inocuos.
- Se evitarán los productos etiquetados como tóxicos, como lejía, agua fuerte, amoníaco, desinfectantes.
- Evitar todos los productos perfumados, como limpiasuelos perfumados, multiusos, limpiacristales, y otros. No usar los limpiadores en aerosol, ni ambientadores.
- Se limpiará con agua usando bayetas ecológicas o paños de algodón y las superficies (como inodoro, ducha o bañera, lavabo, u otros), con bicarbonato si se precisa.
- La desinfección si es necesaria, se hará con peróxido de hidrógeno o productos como Virox,
- Se ventilará durante la realización de la limpieza y después de esta.

- Se retirarán todos los objetos perfumados y con aroma, velas, ambientadores, jabón de manos perfumado, alcoholes, desinfectantes etc. y se evitará el uso de sprays insecticidas, dispositivos eléctricos de aroma o insecticida, etc.
- Se retirará la lencería de consulta químicamente tratada (sábanas de camilla, toallas u otros), se usará papel de secado de manos y camilla desechable.
- Se revisará y limpiará de forma periódica el sistema de ventilación/calefacción.

PROFESIONALES, FAMILIARES Y AMISTADES LIBRE DE FRAGANCIAS

Deberemos procurar no usar agentes químicos con olores fuertes en nuestra higiene personal ni en el lavado de nuestra ropa, haciendo el lavado de la ropa del personal con detergentes a ser posible ecológicos, sin perfumes ni suavizantes.

Esta iniciativa sería beneficiosa para todas y todos y concienciaría a la población general y a las y los sanitarios de la importancia para la salud de mantener en lo posible una adecuada calidad del aire interior.

Si eres un profesional de la salud procura atender a primera hora de la mañana y cuando preveas que va a haber menos personas en la sala de espera. Procura ventilar antes de que entre la persona afectada. Si eres un familiar o amistad de una persona que sufre SQM procura evitar, en la medida de tus posibilidades, usar productos de higiene convencional y con mucha fragancia.

ABORDAJE TERAPEÚTICO:

- Cada persona afectada necesita de un plan personalizado.
- Se deben evitar las exposiciones potencialmente tóxicas.
- Se aconseja evitar el uso de agentes químicos en el hogar, en la higiene personal, en el trabajo y en el ocio.

- Algunas personas pueden necesitar el uso de mascarillas en el exterior, o en lugares públicos.
- En la medida de las posibilidades de cada persona, se aconseja que la alimentación sea ecológica.
- Procurar evitar el sedentarismo y hacer la actividad física que permita la enfermedad.
- En ocasiones, en personas con alto grado de afectación puede ser necesario hacer cambios en el domicilio (retirada de barnices, pinturas, cambio de muebles etc.)
- Se tratarán las comorbilidades encontradas (hipotiroidismo, anemia, déficit de vitamina D...) y se prestará especial atención a otras enfermedades emergentes de predominio femenino.
- Debemos prestar especial atención a los síntomas de sufrimiento mental (nerviosismo, tristeza, desesperanza, insomnio) y tratarlos intentando no medicalizar.
- Las personas afectadas pueden necesitar la adaptación de su puesto laboral según la ley de prevención de riesgos laborales.
- En caso de necesitar atención hospitalaria es importante que se tomen las medidas preventivas adecuadas recogidas en diferentes protocolos hospitalarios.
- Pueden ser necesarios los periodos de baja laboral en momentos de reagudización de la enfermedad.
- Invitamos a unirse a grupos de personas afectadas, a asociarse, a reivindicar: en definitiva, a generar espacios de apoyo mutuo.

PREVENCIÓN:

- La prevención es fundamental. La Ley de prevención de Riesgos laborales (31/1995) recoge algunas medidas.
- Es necesario estar especialmente atentas a aquellas trabajadoras /es que manipulen productos químicos (deben estar protegidos por mascarilla, guantes, protección ocular u otra protección específica de acuerdo al trabajo realizado).

- En caso de fumigaciones en el lugar de trabajo es necesario que se avise de estos procedimientos a las y los trabajadores y tomar las medidas de prevención necesarias.
- La ventilación de los espacios de trabajo, la evitación de la exposición a los agentes desencadenantes y a los campos electromagnéticos, el uso de productos de limpieza ecológicos y el combate de las plagas con técnicas mecánicas, no químicas, mejorará la calidad del aire.

VALORACIÓN FUNCIONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR “INTOLERANCIA ESFUERZO SISTÉMICO”: EM/SFC Y FIBROMIALGIA

La Encefalomiелitis Miálgica (EM) y/o el Síndrome de Fatiga Crónica (SFC), son dos entidades clínicas que a lo largo de la historia han seguido, dependiendo del momento, caminos independientes y paralelos.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: Debido al desconocimiento de la etiología y como resultado de la ausencia de una prueba “gold standar” para el diagnóstico de la enfermedad, la mayoría de los criterios se han establecido en base a la opinión de grupos de expertos.

En el último consenso se recogen los criterios que conforman el diagnóstico de un paciente con Encefalomiелitis Miálgica:

1. Agotamiento neuroinmune post-esfuerzo (PENE)
2. Al menos 1 síntoma de 3 en las siguientes cuatro categorías de deterioro neurológico:

- a. Deterioro neurocognitivo.
 - b. Dolor.
 - c. Trastornos del sueño.
 - d. Trastornos neurosensoriales, percepción, motores.
3. Al menos 1 síntoma de 3, en las siguientes cinco categorías:
- a. Síntomas gripales.
 - b. Susceptibilidad a infecciones virales con recuperación prolongada.
 - c. Trastornos gastrointestinales.
 - d. Trastornos genitourinarios.
 - e. Sensibilidad a alimentos, fármacos, sustancias químicas, olores.
4. Al menos un síntoma relacionado con la producción y el transporte de energía:
- a. Cardiovascular.
 - b. Respiratorio.
 - c. Inestabilidad termostática.
 - d. Intolerancia a temperaturas extremas.

El consenso ha venido siendo utilizado con éxito, pero últimamente y como resultado de un arduo trabajo del "Institute of Medicine (IOM) of Academies of Sciences, Engineering and Medicine", se publica el ME/CFS- SEID (Medicine Institute 2015), que contempla que para el diagnóstico de EM/SFC-SEID, deben cumplirse los tres síntomas o criterios siguientes:

1. Incapacidad significativa para recuperar la capacidad funcional anterior al comienzo de la enfermedad (laboral, educativa, social o personal), que se prolongue más de 6 meses y se acompaña de fatiga característica (reciente comienzo, no deriva de esfuerzo, no alivia con reposo).

2. Síndrome o enfermedad post-esfuerzo.

3. Sueño no reparador.

Y con, al menos una de las dos siguientes manifestaciones:

1. Deterioro cognitivo, que deberá ser valorado por su profesional correspondiente.

2. Intolerancia ortostática.

El síndrome o enfermedad post-esfuerzo, el sueño no reparador y el deterioro cognitivo debe ser moderado-severo, y manifestarse en el sujeto en más del 50% del tiempo.

En todos los consensos, se establecen una serie de patologías que excluirían el diagnóstico, y un grupo de co-morbilidades que suelen asociarse a la ME/CFS o SEID.

En este punto, debemos establecer tres tipos de clasificaciones, en función de las manifestaciones de los pacientes {Clínica}, de los resultados de la prueba de esfuerzo {Funcional} y de las tablas de discapacidad {Discapacidad y/o Incapacidad laboral}

CLASIFICACIONES

- CLÍNICA
- FUNCIONAL
- DISCAPACIDAD
- INCAPACIDAD

CLASIFICACIÓN CLÍNICA. Es aquella que nos refiere el paciente tras la anamnesis y se rige por unas tablas que lo dividen en 4 categorías. Hay que tener en cuenta que es una valoración subjetiva, con relación a lo que el paciente siente que puede o no puede hacer, comparándolo con su vida anterior o con su entorno. La fatiga que presentan los pacientes provoca una reducción o incapacidad para

alcanzar los niveles de función laboral, educacional, social o personal, previos a la enfermedad. En función de la información obtenida en la anamnesis o mediante cuestionarios específicos, sobre la repercusión que su enfermedad tiene en las actividades de la vida diaria, laboral y de ocio, se clasifican a los pacientes con EM/SFC en 4 categorías clínicas:

GRADO I	Fatiga ocasional u oscilante. Sin limitación significativa (<50%) en la actividad laboral y cotidiana.
GRADO II	Fatiga oscilante, ocasional, pero sin mejora. Con marcada limitación (>50%) en la actividad laboral y cotidiana.
GRADO III	Fatiga marcada continua. Limita permanentemente (>80%) todo tipo de actividad laboral y cotidiana.
GRADO IV	Fatiga extrema. Precisa ayuda de otras personas para las actividades personales básicas. Imposibilita autonomía en actividades cotidianas.

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL. Es aquella que se deriva de los resultados obtenidos tras una ergometría de esfuerzo. El **síndrome, enfermedad, o fatiga post-esfuerzo (SFPE)**, es un cuadro en el que se exacerban, todos o alguno de los síntomas que presentan los pacientes con EM/SFC, que se desencadena por un esfuerzo físico o mental excesivo, y que conduce a una reducción en la capacidad funcional. Los desencadenantes del SFPE pueden ser múltiples, describiéndose como tales: esfuerzo físico, esfuerzo cognitivo, estrés emocional y otros (traumatismo, problemas de sueño, infección, etc. Y puede comenzar inmediatamente, tras 30 minutos, tras un desencadenante, o retrasarse horas o días (1 a 10) tras finalizar el estímulo que lo precipita. La duración del SFPE es imprevisible, puede durar

minutos, horas, días, semanas e incluso meses, presentando una fatiga "distinta", más severa y prolongada que los controles sanos activos y que los sedentarios. En los sujetos sanos la fatiga desaparece con el reposo y el sueño reparador, a diferencia de los pacientes, a los cuales les cuesta conciliar el sueño, no siendo reparador y el paciente se mantiene fatigado tras el sueño.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS. Aunque los estudios de investigación han constatado múltiples diferencias en las mediciones biológicas de la

EM/SFC, todavía no hay una prueba validada para diagnosticar la enfermedad en la práctica clínica. En este sentido se siguen diversas pautas de valoración para detectar las distintas manifestaciones de la enfermedad. Esta ausencia de marcadores biológicos específicos, el desconocimiento de la causa y el tratamiento de la EM/SFC, contribuye a que los pacientes afectados sufran una falta de comprensión, atención e interpretación de su problema, conduciendo a muchos profesionales a considerarlo un trastorno psicosomático. En este sentido, se realiza una prueba de inclinación de la NASA (test de verticalidad) o una prueba de mesa basculante, durante un período de entre 10-20 minutos y 30 minutos como máximo, para determinar si existe hipotensión mediada neuralmente y valorar la intolerancia ortostática. La prueba de esfuerzo cardiopulmonar (ergoespiometría) (TECP-E), es un método estandarizado y aceptado para analizar la respuesta fisiológica al esfuerzo, tanto en población general sana, sedentaria y en diferentes patologías. Existe un consenso general de que la prueba sea de carácter incremental en cicloergómetro y de forma gradual, preferiblemente en rampa, empezando desde una carga de cero vatios hasta alcanzar la frecuencia cardiaca máxima teórica (FCMT) y realizada en dos días consecutivos. La prueba de esfuerzo supone la monitorización de cambios electrocardiográficos, hemodinámicos, metabólicos, clínicos, subjetivos biomecánicos, térmicos, etc, que se van produciendo durante la misma.

**TABLA 1. INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES
RELATIVAS Y ABSOLUTAS A UNA ERGOMETRÍA DE ESFUERZO**

INDICACIONES	CONTR. RELATIVAS	CONTR. ABSOLUTAS
- Valoración de la tolerancia al ejercicio y de los factores limitantes al mismo. - Objetivación de la limitación de la capacidad de esfuerzo. - Análisis de los factores limitantes de la capacidad de esfuerzo. - Diagnóstico diferencial entre disnea de origen respiratorio, cardíaco, por simulación o por falta de condición física. - Estudio de la disnea no explicada mediante pruebas en reposo.	- Miocardiopatía hipertrófica. - Estenosis de arteria coronaria izquierda o equivalente. - Estenosis valvular moderada. - Hipertensión arterial en reposo severa no tratada (sistólica mayor de 200 mmHg y/o diastólica mayor de 120 mmHg). - Taquiarritmias o bradiarritmias. - Bloqueo aurículoventricular de alto grado. - Hipertensión pulmonar significativa.	- Infarto agudo de miocardio reciente (3-5 días). - Angina inestable. - Arritmia no controlada sintomática. - Endocarditis activa, miocarditis o pericarditis aguda. - Estenosis aórtica severa sintomática. - Insuficiencia cardíaca no controlada. - Tromboembolismo pulmonar o infarto pulmonar. - Insuficiencia respiratoria (saturación de oxígeno en reposo inferior al 85%). - Asma no controlada. - Síncope.

INDICACIONES	CONTR. RELATIVAS	CONTR. ABSOLUTAS
- Valoración funcional, pronóstico y detección de alteraciones que se producen o empeoran acusadamente con el ejercicio en enfermedades pulmonares crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades intersticiales, fibrosis quística, hipertensión pulmonar crónica, diagnóstico de broncoespasmo inducido por el ejercicio). - Valoración de la incapacidad / discapacidad. - Prescripción y evaluación de los resultados en rehabilitación cardiopulmonar o en programas de entrenamiento físico. - Valoración de los efectos de las intervenciones terapéuticas - Valoración funcional previa al trasplante cardíaco. - Evaluación funcional y pronóstico en situaciones de fallo cardíaco. - Evaluación diagnóstica, funcional y terapéutica de la cardiopatía isquémica. - Valoración pre y postoperatoria en el trasplante pulmonar o en cirugía resectiva.	- Anormalidades electrolíticas.	- Trombosis de extremidades inferiores. - Sospecha de aneurisma disecante. - Alteración aguda no cardiopulmonar que afecte a la realización del ejercicio o que se agrave con él (infección, fracaso renal, tirotoxicosis, etc.).

PARÁMETROS RELEVANTES EN EL/LA TCEP-E: En los últimos tiempos, se ha intentado optimizar la utilidad del/la CPET-E en la valoración funcional de la población general sana, sedentaria, y con diferentes patologías.

Para ello se utilizan diferentes variables que relacionamos:

VARIABLES ERGOESPIROMÉTRICOS	DEFINICIÓN
VO ₂ Pico (ml/kg/min)	Consumo pico de O ₂ en últimas fases esfuerzo. Existen diferentes formas de expresarlo, con su relación de transferencia, como son en METS, Calorías o Kilocalorías
% VO ₂ Pico Predicho	% del VO ₂ PICO teórico, en función de la edad, peso y sexo, que alcanza el sujeto.
Curva ▲ VO ₂ /W	Evolución de la curva incremental VO ₂ en relación carga W.
VO ₂ UA (ml/kg/min)	Consumo de O ₂ en el umbral aeróbico (VTI)
% VO ₂ -UA vs VO ₂ Pico	% que representa el VO ₂ -UA en relación en el VO ₂ pico
VO ₂ UAn (ml/kg/min)	Consumo de O ₂ en el umbral anaeróbico (VT2)
% VO ₂ -UAn vs VO ₂ Pico	% que representa el VO ₂ -UAn en relación en el VO ₂ pico
RER Pico	Valor pico de la Tasa intercambio respiratorio (VCO ₂ /VO ₂)
Curva de parámetros ergoespirométricos	Valoración de la evolución de las curvas de la ventilación, VO ₂ , VCO ₂ , RER

VARIABLES VENTILATORIAS	DEFINICIÓN
M.V. Oscilante	Variaciones del $VE/VO_2 > 15\%$ durante $> 60\%$ TECP-E
VE/VO_2 Reposo	Valores reposo del equivalente ventilatorio del CO_2 .
VE/VO_2 Pico	Valor pico del equivalente ventilatorio de O_2 .
VE Pico/MVV	Relación entre ventilación máxima en CPET-E y MVV
Curvas Flujo/Volumen	Morfología ambas curvas Pre y Post-CPET-E (¿Obstructiva?)

VARIABLES CARDIOVASCULARES	DEFINICIÓN
FC Reposo	Valor de la frecuencia cardiaca en reposo.
FC Máxima	Valor de la frecuencia cardíaca en máximo esfuerzo.
% FC Máxima Teórica	Porcentaje de la FC máxima en relación a la FCM teórica.
▼ FC Imin Recuperación	Diferencia en la FC máxima y la FC tras 1 min de recuperación
Presión Arterial en reposo	Cifras de presión arterial (diastólica y sistólica) en reposo.
Curva de presión arterial	Monitorización de la curva tensional, a lo largo de la prueba
Presión arterial máxima	Cifras de presión arterial en esfuerzo máximo.
Saturación de O_2	Monitorización de la saturación de oxígeno durante la prueba
Registro de ECG (-)	Sin Arritmias, Ectopias o Cambios Repolarización
Criterios de finalización	Causa de finalización: fatiga, fatiga piernas, angina, disnea...
Escala de Borg	Nivel alcanzado en la escala percepción subjetiva esfuerzo, tanto a nivel cardiovascular como de extremidades inferiores.

VO₂ PICO: Uno de los principales datos que se obtienen en un TECP-E, es el Consumo Máximo de Oxígeno en máximo esfuerzo (VO₂ pico), parámetro altamente fiable (diferencia test-retest $\leq 7\%$) y reproducible ($r \geq 0,95-0,99$), tanto en adultos sanos y activos, como en adultos inactivos, en niños y en pacientes con diferentes patologías. El descenso del VO₂ pico, que muestran los pacientes con EM/SFC oscila entre el 3091%, cuando los comparamos con controles sanos de su mismo grupo de edad y sexo. Aunque los valores de VO₂ pico sean bajos, podrían considerarse relacionados con el bajo nivel de actividad, y dejar de ser marcador de EM/SFC. Por ello se propone compararlo con grupos de población sedentaria, y en cualquier caso evaluar este parámetro en el TECP-E2. Los valores de las tablas son los mismos para todas las edades y se sabe que el VO₂ disminuye con la edad; Por lo tanto, nos parece más riguroso compararlos con "clones sanos" del paciente. Pero para valorar que una prueba es válida, es decir que ha alcanzado su máximo valor hay que prestar atención a varios indicadores como son:

- La FCMT. Sabremos que la ha alcanzado cuando alcance, al menos el 85%.
- VO₂ max. La curva de VO₂ se aplan, a pesar de seguir aumentando la intensidad.
- RER o RQ máx: Es la relación entre VCO₂/VO₂. Cuando se obtiene un valor superior a 1,1, considerándolo por muchos autores como parámetro preferente frente la frecuencia cardiaca, por su variabilidad.
- Lactato máximo en sangre: Se requiere valores superiores a 8 mMol/L.

La incapacidad de los pacientes con EM/SFC de reproducir en el TECP-E₂, el VO₂ pico dentro de los límites establecidos (7%), permite detectar deterioros funcionales no encontrados en el TECP-E₁. Esto indica un estado fisiopatológico y proporciona una excelente medida de los efectos del SFPE, en la capacidad funcional y tolerancia a la actividad que presentan estos sujetos.

Hay que tener en consideración distintos aspectos que interaccionan con el VO_2 max y que pueden condicionar a la obtención de falsos positivos o negativos, como son:

- **La genética.** El VO_2 max está condicionado genéticamente con una variabilidad de un 20-30% dependiendo de los autores
- **La edad.** El VO_2 max va evolucionando, hasta obtener un máximo de sus valores sobre la edad de 18 a 25 años, en valor absoluto y sobre los 15 en valor relativo al peso, que va disminuyendo conforme vamos cumpliendo años.
- **El sexo.** Se sabe que la mujer obtiene resultados más bajos que los varones.
- **La temperatura.** Las desviaciones de temperatura hacia un lado u otro, de los valores estables, hace que el organismo tienda a neutralizarlas, utilizando parte de su energía. Se sabe que este tipo de pacientes sufren alteración térmica, por lo que están continuamente regulando su temperatura y gastando más energía que una persona normal, en este proceso.
- **La masa muscular implicada.** Se obtienen valores más altos de VO_2 cuando se realizan ejercicios donde se utilice más masa muscular.



Figura 1. Evolución del consumo de O_2 en función de la edad, en valor absoluto y relativo al peso respectivamente.

- **El peso.** Se sabe que según aumenta el peso, se obtienen mejores resultados.

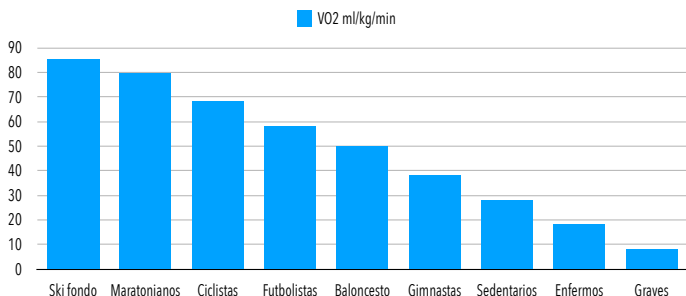
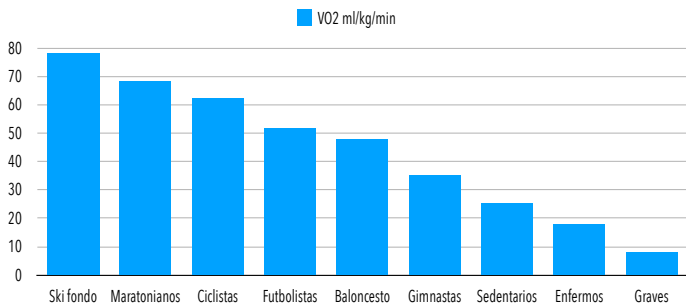


Figura 2. Valores de VO_2 en función de la actividad deportiva realizada. Los deportistas no están libres de sufrir SFC. Pero debido a la actividad deportiva realizada, pueden llegar a perder un porcentaje alto de VO_2 máx, pero aun así estar en valores muy superiores a los considerados patológicos. Por tanto, estaríamos ante unos falsos negativos, pero que habría que tratar igualmente.

- **El entrenamiento.** Numerosos trabajos hablan de la evolución del $\text{VO}_2 \text{ max}$ a través del entrenamiento. En condiciones normales una persona obtiene el primer umbral (UA) entre el 50 y el 80% del $\text{VO}_2 \text{ max}$ y el segundo umbral (UAN), entre el 70 y el 100%. Cuanto más a la derecha estén ambos umbrales el aprovechamiento del volumen de oxígeno que tenga esa persona será mayor.

UMBRAL AERÓBICO (UA). A la hora de definir el umbral aeróbico (UA) y anaeróbico (UAN) vamos a utilizar, entre otros parámetros:

El equivalente ventilatorio para el oxígeno que es el cociente entre la ventilación en litros por minuto y el consumo de O_2 en litros por minuto (V_E/VO_2). Es un parámetro que indica la cantidad de aire en litros que debe ventilarse para que el organismo pueda utilizar un litro de oxígeno.

UMBRAL ANAERÓBICO (UAN). El equivalente ventilatorio para el dióxido de carbono es el cociente entre la ventilación en litros por minuto y la cantidad de CO_2 expulsada en litros por minuto (V_E/VCO_2). Expresa la relación entre el aire ventilado y el CO_2 expulsado. Los dos parámetros son indicadores del grado de eficiencia de la ventilación pulmonar. Aunque no tengan, de momento, valor específico para el diagnóstico, se basan en que son una medida orientativa de cara a la planificación de prescripción de las actividades o los ejercicios a realizar. El UA representa la intensidad de ejercicio en la que la vía anaeróbica empieza a contribuir

para pasar posteriormente al UAN haciéndolo de forma tan significativa a la obtención de energía que provoca un incremento no lineal en el Ph, lactato y CO_2 sanguíneo y muscular, con respecto al incremento en el VO_2 . El estímulo ventilatorio que se deriva de esta situación permite la detección de los UA y UAN, no sólo por la curva del lactato en sangre sino, también, por cambios en diferentes parámetros ventilatorios registrados en el TECP-E (Umbral ventilatorio). Al

igual que ocurría con el VO_2 pico, la determinación del VO_2 -UA y el VO_2 -UAn son estables en el tiempo con el mismo tipo de TECP, mostrando una fiabilidad y reproducibilidad entre el 7-12% en sujetos sanos y en enfermos con diferentes patologías, incluida la EM/SFC. Al ser una medida fiable y reproducible, cualquier descenso significativo, se traduce un deterioro en la capacidad de proporcionar energía por la vía aeróbica.

CRITERIOS VALORACIÓN. Tradicionalmente, la capacidad funcional de un individuo se ha clasificado en función del VO_2 pico. Definido como el VO_2 más elevado alcanzado en un TECP-E incremental y máximo, expresado en ml/kg/min o en METs (1 MET= 3,5 ml/kg/min).

El deterioro funcional puede establecerse mediante TECP-E incremental y máximo a través del VO_2 pico:

CLASE FUNCIONAL DE WEBER VO_2 PICO (ml/kg/min) DETERIORO FUNCIONAL

CLASE FUNCIONAL DE WEBER	VO_2 PICO (ml/kg/min)	DETERIORO FUNCIONAL
A	> 20	Ausente o Ligero
B	16 - 20	Ligero-Moderado
C	10 - 15	Moderado-Severo
D	< 10	Severo

Hay que valorar que la clasificación funcional de Weber del deterioro funcional a través del VO_2 max, no establece diferenciación por sexo. Por lo tanto, según esta valoración es más difícil que salga la prueba positiva en un varón que en una mujer. Grados de afectación de la fatiga anormal en función del resultado de la prueba de esfuerzo

GRADOS DE AFECTACIÓN	VO ₂ max ml/kg/min	METS	Rel VO ₂ real/ Teórica	TRABAJO REALIZABLE
		1 MET = 3,5 ml/kg/min		
Sin afectación objetiva	>25	>7,1	>80%	>ligero
Leve	21 - 25	5,7 - 7	60 - 80%	Sedentario
Moderada	15 - 20	4,3 - 5,6	40 - 60%	Ninguno
Severa	11 - 15	2,9 - 4,3	20 - 40%	Ninguno
Muy severa	≤10	<2,8	≤ 20%	Ninguno

El metabolismo, de una forma reducida, se compone de tres segmentos, la fase aeróbica, delimitada desde el reposo hasta el umbral aeróbico (UA), que en condiciones normales puede oscilar entre un 50 y un 80% de su VO₂max; la fase de transición que va desde el UA hasta el umbral anaeróbico (UAN), localizándose éste, desde el 70 al 100% de su VO₂max. Y la fase anaeróbica, que va desde el UAN hasta el VO₂max. En los

pacientes de EM/SFC podemos encontrar los umbrales metabólicos fuera de estos rangos. Modelo tomado del Libro EM/SFC. Actualización 2021

DISCAPACIDAD e INCAPACIDAD. Se dice que se tiene discapacidad, cuando se presenta una patología, disfunción o alteración del organismo que merme o impida realizar las actividades de la vida cotidiana, otorgando un índice porcentual, que superando el 33% supone una discapacidad positiva, pudiendo obtener un segundo escalón de discapacidad si este porcentaje supera el 65%. Por otro lado, se denomina incapacidad, cuando esta patología, disfunción o alteración del

organismo que merme o impida realizar la actividad laboral correspondiente. Por lo tanto en esta ocasión, ya no depende sólo de la disfunción, sino si ésta me impide desarrollar un determinado puesto laboral {I. Total} o cualquier tipo de trabajo {I. Absoluta} Aunque discapacidad e Incapacidad guardan relación, ya que una misma enfermedad puede suponer ambas situaciones, puede suceder que se tenga una sin tener la otra, o viceversa. La obtención de un valor en la ergometría de esfuerzo nos va a permitir dar un valor numérico a esa fatiga y, dependiendo de la clase funcional obtenida en la misma, cada paciente mostrará un grado de discapacidad, expresado en porcentaje, tal como ya se reflejaba en la última Guía de Valoración de la discapacidad para otras patologías tales como respiratorias o cardíacas.

CLÍNICA	FUNCIONAL (ml/kg/min)				DISCAPACIDAD	
	* Porcentaje del consumo de O ₂ en relación a población sedentaria de igual peso, edad y sexo					
Grado	MUJER		HOMBRE		Clase	%
	VO ₂	% Sed*	VO ₂	% Sed*		
		>100		>100	I	0
I	>19,05	>74	>28,15	>81	II	1 - 24
II	19,04 - 15,00	73 - 62	28,14 - 23,40	80 - 64	III	24 - 49
III	14,99 - 12,70	61 - 50	23,39 - 15,60	63 - 44	IV	50 - 70
IV	<12,70	<50	<15,60	<44	V	>70
Criterios para la asignación del porcentaje de Discapacidad atribuible a deficiencias del SFC en función del VO ₂ obtenido tras ergometría de esfuerzo máxima						

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DENTRO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS: FIBROMIALGIA, SQM Y SFC.

Las enfermedades crónicas como la fibromialgia {FM}, la sensibilidad química múltiple {SQM} y el síndrome de fatiga crónica {SFC} afectan profundamente la calidad de vida de los pacientes. Además de los desafíos físicos, estos trastornos generan un impacto psicológico significativo que a menudo es subestimado en el abordaje clínico. Para los profesionales de la salud, comprender y atender las necesidades psicológicas de estos pacientes es esencial para proporcionar una atención integral y mejorar su bienestar.

Los pacientes con estas enfermedades suelen enfrentarse a diagnósticos tardíos y falta de reconocimiento por parte del sistema médico y la sociedad, lo que puede generar sentimientos de incomprensión, frustración y aislamiento. La incertidumbre sobre su condición, el dolor

crónico y la fatiga constante también contribuyen al desarrollo de trastornos como la ansiedad y la depresión.

Es común que experimenten una pérdida de identidad y autonomía, pues sus limitaciones físicas pueden impedirles llevar una vida normal. En muchos casos, las relaciones interpersonales se ven afectadas, ya que familiares, amigos y compañeros de trabajo pueden no comprender la gravedad de sus síntomas.

Para mejorar la calidad de vida de los pacientes con FM, SQM y SFC, es crucial atender sus necesidades psicológicas y emocionales. Algunas de las principales incluyen:

1. Validación y Empatía: El reconocimiento médico de su condición y una actitud empática pueden marcar una gran diferencia en su bienestar emocional. Escuchar activamente y validar su experiencia ayuda a disminuir la angustia y la sensación de estar “invisibilizados”.
2. Apoyo Psicológico y Terapia: Intervenciones psicológicas como la terapia cognitivo-conductual han demostrado ser efectivas para manejar el dolor y la ansiedad en estos pacientes. La terapia de aceptación y compromiso también puede ser útil para mejorar la adaptación a la enfermedad.
3. Redes de Apoyo: Fomentar la conexión con grupos de apoyo o asociaciones de pacientes puede aliviar el sentimiento de soledad y proporcionar estrategias para sobrellevar la enfermedad. Las redes de apoyo permiten compartir experiencias y aprender de otros en situaciones similares.
4. Educación sobre la Enfermedad: Informar a los pacientes sobre su condición y las estrategias de autocuidado les ayuda a recuperar cierto grado de control sobre su vida. Esto también reduce la ansiedad y la desesperanza.

S. Adaptaciones en el Entorno: Para pacientes con SQM, es fundamental que el entorno clínico y doméstico se adapte a sus necesidades, minimizando la exposición a agentes químicos que puedan desencadenar síntomas. Este reconocimiento es vital para su estabilidad emocional y física.

Para mejorar la atención psicológica de los pacientes con estas enfermedades, los profesionales médicos pueden:

- Adoptar un enfoque holístico, considerando tanto los síntomas físicos como el bienestar emocional.
- Derivar a los pacientes a especialistas en salud mental cuando sea necesario.
- Proporcionar un espacio seguro donde los pacientes se sientan escuchados y comprendidos.

- Promover estrategias de manejo del estrés y técnicas de relajación como la meditación o el mindfulness.
- Facilitar la coordinación entre diferentes especialistas para un abordaje multidisciplinario.



NOTAS

[illegible]



DIPUTACIÓN
DE CÁCERES

fexaf



Federación Extremeña de Asociaciones
de Fibromialgia (FM), Sensibilidad
Química Múltiple (SQM) y Síndrome
de Fatiga Crónica (SFC)

“QUE NO PARE TU VIDA”

