



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Síndrome Fibromiálgico: Desafío para la medicina convencional y oportunidad para la Homeopatía

Claudia Guiovanna Paternina Leal

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Alternativa
Bogotá, Colombia

2015

Síndrome Fibromiálgico: Desafío para la medicina convencional y oportunidad para la Homeopatía

Claudia Guiovanna Paternina Leal

Monografía presentada como requisito parcial para optar al título de:

Magister en Medicina Alternativa área: Homeopatía

Director:

Doctor Francisco Xavier Eizayaga

Especialista en Medicina Interna. Doctor en Medicina Universidad Maimónides
Director y docente del Departamento de Homeopatía de la Escuela de Medicina de la
Universidad Maimónides. Buenos Aires, Argentina.

Codirectores:

Doctor Eduardo Humberto Beltrán Dussán

Profesor titular Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia. Especialista en
Oncohematología pediátrica. Magister en Medicina Alternativa. Director de la Maestría en
Medicina Alternativa Universidad Nacional de Colombia

Doctor Jorge Arturo Ruíz Castillo

Magister en Medicina Alternativa Universidad Nacional de Colombia

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Alternativa

Bogotá, Colombia

2015

“El verdadero sabio pisotea alegremente las preocupaciones, a fin de dar lugar a la verdad eterna, y no tiene necesidad del moho del tiempo, de los atractivos de la novedad o de la moda y las declaraciones del espíritu del sistema para obtener sanción.

Era preciso que alguien abriera por fin la brecha, y yo lo he hecho.

El camino ahora ya está practicado, todos los hombres de conciencia pueden seguirlo.

Contradice estas verdades si puedes, haciendo reconocer un método curativo más eficaz todavía, más seguro, más agradable que el mío; no lo refutes con palabras, de lo que ya tenemos demasiado.

Pero si la experiencia prueba como a mí, que mi método es el mejor, sírvete de él para curar, para salvar a tus enfermos y darle honra a Dios”.

Dr. Samuel Hahnemann

*A mis padres Betty y José por contagiarme del amor a la medicina, a mis hermanos Liliana y Ernesto por su apoyo incondicional, a Jorge Antonio por su amorosa y paciente espera.
A Dios...*

Agradecimientos

Al Dr. Eduardo Beltrán por su excelencia y dedicación, por sus enseñanzas y aportes para este trabajo, y para mi formación; porque gracias a él la Universidad Nacional de Colombia goza de una Maestría en Medicina Alternativa.

Al Dr. Jorge Arturo Ruíz por ser un excelente tutor, por su paciencia, su experiencia, su guía y orientación en el camino y por hacer del aprendizaje algo mucho más ameno.

A la Dra. Florencia Correa, Coordinadora del área de Homeopatía por su idoneidad y rigurosidad en la enseñanza, por transmitir su amor y convicción por la homeopatía.

A la Dra. Gina Guayacán por sus enseñanzas que partieron de compartir su propia historia, por su excelencia y por motivarme a ser mejor cada vez.

A la Dra. María Cristina Angulo, al Dr. Fabio Cortés Díaz, al Dr. Pedro Alberto Sierra y a todos los docentes por su vocación para enseñar que va más allá de transmitir información y por dejar una huella en mí que finalmente queda plasmada en mi trabajo.

A la Universidad Nacional de Colombia por acogerme ayer y hoy y por permitirme desarrollar mis sueños.

A la Universidad de Maimónides de Buenos Aires que también me acogió por tres meses y cuyos docentes aportaron en la etapa final de este trabajo.

Al Dr. Francisco Xavier Eizayaga, un verdadero maestro, por responder ese correo cargado de ilusión en el que le pedía un lugar para mí en su cátedra, por abrir no solo para mí las puertas del Departamento de Homeopatía de la Universidad Maimónides de Buenos Aires

sino a la Universidad Nacional de Colombia; por sus enseñanzas, su dedicación y por ayudarme a abrir mi mente.

Al Dr. José Eizayaga por su sabiduría, por sembrar en mí las dudas, para cuestionarme y no tragar entero, y por darme las herramientas para formarme más sólidamente.

Al Dr. Juan Eizayaga, por estar siempre dispuesto a escuchar y considerar las opiniones de quienes no tenemos tanta experiencia en la materia.

Al gran legado del Dr. Francisco Xavier Eizayaga padre, que ahora también es enriqueciendo y continuado por sus hijos, difundiendo la homeopatía en diversos países y produciendo conocimiento permanentemente.

Al Dr. Pedro Scala por su rigurosidad a la hora de repertorizar y de transmitir su amplia experiencia, por su vocación para la enseñanza y su paciencia.

A mis compañeros de quienes también aprendí.

Y a mis pacientes por quienes decidí emprender un nuevo camino.

Resumen

El síndrome fibromiálgico (SFM) es un trastorno de dolor crónico que se caracteriza por dolor generalizado y se acompaña de síntomas como alteración del sueño y fatiga crónica. Se asocia con otros síndromes como Intestino Irritable y depresión. No se conoce con exactitud la base fisiopatológica, su diagnóstico es netamente clínico y el abordaje farmacoterapéutico ha sido controvertido por sus pobres resultados y por los efectos adversos reportados. La medicina convencional actualmente recomienda un manejo no farmacológico inicial y un abordaje más integral e individualizado. La homeopatía ha evidenciado su efectividad en un meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados realizado en 2014 en el que se observó reducción en el conteo de puntos dolorosos ($p = 0.03$), en la intensidad de dolor ($p = 0,02$) y en la fatiga ($p = 0.03$). Se presenta un paralelo entre dos abordajes médicos, revisando la literatura actual y se plantean herramientas para el abordaje homeopático del SFM.

Palabras clave: Síndrome fibromiálgico, diagnóstico, guías de tratamiento, homeopatía, meta-análisis, repertorio homeopático, Hahnemann.

Abstract

The fibromyalgia syndrome (FMS) is a chronic pain disorder characterized by widespread pain and is accompanied by symptoms such as sleep disturbance and chronic fatigue. It is also associated with other syndromes such as irritable bowel syndrome and depression. The exactly pathophysiological basis are unknown, its diagnosis is purely clinical and pharmacotherapeutic approach has been controversial for its poor results and adverse effects reported. Conventional medicine currently recommends a non-pharmacological management at first and a more comprehensive and individualized approach. Homeopathy demonstrated its effectiveness in a meta-analysis of randomized controlled trials conducted in 2014 in which reduction was observed in the tender point count ($p = 0.03$), pain intensity ($p = 0.02$) and fatigue ($p = 0.03$). A parallel between two medical approaches is presented, reviewing the current literature and tools to raise the homeopathic approach of FMS.

Keywords: Fibromyalgia Syndrome, Diagnosis, treatment guidelines, Homeopathy, Meta-analysis, Homeopathic repertory, Hahnemann.

Contenido

	Pág.
Lista de tablas	XIII
1. Planteamiento del problema.....	1
2. Justificación	3
3. Objetivos.....	8
3.1 General.....	8
3.2 Específicos	8
4. Marco teórico.....	11
4.1 Fibromialgia	11
4.1.1 Historia.....	11
4.1.2 Definición	14
4.1.3 Fisiopatología.....	15
4.1.4 Diagnóstico	18
4.1.5 Tratamiento convencional y pronóstico	28
4.1.6 Tratamiento con Medicina Complementaria y Alternativa.....	35
4.2 Homeopatía	36
4.2.1 Definición	36
4.2.2 Historia.....	37
4.2.3 Toma del caso en Homeopatía	41
4.2.4 Repertorio homeopático	42
5. Estudios sobre Síndrome Fibromiálgico y Homeopatía.....	43
6. Repertorización los Síntomas del Síndrome Fibromiálgico.....	48
6.1 Síntomas en el repertorio para Índice de Dolor Generalizado (IDG)	49
6.2 Síntomas en el repertorio para Índice de Severidad de Síntomas Parte 1 (SS-1)	49
6.3 Síntomas en el repertorio para Índice de Severidad de Síntomas Parte 2 (SS-2)	50
6.4 Otros rubros a considerar	52
6.5 Síntomas en el repertorio para modalidades de agravación.....	53
7. Algunos medicamentos homeopáticos que pudieran emplearse en el Síndrome Fibromiálgico.....	55
7.1 Árnica montana.....	56
7.2 Bryonia alba.....	58

7.3	Calcárea carbónica	60
7.4	Dulcamara.....	62
7.5	Kalmia latifolia	64
7.6	Lycopodium clavatum.....	66
7.7	Natrum muriaticum	68
7.8	Rhododendron	71
7.9	Rhus toxicodendron	73
7.10	Sepia.....	75
7.11	Sulphur.....	78
8.	Conclusiones y recomendaciones	82
8.1	Conclusiones.....	82
8.2	Recomendaciones.....	91
9.	Bibliografía.....	93

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 4-1: Aparición cronológica de los términos usados para condiciones de dolor musculoesquelético. Traducida de: "History of fibromyalgia: past to present." Current pain and headache reports.	12
Tabla 4-2: Criterios diagnósticos de la Fibromialgia ACR 1990.....	19
Tabla 4-3: Criterios diagnósticos de Fibromialgia ACR 2010	21
Tabla 4-4: Índice de Dolor Generalizado (IDG)	21
Tabla 4-5: Índice de severidad de Síntomas. Parte 1 (SS-1).....	22
Tabla 4-6: Índice de Severidad de Síntomas. Parte 2 (SS-2).....	22
Tabla 4-7: Puntuación Escala de Severidad de Síntomas (SS)	23
Tabla 4-8: Escala de Fibromialgia (FS).....	24
Tabla 4-9: Niveles de evidencia (Tomada y traducida de las Guías Canadienses del 2012 para el diagnóstico y tratamiento del SFM).....	30
Tabla 6-1: Síntomas en el repertorio para Índice de Dolor Generalizado (IDG)	49
Tabla 6-2: Índice de Severidad de Síntomas Parte 1(SS-1).....	49
Tabla 6-3: Índice de Severidad de Síntomas Parte 2 (SS-2).....	50
Tabla 6-4: Otros rubros a considerar.	52
Tabla 6-5: Síntomas en el repertorio para modalidades de agravación.....	53
Tabla 7-1: Árnica montana.....	56
Tabla 7-2: Bryonia alba.....	58
Tabla 7-3: Calcárea carbónica	60
Tabla 7-4: Dulcamara	62
Tabla 7-5: Kalmia latifolia.....	64
Tabla 7-6: Lycopodium clavatum	66
Tabla 7-7: Natrum muriaticum.....	68
Tabla 7-8: Rhododendron	71
Tabla 7-9: Rhus toxicodendron	73
Tabla 7-10: Sepia	75
Tabla 7-11: Sulphur	78

1.Planteamiento del problema

La fibromialgia o síndrome fibromiálgico (SFM) es una patología de alta prevalencia a nivel mundial, con importante sintomatología y afectación de la calidad de vida, para la cual los avances de la Medicina Convencional ofrecen tratamientos paliativos con poco éxito, pobres respuestas, no muy bien documentados y sin consensos claros. Su diagnóstico es eminentemente clínico y se logra cuando no se explica otra causa para los variados síntomas que manifiestan los pacientes. Los pacientes con SFM deben recurrir a múltiples profesionales entre médicos generales, reumatólogos, psiquiatras, psicólogos, rehabilitadores, fisioterapeutas, internistas, entre otros sin que se logre la visión holística que todos los pacientes y todas las patologías demandan.

El fracaso en el manejo de esta patología es evidente tanto para los pacientes como para los médicos y es así como tanto unos como otros buscan alternativas diferentes y otros enfoques que permitan un abordaje profundo e integral para quienes padecen esta enfermedad.

La homeopatía se plantea como un sistema médico complejo que puede ofrecer una alternativa que va más allá del objetivo de quitar el dolor y que permite un abordaje integral del paciente tanto en lo mental como en lo emocional y lo físico.

Este trabajo se propone recopilar la evidencia actual sobre este síndrome, cómo es su abordaje en la medicina convencional y en la homeopatía, revisar los estudios que se han realizado con homeopatía en estos pacientes y realizar un análisis comparando la visión entre la alopática y la homeopatía frente al Síndrome Fibromiálgico.

2. Justificación

Aproximadamente el 2 % de la población general en los Estados Unidos sufre de fibromialgia, siendo las mujeres afectadas diez veces más que los hombres¹; aunque con un probable subdiagnóstico². Aunque ocurre más frecuentemente en edades medias, también puede afectar niños, adolescentes y ancianos. Tasas de prevalencia similares han sido reportadas en Canadá (3.3 %), Brasil (4,4 %) y los países de Europa occidental, como Alemania (3,2 %), España (2,4 %), Italia (2,2 % - 3,7%), Suecia (2,5 %), Francia (1,4 %), y Portugal (3,6%).^{3, 4, 5, 6, 7, 8.} Según la Fundación para el manejo integral de la Fibromialgia y la Fatiga Crónica en Colombia, del total de la población de mujeres, el 10% al 20% sufre dolor crónico generalizado. La Fibromialgia es considerada como la causa más frecuente de dolor músculo-esquelético crónico en Colombia teniendo una prevalencia aproximada del 1-2% en la población general, del 2,1 al 5,7% en la consulta ambulatoria y hasta un 20% en la consulta reumatológica.⁹ Un informe de la asociación “Fibroamérica”¹⁰ estima que el SFM afecta a 2 millones de argentinos; en éste informe documentan que la enfermedad impide realizar las tareas diarias casi por completo a un 25% de los pacientes, en tanto que el 60% siente su capacidad disminuida en más de la mitad.

El tratamiento dirigido hacia la fibromialgia es muy variable y los estudios observacionales prospectivos a largo plazo han encontrado que los resultados de los pacientes, incluso en las consultas de reumatología especializados, suelen ser deficientes.^{11,12} Los malos resultados terapéuticos han llevado a la frustración entre los pacientes y sus médicos, y ha contribuido al impacto de la fibromialgia en la discapacidad. Los estudios observacionales han encontrado que entre el 20 % y el 50 % de las personas con fibromialgia reportan que son incapaces de trabajar o que pueden trabajar sólo unos pocos días al mes; entre el 27% y el 55 % requiere incapacidades y retribuciones económicas de su seguridad social. De los pacientes que trabajan, el 36 % experimenta un promedio de dos o más ausencias del

trabajo por mes.^{13,14} Los médicos suelen encontrar dificultades para diagnosticar la fibromialgia y los pacientes con fibromialgia tienden a estar insatisfechos con el tratamiento.¹⁵

Una encuesta de 1.200 médicos de atención primaria en los Estados Unidos encontró que sólo el 14 % de los encuestados indicaron sentirse muy satisfechos con el manejo de pacientes con fibromialgia y otros síntomas médicamente inexplicables,¹⁶ y un estudio de 400 médicos generales británicos encontró que sólo el 44 % de los encuestados consideraba que existían opciones de tratamiento eficaces disponibles para esta población.¹⁷

Un meta-análisis en red cita por lo menos 38 revisiones sistemáticas que abordan las terapias para el SFM¹⁸; Sin embargo, la gran mayoría de las críticas parten de que se han explorado las terapias de forma aislada o han observado solo un subgrupo de tratamientos. Otros dos meta-análisis en red exploraron múltiples terapias para el SFM^{19,20}; el primero enfocado a tratamientos no farmacológicos y el segundo a tratamientos farmacológicos. Estos han sido criticados por utilizar una escala simplista para evaluar el SFM y el último por excluir los enfoques de las Medicinas Complementarias y Alternativas (MCA). Ninguna revisión ha examinado todos los estudios sobre intervenciones para el SFM, lo que no permite hacer inferencias sobre la eficacia relativa de los tratamientos disponibles.

Una revisión sistemática realizada en 2010²¹ se propuso evaluar críticamente la evidencia con respecto a la MCA por vía oral o tópica para el tratamiento del SFM en comparación con otros tratamientos o placebo. Identificó cuatro estudios en MCA, y tres en diferentes enfoques homeopáticos con calidad metodológica moderada. Los estudios con homeopatía eran pequeños, pero cada uno reportó una mejoría en el dolor. Los efectos de antocianidinas, capsaicina y S-adenosilmetionina mostraron al menos un mejor resultado estadísticamente significativo en comparación con el placebo. Sin embargo, no hay pruebas suficientes para recomendar MCA, por vía oral o tópica para el SFM. El pequeño número de estudios positivos no son reproducibles y por tanto se requieren estudios adicionales de alta calidad para determinar si estos hallazgos iniciales pueden tener una base más sólida.

La alta prevalencia del SFM y su importante repercusión funcional hacen que el costo económico de la misma sea elevado, convirtiéndola en un problema social y de salud cada vez más importante. Como ejemplo un estudio de 2010 realizado en Canadá ²² estimó que el costo por paciente con SFM al año era de 4000 dólares canadienses, una cantidad 30% mayor que la de los pacientes sin este síndrome, coherente con estadísticas en Europa ²³. ²⁴. En los Estados Unidos, el costo de utilización de los servicios en un individuo con SFM fue de más de US \$ 2.000 en 1997 ²⁵.

Sumado a esto, el dolor no controlado y la fatiga pueden contribuir a una reducción en la actividad física, incapacidad para realizar las tareas diarias, mayor aislamiento social, pérdida de empleo, y discapacidad a largo plazo, por lo tanto, se necesitan tratamientos eficaces a largo plazo para ayudar a los pacientes a manejar su sintomatología en el transcurso de su enfermedad.

La fisiopatología del SFM no está del todo clara y tanto su diagnóstico como tratamiento distan mucho de ser sencillos ^{1, 26, 27, 28, 29, 30, 31}. Hoy en día se ofrecen diversos Programas Integrados de Atención Multidisciplinaria, generalmente convencionales para controlar los síntomas del SFM; que tengan en cuenta los factores físicos, psicológicos, sociales, la relación entre estos, la forma de responder ante el dolor y otros síntomas del SFM.

A pesar de las directrices y guías basadas en pruebas recientes para el tratamiento del SFM, ^{30, 31, 32}, los beneficios de estas no están del todo claros ya que se contrarresta la reducción de síntomas con los frecuentes efectos adversos de los medicamentos empleados. ^{30, 31, 33, 34} Una revisión realizada en 2010 de estas guías revela inconsistencias o contradicciones en las recomendaciones o directrices para el tratamiento de estos pacientes. ³³

Investigaciones previas han encontrado que alrededor del 90% de las personas que sufren SFM reconocen haber usado al menos una forma de MCA para manejar sus síntomas, ³⁵, ^{36, 37, 38}. La prevalencia de uso de MCA en la población general es generalmente mucho menor que entre los enfermos de SFM, en la actualidad por ejemplo corresponde a un 30%-40% en el Reino Unido. ³⁹ La literatura ha señalado una serie factores que influyen en la decisión de los pacientes de buscar opciones en la MCA en lugar de consultar a la

medicina convencional.⁴⁰ El factor más importante asociado a esta decisión de recurrir a la MCA sería la insatisfacción con la medicina convencional.³⁹

Es así como se hace imperiosa la necesidad no solo de ofrecer alternativas complementarias a los pacientes sino también de sustentar de una manera científica su uso y documentar de una manera sencilla y objetiva la respuesta terapéutica.

Se pretende recopilar información sobre el síndrome Fibromiálgico; y comparar tanto el abordaje como los resultados con medicina convencional y con homeopatía.

3. Objetivos

3.1 General

Realizar un análisis del Síndrome Fibromiálgico comparando la visión tanto de la Medicina Convencional como la de la homeopatía.

3.2 Específicos

- Revisar la definición, fisiopatología, diagnóstico y opciones terapéuticas para la fibromialgia en la medicina convencional.
- Realizar una revisión sobre los estudios realizados sobre homeopatía y fibromialgia.
- Traducir los criterios diagnósticos para SFM al lenguaje repertorial, e identificarlos en el Moderno Repertorio de Kent. ⁴¹
- Describir algunos de los medicamentos que pueden ser útiles para los síntomas del SFM.
- Comparar los resultados terapéuticos obtenidos y el pronóstico clínico bajo la visión de los dos sistemas médicos complejos: el de la Medicina Convencional y el de la Medicina Homeopática.

4. Marco teórico

4.1 Fibromialgia

4.1.1 Historia

El término “fibromialgia” deriva del latín “*fibra*”, (que se refiere al tejido conjuntivo), y de los términos griegos “*mio*” (que significa músculo) y “*algia*” que significa dolor. Es un término relativamente reciente en la historia de la descripción de esta enfermedad. Se desarrolló a partir de un reumatismo muscular no descrito unos 500 años atrás.

Indagar en la historia de una enfermedad aporta una interesante perspectiva sobre cómo ha sido la evolución en su concepción, fisiopatología y abordajes terapéuticos a través del tiempo. Con este pensamiento en 2004 médicos de la Universidad de Illinois publican una interesante revisión sobre la historia de la Fibromialgia.⁴²

Las descripciones sobre dolores musculoesqueléticos en la literatura europea data de finales del Siglo XVI. (Tabla 4-1.). El término reumatismo se introdujo en 1592 por el médico francés Guillaume de Baillou⁴³ para describir las manifestaciones clínicas de dolor muscular y fiebre reumática aguda. En el siglo XVIII, los médicos empezaron a diferenciar el reumatismo articular deformante del reumatismo doloroso no deformante, o de tejidos blandos que llamaron reumatismo muscular.

Desde el siglo XIX aparecen nomenclaturas para las diversas formas de reumatismo muscular. Inicialmente las definiciones no distinguían entre generalizada, regional o localizada. Esta diferenciación tuvo un gran impacto en la literatura sobre el síndrome fibromiálgico.

Tabla 4-1: Aparición cronológica de los términos usados para condiciones de dolor musculoesquelético. Traducida de: "History of fibromyalgia: past to present." Current pain and headache reports. ⁴²

Aparición cronológica de los términos usados para condiciones de dolor musculoesquelético		
Autor	Año	Terminología
Guillaume de Baillou	1592	Reumatismo muscular
Valleix	1841	Neuralgia
Froriep	1843	Callosidad muscular
Helleday	1876	Miositis reumática crónica
Beard	1880	Neurastenia
Gowers	1904	Fibrositis
Telling	1911	Fibromiositis nodular
Schade	1919	Miogelosis
Lange and Everbusch	1921	Endurecimiento muscular
Albee	1927	Miofascitis
Murray	1929	Miofibrositis
Clayton	1930	Neurofibrositis
Rowe	1930	Toxemia alérgica
Halliday	1937	Reumatismo psicógeno
Gutstein-Good	1940	Mialgia idiopática
Good	1941	Mialgia reumática
Mayo Clinic	1950	Mialgia tensional
Randolph	1951	Mialgia alérgica
Travell et al.	1952	Síndrome doloroso miofascial
Gutstein	1955	Miodisneuria
Muller	1970	Tendomiopatía generalizada
Awad	1973	Miofibrositis intersticial
Hench	1976	Síndrome Fibromialgia

En 1815, William Balfour ⁴⁴, un cirujano de Edimburgo, describió los nódulos y sugirió que la inflamación en el tejido conectivo del músculo era la causa de los nódulos dolorosos; fue el primero en informar sobre sensibilidad focal conocida como puntos sensibles en 1824.

En 1841 se empezó a hablar de dolor referido a otras zonas y se postuló que los puntos dolorosos estaban estrechamente relacionados con los trayectos nerviosos y se propuso el reumatismo muscular como forma de neuralgia.⁴⁵

En el siglo XX se observó que los puntos sensibles estaban relacionados con terminaciones nerviosas hiperactivas y se atribuyó esta hiperactividad a las influencias externas, como el clima, emociones o esfuerzo físico; y también se explicó el dolor referido por mecanismos reflejos.

A diferencia de los médicos británicos y franceses, la escuela alemana / escandinava asumió que existía un proceso proliferativo exudativo en el músculo en sí, más que en el tejido conectivo. El alemán Froriep⁴⁶ reportó 80 pacientes con dolor regional con endurecimiento muscular palpable y doloroso a la presión para lo cual usó el término de “callos musculares”. Esta teoría sobre exudación fibrinosa y callosidades musculares que fue explicada por mecanismos neurovasculares fue derribada posteriormente por otros médicos alemanes.

El neurólogo Beard en 1880⁴⁷ introdujo el término de neurastenia para los dolores generalizados y atribuyó los síntomas al estrés diario de la “vida moderna”. En 1893, Graham⁴⁸, un médico de Boston, afirmó que el reumatismo muscular es probablemente la coagulación de la sustancia muscular contráctil semi-fluida y la adhesión de fibrillas musculares. Este concepto fue aprobado en 1920 en Europa proponiendo como tesis el aumento en la viscosidad citoplasmática en el tejido muscular involucrado en los puntos gatillo. Fue así como se refirió al endurecimiento muscular como miogelosas.

El término "fibrositis" se utilizó por primera vez en 1904 por Gowers⁴⁹ y se siguió utilizando en los siguientes 72 años; sin embargo se refería a dolor musculoesquelético local o regional. El dolor generalizado característico del SFM fue sugerido por Smythe en 1972⁵⁰, dando pie a la concepción moderna de este trastorno.

El primer estudio electroencefalográfico de sueño en SFM se realiza en 1975⁵¹ y mostró despertares durante el sueño no-REM. El primer estudio clínico controlado con validación de los síntomas ya conocidos y los puntos sensibles se publica en 1981⁵². Este mismo estudio propuso los primeros criterios basados en datos. El importante concepto de que el

SFM y otras condiciones similares están conectados, fue propuesto en 1984. Los fármacos Serotoninérgicos / norepinefrinérgicos mostraron ser efectivos en 1986 (iniciando con la amitriptilina). Los primeros criterios del American College of Rheumatology (ACR) fueron publicados en 1990⁵³ y los mecanismos neuronales con sensibilización central fueron desarrollados en los años 90.

En los últimos 25 años numerosos estudios controlados clínicos han establecido el SFM como una entidad reconocible y con una base fisiopatológica propia. En 1992, la fibromialgia es reconocida como una enfermedad por la OMS ⁵⁴ y es clasificada con el código M79.7 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, en cuya revisión CIE-10 la clasifica dentro de los reumatismos.

4.1.2 Definición

El síndrome fibromiálgico (SFM) es un trastorno de dolor crónico que se caracteriza por dolor generalizado y, a menudo acompañado de otros síntomas como alteración del sueño y fatiga crónica. También se asocia con otros síndromes tales como el síndrome de Intestino Irritable y depresión.³

El SFM afecta a aproximadamente el 2 % a 4 % de la población en general y se presenta con mayor frecuencia en las mujeres.²⁶ Además del dolor, los pacientes con SFM a menudo experimentan múltiples síntomas debilitantes, incluyendo fatiga, rigidez, trastornos del sueño, estado de ánimo deprimido, dificultades cognitivas, así como la pérdida funcional, física y mental.^{55, 56} Las causas exactas del SFM son desconocidas, pero muchos factores probablemente contribuyen a la etiología de este trastorno, incluyendo los factores de estrés ambientales y biológicos, enfermedades psicológicas o ansiedad y predisposición genética.^{57, 58, 59} La evidencia actual sugiere que el dolor y los síntomas relacionados (por ejemplo, el estado de ánimo, del sueño y fatiga) son el resultado de cambios en el sistema nervioso central. Tales cambios incluyen déficit en la inhibición del dolor que implican vías serotoninérgicas, noradrenérgicas y vías opioideérgicas. El SFM es una patología crónica ^{60, 61} en la que los pacientes experimentan altibajos en los síntomas con el transcurso del

tiempo.^{62, 63} Aunque el SFM no es degenerativo, la calidad de vida del paciente puede deteriorarse notablemente si los síntomas no se tratan.

4.1.3 Fisiopatología

No se trata de una enfermedad con un determinado factor etiológico que condiciona la sintomatología, sino de una agrupación de síntomas y/o signos, es decir, un síndrome, como ya se ha mencionado. No se conoce con exactitud la base fisiopatológica del SFM aunque se han identificado diferentes factores asociados y se han postulado diversas hipótesis.

Se ha propuesto que los dolores descritos en el SFM sean de tipo neurogénico ⁶⁴ o una disfunción del sistema nociceptivo. La percepción del dolor en forma amplificada está vinculada con la alodinia y la hiperalgesia. La alodinia se define como la percepción de dolor resultante de un estímulo que normalmente no sería doloroso ⁶⁵ mientras que la hiperalgesia es una respuesta al dolor exagerada frente a un estímulo que en condiciones normales ya es doloroso. En los pacientes con SFM se ha detectado una forma más rápida de respuesta y de mayor amplitud para el mismo nivel de estimulación que en personas sin este síndrome. El umbral de estimulación requerido para convertir un estímulo sensorial en una posible amenaza está significativamente descendido y se extiende a áreas sensibles como no sensibles.^{66, 67}

En estudios neurofisiológicos, se ha detectado un estado de hiperexcitabilidad central del sistema de transmisión del dolor, un aumento en la amplitud de los potenciales evocados, un descenso del umbral y alteraciones en la habituación luego de un estímulo térmico doloroso; ^{68, 69, 70} así como un descenso del umbral en el reflejo de flexión nociceptiva ^{71, 72} y un incremento de los fenómenos de sumación temporal ⁷³, lo cual corrobora un estado anormal y persistente de sensibilización central en el sistema nociceptivo de las personas con SFM. ⁷⁴

Las patologías en la esfera afectiva emocional parecen estar asociadas ya que los estudios han mostrado que en los pacientes con SFM la prevalencia del trastorno de ansiedad es

del 35% a 62%, el trastorno depresivo mayor en 58% a 86%, y trastorno afectivo bipolar en el 11% .^{75,76}

Los estudios que han analizado los acontecimientos emocionales traumáticos ^{77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84,} y los trastornos emocionales actuales o previos en estos pacientes ^{85, 86, 87, 88, 89, 90,} , han mostrado resultados contradictorios probablemente por cuestiones metodológicas. No se puede afirmar que los trastornos o acontecimientos emocionales actúan como factores precipitantes o desencadenantes en el desarrollo o empeoramiento del SFM según la evidencia actual, pero se ve en la consulta cotidiana el impacto que este tipo de eventos puede llegar a tener en un paciente.

En un estudio publicado en 2006 ⁹¹ sobre una muestra de 11904 mujeres encontraron que el riesgo de presentar trastorno depresivo mayor actual, era tres veces más en las pacientes con SFM, pero al analizar la presencia de depresión mayor como antecedente no se observó diferencia. En cambio, el riesgo de tener antecedentes y/o criterios actuales de padecer trastornos de ansiedad, trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos de estrés post-traumático, fue 5 veces mayor en los pacientes con SFM. Estos hallazgos sugieren que algunos trastornos emocionales pueden encontrarse más frecuentemente en personas con SFM antes de la enfermedad y estar relacionados con la presencia de la misma.

Se han descrito los 10 factores más comunes percibidos por los pacientes con SFM que empeoran su síntomas: distrés emocional, cambios de clima, problemas para dormir, la actividad agotadora, el estrés mental, preocupaciones, los desplazamientos vehiculares, los conflictos familiares, trauma físico e inactividad según un estudio realizado por internet en 2007. ⁹²

Se ha evidenciado la posibilidad de predisposición genética ya que en estudios se ha encontrado hasta una cuarta parte de parientes de pacientes con SFM con dolor crónico generalizado ^{93 94}. En otro estudio realizado en 2004 ⁹⁵ , se encontró un riesgo de padecerlo entre familiares de pacientes con SFM de 8.5 veces más que en otra población. En un estudio genómico realizado en 2013 se sugiere un importante componente genético.⁹⁶

Ningún gen individual se ha asociado con SFM; cada vez hay más pruebas de un efecto poligénico, con genes que afectan los sistemas serotoninérgico, catecolaminérgicos y dopaminérgicos; predisponiendo así a algunos individuos a una respuesta de estrés disfuncional a través del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, pudiendo ser éste el escenario en el que un evento desencadenante puede iniciar los síntomas clínicos ⁹⁷. Estos desencadenantes se sugiere pueden ser tan diversos como trauma físico, latigazo cervical, abusos sexuales en la infancia, duelos mal asimilados, o estrés psicosocial. ^{98, 99, 100} Aunado a esto, la gran mayoría de personas con SFM son mujeres, en una proporción aproximada de 9 a 1. ¹⁰¹

Se han detectado niveles elevados de ciertos agentes nociceptivos (amplificadores de las señales del dolor), como la sustancia P en el líquido cefalorraquídeo, favoreciendo la transmisión de estímulos dolorosos ¹⁰², pero también el glutamato¹⁰³ y el factor de crecimiento neuronal.^{104, 105}

Para empeorar esta situación además de la hiperexcitabilidad y sensibilización del sistema se ha comprobado que existe una disminución en la actividad de las respuestas inhibitorias o descendentes que el sistema utiliza para la modulación y el control del dolor, las cuales habitualmente favorecen la desaparición del dolor tras la eliminación de la amenaza.^{106, 107, 108} Ésta disminución en la actividad inhibitoria del dolor en pacientes con SFM con respecto a los controles sanos ha sido también registrada por neuroimágenes de las áreas responsables (corteza cingular anterior y sustancia gris periacueductal).¹⁰⁹

Se han detectado anomalías estructurales y disminución del flujo cerebral en áreas frontales y dorsolaterales de ambos hemisferios, en tálamo, núcleo caudado, cortex parietal superior y tegmento pontino inferior gracias a las neuroimágenes brindadas por tomografía axial computarizada (TAC), por tomografía computarizada por emisión de fotón simple (SPECT) y por tomografía por emisión de positrones (PET), apoyando así los modelos neuroquímicos.¹¹⁰ Además del trastorno funcional evidente en neuroimágenes se ha encontrado alteración volumétrica especialmente en corteza cingular, corteza insular, amígdala y el giro-hipocampal. ^{111, 112, 113}

Sin embargo los estados de sensibilización e hiperexcitabilidad central del sistema nociceptivo por supuesto no son exclusivas del SFM, también se observan en pacientes

con dolor crónico, como el dolor lumbar crónico ¹¹⁴, el colon irritable ¹¹⁵ entre otros que también se han relacionado con pacientes con SFM.

También se ha sugerido por algunos modelos que existe una falta de regulación entre el sistema nervioso central (SNC) y el sistema nervioso autónomo (SNA), manifestado por alteraciones en la variabilidad de la frecuencia cardíaca, alteración en el ritmo intestinal y sudoración entre otros. Estas alteraciones se añaden a la disfunción que se cree existe en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), generando anomalías del ritmo diurno con niveles elevados de cortisol sérico e inadecuada respuesta al estrés fisiológico y causando ansiedad. ¹¹⁶

Factores ambientales como trauma físico, infecciones y otros estresores también han sido implicados en su origen. ⁹⁸

En conclusión así como se tiene un abanico de síntomas y manifestaciones, se tiene un abanico de factores asociados, sin que hasta ahora se pueda atribuir a ninguno de ellos la etiología. De hecho, encontrar la asociación es muy importante para identificar los factores, pero evidenciar alteraciones medibles, a nivel bioquímico, volumétrico, neurofisiológico e incluso genético tampoco ni siquiera permite considerarlos como una posible causa, pudieran ser más bien el resultado de toda una dinámica más compleja en un individuo ya de por sí muy complejo. Todos estos resultados se mantienen en el dominio de la investigación y no están disponibles para el ámbito clínico del paciente.

4.1.4 Diagnóstico

El diagnóstico del SFM es clínico, ya que no existen estudios de laboratorio, imagenológicos, ni marcadores biológicos establecidos hasta la fecha. La controversia que rodea el SFM se deriva de la naturaleza subjetiva de las quejas y de la falta de cualquier hallazgo biológico anormal que lo defina ⁵³. Ciertas condiciones como hipotiroidismo y enfermedades reumáticas deben ser descartadas así como también patologías secundarias al consumo de medicamentos como las miopatías por estatinas ya que pueden imitar los síntomas del SFM.

Como en todas las patologías el examen físico es esencial, no solo para acertar en el diagnóstico sino también para descartar otras patologías osteoarticulares y neurológicas. En el SFM la movilidad y el aspecto articular deben ser normales a no ser que coexista otra enfermedad osteoarticular. Es común encontrar dolor al realizar estiramientos laterales cervicales y/o dorsales. En algunos pacientes se evidencia alodinia mediante la sensibilidad a la presión ejercida por el manguito del tensiómetro al momento de medir la tensión arterial; o con el simple roce de la piel, en trapecios, región proximal de brazos y muslos, descritos por ellos como ardor, o escozor.¹¹⁷

Además de alodinia se encuentra un descenso patológico en el umbral de dolor a diversos estímulos. En la práctica clínica se realiza estimulación mecánica mediante la presión sobre los puntos sensibles.¹¹⁸

Los criterios diagnósticos del American College of Rheumatology (ACR) de 1990⁵³ fueron desarrollados inicialmente con fines investigativos más que para un diagnóstico en la práctica clínica, con el fin de diferenciar el SFM de otros dolores generalizados y se introdujo el concepto de puntos sensibles. El diagnóstico se hacía entonces por la presencia de dos criterios descritos en la **Tabla 4-2**. La localización de puntos dolorosos se ilustra en la **Figura 4-1**

Tabla 4-2: Criterios diagnósticos de la Fibromialgia ACR 1990⁵³

Criterios diagnósticos de la Fibromialgia ACR 1990⁵³
Presencia de los dos criterios siguientes:
1. Historia de dolor crónico generalizado de más de 3 meses de duración que afecta como mínimo, tres de los cuatro cuadrantes del cuerpo (hemicuerpo derecho e izquierdo por encima y debajo de la cintura). Además, se referirá dolor en el esqueleto axial (columna cervical, dorsal, lumbar, y pared torácica anterior).
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor en la presión de 11 de los 18 puntos elegidos (9 puntos pares): ▪ Inserciones occipitales de los músculos suboccipitales. ▪ Proyección cervical anterior de los espacios intertransversos C5-C7. ▪ Punto medio del borde superior del trapecio. ▪ Origen del supraespinoso. ▪ Segunda unión condrosternal. ▪ 2 cm distalmente al epicóndilo. ▪ Cuadrante superior externo de la nalga. ▪ Cara posterior del trocánter mayor. ▪ Cojín adiposo de la cara interna de la rodilla.

Figura 4-1: Localización de los nueve pares de puntos gatillo según los Criterios del American College of Rheumatology para fibromialgia de 1990.⁵³ (Las tres gracias, Barón Juan Bautista. Regnault, 1793, Museo del Louvre, Paris)



Para la palpación digital, hay que aplicar una fuerza de 4 Kg (la uña del dedo del explorador se vuelve blanca). La exploración de un punto sensible se considera positiva si el paciente refiere que la maniobra le resulta dolorosa.

Sin embargo aproximadamente el 25% de los pacientes con SFM no satisfacían los criterios de clasificación de 1990⁵³, por esto en el mes de mayo de 2010 el ACR publicó unos criterios simples y prácticos para el diagnóstico clínico del SFM¹¹⁹, aptos para su uso tanto en atención primaria como especializada, que no requieren un examen físico de puntos sensibles sino que a través de un índice de dolor generalizado (IDG) se da una calificación sobre número de áreas dolorosas, y que proporcionan una escala de severidad de síntomas (SS) para los síntomas característicos de la fibromialgia. (Tablas 4-3, 4-4, 4-5 y 4-6). El paciente con diagnóstico satisfactorio de fibromialgia debe cumplir las siguientes condiciones: Índice de dolor generalizado (IDG) mayor o igual a 7 y puntuación de la escala de severidad de los síntomas (SS) mayor o igual a 5; o un IDG entre 3 y 6 y una SS mayor o igual a 9. La puntuación total (SS parte 1 y SS parte 2) va entre 0 y 12 puntos. (Tabla 4-7).

Tabla 4-3: Criterios diagnósticos de Fibromialgia ACR 2010¹¹⁹

Criterios diagnósticos de Fibromialgia ACR 2010	
Se deben cumplir las siguientes 3 condiciones:	
1) IDG ≥ 7 y SS ≥ 5	Ó IDG 3-6 y SS ≥ 9 .
2) Los síntomas han estado presentes en un nivel similar durante al menos 3 meses.	
3) El paciente no tiene un trastorno que de otro modo explique el dolor.	

Tabla 4-4: Índice de Dolor Generalizado (IDG)¹¹⁹

Índice de Dolor Generalizado (IDG)			
Observar el número de áreas en las cuales el paciente ha tenido dolor durante la última semana teniendo en cuenta que: los síntomas estén presentes por lo menos durante los últimos tres meses y que no exista otra condición que explique el dolor.			
Localización del dolor			
Hombro Izquierdo		Pierna Izquierda	
Hombro Derecho		Pierna Derecha	
Brazo Izquierdo		Mandíbula Izquierda	
Brazo Derecho		Mandíbula Derecha	
Antebrazo Izquierdo		Pecho (Tórax)	
Antebrazo Derecho		Abdomen	
Cadera Izquierda		Cuello	
Cadera Derecha		Columna dorsal	
Muslo Izquierdo		Columna lumbar	
Muslo Derecho			
Puntuación total: 0-19			

Tabla 4-5: Índice de severidad de Síntomas. Parte 1 (SS-1)¹¹⁹

Severidad de Síntomas. Parte 1 (SS-1)			
Indicar la gravedad de los síntomas durante la semana pasada			
1. Fatiga	0	No ha sido un problema	0 – 3
	1	Leve , ocasional	
	2	Moderada , presente casi siempre	
	3	Grave, persistente, he tenido grandes problemas.	
2. Sueño no reparador	0	No ha sido un problema	0 – 3
	1	Leve , intermitente	
	2	Moderada , presente casi siempre	
	3	Grave, persistente, grandes problemas	
3. Trastornos cognitivos	0	No ha sido un problema	0 – 3
	1	Leve , intermitente	
	2	Moderada , presente casi siempre	
	3	Grave, persistente, grandes problemas	
Total			0 – 9

Tabla 4-6: Índice de Severidad de Síntomas. Parte 2 (SS-2)¹¹⁹

Índice de Severidad de Síntomas Parte 2. (SS- 2)	
Marcar cada casilla que corresponda a un síntoma que ha sufrido durante la semana	
Dolor muscular	Pitidos al respirar (sibilancias)
Síndrome de Colon Irritable	Fenómeno de Raynaud
Fatiga / agotamiento	Urticaria
Problemas de comprensión o memoria	Zumbidos en los oídos
Debilidad muscular	Vómitos
Dolor de cabeza	Acidez de estómago
Calambres en el abdomen	Aftas orales (úlceras)
Entumecimiento / hormigueos	Pérdida o cambios en el gusto
Mareo	Convulsiones
Insomnio	Ojo seco
Depresión	Respiración entrecortada
Estreñimiento	Pérdida de apetito
Dolor en la parte alta del abdomen	Erupciones / Rash
Nauseas	Intolerancia al sol
Ansiedad	Trastornos auditivos
Dolor torácico	Moretones frecuentes (hematomas)
Visión borrosa	Caída del cabello
Diarrea	Micción frecuente
Boca seca	Micción dolorosa

Índice de Severidad de Síntomas Parte 2. (SS- 2)	
Marcar cada casilla que corresponda a un síntoma que ha sufrido durante la semana	
Picores	Espasmos vesicales
Número de síntomas	Puntuación
0	0
Entre 1 y 10	1
Entre 11 y 24	2
25 o más	3

Tabla 4-7: Puntuación Escala de Severidad de Síntomas (SS) ¹¹⁹

PUNTUACIÓN TOTAL SS		
Parte 1	Parte 2	Total
0 – 9 puntos	0 – 3 puntos	0 – 12 puntos

Esta nueva definición de caso clínico de fibromialgia clasifica correctamente el 88.1% de los casos de SFM y no requiere un examen físico o de puntos sensibles. La escala SS permite la valoración de la gravedad de los síntomas de la fibromialgia en personas con fibromialgia actual o previa, y en las personas en las que los criterios todavía no han sido aplicados. Esta importante herramienta facilita notoriamente los estudios ya que permite un diagnóstico clínico fácil, rápido, confiable y realizando unas sencillas preguntas.

En 2011 el ACR planteó unas pequeñas modificaciones a estos criterios y unas escalas de severidad para facilitar estudios clínicos, epidemiológicos y para facilitar la evaluación longitudinal de pacientes con marcada variabilidad sintomática.¹²⁰ Ésta modificación consistió en la eliminación de la evaluación médica de la severidad de los síntomas somáticos parte 2 (Ver tabla 4-6) y la sustituyó por la suma de tres síntomas auto-reportados por los pacientes: dolor de cabeza, dolor o calambres en abdomen inferior, y depresión, lo cual arroja un puntaje mínimo de 0 y máximo de 3. Crearon una escala de síntomas de SFM (FS) de 0-31 sumando el índice de dolor generalizado (IDG) con la escala de severidad de síntomas (SS). Esta suma corresponde también al llamado índice de “Distrés Polisintomático” (DPS)¹²¹, un término sugerido por primera vez por Wessely y Hotopf de ¹²² (Tabla 4-8).

Tabla 4-8: Escala de Fibromialgia (FS)¹²⁰

Escala de Fibromialgia (FS). Criterios diagnósticos.		
IDG	SS	TOTAL
Mayor o igual a 7 de 19	Mayor o igual a 5 de 12	Mínimo 12 de 31
Entre 3 y 6 de 19	Mayor o igual a 9 de 12	Mínimo 12 a 15 de 31

Siempre tendrá una puntuación en la escala DPS de por lo menos 12 (7 + 5 o 3 + 9). Por lo tanto, el SFM puede ser trazado en una escala dimensional continua, lo que permite una mejor exploración del concepto y severidad de éste síndrome.¹²³

Para evaluar la fibromialgia en la población general, con énfasis en la prevalencia, la dimensión, y la severidad de los síntomas somáticos, en el 2012 en Alemania se estudiaron 2445 sujetos seleccionados al azar de la población general con los criterios preliminares de diagnóstico para fibromialgia del ACR de 2010 modificado en forma de encuesta, y la escala de “Distrés Polisintomático” (DPS). La prevalencia del SFM fue de 2,1 % (95 % intervalo de confianza), de 2.4 % en mujeres y 1,8 % en hombres. La prevalencia aumentó con la edad. Los sujetos con SFM tenían puntuaciones significativamente anormales para todas las variables; encontraron relaciones lineales, entre DPS y todos los predictores y hubo una fuerte correlación entre el DPS y la escala de gravedad de los síntomas somáticos. Concluyeron que los criterios de diagnóstico 2010 modificados no dan lugar a sobre-diagnóstico de fibromialgia como se temía. La evidencia apoyó la fibromialgia como un trastorno con variables de DPS continuas y no discretas o categóricas.¹²¹

En el Hospital Universitario Valle de Hebrón de Barcelona cuentan con una unidad especializada en Fibromialgia a cargo de un Reumatólogo clínico experimentado, el Dr. Cayetano Alegre quien en 2014 decidió publicar un artículo muy interesante resumiendo su experiencia con pacientes con SFM por más de 25 años¹²⁴; un documento conciso, con información práctica contrastada con las guías clínicas más relevantes y actuales.

En este documento enfatizan en los siguientes puntos al hacer la anamnesis:

- Indagar por los antecedentes del paciente en cuanto a familiares con SFM.
- Antecedentes personales de procesos infecciosos, especialmente víricos.

- Traumatismos psíquicos o físicos dada la alta prevalencia de SFM después de un latigazo cervical, de haber sufrido abusos sexuales en la infancia o en duelos mal asimilados, o estrés psicosocial ^{77, 125, 99.}

Dan mucha importancia a la encuesta laboral, posición en el trabajo, tipo de trabajo, si es repetitivo, múltiples y diversos puntos de atención, responsabilidad, formación adecuada para su trabajo, etcétera.

Revisan los antecedentes y sintomatología por aparatos y sistemas, siendo los síntomas más importantes el dolor, la fatiga, el sueño no reparador y las alteraciones cognitivas. Además pueden obtener de la anamnesis numerosos síntomas de difícil explicación fisiopatológica y otros que pueden orientar hacia patologías asociadas que obligan a descartar una enfermedad autoinmune.

Resaltan que la exploración física es el principal instrumento que utilizan en el diagnóstico diferencial con especial atención a la presencia de signos inflamatorios articulares, limitación o crujidos, poliadenopatías, bocio, alteraciones de la sensibilidad, fuerza o reflejos osteotendinosos y los reflejos cutáneos plantares como screening de las enfermedades desmielinizantes.

Para valorar el SFM observan la hiperalgesia mediante la presión de los puntos dolorosos clásicos y la alodinia a través de la sensibilidad a la presión del manguito que se utiliza para medir la tensión arterial; ambos datos ayudan a medir la eficacia del plan terapéutico establecido. Y siguen los criterios diagnósticos vigentes del ACR de 2010¹¹⁹.

Otros datos que recopilan no tanto para hacer diagnóstico son: la presencia o no de dermatografismo, el dolor al pellizco rodado de la piel de las regiones dorsal y lumbar y la presencia o no de dolor en los puntos control.

Este artículo del Dr. Alegre aporta un plus adicional y es que menciona también las versiones validadas en español para las escalas empleadas a nivel internacional para algunas variables y que ellos tienen muy en cuenta.

Comenta que aplican enfáticamente los criterios de la ACR de 2010¹¹⁹ sobre todo en cuanto a observar "...la ausencia de otras entidades que puedan explicar el dolor generalizado." no adicionando el diagnóstico de SFM a otras patologías ya establecidas, aunque siempre existen situaciones no tan claras.

Al tener el diagnóstico proceden a clasificar y evaluar la intensidad de ciertos parámetros así:

- Dolor mediante la Escala Visual Análoga (EVA) de dolor.
- La hiperalgesia en los puntos gatillo.
- La alodinia mediante el esfingomanómetro ¹²⁶
- La fatiga mediante una Escala Visual Análoga de fatiga.
- La vitalidad mediante el cuestionario de Calidad de vida relacionado con la salud en forma abreviada (SF-36)¹²⁷
- Cuando la fatiga es el síntoma principal utilizan el cuestionario MFI (Inventario Multidimensional de Fatiga)¹²⁸
- El catastrofismo lo evalúan con el cuestionario validado de Garcia Campayo ¹²⁹
- El impacto funcional mediante la versión validada en español para el cuestionario del Impacto de la Fibromialgia, en su versión revisada (el FIQ-r) ¹³⁰
- La ansiedad y depresión mediante el HADS (Escala de depresión y ansiedad en Hospitalaria). ¹³¹ y
- La patología psicológica (Ansiedad, depresión, somatización y disfunción social) mediante la adaptación española del cuestionario general de salud (GHQ) ¹³².

Mediante los resultados de estos cuestionarios clasifican la fibromialgia en 3 subgrupos dado si predomina la depresión (Grupo I), la somatización (Grupo II) o si no tienen asociada patología psicológica (Grupo 3) según la clasificación de Giesecke ¹³³.

Para evaluar eficacia del tratamiento usan principalmente el FIQ-r, los EVAs de dolor y fatiga y el SF-36.

▪ Diagnóstico diferencial

Como es entendible, es necesario descartar otras patologías asociadas a estos cuadros clínicos. Entre los análisis básicos que recomiendan algunas guías como el consenso de la Sociedad Española de Reumatología de 2006¹³⁴ y que guía los lineamientos de la Unidad de Fibromialgia del Hospital Valle de Hebrón publicadas el año pasado se debe incluir hemograma, bioquímica básica y reactantes de fase aguda. La petición de otras pruebas complementarias debe ser individualizada, en función del cuadro clínico, la exploración física y la sospecha de una enfermedad asociada.

Las pruebas que estipulan para el diagnóstico diferencial de acuerdo al cuadro son:

- Para el malestar general: VSG, proteínas totales, función renal y hepática.
- Para análisis de la fatiga: hemograma, TSH, CKs, serología, pruebas para Hepatitis C.
- Para el dolor articular: VSG, PCR, FR, ANAs.
- Otros datos incorporados al protocolo son el proteinograma, el Calcidiol y la LDH.

Habitualmente no recomiendan imágenes excepto si la fatiga es el síntoma predominante, en este caso ordenan Rx tórax, y si las maniobras de las sacroilíacas son positivas una Rx de las mismas.

Otros documentos consenso valoran solicitar otras pruebas de laboratorio como la función del eje hipófisis-suprarrenal, indicadores del metabolismo del calcio, niveles de vitamina B12, folato, hierro, o valoraciones con test especiales en función de los factores de riesgo y/o condiciones co-mórbidas del paciente. ¹³⁵.

La sociedad canadiense de reumatología en sus guías de 2012 ¹³⁶ recomienda, según el caso, la realización de Resonancia Magnética Nuclear (RMN) y TAC en los pacientes con clínica neurológica, test de mesa basculante si se sospecha de hipotensión ortostática antes de prescribir determinados fármacos; estudios de sueño si se sospecha de un desorden que pudiera ser tratable, y electromiograma o electroencefalograma en función de los hallazgos obtenidos.

Algunas de las enfermedades a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial son:

- Lupus eritematoso sistémico
- Miopatía (metabólica o inflamatoria)
- Artritis reumatoide
- Polimialgia reumática
- Espondiloartropatías
- Trastorno depresivo mayor
- Esclerosis múltiple
- Poliartrosis
- Hipotiroidismo
- Afectaciones musculares por fármacos (estatinas, inhibidores de aromatasas)
- Neuropatías periféricas
- Hiperparatiroidismo
- Alteraciones estructurales mecánicas o degenerativas del raquis.

4.1.5 Tratamiento convencional y pronóstico

En la Unidad de Fibromialgia de Valle de Hebrón¹²⁴ recomiendan según la clasificación mencionada instaurar el tratamiento de una manera muy sencilla. Si predomina la depresión utilizan de base los antidepresivos duales inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRNS), si predomina el síndrome funcional somatomorfo, consideran que los tratamientos tienen poca eficacia, habitualmente se presentan numerosos efectos adversos y/o secundarios con los fármacos así que evitan los opioides siendo el tratamiento indicado la psicoterapia; y si no se presenta patología psiquiátrica se enfocará en manejo analgésico y del sueño.

Dado que los síntomas son múltiples y diversos escogen el que más afecta al paciente y el más fácil de tratar, generalmente la calidad del sueño. La amitriptilina a dosis bajas acostumbra a ser el primer tratamiento recomendado¹³⁷, con esto mejora el dolor y consiguen un sueño de mejor calidad. Evitan la polifarmacia en lo posible a pesar de la multiplicidad de síntomas dado el riesgo de efectos adversos que en estos pacientes es mayor que en la población general.

El ejercicio físico es un punto importante según múltiples trabajos, siendo más importante la constancia en realizarlo que el tipo de ejercicio. Probablemente la socialización que implica, o la mayor autoestima de poder realizar el ejercicio tienen que ver con el beneficio de éste; teniendo en cuenta que no se busca desarrollo muscular en tanto que no se detecta atrofia muscular ni pérdida de fuerza, pero sí pérdida de capacidad de realización de una actividad.

Recomiendan baile por ser variado, no repetitivo, facilidad de realizarlo en cualquier lugar, no requerimiento de un tiempo determinado, no aumenta la fatiga de vestirse y desvestirse. Tampoco se descuida el soporte social y psicológico.

Los datos recogidos hasta el momento en la mencionada unidad de fibromialgia en Valle de Hebrón, señalan que la duración media de los síntomas es de unos 15 años. Desafortunadamente las estadísticas no son alentadoras. Publicaron un estudio en una cohorte de 132 pacientes con SFM de más de 10 años de evolución¹³⁸, la mayoría presentaban un empeoramiento de su enfermedad (63.9%), con persistencia de los síntomas principales como son el dolor, fatiga y alteraciones del sueño. En el 6,1% de los pacientes la enfermedad se mantuvo igual, el 28% mejoró y un 0,7% presentó remisión de los síntomas. No encontraron diferencias del estado de salud entre las pacientes que dejaron de trabajar y los que continuaron haciéndolo.

Las guías canadienses para el diagnóstico y manejo del SFM de 2012¹³⁹ están soportadas por los mejores niveles de evidencia disponibles de acuerdo a literatura de peso y fueron redactadas y graduadas de acuerdo con el sistema de clasificación del Centro Oxford para la Medicina Basada en la Evidencia¹⁴⁰; (ver tabla 4-9). Resaltan que dada la ausencia de una causa establecida y de una cura, los objetivos del tratamiento son basados en los síntomas del paciente y de manera individual para reducir las molestias y mejorar la funcionalidad. Reconocen el estilo de vida saludable y la participación activa del paciente en el cuidado de su salud como la piedra angular de la atención.

Tabla 4-9: Niveles de evidencia (Tomada y traducida de las Guías Canadienses del 2012 para el diagnóstico y tratamiento del SFM ¹³⁶)

Niveles de evidencia					
	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Tratamiento	Revisiones sistemáticas de ensayos aleatorizados o ensayos N-de 1 (múltiples estudios crossover conducidos en un único individuo)	Ensayos aleatorizados o (excepcionalmente) estudios observacionales con efecto dramático	Estudio de cohorte/seguimiento controlado, no aleatorizado	Revisiones sistemáticas de estudios de casos y controles o estudios controlados históricamente	Opinión
Resultados	Revisiones sistemáticas de estudios de cohorte de inception	Estudios de cohorte de inception	Cohorte o ensayo aleatorizado con brazo control	Revisiones sistemáticas de series de casos	Opinión
Grados de recomendación					
A	Estudios consistentes nivel 1				
B	Estudios consistentes nivel 2 o 3 o extrapolaciones de estudios de nivel 1				
C	Estudios nivel 4 o extrapolaciones de nivel 2 o 3				
D	Evidencia nivel 5 o estudios no conclusivos o preocupantemente inconsistentes de cualquier nivel				
Consenso	Opinión soportada por todo el comité de Guías Canadienses de Fibromialgia				

Incorporaron el aporte de 139 profesionales de salud canadiense de diversas disciplinas, supervisados por el Comité canadiense para fibromialgia. Las recomendaciones surgidas fueron revisadas por un experto externo y aprobadas por la asociación canadiense de dolor y la asociación canadiense de reumatología, quienes a su vez se encargarán de supervisar la actualización en 2015.

Ninguna de las fuentes de financiación tuvo un papel en la recolección, análisis o interpretación de los datos, o en la decisión de publicar dichas guías, se realizó la declaración de conflictos de interés para todos los miembros del Comité. Se mencionan estos datos para resaltar la rigurosidad con la que fueron elaboradas estas guías.

Un concepto subrayado por estas directrices es que el diagnóstico y tratamiento del SFM se debe hacer en el ámbito de la atención primaria, ya que el médico general es quien mejor conoce al paciente y tiene una mejor perspectiva biopsicosocial ^{141, 142, 143, 144} y no se

requiere confirmación del especialista. Hay un fuerte llamado a la reducción tanto de exámenes excesivos y remisiones a múltiples especialistas asegurándose siempre de no pasar por alto otras condiciones médicas. Así mismo recomiendan evitar fomentar la dependencia excesiva de los pacientes a los profesionales de la salud y asumir una actitud proactiva frente a su salud.

Se mencionan a continuación las recomendaciones más importantes para el tratamiento según las guías canadienses con su respectivo nivel de evidencia.

- Las estrategias no farmacológicas con participación activa del paciente deben ser un componente integral del plan terapéutico (nivel 1 grado A)
- Se deben intensificar las intervenciones encaminadas a mejorar la autosuficiencia de los pacientes para lidiar con sus síntomas (nivel 1, grado A)
- La evaluación y / o consejería psicológica puede ser útil para las personas con SFM en vista de la dificultad psicológica asociada (nivel 5, consenso).
- La terapia cognitiva conductual, aunque sea por poco tiempo, es útil y puede ayudar a reducir el miedo al dolor y el miedo de la actividad física (nivel 1 grado A).
- Las personas con SFM deben participar en un programa de ejercicio graduado de su elección para obtener beneficios para su salud global y para sus síntomas de SFM (nivel 1, grado A).
- Los pacientes deben ser informados de que hay pruebas insuficientes para recomendar la Medicina Complementaria y Alternativa para el tratamiento de los síntomas de SFM, ya que en su mayoría no han sido adecuadamente evaluados en relación con su beneficio (nivel 1, grado A).
- Los pacientes deben ser animados a hablar abiertamente sobre el uso de medicinas complementarias y alternativas con los profesionales de la salud quienes deben entender y ser tolerantes para estas disertaciones. Deben proveer información

actualizada y basada en la evidencia sobre la eficacia y riesgos cuando se disponga de ella (nivel 5, consenso)

- Los médicos deben identificar el (los) síntoma (s) más molesto (s) para instaurar los tratamientos farmacológicos específicos de acuerdo con un enfoque basado en los síntomas. Una opción farmacológica ideal es poder tratar los múltiples síntomas simultáneamente y se puede requerir una combinación de medicamentos, prestando especial atención a las interacciones medicamentosas (nivel 5 D).
- Los tratamientos farmacológicos deben iniciarse en dosis bajas con titulación ascendente gradual y cautelosa para reducir la intolerancia medicamentosa (nivel 5 D) y se debe realizar una evaluación periódica continuada sobre la eficacia y perfil de efectos secundarios, sabiendo que los efectos secundarios de los medicamentos pueden ser similares a los síntomas de SFM (nivel 5, el consenso).
- Los médicos que prescriben medicamentos para SFM deben tener la mente abierta y consciente de la amplia gama de agentes disponibles para tratar los síntomas, y no debe limitar los tratamientos a una sola categoría de medicamentos (nivel 5, el consenso).
- En consonancia con la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el acetaminofén puede ser útil en algunos pacientes, pero atendiendo a la dosificación segura (nivel 5, el consenso).
- En el caso de que se prescriban anti-inflamatorios no esteroideos (AINES), en particular para las condiciones asociadas como la osteoartritis, se deben utilizar en las dosis más bajas y durante el menor tiempo posible, en vista de los posibles eventos adversos graves (nivel 5, grado D).
- En cuanto al uso de los opioides, se inicia con uno débil, como el tramadol. Deberían reservarse para el tratamiento de pacientes con dolor moderado a severo que no responden a otras modalidades de tratamiento (nivel 2, grado D).

- Se desalienta el uso de opioides fuertes, y los pacientes que siguen usando los opioides deben mostrar mejoría en cuanto a dolor y en cuanto a función. Los profesionales sanitarios deben monitorizar la eficacia continuada, los efectos secundarios o la evidencia de comportamientos anómalos de los fármacos (nivel 5, grado D).
- Se puede considerar ensayar un fármaco canabinoide en un paciente con SFM, en particular en el contexto de trastorno del sueño importante (nivel 3, grado C).
- Se deben explicar a los pacientes los efectos sobre modulación del dolor de los medicamentos antidepresivos para disipar el concepto de que se prescriben por una queja principalmente psicológica (nivel 5, grado D).
- Se pueden prescribir todas las categorías de medicamentos antidepresivos como los antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina para el tratamiento del dolor y otros síntomas en pacientes con SFM (nivel 1, grado A); elegidos de acuerdo a la evidencia disponible para su eficacia, al conocimiento médico, a las características del paciente y atendiendo al perfil de efectos secundarios (nivel 5, consenso).
- El uso de fármacos anticonvulsivantes se explica dadas sus propiedades moduladoras del dolor. Se debe comenzar con la dosis más baja posible y titular y prestando atención a los eventos adversos (nivel 1, grado A).
- Sólo pregabalina y duloxetina están aprobados en Canadá para el tratamiento de los síntomas de la SFM y el resto de fármacos corresponden a “uso fuera de etiqueta” (“of label use”) (nivel 5, consenso).
- A los pacientes que han experimentado situaciones adversas en la vida que han impactado en el bienestar psicológico y que no han sido abordados con eficacia se les debe ofrecer un apoyo adecuado para facilitar el logro de los objetivos relacionados con su salud (nivel 5, consenso).

- Los médicos deben estar alerta a que factores como la pasividad, falta de control interno y trastornos del estado de ánimo en los pacientes pueden tener una influencia negativa en su resultado (nivel 5, el consenso).
- Los médicos deben motivar a los pacientes a permanecer trabajando y, de ser necesario, podrá formular recomendaciones que ayuden a mantener la productividad. Ya que tienen mejor pronóstico los pacientes que están empleados (nivel 3, grado C).

En la reunión anual del ACR realizada en Octubre de 2013¹⁴⁵ en San Diego, California se contrastaron las últimas guías nacionales de fibromialgia desarrolladas independientemente por paneles de múltiples especialidades en Canadá, Israel, y Alemania. Los tres hacen hincapié en el abordaje individual basado en los síntomas clave y en la gravedad, teniendo el manejo no farmacológico como primera opción terapéutica para todos según afirma el Dr. Jacob N, Ablin, MD, médico senior en el Centro Médico Sourasky de Tel Aviv. Enfatiza en que contrariamente a la percepción popular, los medicamentos realmente logran solamente efectos relativamente modestos, y los tres grupos advierten acerca de los efectos secundarios de medicamentos, que pueden imitar los síntomas de la fibromialgia.

Los tres medicamentos aprobados por la FDA para el tratamiento del SFM: pregabalina, duloxetina, y milnacipran recibieron sólo una recomendación grado C en las directrices alemanas^{146, 147} según los ensayos clínicos europeos.

Explicó el Dr. Ablin que las directrices alemanas e israelíes contienen recomendaciones detalladas para diversas Medicinas Complementarias y Alternativas (MCA) entre las que se encuentran Tai Chi, imaginería guiada, acupuntura, yoga y terapias en spa mientras que las directrices canadienses concluyen que no hay evidencia suficiente que soporte su uso.

Las directrices alemanas recomiendan un enfoque de tratamiento graduado. Los pacientes con SFM leve deben ser manejados en atención primaria, los que tengan SFM severo o moderado que no responda al tratamiento se deben remitir al especialista y haciendo hincapié en el tratamiento psiquiátrico de comorbilidades mentales. En Alemania las

compañías de seguros cubren todos estos servicios en forma intensiva dada su comprobada efectividad para reducir las incapacidades médicas.

El enfoque israelí es diferente ya que no se basa en la gravedad inicial de la fibromialgia. En el paso 1, todos los pacientes deben recibir educación sobre su enfermedad y los principios involucrados en su tratamiento. Ellos también inician un programa individualizado de ejercicio aeróbico y acuático. Prescriben 10-25 mg de amitriptilina al acostarse y remiten a los pacientes a terapia cognitiva conductual. Si no hay una adecuada respuesta cambian el medicamento o le adicionan otro inhibidor de la recaptación de serotonina y además pregabalina para mejorar el sueño y reducir dolor. Los médicos también refieren a los pacientes para terapia de spa y yoga o alguna otra práctica meditativa en movimiento.

Las tres directrices, desarrolladas de forma independiente en tres continentes, comparten el mismo concepto clínico amplio del SFM no como una enfermedad reumática distinta ni como un trastorno mental, sino como un conjunto de síntomas que abarca una amplia gama de disciplinas médicas. Enfocarse solo sobre el dolor deja por fuera un gran componente de sufrimiento de muchos de estos pacientes afirma Mary-Ann Fitzcharles, MD, reumatólogo en la Universidad McGill en Montreal, y autor principal de las nuevas directrices canadienses.

4.1.6 Tratamiento con Medicina Complementaria y Alternativa

La MCA se ha definido como "un conjunto diverso de sistemas, prácticas y productos médicos y de atención de la salud que no se consideran parte de la medicina convencional"¹⁴⁸. Lo que puede ser considerado como MCA está influenciado por las cuestiones políticas, sociales y culturales y el sistema de salud dominante. La definición de MCA es, por tanto, flexible, en constante evolución y con frecuencia controvertido. Los límites entre las MCA y la medicina convencional en ocasiones no son tan claros.

Dada la cantidad considerable de datos obtenidos en los últimos años en relación con la eficacia y la efectividad de las opciones de la MCA para tratar el SFM, recopilada de numerosos estudios que difieren en términos de objetivos, metodología y diseño, se

consideran las revisiones sistemáticas y los meta-análisis como la fuente menos sesgada para evaluar una intervención en particular.^{149,150}

En 2013 se publica una revisión sobre el tratamiento del SFM teniendo en cuenta las guías interdisciplinarias basadas en evidencia reciente con énfasis en las MCA.¹⁵¹ La evidencia actual indica que no hay tratamiento ideal único para el SFM. Esta revisión comparó los tratamientos de primera línea y las MCA en Canadá, Alemania e Israel. Las opciones de tratamiento de primera elección siguen siendo discutibles. El ejercicio aeróbico, la terapia cognitivo-conductual y la terapia multicomponente eran los principales tratamientos de elección. Las guías difieren en el grado de recomendación para el manejo farmacológico.

Los anticonvulsivantes (gabapentina, pregabalina) y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (duloxetina, milnacipran) fueron fuertemente recomendados en Canadá y en Israel. En relación con los tratamientos con MCA, la acupuntura, la hipnosis / visualización guiada, y Tai Chi fueron recomendadas por las guías alemanas e israelíes. Como se mencionó, las directrices canadienses no recomiendan ninguna terapia con MCA. Esta revisión concluye que las directrices interdisciplinarias basadas en la evidencia reciente coinciden en la importancia de un tratamiento adaptado a cada paciente en forma individual y hace hincapié en la necesidad de estrategias de autocuidado (ejercicio, y las técnicas psicológicas).

4.2 Homeopatía

4.2.1 Definición

La homeopatía es una ciencia y arte de curar basado en una ley biológica natural que rige toda verdadera curación: la “ley de los semejantes”. Según esta ley, una enfermedad dinámica en el organismo se cura de un modo duradero por otra enfermedad dinámica más fuerte, de distinta especie – medicamentosa- que sea lo más semejante posible en sus síntomas a la enfermedad natural¹⁵². Es la aplicación del célebre aforismo hipocrático “*similia similibus curentur*”, es decir, los semejantes curan los semejantes.

4.2.2 Historia

La Homeopatía nace en el Siglo XVIII en Alemania, creada por el Dr. Christian Friedrich Samuel Hahnemann (Meissen, 1755 - París, 1843).

Hahnemann no se atribuyó el descubrimiento de la “Ley de los Semejantes”, pues existía desde Hipócrates (460-350 a.C); pero reclamaba el derecho de haber sido el primero en hacer una demostración práctica de esta ley. Incluso Hipócrates aplicó lo que en el siglo V a.C (un siglo y medio antes) había enunciado Empédocles de Agrigento como fundamento filosófico: “Los semejantes son atraídos por los semejantes”. Paracelso (1493-1541) seguidor de Hipócrates usó dosis mínimas y llamó a las enfermedades por el nombre de los remedios que podían curarlas, a la vez que eran capaces de provocarlas; intuyó el principio de similitud pero de manera elemental y precaria en cuanto a las formas, colores de plantas o remedios para patologías de características similares.¹⁵³

En 1787, en Dresde, Hahnemann teniendo una relativa prosperidad como médico y escritor de varias obras sobre temas diversos; no quiso seguir ejerciendo su profesión, pues constató la imprecisión de los métodos de la medicina de su época, y desde entonces no quiso ejercer un arte donde todo era empírico, sin leyes orientadoras así que decidió cerrar su consultorio particular. Hahnemann estaba defraudado por la medicina de su tiempo, veía comúnmente en la práctica como la escuela clásica hacía sufrir a los enfermos, con sangrías, violentos cáusticos, purgas, puntas de fuego y otras atrocidades. También vio morir a uno de sus mejores amigos; enfermedades graves atacaron a sus hijos y se sentía desconsolado y oprimido como manifestó en sus escritos.¹⁵⁴

"Por tanto, como debe haber un medio seguro y cierto de curar, tal como hay un Dios, el más sabio y el mejor de los seres. Abandonaré el campo ingrato de las explicaciones ontológicas. No oiré más las opiniones arbitrarias aunque hayan sido reducidas a sistemas. ¡No me inclinaré delante de la autoridad de nombres célebres! Buscaré dónde se puede encontrar ese medio que nadie soñó, porque es muy sencillo; porque no aparece envuelto en coronas para los maestros en el arte de construir hipótesis y abstracciones escolásticas." Escribió Hahnemann en una carta que en 1808 dirigió al Dr. Hufeland, su antiguo condiscípulo y gran amigo.¹⁵⁴

Entre las varias obras traducidas por Hahnemann del inglés al alemán, encuentra en 1790, la *Materia Médica* de William Cullen, un médico escocés. Hahnemann decidió experimentar en sí mismo los efectos de la china, y dio inicio a un nuevo método de experimentación, no realizado antes: experimentar en el hombre sano; pues no aceptaba las ideas de Cullen sobre la acción de la China, por sus explicaciones contradictorias.¹⁵⁴

En el segundo volumen de esta traducción Hahnemann hizo una anotación: "Tomé, para experimentar, dos veces por día, cuatro dracmas (un dracma equivale a 3 gramos y 24 centigramos) de pura China (Quinquina). Mis pies, extremidades de los dedos etc., tornáronse primeramente fríos; me sentí somnoliento y lánguido, mientras mi corazón palpitaba; temblaba sin que estuviésemos en la época de frío; postración en todo el cuerpo, en todos mis miembros; pulsaciones en la cabeza, enrojecimiento de mis mejillas; sed; y finalmente todos esos síntomas característicos de la fiebre intermitente, aparecieron unos después de otros, aunque sin el peculiar y riguroso frío. Estos paroxismos presentaban la duración de 3 a 4 horas en cada vez, y reaparecían si yo tomaba la dosis de la misma manera. Dejé de tomar la China y la salud volvió."¹⁵⁴

Hahnemann entonces se preguntó: "¿La China no deberá la acción antifebrífuga que manifiesta a que produce una afección semejante?" Y decidió hacer lo mismo con otras sustancias, encontrando así que el azufre, el mercurio, la belladona y posteriormente otros producen unos síntomas similares a los que ellos mismos tienen la propiedad de curar. Hahnemann aseguraba que la vacuna preservaba de la viruela porque provocaba en el organismo una acción análoga excluyendo así toda influencia de la misma naturaleza. Y esta analogía de acción también la encontró en la pulsatilla con el sarampión, el cobre y el heléboro con el cólera y la belladona con la escarlatina. El cólera se diseminó en Alemania, respetando siempre a los obreros que trabajaban con el cobre por ejemplo. Esto sirvió de fuente para lo que más adelante se consideró la demostración del principio: "*similia similibus curantur*", lo similar cura lo similar.¹⁵⁴

Hahnemann empezó a apreciar el valor de la química en la medicina y se convence de que existen tantos remedios específicos como enfermedades existen. Esta idea de especificidad, originaria de sus primeros escritos trae el concepto de individualidad. Posteriormente Hahnemann dejó de hablar de enfermedades específicas y empezó a

hablar de enfermos específicos, o de la individualidad del medicamento y del enfermo. Un mismo medicamento podía también ser el indicado en personas con enfermedades distintas, pero en el mismo tipo de enfermo.

Hahnemann solo aceptaba paliativos en los casos agudos, dada la peligrosidad de estos casos. Percibió el doble efecto de los medicamentos: primeramente un efecto directo y luego un efecto opuesto al primero o indirecto y los denominó efecto primario y secundario. También habló de las 3 maneras diferentes de la medicina para tratar: El primer método, o más elevado es destruir o retirar las causas fundamentales de las enfermedades. El segundo consiste en suprimir los síntomas existentes por medio de medicamentos que producen el efecto contrario. Y el tercero, empleado en las molestias crónicas y no destinado a ocultar los síntomas sino a curar radicalmente, es el método de los "específicos" en el sentido de individualizar el remedio con el enfermo y no con la enfermedad como lo hace la "alopatía" (término también acuñado por el fundador de la homeopatía)¹⁵⁴

Hahnemann afirmó luego de seis años de estudios y experimentos medicamentosos (en 1796): "Para curar radicalmente ciertas afecciones crónicas, se deben procurar medicamentos que ordinariamente provoquen, en el organismo humano, una enfermedad análoga y lo más análogo posible."¹⁵⁴

Inicialmente Hahnemann aplicaba el método antiguo y el moderno, con el fin de estudiarlos comparativamente. En un paciente experimentó cómo luego de 16 meses de tratamiento convencional sin éxito, recibió Heléboro blanco en pequeñas dosis por 4 días, presentando una terrible agravación y curándose después. Hahnemann llegó a la conclusión de que debería prescribir pequeñas dosis a intervalos más largos. Observó que las dosis enormes provocaban agravación de los síntomas morbosos momentáneamente, así que inició un proceso de disminución sucesiva y cada vez mayor en las dosis empleadas hasta llegar a las dosis infinitamente pequeñas (infinitesimales) para las cuales requirió mezclar el jugo activo de las plantas con azúcar de leche o con alcohol según proporciones determinadas, y una técnica original. Hahnemann vio que esas pequeñas cantidades de sustancia, aún poseían suficiente poder para producir acción patogenética. Atribuyó este hecho a la manera de prepararlas y posteriormente a la sucusión que introducía para que las

sustancias liberaran sus poderes. Siempre utilizó para experimentar y también para curar un único remedio.¹⁵⁴

El Órganon Del Arte de Curar es la obra genial de Hahnemann, en la cual expone la medicina que descubrió y organizó en forma de párrafos incluyendo todos los principios y particularidades de su doctrina, desde la patología hasta la profilaxis. Se cuenta con 6 ediciones del órgano.¹⁵⁵ La 1ª publicada en 1810, la 2ª en 1818, la 3ª en 1824, la 4ª en 1829, la 5ª en 1833 y la 6ª se publicó póstumamente en 1921, al parecer fue escrita entre 1840 y 1842.

El Órganon consta de cinco partes básicas: 1) Las funciones del médico, 2) El conocimiento del enfermo (historia clínica, toma del caso), 3) El diagnóstico 4) El conocimiento de las sustancias medicamentosas (experimentación pura) y 5) La prescripción (terapéutica).

La 1ª edición consta de dos partes La primera parte hacía referencia a los métodos alopáticos y paliativos de las escuelas de medicina de ese entonces y mencionaba además numerosos ejemplos de curas homeopáticas involuntarias, realizadas por médicos de la escuela antigua, desde Hipócrates hasta Sydenham. La segunda parte conformaba el Órganon propiamente dicho. En esta obra Hahnemann empleó por primera vez el vocablo “homeopatía” creado por él mismo, a partir de dos palabras griegas: “*homois*”, que quiere decir semejante y “*pathos*”, que quiere decir enfermedad.

Los principios que rigen la homeopatía se resumen entonces en 6: Energía vital, similitud, individualidad, experimentación pura, dosis infinitesimales y remedio único.¹⁵⁶

El concepto de energía o fuerza vital y salud los plasma Hahnemann en su Parágrafo 9: *“En el estado de salud, la fuerza vital (autocrática) que dinámicamente anima el cuerpo material (organismo), gobierna con poder ilimitado y conserva todas las partes del organismo en admirable y armoniosa operación vital, tanto respecto a las sensaciones como a las funciones, de modo que el espíritu dotado de razón que reside en nosotros, puede emplear libremente estos instrumentos vivos y sanos para los más altos fines de nuestra existencia.”*

La Homeopatía fue introducida en Estados Unidos gracias a Constantino Hering (1800-1880) en donde fundó el primer centro de estudios homeopáticos del mundo. Aportó a la homeopatía la Ley de la Curación y la obra “Los síntomas guías de la materia médica”. James Tyler Kent (1849-1916) condensó el Repertorio de síntomas, y publicó Escritos Menores con su experiencia recopilada a pesar de no haber conocido la Sexta edición del Órganon de Hahnemann.¹⁵⁶

En homeopatía no existen protocolos de manejo específicos por patologías, el abordaje terapéutico de los pacientes se hace de manera individual teniendo en cuenta sus síntomas mentales, locales, y generales característicos, los que hacen única a cada persona.

4.2.3 Toma del caso en Homeopatía

Hahnemann habla específicamente de las cualidades que debe tener el médico al tomar el caso, en su párrafo 83: *“El examen individualizado de un caso de enfermedad, para el cual sólo daré en este lugar las instrucciones generales de las que el práctico sólo retendrá en su mente lo que es aplicable **a cada caso individual**, no exige al médico más que **ausencia de prejuicio y sentidos perfectos, atención al observar y fidelidad al trazar el cuadro de la enfermedad.**”*

La historia clínica en Homeopatía busca extraer toda la información posible del individuo que acude a la consulta por su lenguaje verbal, no verbal, por lo que se obtiene de él a través de los sentidos -inspección, tacto, olfacción- y se evita al máximo sesgar la entrevista; se toman las propias palabras del paciente sin traducirlas al lenguaje médico ya que no es el objetivo encasillarlo en un diagnóstico como a muchos otros pacientes sino en procura de hallar la individualidad que existe en él. Se exploran todos los síntomas por los que consulta y además se indaga por tres grupos de síntomas que en orden de importancia serían: mentales, los generales (de su naturaleza corporal) y los localizados, todos con sus modalidades de agravación, mejoría relación con el tiempo, el clima, el movimiento, las temperaturas, etc. Se da prioridad a los síntomas extraídos por la historia biopatográfica, es decir, sucesos que hayan marcado un antes y un después en su vida, a partir de los cuales se hayan generado síntomas.

Los síntomas que individualicen más al paciente se extraen y se organizan en orden de importancia según lo mencionado (jerarquización) y son los que van a conducir a la elección del remedio específico para un paciente.

4.2.4 Repertorio homeopático

Los repertorios homeopáticos son diccionarios con los síntomas organizados en orden alfabético y por grados, que se crearon por la necesidad de encontrar el medicamento indicado de una manera fácil y accesible.

Existen aproximadamente 120 repertorios, en diferentes idiomas y con diferentes métodos, pero el más completo y metódico es el Repertorio del gran homeópata estadounidense James Tyler Kent (1849-1916) quien tardó 35 años en escribirlo. Se han realizado 6 ediciones en inglés y ha sido traducido al francés, al alemán y finalmente traducido al español y modernizado por el Dr. Francisco Xavier Eizayaga.⁴¹

En el repertorio de Kent, frente a cada síntoma se anotan también en orden alfabético los medicamentos que de alguna manera se han mostrado útiles para el síntoma mencionado con 3 posibles valores para los medicamentos.

1. Para los registrados en las patogenesias experimentales (síntomas producidos en pacientes sanos).
2. Para los síntomas experimentados y reexperimentados.
3. Para los síntomas experimentados, reexperimentados y comprobados por su eficacia en la clínica.

5. Estudios sobre Síndrome Fibromiálgico y Homeopatía

Una revisión sistemática sobre el manejo homeopático en pacientes con fibromialgia publicado en 2010 en *Clinical Rheumatology* ¹⁵⁷ incluyó cuatro Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA). Todos ellos informaron algunos efectos positivos del remedio homeopático en comparación con un placebo, sin embargo no existen reproducciones independientes, y no se pudo comprobar aún la efectividad de la homeopatía como tratamiento sintomático para el SFM.

Los dos primeros estudios tenidos en cuenta para ésta revisión, fueron publicados en la revista *British Medical Journal* por Fisher en 1986 ¹⁵⁸ y en 1989 ¹⁵⁹. El presentado en 1986 fue doble ciego aleatorizado, controlado con placebo para comparar la eficacia de tres remedios homeopáticos comúnmente usados para lo que entonces era llamada fibrositis: *Rhus toxicodendron*, *Arnica montana* y *Bryonia*. Veinticuatro pacientes fueron evaluados en cuanto a sueño, dolor, número de puntos sensibles y consumo de analgésicos al inicio, y al primer, segundo y tercer mes. El grupo experimental recibió uno de los tres remedios en la potencia 6 C dos veces al día durante 3 meses. El grupo placebo recibió la misma dosificación por el mismo periodo de tiempo. No se evidenciaron diferencias entre los dos grupos en términos de dolor ni sueño de acuerdo a escala visual análoga (EVA) con $p = 0,19$ y $p = 0,078$, respectivamente. Sin embargo, se encontró que cuando estaba bien indicado el remedio sí existía una diferencia significativa ($P < 0,05$) en las puntuaciones de dolor y en las puntuaciones del sueño (a los 2 y a los 3 meses). No hubo diferencia significativa en el conteo de puntos y no se reportó el consumo de analgésicos.

El ECA de Fisher en 1989, evaluaba específicamente los efectos de *R. Toxicodendron* 6c en el tratamiento de la fibrositis. La decisión de utilizar este remedio se basaba en los

resultados del estudio anterior que indicaban que el 42% de los pacientes con SFM se ajustaban a la imagen Rhus toxicodendron. En este estudio se utilizó un diseño cruzado. Treinta pacientes con SFM que correspondían homeopáticamente al cuadro de Rhus tox., recibieron tanto el tratamiento como el placebo en orden aleatorio durante 1 mes cada uno. La dosis fue de dos comprimidos tres veces al día. Después de la consulta inicial, no hubo más contacto con el homeópata. El número de puntos sensibles se redujo en alrededor de una cuarta parte en el grupo tratado ($P < 0,005$). La mejoría en cuanto a dolor y sueño, medidas por EVA, también fue significativamente mayor para el grupo Rhus tox que para el grupo placebo ($p = 0,0052$). Por lo tanto, se concluyó que Rhustoxicodendron 6c era eficaz para un subgrupo seleccionado de pacientes.

El tercer estudio, un ECA doble ciego de remedios homeopáticos individualizados realizado en 2004 por Bell et al.,¹⁶⁰ considerado de una alta calidad metodológica, encontró algunas diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes tratados con remedios homeopáticos (en dosis una vez al día y con consultas a los 0, 2, 4 y 6 meses), versus los controles con placebo, en términos de recuento de puntos sensibles y dolor en éstos a la palpación. La evaluación de los síntomas de SFM y salud global mejoraron significativamente después de recibir tratamiento homeopático en comparación con el placebo.

El cuarto ECA publicado en 2009 por Relton et al.¹⁶¹, comparó atención habitual con atención habitual más atención complementaria por un homeópata en pacientes con SFM diagnosticado según los criterios de la ACR. El programa de cuidado complementario consistió en cinco entrevistas a profundidad y medicamentos homeopáticos individualizados. La medida de resultado primario fue la diferencia entre la puntuación total en el Cuestionario de Impacto de Fibromialgia (CIF)¹⁶² al inicio y a las 22 semanas. La tasa de abandono en el grupo de atención habitual fue mayor que el grupo de atención homeopática (33% versus 13% respectivamente) lo cual se considera una debilidad de este estudio. Hubo una reducción significativamente mayor en el promedio de puntuación total del CIF en el grupo de atención por el homeópata que en el grupo de atención habitual. Hubo reducciones significativamente mayores en el grupo de atención homeopática en la puntuación McGill de dolor, fatiga y cansancio en el CIF. Encontraron un pequeño efecto en la puntuación del dolor; pero un gran efecto sobre la función y no se reportaron eventos

adversos. Sin embargo concluyen que se necesitan estudios definitivos para evaluar la eficacia clínica y el costo de la asistencia sanitaria adyuvante por un homeópata para los pacientes con SFM. Mencionan que el grado de eficacia del tratamiento homeopático para los síntomas del SFM sigue siendo ambiguo. No se informaron tampoco efectos adversos de la homeopatía.¹⁵⁷

En Junio de 2014 se publica una revisión realizada por la Universidad de Duisburg-Essen en Alemania, que se propone investigar el estado actual de la literatura sobre homeopatía en el manejo del SFM.¹⁶³ Para esto realizaron búsquedas en Medline, el Registro Cochrane de Ensayos Controlados, Embase, AMED, PsycInfo y CAMbase con los términos "fibromialgia y homeopatía" hasta febrero 2013. Además realizaron búsquedas en Google Académico, la biblioteca de la Fundación Carstens y de la Unión Homeopática Alemana (DHU). Encontraron 10 informes de casos, 3 estudios observacionales, 1 estudio no aleatorizado y 4 ensayos controlados y aleatorizados (ECAs) sobre homeopatía y fibromialgia. En los reportes de casos y los estudios observacionales predomina el uso de medidas cualitativas y medidas no validadas.

Tres de los reportes de caso fueron publicados por Gemmell en 1991¹⁶⁴, a todos se les administró *Rhus toxicodendron* 6X 3 veces durante al menos 21 días sin ningún resultado favorable después de 30 días.

Klein en 2001¹⁶⁵ reportó un paciente masculino, de 54 años de edad manejado con *Loxosceles reclusa* (araña) 30C quien presentó agravación de síntomas por 7 días luego de la primera dosis y mejoría dramática luego de 3 semanas. Los síntomas de SFM, dolor y depresión mejoraron notablemente.

Fleisher en 2004¹⁶⁶ reportó una mujer de 56 años de edad con fatiga crónica y SFM severo. Después de repertorizarla se le prescribió una dosis única de *Crotalus cascavella* 1M. Tres meses más tarde, informó reducción del dolor muscular en más de un 80% y se sintió más relajada.

Jones y Whitmarsh en 2008¹⁶⁷ reportaron dos casos de mujeres de 64 y 45 años de edad. La primera recibió *Rhus toxicodendron* 6C, luego *Lachesis* 200C y 1 LM y la segunda

recibió Calcárea carbónica 200 C seguida de 1LM y 2LM. Ambas reportaron disminución del dolor, mejoría del estado de ánimo y de la capacidad de afrontar los problemas.

Saltzman en 2008 ¹⁶⁸ prescribe Papaver somniferum 30C a una paciente con SFM y y gastroparesia; cuyos síntomas físicos y mentales desaparecieron.

Walters en 2011¹⁶⁹ informó de dos mujeres con manejo homeopático individualizado sin franca mejoría.

En cuanto a los estudios observacionales no controlados encontraron 3, el primero de los cuales no corresponde a un manejo homeopático. El segundo, presentado por Walters en 2011¹⁷⁰ siguió 29 pacientes, recibiendo remedios homeopáticos individualizados con un máximo de 9 sesiones de consulta de 1 hora cada uno, con intervalos de 5 semanas y evaluó los resultados después de 52 semanas. En ellos encontró un descenso importante en el Cuestionario para el Impacto de la Fibromialgia (FIQ) en la semana 52, y una significativa mejoría en la calidad de vida a la semana 40. Este mismo autor en el mismo año publica otro estudio en 56 pacientes con SFM manejados con remedios homeopáticos individualizados ¹⁷¹ y no reportó resultados contundentes.

El ensayo controlado pero no aleatorizado encontrado en esta revisión tampoco corresponde a un tratamiento homeopático sino homotoxicológico y los ECAs analizados fueron los presentados por Fisher en 1986 ¹⁵⁸ y en 1989 ¹⁵⁹, el presentado por Bell et al en 2004 ¹⁶⁰ y el publicado por Relton en 2009 ¹⁶¹, todos estos tenidos en cuenta en la revisión sistemática de 2010 ya mencionada.

Hay que recordar que en 2010 cambiaron los criterios del ACR para el diagnóstico de SFM¹¹⁹ y los ECAs tenidos en cuenta para esta revisión fueron concluidos antes de éste cambio. Los Meta-análisis de los ECAs mostraron efectos favorables de la homeopatía con respecto al conteo de puntos gatillo, intensidad del dolor y fatiga comparados con placebo; sin embargo, dado el bajo número de ensayos incluidos y la baja calidad metodológica, cualquier conclusión basada en estos resultados debe la consideran como preliminar. Los autores concluyen que como los reportes de caso individuales y los

ensayos clínicos indican un efecto positivo, la homeopatía podría ser considerada como un tratamiento complementario para los pacientes con fibromialgia.

Desafortunadamente los datos actuales relativos a la eficacia de la homeopatía para SFM son limitados; mientras que algunos argumentan que los principios básicos de la homeopatía son parte de la respuesta biológica al placebo, otros han argumentado que algunos ensayos con homeopatía parecen indicar los beneficios para los pacientes, a pesar del hecho de que falta mucho aún para desarrollar una clara y contundente explicación científica de la acción de los preparados homeopáticos.¹⁷² Es esencial aclarar la eficacia relativa del remedio homeopático por sí mismo y la eficacia de la intervención homeopática (que incluye muchos otros aspectos de la atención, además del remedio homeopático) para llegar a identificar cuáles son los aspectos de las intervenciones homeopáticas responsables de los efectos observados.¹⁷³

6. Repertorización los Síntomas del Síndrome Fibromiálgico

La multiplicidad de síntomas del SFM amerita un abordaje individualizado y bien modalizado en cuanto a formas de presentación, maneras de agravar, mejorar etcétera. Todas estas modalidades sintomáticas se pueden encontrar en el Repertorio, lo cual es la herramienta para finalmente elegir un medicamento para un paciente en particular y en un momento dado.

En el presente trabajo se realiza una traducción de los síntomas del SFM al lenguaje homeopático y se plantean unas orientaciones para encontrar estas rúbricas en el Moderno Repertorio de Kent. Hay que aclarar que lo que aquí se exponen son los rubros y subrubros principales, sin embargo en la mayoría de ellos se puede continuar afinando mucho más la descripción del síntoma.

Se tuvieron en cuenta los síntomas correspondientes al Índice de Dolor Generalizado (ver tabla 6-1) al Índice de Severidad de Síntomas con sus 2 partes (ver tablas 6-2 y 6-3) y al final se toman otros síntomas adicionales que fácilmente pueden manifestar los pacientes con SFM (ver tablas 6-4 y 6-5)

6.1 Síntomas en el repertorio para Índice de Dolor Generalizado (IDG)

Tabla 6-1: Síntomas en el repertorio para Índice de Dolor Generalizado (IDG)

Síntomas en el Repertorio para el Índice de Dolor Generalizado (IDG)					
Capítulo	Rubro	Sub-rubros			Página
Extremidades	Dolor	Miembros superiores	Hombro	Derecho/Izquierdo	615-II
			Brazo	Derecho/Izquierdo	616-II
			Antebrazo	Derecho/Izquierdo	617-III
		Miembros inferiores	Cadera	Derecha/Izquierda	623-I
			Muslo	Derecho/Izquierdo	624-I
			Pierna	Derecha/Izquierda	626-III
Cara	Dolor	Maxilar	Inferior		254-II
			Inferior Derecho		254-II
Pecho	Dolor				522-III
Abdomen	Dolor				355-III
Espalda	Dolor	Cervical			556-II
		Columna	Dorsal		558-II
			Lumbar		560-I

6.2 Síntomas en el repertorio para Índice de Severidad de Síntomas Parte 1 (SS-1)

Tabla 6-2: Índice de Severidad de Síntomas Parte 1(SS-1)

Índice de Severidad de Síntomas Parte 1 (SS-1)					
Síntoma	Capítulo	Rubro	Sub-rubro	Página	
Fatiga	Generalidades	Cansancio			817-I
Sueño no reparador	Sueño	Debilidad	Después de sueño insuficiente		604-III
		No reparador			741-I
		Despertar	Dolorimiento, con		731-II
		Breve	Sensación de sueño breve		729-III
		Ligero			740-III
		Malo			740-III
Trastornos cognitivos	Psiquismo	Concentración	Difícil		15-III
		Memoria, debilidad de la			66-III
		Memoria , pérdida de			67-III
		Olvidadizo			70-III
		Reconoce	No		77-I

6.3 Síntomas en el repertorio para Índice de Severidad de Síntomas Parte 2 (SS-2)

Tabla 6-3: Índice de Severidad de Síntomas Parte 2 (SS-2)

Índice de Severidad de Síntomas Parte 2				
Síntoma	Capítulo	Rubro	Sub-rubro	Página
Dolor muscular	Generalidades	Dolor	Desmembrante, musculos	831-II
		Dolor	Dolorido, externamente	831-III
		Dolor	Presivo músculos	833-III
		Dolor	Punzante, músculos	834-III
Colon irritable	Abdomen	Dolor	Defecación, después, mejora	357-II
	Materia fecal	Frecuente		404-III
		Cambiante		404-I
		Dura		404-II
		Líquida		405-II
		Líquida	Seguida por dura	405-III
Fatiga	Generalidades	Cansancio		817-I
Problemas de memoria	Psiquismo	Embotamiento	Pesadez, dificultad para pensar y comprender	26-I
		Memoria	Debilidad de la	66-III
Debilidad muscular	Generalidades	Debilidad	Enervación	824-I
		Cansancio		817-I
		Laxitud, flaqueza		843-I
		Debilidad	Caminando	604-II
	Extremidades	Pesadez	Miembros cansados	702-III
Dolor de cabeza	Cabeza	Dolor		113-I
Calambres en el abdomen	Abdomen	Dolor	Calambroide, pellizcante	365-III
Entumecimiento	Generalidades	Hormigueo		841-II
Mareo	Vértigo			96-I
Insomnio	Sueño	Insomnio		735-I
		Duermese	Difícil	733-I
		Despertar	Fácilmente	731-II
			Frecuente	731-II
Depresión	Psiquismo	Tristeza		92-I
		Melancólico, taciturno		65-III
		Pena		72-I
Estreñimiento	Recto	Constipación		385-III
		Inactividad		397-III

Índice de Severidad de Síntomas Parte 2				
Síntoma	Capítulo	Rubro	Sub-rubro	Página
Dolor abdominal alto	Estómago	Dolor		324-I
Náuseas	Estómago	Náuseas		337-II
Ansiedad	Psiquismo	Ansiedad		5-I
Dolor torácico	Pecho	Dolor		522-III
Visión borrosa	Visión	Borrosa		197-II
Diarrea	Recto	Diarrea		387-II
	Materia fecal	Líquida		405-II
		Frecuente		404-III
Boca seca	Boca	Sequedad		286-II
Picores	Prurito			802-II
Sibilancias	Respiración	Sibilante		488-III
Fenómeno de Raynaud	Extremidades	Decoloración	Dedos de la mano: blancos durante frialdad	609-II
			Lívidos	609-II
			Azules	609-II
Urticaria	Piel	Erupciones	Urticaria	797-II
Zumbidos en los oídos	Oído	Ruidos	Zumbido	222-I
Vómitos	Estómago	Vómitos		345-II
Acidez de estómago	Estómago	Acidez		316-I
Aftas orales	Boca	Aftas		270-II
Pérdida o cambios en el gusto	Boca	Gusto		277-I
		Falta del, pérdida del gusto		278-II
Convulsiones	Generalidades	Convulsiones		820-III
Ojo seco	Ojo	Sequedad		195-I
Respiración entrecortada	Respiración	Breve	Corta y superficial	482-III
Pérdida del apetito	Estómago	Apetito	Apetencia sin	317-I
			Falta de	318-I
			Disminuido	317-III
Erupciones/ rash	Piel	Erupciones	Rojas	795-III
Intolerancia al sol	Generalidades	Sol	Por exposición al	852-II
	Piel	Sol	Sensible al sol	804-II
Trastornos auditivos	Audición	Disminuida	Deteriorada	225-II
Moretones frecuentes	Piel	Equimosis		790-II
Caída del cabello	Cabeza	Cabello	Caída	106-III

Índice de Severidad de Síntomas Parte 2				
Síntoma	Capítulo	Rubro	Sub-rubro	Página
Micción frecuente	Vejiga	Micción	Frecuente	412-III
Micción dolorosa	Vejiga	Micción	Disuria	412-II
Espasmos vesicales	Vejiga	Espasmo		411-III

6.4 Otros rubros a considerar

Tabla 6-4: Otros rubros a considerar.

Otros rubros a considerar				
Capítulo	Rubro	Sub-rubro	Página	
Psiquismo	Ansiedad	Por dolores	7-I	
	Cólera	Por dolor	14-I	
	Desalentado	Por dolores	23-I	
	Desesperacion	Durante dolores	24-I	
	Excitación	Durante dolor	31-II	
	Fuera de si	Por el menor dolor	33-I	
	Irritabilidad	Durante dolor	58-III	
	Llanto	Con dolores	63-I	
	Quejidos	Por dolor	76-I	
	Sensible	A dolores	80-I	
	Temor	Dolores durante	86-II	
	Trastornos por	Decepción de amor		91-I
		Ansiedad		91-I
		Anticipación		91-I
		Castigo		91-I
		Cólera, enojo		91-I
		Cólera con ansiedad		91-I
		Cólera con indignación		91-I
		Cólera con pena silenciosa		91-II
		Cólera reprimida		91-II
Desprecio, ser despreciado			91-II	
Indignación			91-II	
Lesiones, accidentes, síntomas mentales por			91-II	
Malas noticias			91-III	
Mortificación		91-III		

Otros rubros a considerar			
Capítulo	Rubro	Sub-rubro	Página
		Muerte de un niño	91-III
		Muerte de padres, parientes o amigos	91-III
		Pena	91-III
		Susto	92-I
		Turbación	92-I
		Violencia	92-I
Traumas	Mentales		92-I
Extremidades	Calambres		593-III
	Contracción	Músculos y tendones	601-I
Sueño	Despertar	Con dolor	731-II
Generalidades	Dolor		829-II
	Dolor desmembrante músculos		831-II
	Dolor calambroide en músculos		831-II
	Induraciones músculos		841-III
	Irritabilidad, física excesiva		842-II
	Irritabilidad física excesiva cuando demasiada medicación ha producido un estado de hipersensibilidad y los medicamentos no actúan		842-III

6.5 Síntomas en el repertorio para modalidades de agravación

Tabla 6-5: Síntomas en el repertorio para modalidades de agravación

Modalidades de agravación		
Capítulo	Rubro	Página
Generalidades	De día, mañana, antes de mediodía,	810-I
	Anochece, noche	811-I
	Acostado agrava, mejora...	811-I
	Aire agrava, deseo, mejora, corriente...	812-III
	Ansiedad física general	813-III
	Baño agrava, mejora...	814-II
	Caliente agrava, mejora...	814-III
	Caliente, lluvioso tiempo agrava	815-II
	Frío agrava, mejora,	838-II
	Frio, lluvioso, seco agrava...	839-I
	Frio seco tiempo agrava	839-II
	Dormir	836-I
	Esfuerzo físico agrava	837-II
	Esfuerzo físico mejora	837-III
	Invierno, en	842-II

Levantarse agrava	843-III
Levantarse mejora	843-III
Luna	843-III
Luna luz de agrava	843-III
Lluvioso tiempo agrava	844-I
Lluvioso tiempo mejora	844-I
Mojarse, al	844-II
Movimiento agrava	844-III
Movimiento mejora	844-III
Movimiento al comenzar agrava	845-I
Movimiento, después agrava	845-I
Otoño agrava en	846-II
Periodicidad	847-I
Pesadez del cuerpo	847-II
Primavera en	848-II
Sensibilidad externa	851-II
Sensibilidad al dolor	851-II
Sentado	851-III
Sol, por	852-II
Tensión, músculos	854-I
Tormenta proximidad de	854-I
Tormenta, durante	854-I
Verano	855-II
Viajando en vagón o en coche	855-II

7. Algunos medicamentos homeopáticos que pudieran emplearse en el Síndrome Fibromiálgico

Es muy importante tener en cuenta que la homeopatía busca ante todo el simillimum, es decir el medicamento que abarca la totalidad sintomática tanto física como mental. Una gama bastante amplia de medicamentos pueden estar indicados en pacientes con SFM. Sin embargo se van a describir algunos de los medicamentos que más comúnmente son utilizados en la práctica médica de la Universidad de Maimónides en Buenos Aires; los recomendados por el reconocido traumatólogo y homeópata argentino, Dr. David Milstein en su libro sobre enfermedades crónicas ¹⁷⁴, y los que según la materia médica pudieran estar bien indicados.

Las materias médicas de éstos medicamentos son extensas sin embargo solo se van a presentar descripciones muy resumidas extraídas de Lathoud, ¹⁷⁵ Vijnosky,¹⁷⁶ y de Jouanny,¹⁷⁷ complementadas por datos toxicológicos extraídos de “Plantas Venenosas de Carolina del Norte” ¹⁷⁸ y de la base de datos toxicológica TOXNET. ¹⁷⁹

Los medicamentos a describir son:

1. Árnica montana (ver tabla 7-1)
2. Bryonia alba (ver tabla 7-2)
3. Calcárea carbónica (ver tabla 7-3)
4. Dulcamara (ver tabla 7-4)
5. Kalmia latifolia (ver tabla 7-5)
6. Lycopodium clavatum.(ver tabla 7-6)
7. Natrum muriaticum(ver tabla 7-7)

8. Rhododendron (ver tabla 7-8)
9. Rhus toxicodendron (ver tabla 7-9)
10. Sepia (ver tabla 7-10)
11. Sulphur (ver tabla 7-11)

7.1 Árnica montana

Tabla 7-1: Árnica montana


Árnica montana	
	
<p>Imagen tomada de http://www.abchomeopatia.com/wp-content/uploads/2010/04/Arnica.jpg</p>	
Origen	
<p>Árnica montana, de la familia de las Asteráceas, brota sobre todo en los pastos de las montañas. Se prepara a partir de la planta entera fresca.</p>	
Componentes	
<p>Flavonoides que tienen no solamente un tropismo venoso, sino también un efecto cardiotónico, vasodilatador coronario y antihipertensivo. Pigmentos carotenoides y manganeso que confieren al producto un efecto antineurálgico, antirreumático, antiinflamatorio, antiequimótico. Fenoles: ácidos caféico y clorogénico que tienen efectos cardiotónicos y también antibióticos y fungicida. Lactonas sesquiterpénicas, principalmente helenalina, con acción irritante sobre la piel y con acción antiinflamatoria.</p>	
Toxicología	
<p>Se ha visto una alergia retardada tipo IV en las personas que se ocupan de flores de árnica y pueden ser causados por lactonas sesquiterpénicas que se encuentran en las flores. La ingestión de productos induce gastroenteritis grave, vomito, diarreas, dolor de cabeza nerviosismo, ritmo cardíaco acelerado, debilidad muscular, y la muerte por paro cardiorrespiratorio</p>	
Acción general	
Músculos y tejido celular	Dolor como de agujetas luego de esfuerzo físico desmedido o después de contusiones.

Árnica montana	
Capilares	Extravasaciones sanguíneas (fragilidad capilar) dando un aspecto de equimosis.
General	Estado febril adinámico con rostro enrojecido y congestionado mientras el resto del cuerpo está frío. Escalofríos e intensa sed. Gime mientras duerme y detesta que lo toquen, si se le habla se despierta apenas para contestar y vuelve a sumirse en sopor, se agita en la cama que se le hace demasiado dura
Síntomas mentales	
Extrema debilidad que llega a la postración; abatido física y moralmente , y experimenta la sensación de que todo su cuerpo estuviese roto, magullado. Triste , desea estar tranquilo, en paz; que no le hablen ni se le arrimen; total indiferencia debido a su fatiga. Ansioso hipocondriaco , imagina cosas angustiantes, sobre todo si sufre del corazón o tiene alguna afección orgánica seria. Mientras responde a una pregunta, cae en estupor o en somnolencia. Le dice al médico: "yo no le he llamado, no lo necesito", luego vuelve a dormirse, encogido, gruñendo cada vez que se le hable. Estupor con pérdida involuntaria de orina o materia fecal, en enfermedades infecciosas graves: tifoidea con delirio, delirium tremens.	
Sueño	
Somnolencia durante el día, y en la noche espera descansar de su fatiga y de la magulladura que siente. Pero su sueño es agitado, con pesadillas, sueños penosos. Despierta brusca y frecuentemente , llevando sus manos al pecho, parece aterrorizado. A menudo le despierta el temor a la muerte con angustia pero se calma y vuelve a dormirse, aunque su sueño sigue siendo angustiado, vuelve a despertar y pide le llamen un médico. De día están bien o aparentan estar algo nerviosos. Esto ocurre en los cardíacos o en quienes tienen alguna afección orgánica grave. Personas traumatizadas por algún accidente; despiertan de repente con miedo a la muerte repentina, reviviendo las angustias de su accidente.	
Sensaciones	
De contusión , de agujetas , de magulladura , de dolores musculares, de impresión de que la cama es demasiado dura	
Modalidades	
Peor	Al menor contacto, con las sacudidas, el movimiento, el frío húmedo
Mejor	Con el reposo; acostado, con la cabeza baja
Algunas indicaciones	
Traumatismos	Consecuencias locales y generales, subjetivas y objetivas.

Árnica montana	
Fatiga muscular	Consecuencias de exceso muscular, después de trabajo duro, largas caminatas, que provocan agujetas.
Daños capilares o venosos	Traumas que afecten capilares y venas. Fragilidad capilar y surmenage cardiovascular
Síndrome febril adinámico. Surmenage y tensión donde haya sensación de agujetas y magulladura	

7.2 Bryonia alba

Tabla 7-2: Bryonia alba


Bryonia alba	
	
<p>Imagen tomada de: http://www.homeopathicremediesblog.com/remedies/bryonia/</p>	
Origen	
Mostaza blanca , planta herbácea, trepadora de la familia de las curcubitáceas; abunda en Francia, Alemania y África del Norte. La tintura madre se prepara a partir de la raíz desenterrada un poco antes de florecer la planta (pleno verano).	
Componentes	
Glúcidos, lípidos, esteroides, trazas de aceites esenciales y curcubitacinas cuya estructura química se aproxima a la de los corticoides	
Toxicología	
En mucosas	Sequedad intensa con inflamación de los tejidos subyacentes, sobretodo de las mucosas respiratorias y digestivas
En serosas	Inflamación que afecta órganos subyacentes y contribuye a la búsqueda de inmovilidad para aliviar los dolores en puntos fijos localizados . Después de la eliminación aparece la exudación de las serosas.
Acción general	

Bryonia alba	
<p>Sobre el tejido fibroso. Afecciones que se desarrollan lentamente, se tornan continuas y fijas. Severidad gradualmente creciente, invadiendo articulaciones una después de otra, hasta que el tejido fibroso periarticular esté en un estado de dolor e inflamación. Sobre las membranas serosas sinoviales, ligamentos fibrosos periarticulares, aponeurosis.</p>	
Síntomas mentales	
<p>Irascibilidad, extrema irritabilidad, cólera fácilmente y por insignificancias, con cara roja y cabeza caliente. La cólera agrava los síntomas y puede provocar unos nuevos (dolores de cabeza). Busca no solo reposo físico sino también emocional. Desea algo sin saber qué, desea algo imposible (trepadora) y cuando lo consigue ya no lo desea. Tristeza, abatimiento con deseos de llorar, desesperación, taciturno, carácter áspero, llora con facilidad, angustiado, sensación de inseguridad, teme no sanarse y por el porvenir. Confusión mental, apatía, estupefacción, debilidad de memoria, agotamiento mental, aversión a la compañía y deseos de soledad</p>	
Sueño	
<p>Sumido en sopor, al dormirse tiene estremecimientos; antes de medianoche insomnio con agitación. Pesadillas. Sueña sobre lo que ha leído o sobre problemas de su profesión o trabajo</p>	
Sensaciones	
<p>De dolores agudos, punzantes, lancinantes que se localizan en puntos fijos. Sed intensa de grandes cantidades de agua fría. Sequedad de las mucosas (boca, nariz, etc). Dolor en hipocondrio derecho con náuseas. Lateralidad derecha.</p>	
Modalidades	
Peor	<p>Con el movimiento (marcha, ejercicio, lavarse, simplemente respirar) o con el más ligero roce. Con el calor (excepto los dolores locales). Hacia las 3 o a las 21 horas. Después de haber comido.</p>
Mejor	<p>Con el reposo. Con la presión fuerte o estando acostado sobre el lado doloroso. Con la transpiración. Con el frío (excepto los dolores locales que mejoran con envolturas calientes)</p>
Algunas indicaciones	
En serosas	<p>Algias articulares localizadas en cualquier parte si empeoran con el movimiento y mejoran con el reposo. Hidrartrosis, artritis reumáticas agudas de instauración progresiva que tengan las modalidades del medicamento.</p>
En mucosas	<p>Tos seca donde el enfermo presenta dolor retro esternal o torácico que mejora comprimiendo el tórax con las manos para inmovilizarlo. Estreñimiento con heces voluminosas, duras, secas, como “quemadas”</p>

Bryonia alba		
Síndromes adinámicos	febriles	Sed intensa. Búsqueda de la inmovilidad total. Abatimiento con sudores que alivian

7.3 Calcárea carbónica

Tabla 7-3: Calcárea carbónica


Calcárea carbónica	
	
<p>Imagen tomada de: http://www.laltramedicina.it/omeopatia/440-calcarea-carbonica-il-rimedio-dell-ostrica.html</p>	
Origen	
<p>Carbonato cálcico ostreico. (CaCO₃). Caliza de la concha de la ostra, sustancia blanca que se extrae, después de eliminar el nácar.</p>	
Componentes	
<p>Carbonato de calcio corresponde a más del 90% del peso total, y también se encuentra carbonato de magnesio, sulfato de calcio, sílice, sales de metales pesados tales como el estroncio, sales de manganeso, hierro y aluminio y materias orgánicas como la “conchiolina” constituida por numerosos aminoácidos, principalmente glicina, lisina, arginina y tirosina.</p>	
Toxicología	
<p>Los primeros síntomas de la hipercalcemia son estreñimiento severo; sequedad de la boca; dolor de cabeza continuo; aumento de la sed; irritabilidad; pérdida de apetito; depresión mental; sabor metálico; cansancio o debilidad inusual. Los síntomas tardíos de la hipercalcemia: Confusión; somnolencia; hipertensión arterial; hipersensibilidad ocular o en la piel a la luz, especialmente en pacientes en hemodiálisis; arritmia con frecuencia cardiaca rápida o lenta; náuseas y vómitos; aumento de volumen urinario o de la frecuencia de la micción. En la hipercalcemia severa, también se observan cambios en el ECG que consisten en los intervalos QT acortados.</p>	
Acción general	
Metabolism o general	En los periodos de la vida en que se produce una evolución o una involución.

Calcárea carbónica	
Tejido óseo	Exostosis, deformaciones, descalcificación.
Tejido linfoide	Hipertrofia de los ganglios, principalmente cervicales, adenitis que puede llegar a supurar. Hipertrofia de las amígdalas y de las vegetaciones adenoides.
Proliferaciones cutáneo-mucosas	
Síntomas mentales	
Múltiples temores y ansiedades que lo afligen. Gran debilidad , incapacidad para sostener un esfuerzo intelectual. Lento de movimientos . Se fatiga rápidamente, sin carácter, débil, flojo, sin energía, melancólico, triste, deprimido , con tendencia a llorar, temeroso, ansioso, asqueado de la vida, al mismo tiempo puede estar irritable, impaciente, con accesos de cólera impulsiva. Su melancolía y ansiedad, van acompañada de palpitaciones y vértigo. Gran ansiedad por el futuro , tiene miedo a la locura, a morir, a morir de hambre, a que lo observen, a las enfermedades, a la oscuridad al mal, a que algo terrible le ocurra, a la pobreza, a su sombra, a los perros, a las multitudes y lugares públicos, a ir al dentista. Preocupación por detalles, por cosas sin importancia. Terco y obstinado, gran capacidad para el trabajo . Muy sensible e impresionable por historias horribles y malas noticias,	
Sueño	
Somnolencia durante el día , sobre todo después de cenar; desea dormirse temprano. Pero luego tiene insomnio, o despierta con frecuencia, en cuanto se adormece lo asaltan ideas desagradables. Despierta agotado .	
Sensaciones	
De frío general o localizado : pies o piernas (sensación de llevar medias frías y húmedas), a nivel de la cabeza.	
Modalidades	
Peor	Con el frío en todas sus formas, sobre todo frío húmedo ; con el esfuerzo intelectual o físico; con la luna nueva o llena; con las féculas, la leche (síntomas digestivos)
Mejor	Por el tiempo seco
Signos concomitantes	
Deseo de alimentos indigestos; deseo de huevos; de dulces; excreciones con olor agrio y ácido; sudores fríos localizados (cuero cabelludo, región occipital, con el menor ejercicio)	
Algunas indicaciones	
Metabólicas	Trastornos del crecimiento, obesidad, diabetes, litiasis renal o biliar, gota

Calcárea carbónica	
Cutáneas	Eccema, urticaria , atopia, tendencia a supuraciones con adenitis reaccionales, verrugas.
ORL y pulmonares	Rinofaringitis recurrentes, otitis, amigdalitis bronquiolitis recurrentes, asma, pólipos, bronquitis crónica, y agudas con adenopatías cervicales o maxilares.
Osteo-musculares	Artrosis cervical, lumbar, con empeoramiento por el frío húmedo, por el primer movimiento y mejoría con el movimiento continuo , hipolaxitud ligamentosa, hipotonía muscular.
Digestivas	Intolerancia a la leche, estreñimiento o diarrea ácida .
Cardiovasculares	Hipertensión arterial arterioesclerosis
Neuropsíquicas	Personas lentas, cansadas, ansiosas, que se deprimen con facilidad , migrañas

7.4 Dulcamara

Tabla 7-4: Dulcamara

Dulcamara

<p>Imagen tomada de : https://plants.ces.ncsu.edu/plants/all/solanum-dulcamara/</p>
Origen
<p>“Uvas del diablo” o “amargamiel”, perteneciente a la familia de las Solanáceas. Planta leñosa y trepadora que crece en los terrenos húmedos y al borde de los riachuelos. Muy común en Francia. La tintura madre se prepara macerando los tallos jóvenes con hojas y flores recogidos un poco antes de la floración.</p>
Componentes
<p>Saponósidos. Con efecto antigotoso, antirreumático y con acción sobre las dermatosis y glucoalcaloides responsables de sus efectos tóxicos</p>

Dulcamara	
Toxicología	
Trastornos neurológicos sensoriales	Vértigos, cefaleas, trastornos visuales sin reacción pupilar, parestesias y mioclonías, temblores, incluso fenómenos de parálisis de la lengua y de los miembros
Trastornos digestivos	Diarrea, vómitos y trastornos de la función hepática.
Trastornos respiratorios	Relacionados con un efecto parasimpaticolítico, depresión respiratoria.
Acción tóxica sobre el parénquima renal.	
Acción general	
Mucosas	Respiratorias y Digestivas: diarrea verde amarillenta después de un enfriamiento o después de la supresión de una erupción.
Sistema musculoesquelético	Dolores reumáticos diversos , de entumecimiento, anquilosis, que empeoran con la humedad y mejoran con el movimiento . Tendencia a la cronicidad. Alternancia frecuente entre diarreas y dolores reumáticos o erupciones cutáneas
Piel	Erupciones pruriginosas húmedas en lugares donde la piel es muy fina, rezuman y empeoran con el agua fría y el contacto .
Síntomas mentales	
Agitación mental , con inaptitud para el trabajo e impulsos a la cólera, gran impaciencia, deseo impaciente de cualquier objeto que rechaza en cuando lo obtiene. Cierta estado de confusión mental ; le cuesta encontrar la palabra justa. Delirio con alucinaciones auditivas y visuales al despertar. Peleador irritable, se enoja fácilmente . Tiene tendencia a rezongar sin estar enojado. Combativo. Deprimido y preocupado por el futuro .	
Sueño	
Estado de somnolencia con bostezos durante el día; durante la noche, produce insomnio con mucha agitación física o sueño agitado con movimientos continuos en la cama. Sueños espantosos y prurito violento de piel que turban el sueño. Despierta con pesadilla como si lo llamaran y cree ver cerca de él un fantasma que escapa. Duerme con la boca abierta, ronca. Se despierta muy temprano.	
Sensaciones	
Obstrucción nasal con el tiempo húmedo. Impresión de tener mucosidades en la hipofaringe que provocan carraspeo continuo. Dolores que se acompañan siempre de una sensación de frío penetrante : agudos, desgarradores o lancinantes, como neuralgias o bien sordos, como de entumecimiento o magulladura. Hipersensibilidad al frío con sensación de frío glacial en las extremidades.	

Dulcamara	
Modalidades	
Peor	Con la humedad y con el frío húmedo. Con el tiempo lluvioso, con la niebla. Estando acostado, por la noche, sentado, en luna menguante, por bebidas frías y helados.
Mejor	Por el calor, (excepto la tos), con el tiempo seco (rinitis) y con el movimiento los reumatismos , por mover la parte afectada, caminando, al levantarse de una silla.
Algunas indicaciones	
Respiratorias	Afecciones febriles, asma, o traqueobronquitis rinofaringitis con obstrucción nasal luego de exposición al frío húmedo
Digestivas	Diarrea cuando la temperatura es baja y hay humedad.
Reumáticas	Dolores musculotendinosos con el tiempo frío y húmedo
Cutáneas	Urticaria con el frío o después de exponerse al frío húmedo Después de enfriamiento por haber sudado o haber estado mojado.

7.5 Kalmia latifolia

Tabla 7-5: Kalmia latifolia


Kalmia latifolia

<p>Imagen tomada de: https://plants.ces.ncsu.edu/plants/all/kalmia-latifolia/</p>
Origen
Laurel de las montañas, de la familia Ericaceae, originaria de California y Virginia. Se toman las hojas secas recién recolectadas en el momento de la floración
Componentes
Principio Tóxico: andromedotoxina , un resinoide y arbutina , un glucósido.
Toxicología

Kalmia latifolia	
<p>Todas las partes de la planta son tóxicos. Vía de ingreso al organismo: Ingestión. Produce neurotoxicidad y efectos adversos gastrointestinales que inician a las 6 horas de la ingestión: salivación profusa, lagrimeo, secreción nasal, dificultad respiratoria, respiración irregular, pulso lento, náuseas, vómitos, sudoración, anorexia, dolor abdominal, cefalea, hormigueo en la piel, falta de coordinación, convulsiones, parálisis, coma. Depresión. Es altamente tóxico y puede producir la muerte si se ingiere.</p>	
Acción general	
<p>Remedio del reumatismo. Dolores que rápidamente cambian de lugar, de arriba abajo. Acción a nivel de las fibras sensitivas del sistema nervioso. Neuralgias faciales intensas, que se caracterizan por punzadas oculares y en la región orbitaria, principalmente derecha. Neuralgias fugaces como destellos fulgurantes, de movimiento centrífugo que evolucionan desde la raíz de los miembros hasta su extremidad siguiendo los trayectos nerviosos. Dolores erráticos, que cambian rápidamente de lugar y se acompañan o se siguen de entumecimiento. Dolores de los miembros de tipo reumático abarticular en particular y que evolucionan de arriba abajo. Precordialgia aguda, lancinante, que irradia hacia el brazo izquierdo y/o a la región epigástrica, acompañada de violentas palpitaciones, de bradicardia y de una sensación general de malestar</p>	
Síntomas mentales	
<p>Ansiedad con las palpitaciones. Atravesado.</p>	
Sueño	
<p>Sueño inquieto, da muchas vueltas. Los dolores le impiden dormir. Habla y camina dormido. Sueña con asesinos.</p>	
Sensaciones	
<p>Punzadas fulgurantes a lo largo de los trayectos nerviosos. Dolores punzantes en los globos oculares, sobre todo derecho, con sensación de rigidez palpebral y de la musculatura extrínseca del ojo. Sensación de presión en el brazo izquierdo. Sensación de presión en el hueco del estómago que empeora estando sentado y que mejora al inclinarse hacia adelante. Opresión respiratoria. Sensación de vértigo al menor esfuerzo.</p>	
Modalidades	
Peor	<p>Con el movimiento. Desde que sale el sol con máximo de intensidad al mediodía. Durante la primera parte de la noche</p>
Mejor	<p>Los dolores desaparecen al acostarse.</p>
Algunas indicaciones	
<p>Neuralgias “en descarga eléctrica”, de diversas topografías: facial, ciática, crural. Dolores fulgurantes de las radiculoneuritis y en el angor asociado con reumatismo.</p>	

7.6 Lycopodium clavatum

Tabla 7-6: Lycopodium clavatum

Lycopodium clavatum	
	
<p>Imagen tomada de: http://www.homeopathicremediesblog.com</p>	
Origen	
<p>Es una planta herbácea también llamada "pie de lobo", de la familia de las Lycopodiáceas de la que se utilizan las esporas. Crece en Finlandia, Rusia, Suiza, los Alpes y Pirineos, en terrenos pedregosos y montuosos entre matorrales, o a la sombra de abetos.</p>	
Componentes	
<p>Materias minerales: óxido de calcio, de magnesio, de azufre, de aluminio, de sílice, de hierro y unas trazas de manganeso. Azúcar. Materias grasas que tienen glicéridos de ácidos saturados e insaturados. Pequeña cantidad de alcaloides que tienen una analogía estructural con la morfina (licopodina, clavatina, clavatoxina).</p>	
Toxicología	
<p>Actividad vagotónica. No hay toxicología de Lycopodium. La fuente patogenética más importante proviene de la experimentación sobre personas sensibles. Actúa principalmente sobre: el hígado y todo el aparato digestivo, el metabolismo del ácido úrico, la urea y el colesterol, los riñones y el aparato genital, la piel y las mucosas (ORL, respiratorias y genitales), sistema nervioso, donde determina secundariamente una astenia física y psíquica</p>	
Acción general	
<p>Enfermedades que crecen progresivamente. Debilitamiento general de la economía, sobre el aparato digestivo y sus anexos, atonía gastrointestinal y hepática. Acción deprimente, debilidad mental y física. Acción profunda sobre el hígado, tejidos blandos, vasos sanguíneos, huesos, corazón, articulaciones.</p>	
Síntomas digestivos	<p>Dispepsia flatulenta: hinchazón luego de la ingesta, aunque coma poco, sin alivio con la evacuación de los gases (ventosidad o eructos). No tolera prendas que aprieten la cintura y necesita desabrocharse.</p> <p>Distensión en abdomen inferior. Pirosis. Atonía gastrointestinal y</p>

Lycopodium clavatum	
	hepática. Dolor en hipocondrio derecho. Migrañas de génesis digestiva (si se retrasa su horario de comidas)
Urogenitales	Orina muy clara o turbia, con sedimento de polvo o arena roja, Impotencia, sequedad de vagina
Cutáneos	Piel seca y arrugada, con manchas pigmentadas cobrizas. Prurito que mejora con el fresco y sangrado fácil de lesiones
Neurológicos	Fatiga intelectual con pérdida de memoria. Ansiedad y abatimiento que empeora después del mediodía. Tics faciales.
Síntomas mentales	
<p>Abatimiento, debilidad mental y física marcada. Muy sensible, se ofende fácilmente Carácter difícil dada su excesiva emotividad marcada con deseos afectivos, falta de confianza en sí mismo, ansiedad profunda, diversos miedos, comportamiento orgulloso, autoritario, susceptible, irritable con cóleras escasas pero violentas e intolerancia a la contradicción. Grosero, gritón, rabioso, terco, reprochador, malhumorado, discutidor. Tendencias depresivas como consecuencias del estrés. Inteligencia viva, espíritu penetrante, pero de débil desarrollo muscular y cara deteriorada. Aversión para emprender algo nuevo, repulsión por el trabajo habitual, angustiado con miedo de que algo le pase. Miedo a aparecer en público, sin embargo tiene horror a la soledad. Taciturno porque no le gusta hablar. Mujeres sensibles, lloran fácilmente, por la menor emoción. Hipersensibilidad mental y física. Perspicaz, memoria escasa para expresarse, para los nombres de letras, para nombres propios, para las palabras, para la ortografía y para lo que ha leído. Se equivoca, tiene errores, Olvidadizo.</p>	
Sueño	
<p>Bostezos frecuentes, somnolencia durante el día; después de las comidas. Sueño frecuentemente interrumpido, sueños espantosos y terroríficos; sobresaltos, palabras en voz alta, gritos, risas, llantos; mal humor al despertar. Gime durante el sueño.</p>	
Sensaciones	
<p>De hambre que se sacia rápidamente; de plenitud después del primer bocado; de hinchazón, de presión a nivel de la cintura, a veces borborigmos hacia el ángulo esplénico del colon; de ardor entre los omoplatos; de prurito en algunas dermatosis, que mejoran con el aire fresco , de un pie caliente y otro frío.</p>	
Modalidades	
Peor	Entre las 16 y 20 horas ; al levantarse; con el calor a pesar de la sensibilidad general al frío; por la contradicción. Por las ostras. Lateralidad derecha .

Lycopodium clavatum	
Mejor	Con el aire fresco (signos generales y prurito); con los alimentos y las bebidas calientes (trastornos dispépticos); con el movimiento lento. Después de media noche
Algunas indicaciones	
Digestivas	Flatulencias, pirosis, disquinesias de las vías biliares. Litiasis biliar. Migrañas y cefaleas de origen digestivo
Urogenitales	Litiasis urinaria, cólicos nefríticos, prostatismo, impotencia con deseos conservados.
Cutáneas	Urticaria crónica (colinérgica o por histamina). Eccema que sangra fácil al menor contacto y prurito que mejora con el fresco. Dermatitis seborreica eccematosas del preesternón. Lesiones fisuradas e hiperqueratósicas en los talones.
Mucosas	Coriza crónica, seca en la noche y fluida en el día, anginas a repetición, vaginismo menopáusico
Neuropsíquicas	Depresiones reaccionales con somatizaciones ocasionales (dermatitis, ulcus duodenal, etc.). Tics. Tendencia a la uricemia o uremia.

7.7 Natrum muriaticum

Tabla 7-7: Natrum muriaticum

Natrum muriaticum

<p>Imagen tomada de: http://www.homeopathicremediesblog.com</p>
Origen y componentes
Cloruro de Sodio. Sal marina o sal de cocina.


Natrum muriaticum	
Toxicología	
<p>La ingestión oral de excesivas cantidades puede provocar irritación del tracto gastrointestinal, náuseas, vómitos, diarrea, sed, calambres abdominales, hipernatremia, dificultad respiratoria, convulsiones y muerte. Efectos neurológicos como irritabilidad, debilidad, temblores, dolor de cabeza, convulsiones, encefalopatía, edema cerebral, hemorragias y coma. A nivel cardiovascular puede producir hipertensión arterial, taquicardia, insuficiencia cardíaca y edema periférico, edema pulmonar y paro respiratorio. Produce irritación en las mucosas con las cuales hace contacto: orogástrica, ocular, nasal, etc. Nefritis urémica. La administración intravenosa de cloruro de sodio hipertónico puede producir hipervolemia, alteraciones electrolíticas, insuficiencia circulatoria, embolia pulmonar, e hipertensión arterial.</p>	
Acción general	
Nutrición	Adelgazamiento predominante en la mitad superior del cuerpo, e infiltración de celulitis en la mitad inferior.
Mucosas	Alternante estado de sequedad y de catarro en las mucosas
Piel	Concomitancia de zonas de piel grasa, aceitosa (rostro), por exacerbación de la secreción seboreica y de zonas de piel seca, escamosa e incluso fisurada. Eccema en pliegues, acné, herpes, urticaria crónica de etiología frecuentemente física, verrugas en palmas, pieles secas resquebrajadas en torno a las uñas.
SNC	Síndrome depresivo y astenia que alterna con irritabilidad, agitación y precipitación.
Síntomas mentales	
<p>Psicosomatismo. Emociones patógenas pasadas, no tan recientes como penas, decepciones, ira, malas noticias, un amor no correspondido o rechazado o perdido, mortificaciones prolongadas y cotidianas, fracasos, preocupaciones, desacuerdos, ser despreciado. Pena silenciosa, no demostrativa. Inconsolable, anhedonia. Alegría o buen humor que puede alternar con la tristeza, con bailes, cantos y risas, ríe de cosas serias; o alterna risa y llanto. Profundo resentimiento que puede llegar al odio con ideas de revancha, contra quien lo ha ofendido. Rumiación mental de hechos desagradables antiguos. Gran depresión mental, que lo hace triste y melancólico. Gran abatimiento de espíritu. Lloro sin razón y más si se trata de consolarlo; tristeza, melancolía. Lagrimas se agravan por consuelo. Deprimido, moroso, taciturno, hipocondríaco, apático, indiferente, busca la soledad por temor, para huir del consuelo y poder pensar sin que nadie distraiga su tristeza. Depresión, carácter triste y desanimado, debilidad intelectual, falta de atención, distracción, dificultad para pensar, pérdida de memoria. Irritabilidad extrema con cólera por bagatelas; comportamiento precipitado, no puede soportar la contradicción. Muy reservado y taciturno.</p>	

Natrum muriaticum	
Sueño	
<p>Constante y excesiva necesidad de dormir durante el día, somnoliento, sobre todo a la tarde. Se duerme tarde ya que sus preocupaciones y penas le impiden dormirse temprano. El sueño tardío es agitado. Lleno de sueños y pesadillas angustiosas que lo hacen llorar durmiendo. Sueña que hay ladrones; en la casa, con fuego, asesinos, sonambulismo. Si despierta, no puede volverse a dormir. Insomnio con agitación. Sacudidas nerviosas mientras duerme. Al despertar, fatigado, a pesar de haber dormido bien, sueño no ha sido reparador.</p>	
Sensaciones	
<p>Hormigueos, entumecimiento de las extremidades, fasciculaciones y picores de músculos del rostro, peribucales. Latidos desagradables en todo el cuerpo, rigidez articular, calambres musculares (asociados al desequilibrio iónico). Sensación de ardor o pinchazo a nivel de las mucosas (labios, conjuntivas, faringe, uretra) presentan un estado de sequedad o de catarro de las mucosas. Sensación de pesadez pelviana acompaña, asociado al estreñimiento por falta de agua, tendencia a prolapso uterino y en ocasiones irradiación dolorosa a la región lumbosacra. Fatigabilidad e hipersensibilidad al frío.</p>	
Modalidades	
Peor	<p>Por consuelo, por trabajo mental o intelectual, hablando, por calor (a pesar de ser friolento); por el calor del sol o estufa, a las 10 a.m., al borde del mar, por quinina.</p>
Mejor	<p>Al aire libre, lavándose con agua fría y por baños fríos, acostándose sobre la derecha, durante las comidas regulares, con la presión prolongada (lumbalgia: doblándose en dos), con el sudor (fiebre y cefaleas).</p>
Signos concomitantes	
<p>Sed insaciable, independiente de hidratación, secreciones mucosas incoloras abundantes, de aspecto normal, raramente irritantes, bulimia frecuente sin aumento de peso. Deseo anormal de sal</p>	
Correspondencias etiológicas	
<p>Útil en el curso de convalecencias de enfermedades debilitantes o en los casos de pérdidas importantes de líquidos orgánicos ya sea en forma natural o por procedimientos. Después de estrés afectivos o emocionalmente graves o repetidos.</p>	
Algunas indicaciones	
Generales	<p>Convalecencias de enfermedades agudas debilitantes, que provocan deshidratación, adelgazamiento, astenia. Estados de fatiga física o intelectual, estudiantes estresados en exámenes, y que sufren cefaleas pulsátiles, eretismo cardiovascular, dolores lumbares. Estados depresivos reaccionales con repliegue sobre sí mismo, llanto fácil,</p>

Natrum muriaticum	
	indiferencia al entorno y rechazo al consuelo, abatimiento como consecuencia de una pena o de una decepción. Trastornos endocrinos: distiroidismo en la pubertad, síndromes premenstruales.
Cutáneo-mucosas	Alergias respiratorias: nasosinusales, y rinofaringitis a repetición, asma. Urticarias físicas crónicas por esfuerzos violentos y fatigantes, acompañados de sudor abundante, o por exposición al sol. Acné frontal polimorfo juvenil con comedones, herpes labial, anal.
Digestivas	Dispepsia hiposténica. Estreñimiento pertinaz con escíbalos.

7.8 Rhododendron


Tabla 7-8: Rhododendron

Rhododendron	
	
Imagen tomada de: http://www.atlantaclassicalhomeopathy.com	
Origen	
Rhododendron Chrysanthum. Rododendro amarillo, o Rosa de Siberia, de la familia de las Ericáceas, originario de las regiones montañosas del norte de Asia. Se prepara a partir de las ramas con hojas.	
Componentes	
Alcohol diterpénico tetracíclico, la andromedotoxina , sustancias con actividad expectorante (kemferol y escopoletol) y antitusiva (hiperósido, quercetina)	
Toxicología	
Toxicidad neurológica provocando hipotensión, bradicardia y depresión respiratoria. La andromedotoxina tiene efectos antirreumáticos	
Acción general	
Aparato locomotor	Sobre tejidos fibrosos y musculares, (ligamentos, tendones) provocando dolores erráticos, desgarradores.

Rhododendron	
Sistema nervioso periférico	Induce neuralgias especialmente en rostro, tórax y en brazos.
Síntomas mentales	
Individuos nerviosos , alterados que temen a las tormentas y se asustan con el trueno, cuando la presión atmosférica está muy baja y la electricidad muy elevada. Es muy olvidadizo , se le van las ideas repentinamente. Olvida lo que ha dicho y lo que va a decir, y cuando habla, olvida de qué está hablando y busca las palabras. Al escribir, omite palabras. Delirio con visiones terroríficas. Malhumorado , sombrío; o excesiva indiferencia con miedo o aversión a toda clase de trabajo.	
Sueño	
Intensa somnolencia diurna . Sueño profundo hasta medianoche; insomnio después de medianoche. No puede dormirse o dormir sin tener las piernas cruzadas. Poluciones nocturnas.	
Sensaciones	
Dolores erráticos con sensación local de adormecimiento . Sensación como si la sangre no circulara en los brazos; con debilidad, cosquilleo y pesadez hasta la punta de los dedos, en reposo. Sensación de dislocación en las muñecas. Calor en las manos, aún en tiempo frío; excesiva frialdad de los pies, aún en un cuarto caluroso. Sensación de piel fría y arrugada en las piernas; sudores. Dolor en el tendón de Aquíles al caminar. Callos dolorosos en los pies.	
Modalidades	
Peor	Los dolores y las neuralgias son muy sensibles a las variaciones de la electricidad atmosférica (electricidad estática del aire) y empeoran antes de la tempestad o de la tormenta, sobretodo con truenos . Por el tiempo húmedo y reposo. Sentado, parado; cuando escribe; si lo tocan; por beber vino; de noche o a la mañana en cama y al levantarse; en primavera y otoño; por la presión.
Mejor	Después de la tormenta . Con el calor seco y el movimiento. Abrigándose la cabeza. Comiendo. Al levantarse, por la sudoración, por eructar.
Algunas indicaciones	
Dolores reumáticos de etiología variada sensibles a las tormentas. Neuralgias del trigémino o neuralgias dentales con las mismas modalidades.	

7.9 Rhus toxicodendron

Tabla 7-9: Rhus toxicodendron

Rhus toxicodendron	
	
<p>Imagen tomada de: https://plants.ces.ncsu.edu/plants/all/toxicodendron-vernix/</p>	
Origen	
<p>Zumaque venenoso. Arbusto de la familia de las Anacardiáceas, que crece en suelos muy húmedos o inundados de Canadá, Estados Unidos, Japón y Europa.</p>	
Componentes	
<p>Contiene un látex irritante, especialmente cáustico para la piel. Tanino gálico, fisteína (un flavonoide que confiere en el animal propiedades antiinflamatorias. Derivados fenólicos entre los que se encuentran los urushioles, responsables de las erupciones cutaneomucosas vesiculosas y pruriginosas, debido a un mecanismo de inmunización alérgica.</p>	
Toxicología	
Sobre la piel	Edema intenso, erupciones de erisipela y vesículas
Sobre las mucosas	Irritación y edema
Sobre los tejidos periarticulares	Ejerce acción electiva sobre el tejido conectivo fibroso , tendones, ligamentos, aponeurosis, donde provoca rigideces dolorosas que mejoran con el movimiento continuado.
Sobre SNC	Síndrome febril adinámico con agitación y a veces delirio
Acción general	
Síntomas mucosos	Diarreas a repetición frecuente de heces poco abundantes, como clara de huevo, a veces sanguinolenta, muy nauseabunda, con ardor en el recto. Hipersensibilidad del ciego y de la fosa ilíaca derecha
Síntomas periarticulares	Sensación de rigideces articulares dolorosas que mejoran con el movimiento . El dolor persiste al iniciarse el movimiento, pero luego desaparece, como si se diera un desentumecimiento y vuelve a aparecer si llega a la fatiga.
Adinamia	Estado de estupor, de postración, con agitación debido a los dolores que sufre en los puntos en que se apoya su cuerpo. El paciente se

Rhus toxicodendron	
	agita e intenta cambiar constantemente de posición para mejorar sus dolores
Síntomas mentales	
Fácilmente fatiga cerebral ; no puede encontrar su mente ni reflexionar por largo tiempo. Memoria débil , olvida letras o palabras al escribir; ideas confusas. Irritable, inquieto, gran sensibilidad moral , la más ligera contrariedad aumenta todos sus sufrimientos; agitado, nerviosidad extrema; como si le fuera a pasar una desgracia. Asco por la vida, triste , llora sin saber por qué, ideas de suicidio, quisiera morir, ahogarse, pero teme a la muerte y no tiene valor para suicidarse. Oscurecimiento del sensorio; delirio suave pero regular y persistente. Delirio de persecución, delirio con miedo de ser envenenado	
Sueño	
Insomnio antes de medianoche , enseguida sueño agitado, no reparador , con sueños, principalmente de violentos, sueña con ejercicios físicos, fatigantes: carreras, natación, remo, etc.; sueña con sus ocupaciones cotidianas	
Sensaciones	
De agujetas, de magulladura, de rigidez, y entumecimiento . De que le echan agua fría por encima . Dolores desgarradores, tirantes, neurálgicos según las modalidades a continuación descritas	
Modalidades	
Peor	Con la humedad, el frío húmedo , el contacto con algo mojado; con el reposo y la inmovilidad; al comenzar a moverse y con la fatiga excesiva . De noche, a media noche, acostado sobre el lado doloroso
Mejor	Con el movimiento lento , que favorece la aceleración de la circulación linfática permitiendo así una eliminación de toxinas más rápida; con el cambio de posición, con el calor y las aplicaciones calientes, con el tiempo seco y caluroso.
Algunas indicaciones	
Cutáneas o mucosas	Dermatosis con eritema y edema, o vesículas, eccema, herpes zoster, ronquera al iniciar a hablar o cantar y luego mejora. Conjuntivitis flictenular, queratitis, iritis reumática.
Musculares y articulares	Reumatismos musculares y tendinosos, esguinces, luxaciones, fatigabilidad muscular , excesos musculares; ciática con dolores desgarradores, tirantes a lo largo del nervio, peor durante el reposo y mejor con el movimiento. Ciática después de haber estado expuesto a la lluvia o después de un enfriamiento durante una sudoración excesiva. Reumatismos provocados o empeorados por la humedad .

Rhus toxicodendron	
Estados febriles adinámicos	Gripe, estados gripales, afecciones microbianas, en especial las virales si corresponde su modo reaccional, dengue.

7.10 Sepia

Tabla 7-10: Sepia

Sepia

<p>Imagen tomada de: http://www.amigosdojoe.com.br/wp-content/uploads/2012/09/sepia.jpg</p>
Origen
<p>Tinta de sepia, obtenida de un molusco marino de la clase de los cefalópodos, que lo segrega por una glándula que se abre al lado del ano para oscurecer el agua y disimular su presencia o esconderse en caso de peligro o para atacar a una presa. Tiene reacción neutra y sabor ligeramente salado, miscible en agua en estado fresco</p>
Componentes
<p>Aminoácidos, tirosina, dopa, taurina, sepiamelanina, oligoelementos como Mg, Cu, si y sales minerales (NaCl en particular), carbonato de calcio, soda, mucina, enzimas como la tirosinasa (interviene en el metabolismo de la noradrenalina)</p>
Toxicología
<p>Cuatro horas después de su absorción hay tufaradas de calor en cabeza que terminan en transpiración con debilidad y aniquilamiento. Todo movimiento, ejercicio, provoca gran calor y termina en sudores abundantes. El sujeto languidece, se abate y queda postrado; tiene desfallecimientos, es presa de temblores; sensación general de aniquilamiento después del menor esfuerzo, se siente vacío. Órganos y tejidos relajados, débiles, que realizan un trabajo orgánico más difícil. Laxitud anormal de tejidos, ligamentos, por estado congestivo que los hace más pesados, prolapsos y ptosis. Congestión venosa, rápida y que se profundiza, cefaleas, congestiones locales, várices, piernas pesadas, articulaciones débiles inercia vesical e intestinal. En mucosas tendencia a secreciones espesas, blancas, amarillas o verdosaa, con costras secas, excreciones fétidas, agrias, excoriantes y tinte amarillo, terroso, disposición a erupciones y ulceraciones malsanas de la piel.</p>


Sepia	
Acción general	
Sistema circulatorio	Estasis venosa, especialmente en el sistema porta, repercusión hepática congestiva con inapetencia total , náuseas matinales, estado saburral, hemorroides debidas a estasis portal.
Tejidos de sostén	Relajación que genera ptosis viscerales : digestivas (ptosis gástrica con hipoclorhidria, hipocinesia y ptosis vesiculares que conllevan a estreñimiento o deposiciones insuficientes), genitales (prolapso con congestión pelviana), urinarias (ptosis renal, cistocele que se asocia con infecciones urinarias crónicas y cistitis a repetición). Várices en piernas, genitales y hemorroides .
Mucosas y piel	Irritación y catarro. Sequedad labial y fisura mediana del labio inferior, catarro bronquial con expectoración mucopurulenta, leucorrea amarillo-verdosa fétida, irritante, sequedad vaginal , frigidez. Dermatosis variadas , vesiculosas, de origen alérgico, parasitarias o micóticas, que se sitúan preferentemente alrededor de la boca, a nivel del mentón y en los pliegues de flexión, ulceraciones cutáneas indoloras, trastornos de la pigmentación de la piel.
Sistema nervioso central (SNC) y neuroendocrino	Alternancia de fases asténicas y esténicas . Depresión, hipocondría, indiferencia por su trabajo y su entorno próximo , frigidez, crisis de lágrimas, busca soledad, hipotensión arterial. Todos estos síntomas alternan con hiperactividad o irritabilidad, irascibilidad (cóleras y pasajes eventuales a actos violentos
Síntomas mentales	
Astenia general , estados depresivos reaccionales en situaciones de ansiedad o consecutivas al parto, repliegue sobre sí mismo, aparente indiferencia afectiva sobre todo lo que tiene alrededor, tendencia a la lipotimia , especialmente con bipedestación prolongada o arrodillada, busca la soledad, huye de las personas. Indiferente hacia todo y hacia todos : sea su trabajo, sí misma, su familia, hijos, o marido. Ansiedad obsesiva . Todo lo ve negro, angustia permanente y tiene siempre las lágrimas a punto, que derrama si le preguntan o le dan consuelo. En la menstruación monta en cólera por cosas fútiles.	
Sueño	
Gran deseo de dormir de día y al atardecer y luego insomnio por sobreexcitación . Despertares frecuentes; sueño agitado , sueños fantásticos, terroríficos, angustiosos, sobresaltos de susto; puede tener sueños lascivos, cree oír que la llaman; o grita y mueve los miembros agitados por continuos estremecimientos. Despierta a las 3 ó 4 y no puede volverse a dormir. Cansancio al tener que levantarse, sueño no reparador .	
Sensaciones	

Sepia	
<p>Sensación de vacío a nivel del epigastrio debido a la ptosis gástrica, sensación de pesadez pelviana con irradiación dolorosa, tirantez en la región sacrolumbar. Sensación de bola pesada en recto que no mejora con la evacuación. Sensación de bola en hipofaringe. Oleadas de calor desde la pelvis hasta la cara, con transpiración y sensación de desfallecimiento</p>	
Peor	<p>Con lo que favorezca la estasis venosa: el reposo, la bipedestación prolongada, o de rodillas, (lipotimia). Antes de una tormenta, con el frío, con el consuelo o la contradicción por las alteraciones del humor. Por frío o aire frío, por corrientes de aire, por baño frío, por mojarse los pies. Después de las comidas</p>
Mejor	<p>Con todo lo que favorece la circulación venosa: ejercicios violentos (danza), por tener las piernas en alto, con el decúbito lateral derecho (para la sensación de plenitud en hipocondrio derecho). Por aflojarse la ropa. Por el calor, aplicaciones calientes y bebidas frías.</p>
Signos concomitantes	
<p>Gusto muy salado de los alimentos, cloasma gravídico, sudores por todo el cuerpo (excepto en la cabeza), particularmente en la palma de las manos, transpiración irritante y de mal olor en las axilas. Deseo de vinagre, pepinillos, condimentos ácidos, platos ácidos fuertes, amargos o sazonados, aversión por la vista o el olor de los alimentos y olores de la cocina. Aversión por la leche</p>	
Correspondencias etiológicas	
<p>Contrariedades repetidas, decepciones, miedos, estrés afectivo grave que da lugar a un síndrome depresivo reaccional característico. El postparto que altera la mente y favorece las ptosis. La menopausia que empeora la estasis venosa.</p>	
Algunas indicaciones	
Digestivas hepáticas	<p>Dispepsias hiposténicas, en ptosis gástricas o hipoclorhidria. Disquinesias biliares con hipocinesia vesicular, (a veces arenosa o lítica). Estreñimiento con deposiciones insuficientes, plenitud rectal, puede existir prolapso, hemorroides.</p>
Genito-urinarias	<p>Infecciones urinarias recurrentes, pesadez pelviana, dismenorrea, frigidez, trastornos vasomotores de la menopausia</p>
Respiratorias	<p>Asma, bronquitis crónica con expectoración amarillo- verdosa con las características del medicamento.</p>
Cutáneas	<p>Eccema atópico (alrededor de labios o en pliegues donde tienen una tendencia a sangrar), eccemas micóticos, eccemas de contacto, herpes catamenial, labial o genital, psoriasis fisurada, sangrante, poco o nada dolorosa, cloasma.</p>

Sepia	
Neuro-endocrinas	Astenia general, estados depresivos reaccionales con indiferencia afectiva. Migrañas.

7.11 Sulphur

Tabla 7-11: Sulphur

Sulphur
 <p>Imagen tomada de: http://honatur.com/sulphur/</p>
Origen
Azufre sublimado y lavado. Cuerpo simple de la familia de los metaloides, abunda en la naturaleza, se encuentra en estado nativo cerca de ciertos volcanes combinando con metales, sea como sulfuro, como sulfato. Se prepara para uso homeopático, en las 3 primeras dinamizaciones, triturando la flor de azufre previa y cuidadosamente purificada.
Toxicología
Por vía oral, azufre tiene un efecto laxante; tópicamente es un agente queratolítico a altas concentraciones y queratoplástica a bajas concentraciones. Por vía inhalada inflama la mucosa nasal, puede conducir a hiperplasia, con secreción nasal abundante, traqueobronquitis con disnea, asma, tos persistente y expectoración, irritación ocular, lagrimeo, fotofobia, conjuntivitis y blefaroconjuntivitis; cataratas y coriorretinitis focal. Lesiones eritematosas y ecematosas en piel, ulceración. Sinusitis maxilares, frontales, pansinusitis.
Componentes
Azufre
Acción general
Es un medicamento muy útil para combatir ciertos obstáculos que se oponen a la acción de los medicamentos a pesar de estar bien indicados por los síntomas. Para cuando al final de una enfermedad, el enfermo tarda, sin causa aparente en recuperarse por esta falta de reacción del organismo. Tiene una importante afinidad con la piel, como si llevara a la superficie, todas las inflamaciones internas y todas las toxinas. Sus secreciones mucosas son fétidas, malolientes y excoriantes. Todos los líquidos queman los lugares por donde

Sulphur
<p>pasan. Actúa sobre tejido linfoide, ganglios inflamados e hipertrofiados. Tiene acción sobre trastornos congestivos selectivamente venosos. Actúa sobre la nutrición en general, provocando asimilación defectuosa; que genera inercia y relajamiento de fibras. Inflamaciones, en particular serosas e infiltración de partes inflamadas que se induran y persisten años. Tendencia a supuración, los tejidos parecen tener falta de vitalidad; con la menor presión o frote un poco prolongado producen inflamación, induración, que puede llegar a supuración. Escaras por circulación deficiente.</p>
Síntomas mentales
<p>Le hace asigna muy poco valor a las cosas o hechos que no son fundamentales para él, considerando banalidades la mayoría de los hechos de la vida diaria. Gran tendencia a especulaciones mentales. Egoísta, ególatra, idea exagerada de sí. Fatuo y orgulloso, euforia orgullosa, todo le parece bello cuando tiene ganas. Indiferente por sus ocupaciones, indolente, haragán, perezoso, irresoluto, con aversión al trabajo, no solo físico, sino también mental. Indiferencia por su aspecto personal y su ropa, desordenado en todas sus cosas y hasta en su higiene personal. Imaginativo, tiene fácilmente ilusiones fantásticas, ideas enteramente falsas sobre personas y cosas. Nervioso, vivamente impresionable, vivamente calmado, fácilmente excitable. Fácilmente sorprendido por un ruido inesperado, despierta bruscamente y asustado. Individuos gruñones, siempre de mal humor, irritables, susceptibles, peleadores, violentos, insaciables, se enojan con facilidad y por todo. Debilidad mental y de memoria; muy olvidadizo para nombres propios o para acontecimientos. Confusión mental o tristeza: permanece sentado, ocupado en no pensar en nada, no hace ningún esfuerzo para fijar su mente en cualquier cosa. Estúpido, insensible, confuso, evita conversaciones.</p>
Sueño
<p>Agitado, excitado; sueño entrecortado por sueños y pesadillas angustiosas, grita durmiendo. Puede tener sueño pesado, no reparador, o ligero del que despierta al menor ruido. Despierta a las 3 ó 4 y ya no se puede dormir, o se duerme y no puede despertar en la mañana sino con gran esfuerzo. Desearía dormir toda la mañana; es la hora en que mejor descansa. Sensación de ardor en planta de pies, y los saca del lecho para refrescarlos. Somnoliento y bostezo fácilmente pero una vez en el lecho, tarda en dormirse, se mantiene despierto por gran afluencia de ideas y agitación incesante.</p>
Sensaciones
<p>De quemadura: en la planta de los pies, lo que hace que los saque de la cama para buscar el fresco, en el vértex, en la palma de las manos, a nivel de la piel, de las mucosas, de las regiones congestionadas, de las hemorroides, de las várices. Sensación de calor. Prurito que agrava con el calor de la cama, al contacto con la lana. Dolores punzantes, tirantes, desgarradores.</p>

Sulphur	
Peor	Con el calor de la cama, o de una habitación caldeada. Con el calor en general, pero es sensible al aire frío. Con el tiempo húmedo, con las lociones frías. Con las aplicaciones húmedas calientes. Con el baño Con la bipedestación estática. Después de dormir. Después de comer. A las 11 am. Periódicamente (7 a 14 días). Con el reposo o con el movimiento, al estirarse, al levantarse de un asiento.
Mejor	Con el tiempo seco y caluroso (ni demasiado caliente, ni demasiado frío). A veces con el movimiento y a veces con el reposo. Acostándose sobre el lado derecho, por fricciones, doblando el miembro infermo.
Signos concomitantes	
<p>Rojez de los orificios: párpados, meato de la oreja, orificios nasales, labios, vulva, meato urinario, ano. Secreciones irritantes. Deseo de dulces, bebidas alcohólicas, alimentos condimentados. Diarrea por la noche y sobre todo por la mañana que le obliga a salir de la cama. Sudores locales o generales fétidos, hipertermia de cabeza y cara, oleadas de calor, pómulos rojos, palmas y plantas ardientes, gran sed, piel muy seca y ardiente.</p>	
Algunas indicaciones	
Cutáneas	Cutáneas: Prurito que empeora con el calor de la cama. Todas las formas de dermatosis que empeoran en la cama y con el agua, prurito voluptuoso seguido de sensación de quemazón, eccemas atópicos o de contacto, prurigo escrófulo, herpes.
Respiratorias	Alergias, corizas espasmódicas, con irritación alrededor de las fosas nasales , frecuentes estornudos, prurito de la nariz, asma que empeora por la noche, con el frío. Inflamaciones de las mucosas respiratorias con rinitis crónicas y bronquitis secreción purulenta de mal olor.
Digestivas	Estomatitis, aftas, gastritis, migrañas digestivas hepáticas, congestión hepática sobre todo en buenos comedores y bebedores, estreñimiento con hemorroides ardientes, a veces diarrea al despertarse, vacío imperioso al finalizar la mañana con deseo imperioso de comer. Colitis y enterocolitis
Articulares	Reumatismos subagudos o crónicos (no infecciosos agudos). Actúa sobre las sinoviales, en todas las articulaciones , principalmente en: escapulohumerales, muñeca, primera articulación del pulgar rodillas, reumatismo con marcha ascendente, en el comienzo de la pelvoespondilitis, lumbalgias que empeoran al levantarse de la posición sentada, se endereza poco a poco, camina encorvado y mejora caminando.
Cardio-vasculares	Hipertensión arterial con calor y ardor en vertex, pies, pecho, vértigos, sensación de cabeza pesada. Insuficiencia ventricular izquierda con palpitaciones, disnea que hace levantar al enfermo por la noche, o disnea

Sulphur	
	con cualquier esfuerzo, sensación de peso en pecho, impresión de que el corazón es demasiado grande para la caja torácica.

8. Conclusiones y recomendaciones

8.1 Conclusiones

Las recomendaciones de la Medicina Basada en la Evidencia para el tratamiento farmacológico alopático para el SFM muestran pequeños beneficios comparados contra placebo y altas tasas de deserción dados los eventos adversos.¹⁸⁰ El fracaso terapéutico ha sido evidente y como ejemplo se mencionó la experiencia de 10 años en una Unidad especializada en SFM de Valle de Hebrón con un empeoramiento de los síntomas en un 63,9% de los pacientes comparado con una mejoría tan solo en el 28% de ellos¹²⁴. Estas y otras evidencias recopiladas conllevaron a replantear el manejo alopático del SFM a tal punto de recomendar un manejo no farmacológico inicial. Mientras tanto la Homeopatía ha evidenciado mejoría estadísticamente significativa en ensayos controlados aleatorizados; esto sin mencionar la ausencia de los efectos adversos vistos con los fármacos de síntesis química. Las guías alemanas e israelíes para SFM ya empiezan a incorporar la MCA en su manejo, sin embargo entre estas aún no se encuentra especificada la homeopatía.

El SFM es una entidad con síntomas diversos pero que característicamente presenta afección tanto de la esfera física como de la esfera mental y emocional. Desde la homeopatía se tiene claro que la gran mayoría de enfermedades afectan estos mismos aspectos pues no se debe separar uno de otro, teniendo en cuenta que el ser humano es una unidad; pero probablemente para la medicina convencional ésta sea una de las patologías en las que más fácilmente se vea esta interacción.

Las especialidades y subespecialidades médicas afortunadamente se han venido desarrollando y consolidando en beneficio de la salud de la humanidad, lo cual es innegable. Esto ha facilitado resolver problemas puntuales o complejos de los pacientes que escapan al rol del médico general. Cada especialidad tomó su objeto de estudio en

sus pacientes y ha sido mucho más fácil este abordaje para los médicos, sin embargo y desafortunadamente para muchos pacientes no lo ha sido tanto.

Es llamativo que esta patología haya convocado a tantas especialidades médicas en busca de una comprensión y en busca de unas opciones terapéuticas válidas ya que ha desbordado a los sistemas de salud a nivel global.

Es esperanzador ver que aún los médicos más ortodoxos, más subespecializados, reconocen la necesidad del abordaje integral, por el médico de cabecera, que es “quien mejor conoce al paciente” y puede abordar psicosocialmente al enfermo como se plasma en las últimas guías. No se trata de si se es especialista o no, sino de si enfoca al paciente íntegro, o sólo desde su especialidad. Esto es totalmente coherente con el pensamiento de la homeopatía: en lugar de fragmentar al paciente en órganos o sistemas, o en su motivo de consulta, se procura una toma de caso integral abstrayendo la mejor y más completa información posible sobre quién es el individuo que tenemos frente, tal como se considera en los siguientes párrafos del Órganon de Hahnemann:

Parágrafo 5: *"Es útil al médico, pues le ayuda en la curación, todo lo que se relaciona con la causa excitante u ocasional, más probable de la enfermedad aguda, así como también los puntos más importantes en la historia de la enfermedad crónica, que le ponen en aptitud de descubrir la causa fundamental, que generalmente es debida a un miasma crónico. En estas investigaciones debe tomarse en consideración todo lo que pueda averiguarse de la constitución física del paciente (especialmente cuando la enfermedad es crónica), su carácter moral e intelectual, su ocupación, modo de vivir y costumbres, sus relaciones sociales y domésticas, su edad, funcionamiento sexual, etcétera."*

Parágrafo 208: *"Después debe tomarse en consideración la edad del paciente, su género de vida y clase de alimentación, sus ocupaciones, su posición doméstica, sus relaciones sociales y así lo demás, a fin de averiguar si estas cosas han contribuido a aumentar su enfermedad, o en qué grado han favorecido o estorbado el tratamiento. Del mismo modo debe atenderse su carácter y manera de pensar, para saber si presentan algún obstáculo al tratamiento, o necesitan ser dirigidos, estimulados o modificados".*

El SFM no es una enfermedad “de moda”; de acuerdo a la revisión histórica realizada se puede establecer que, ha existido muchos años atrás, existe ahora, y desafortunadamente continuará existiendo.

Muchos pacientes con SFM posiblemente habrán sufrido por indolencia médica al ser derivados a psicología o a psiquiatría con la sentencia: “usted no tiene nada evidente en sus exámenes”, “yo no puedo resolverle nada”, o peor aún habrán sido víctimas de juicios sobre “querer ganar un beneficio secundario”, “llamar la atención” y en fin... la lista sería larga e infructuosa y desafortunadamente lo han vivido por largo tiempo.

Como ya se ha enunciado en forma reiterativa por la Medicina Basada en la Evidencia, el abordaje de los pacientes con SFM debe ser **individualizado**. Decía Hahnemann en el **Parágrafo 9**: *“De esta verdad incontestable que fuera de los síntomas y de las modalidades que le acompañan, nada existe que puede descubrirse por ningún medio y tenerse en cuenta para su curación, se deduce innegablemente que la suma de todos los síntomas y condiciones de cada caso individual de enfermedad, debe ser la única indicación, la solo guía que nos lleve a la elección del remedio”*. Es imposible tratar a todos por igual como si la patología fuera igual y esto ha sido aún más evidente para la medicina convencional ahora que antes.

Hoy como ayer empleamos sustancias tóxicas que traen más riesgos que beneficios para los pacientes dados los rigurosamente comprobados efectos adversos que presentan; por lo cual las últimas guías recomiendan emplear **“las dosis más bajas posibles”** y más aún, el consenso mundial recomienda **no elegir tratamiento farmacológico de entrada** en los pacientes con SFM. Afirman que con estos fármacos en muchos casos el riesgo es mayor que el beneficio, entorpecen el cuadro clínico o incluso producen los mismos síntomas que se quieren combatir. Ya lo mencionaba Hahnemann también:

Parágrafo 41: *“Mucho más frecuente que las enfermedades naturales asociadas y complicadas en un mismo organismo, son las complicaciones morbosas que el tratamiento médico inadecuado (el método alopático) es capaz de producir con el empleo largo tiempo continuado de drogas inconvenientes. Con la repetición constante de éstas, se añaden, a la enfermedad natural que se trata de curar,*

condiciones morbosas nuevas y a menudo muy fastidiosas, que corresponden a la naturaleza de dichas drogas; estas condiciones se unen y complican con la enfermedad crónica que le son desemejantes (que son incapaces de curar por similitud de acción, es decir, homeopáticamente), añadiendo a la enfermedad antigua una nueva artificial y desemejante de naturaleza crónica, **dejando así al paciente afectado de dos enfermedades en vez de una**, es decir, empeorado y en estado más difícil de curar, con frecuencia completamente incurable.....”

Las guías recomiendan **evitar en lo posible la polifarmacia** a pesar de la multiplicidad de síntomas del SFM. Sin embargo proponen que el ideal es tratar los síntomas **simultáneamente en forma paliativa** (lo cual es bastante difícil con solo un fármaco de síntesis química) y prestando especial atención a las interacciones medicamentosas, lo cual es congruente con:

Parágrafo 55 “Sin embargo, el público se convenció pronto que los sufrimientos de los enfermos se aumentaban e intensificaban con la introducción de cada uno de estos sistemas y métodos de curación, si se aplicaban exactamente. Largo tiempo haría que estos médicos alópatas habrían sido abandonados si no fuese por el **alivio paliativo obtenido, a veces, con remedios empíricamente descubiertos, cuya acción favorable casi instantánea es aparente;** y esto, hasta cierto punto, ha servido para mantener su crédito”

Parágrafo 56 "Por medio de este método paliativo (antipático, enantiopático) introducido de acuerdo con la enseñanza de Galeno "Contraria contrariis", durante diez y siete siglos, los médicos, hasta ahora, esperaban ganar crédito mientras ilusionaban con mejoras casi instantáneas; pero veremos en lo que sigue, cuán inútil y dañoso es este método de tratamiento (en las enfermedades que no recorren un curso rápido). ...”

Las guías son enfáticas también en evitar los opioides en lo posible, y en todo caso emplear las dosis más bajas posibles. Al respecto el Órganon de Hahnemann muestra estas consideraciones:

Parágrafo 57 *“Da grandes dosis de opio para toda clase de dolores, porque ésta droga embota con prontitud la sensibilidad, administra el mismo remedio para las diarreas porque detiene rápidamente el movimiento peristáltico del intestino y lo hace insensible; y también en el insomnio porque el opio con rapidez produce un sueño estuporoso y comatoso; ... y del mismo modo emplea otros remedios opuestos (antipáticos), pero posee muy pocos además de los que se acaban de mencionar, porque la escuela médica vulgar sólo conoce la acción (primaria) peculiar de muy pocas sustancias”*

Parágrafo 60 *“Si se presentan estos malos efectos, como es muy natural que se espere del empleo de los medicamentos antipáticos, el médico vulgar se imagina que vencerá la dificultad, en cada agravación que aparezca, **dando una dosis más fuerte del remedio**, con lo cual se realiza una supresión igualmente pasajera; **y como luego hay, sin cesar, mayor necesidad de dar cantidades cada vez más grandes del paliativo, sobreviene, ya sea otra enfermedad más grave o la incurabilidad con frecuencia, aun el peligro de la vida y la muerte misma, pero nunca la curación de una enfermedad larga o inveterada”**.*

Un aspecto importante que ha salido a la luz en algunos estudios es la biopatografía que hay que indagar en el paciente con SFM, lo que en la homeopatía tomamos como “trastornos por”, esos eventos traumáticos que marcan un antes y un después en la vida y en la salud de un paciente. Se puntualizó sobre esto en las guías, sin embargo se habla solo de consejería o terapia cognitivo conductual para abordarlas.

Sea cual sea la medicina que reciba un paciente su actitud proactiva va a repercutir en forma importante sobre su salud. Por eso es tan importante ese diálogo con el paciente, no es el médico el que ordena y el paciente el que obedece. El consenso dice “Los pacientes deben ser animados a hablar abiertamente sobre el uso de medicinas complementarias y alternativas con los profesionales de la salud quienes deben entender y ser tolerantes para estas disertaciones y deben proveer información actualizada y basada en la evidencia sobre la eficacia y riesgos cuando se disponga de ella”¹³⁹

Pero desafortunadamente también anotan: “Los pacientes deben ser informados de que hay pruebas insuficientes para recomendar la medicina complementaria y alternativa para

el tratamiento de los síntomas de SFM, ya que en su mayoría no han sido adecuadamente evaluados en relación con su beneficio (nivel 1, grado A)”¹³⁹

Y es aquí donde más interrogantes surgen porque si bien abiertamente alertan sobre los efectos adversos graves de los AINES (que se emplean de una manera exagerada en la medicina convencional) y continúan usándose, pero al mismo tiempo alertan que no hay evidencia suficiente para tratar con medicinas alternativas... Es decir hay prueba de que los fármacos hacen daño, pero no hay pruebas de que los homeopáticos funcionen; por lo tanto continuemos usando lo que ya sabemos que hace daño, pero en baja dosis?, a dosis subterapéutica? Más aún con la alta tasa de fracaso terapéutico con fármacos cuestionables, se prefiere continuar su uso ya que no hay evidencia de que otra medicina que no reporte tales efectos nocivos funcione (así existan agravaciones homeopáticas, patogenesias y todo cuanto pueda provocar un remedio homeopático, no es equiparable con los efectos adversos de los AINES).

Por supuesto existen patologías en las cuales si no se administran los corticoides, los citotóxicos, en fin, el paciente fácilmente puede perder la vida, acá no se está discutiendo eso. Hahnemann no discutía ni con la cirugía ni con los paliativos en casos graves agudos como se advierte en el siguiente párrafo:

Parágrafo 186 "...Pues en caso de lesiones de causa externa si son graves, todo el organismo se resiente; se presenta fiebre, etcétera. El tratamiento de estas enfermedades son del resorte de la cirugía; pero esto está justificado sólo en los casos en que las partes afectadas requieren ayuda mecánica por la cual los obstáculos externos que impiden la curación, que sólo puede realizarse por la energía de la fuerza vital, pueden repararse por medios mecánicos..."

Las anteriores controversias deben motivar a trabajar por evidencias sólidas sobre eficacia y también sobre efectos adversos y comparar de una manera transparente los resultados. Hay que recordar que las reacciones adversas a los medicamentos fueron la quinta causa principal de muerte en los EE.UU. en 1998 ¹⁸¹.

Algo adicional que la homeopatía puede brindar a pacientes con diversas patologías es la mejoría en la calidad de vida y la sensación de bienestar que les ayuda a soportar de una

forma más adecuada los síntomas propios de sus enfermedades, cualesquiera que sean sus manifestaciones. Esto se ha evidenciado en estudios como el realizado en 6 países europeos y en Brasil en 2014¹⁸² y en el estudio publicado en Clinical Epidemiology en 2014¹⁸³. Este último fue realizado en pacientes mayores de 70 años con dolores musculoesqueléticos, en quienes se muestra que la homeopatía reduce el consumo de AINES, y por ende las complicaciones asociadas. Existen patologías incurables para ambas medicinas, pero siempre se buscará mejorar la calidad de vida del paciente.

La homeopatía no ha podido ser prohibida o censurada ni en el siglo XIX ni en el siglo XXI. Recordemos que en 1835 la Academia de Medicina se dirigió a Guizot, entonces Ministro de Instrucción Pública, solicitando que se prohibiera a Hahnemann el ejercicio de la medicina en Francia. Y su genial respuesta fue: *“Hahnemann, es un sabio de gran mérito. La ciencia debe ser para todos. Si la homeopatía es una quimera o un sistema sin valor propio, caerá por sí misma. Si ella es, por el contrario, un progreso, se desarrollará a pesar de nuestras medidas prohibitivas, y la Academia ha de recordar antes que todo, que tiene la misión de hacer progresar la ciencia y de estimular los descubrimientos.”* Fue así como Hahnemann por decreto ministerial de 12 de octubre de 1835, obtuvo la autorización para ejercer la medicina en Francia ¹⁵⁴. Y hasta la fecha la homeopatía no ha caído por sí misma.

No ha caído por sí misma a pesar de la carrera que se han propuesto ya no individuos sino estamentos e incluso gobiernos con intenciones nada transparentes como lo constatamos con el informe del National Health and Medical Research Council (NHMRC) ¹⁸⁴, que depende del gobierno australiano, cuya conclusión es: “Basándose en la evaluación de la evidencia acerca de la efectividad de la homeopatía, el NHMRC concluye que no hay ninguna afección de salud para la que exista evidencia confiable de que la homeopatía sea efectiva”.

Y tal vez, además de contundente, muy profundamente esta afirmación sea verdadera... pues la homeopatía no es efectiva para una afección de la salud, sino para un individuo que sufre alguna afección aunque parezca esto una tontería.

Retomando la frase: parece que lo que hubieran querido buscar es **“la afección de la salud”** que pueda curar la homeopatía; es decir, cual de todas las afecciones que sufren

los mortales **es la que puede curar la homeopatía** y por supuesto no la encontraron. Y no quedaríamos satisfechos si se llegara a la conclusión: “X” enfermedad es la única enfermedad que puede curar la homeopatía, ni siquiera si encontrarán que “X”, “Y” y “Z” son las únicas enfermedades que puede curar la homeopatía. Tampoco sería serio decir: La homeopatía puede curar todas las enfermedades existentes.... A ningún médico le cabe eso en la cabeza.

Lo que se debe buscar es la evidencia de la efectividad de la homeopatía para lo cual se debe aclarar qué es homeopatía y qué no lo es. Desafortunadamente falta mucha seriedad y transparencia hasta en las más altas esferas de la investigación, se dice que hay fines oscuros detrás de este tipo de investigaciones tan dirigidas y enfocadas con acabar con algo, desde el planteamiento inicial de la investigación. Y los mismos ataques que sufrió Hahnemann en 1835 se están viviendo en pleno 2015.

Por otro lado es cierto que a la medicina alternativa también le falta investigar y publicar sus experiencias con la rigurosidad metodológica esperada en algunos casos.

Las últimas guías canadienses sobre SFM y su coherencia con las guías elaboradas en forma independiente en Alemania y en Israel sorprenden, ya que empieza a observarse una convergencia entre las recomendaciones dadas por la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y las recomendaciones enunciadas por el Maestro Hahnemann.

El objetivo primordial de la MBE es que la actividad médica cotidiana se fundamente en datos científicos y no en suposiciones o creencias y esto tiene suficiente justificación dado que la medicina antigua realizaba prácticas o tratamientos cuya efectividad no estaba comprobada o que, incluso atentaban contra la salud y gracias en parte a esto, hoy ya no se practican más.

Es importante recordar como las sangrías usadas por siglos produjeron muchas veces más perjuicios que beneficios. El alemán Ignaz Semmelweis también en pleno siglo XIX investigó y pudo probar en forma abrumadora cómo reducir la mortalidad en las maternas estableciendo que quienes atendieran los partos no participaran en necropsias de mujeres fallecidas por fiebre puerperal a menos que se lavaran cuidadosamente las manos y cambiaran toda su ropa¹⁸⁵. Por semejante osadía fue atacado, tildado de loco y recluido

en un pabellón psiquiátrico donde pasó sus últimos días a pesar de haber salvado la vida de tantas mujeres. Los jarabes para niños a base de opiáceos aumentaron la mortalidad infantil y la talidomida se prescribió a gestantes desconociendo sus efectos teratógenos. La MBE se nutre de las pequeñas experiencias para evitar consecuencias desastrosas a escala mayor.

La MBE tuvo sus orígenes a mediados del siglo XIX, en París¹⁸⁶. Se dice que existía un debate entre el concepto de la medicina como arte y la medicina como ciencia. El médico francés Risueño d'Amador veía al médico como artista y sus opositores veían la necesidad de practicar la medicina en función de hechos. Se defendieron las llamadas 'ciencias empíricas', o básicas como fundamento de los médicos que debían ser científicos, fundamentadas en la observación y descripción de un objeto de conocimiento. Fue entonces en la primera mitad del siglo XX cuando quedaron incorporadas las ciencias básicas al pensum académico de la medicina.¹⁸⁷

El concepto de MBE surgió en la Universidad de McMaster, Canadá, cuando en 1992 el "Evidence-Based Medicine Working Group" (EBMWG), Grupo de Trabajo en Medicina Basada en la Evidencia de la Universidad McMaster en Ontario (Canadá), publica en JAMA: "Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine".¹⁸⁸ 20 años atrás, Cochrane¹⁸⁹ había publicado un ensayo, preocupado por los altos costos del sistema de salud comparados con los mínimos resultados sanitarios, y sugirió que la "ciencia" debía resolver esta encrucijada a través de los ensayos clínicos controlados (ECC).

Vale la pena recordar la historia, pues la motivación de Hahnemann para buscar otro método terapéutico se fundamentó en las atrocidades que se cometían por los mismos médicos en pro de la supuesta curación de los enfermos. Hahnemann estaba cansado como él mismo decía del empirismo de la medicina, de las teorías que no se corroboraban con la práctica y fue en búsqueda de esas leyes simples, en búsqueda de la experimentación en el hombre enfermo y en el sano (experimentó como se mencionó la

alopatía y la homeopatía hasta en un mismo enfermo y comparó los resultados). Y entre sus enemigos de la época como también hoy, se encontraban los farmacéutas.

8.2 Recomendaciones

Como ya quedó esbozado, la recomendación primordial es sustentar la práctica en los estudios disponibles, realizados con rigurosidad científica, metodológica y transparencia. Estos estudios han empezado a surgir, pero sin duda se requieren más.

A la comunidad médica, en general, siempre le ha costado un poco abrir la mente, y se resiste a los cambios dramáticos; pero sin duda es necesario dar esos saltos, como afortunadamente han ocurrido muchas veces en el pasado, como ocurrirá hoy y como ocurrirá seguramente en el futuro cuando se sacudan muchas de las más férreas convicciones actuales.

La evidencia del beneficio de la homeopatía existe, y la mucha menor proporción de efectos adversos de ella y que en ningún sentido son comparables con los efectos adversos de ciertos fármacos de la medicina convencional, que han comprobado incluso en muchos casos su letalidad.

No se trata por supuesto de pretender aplastar la medicina convencional con argumentos acomodados; gracias a ella se han salvado numerosas vidas, y de la mano con los adelantos científicos, la esperanza de vida, los alcances terapéuticos actuales son de lejos mejores que los de ayer.

Acá se ha planteado un síndrome puntual y cómo puede existir ese diálogo coherente entre las dos medicinas en pro de los pacientes. Sin embargo reitero, hace falta abrir la mente para observar un nuevo horizonte. La evidencia hoy nos está mostrando algo diferente y siendo sensatos y honestos con el ejercicio médico se beneficiarán muchos de los pacientes.

9. Bibliografía

¹Macfarlane GJ. Generalized pain, fibromyalgia and regional pain: an epidemiological view. *Baillières Best Pract Res Clin Rheumatol*. 1999. 13(3):403–14

² McNally JD, Matheson DA, Bakowsky VS. The epidemiology of selfreported fibromyalgia in Canada. *Chronic Dis Can* 2006;27:9-16.

³ Assumpção A, Cavalcante AB, Capela CE, Sauer JF, Chalot SD, Pereira CA, Marques AP: Prevalence of fibromyalgia in a low socioeconomic status population. *BMC Musculoskelet Disord* 2009, 10:64. .

⁴ Branco JC, Bannwarth B, Failde I, Abello Carbonell J, Blotman F, Spaeth M, Saraiva F, Nacci F, Thomas E, Caubère JP, Le Lay K, Taieb C, Matucci-Cerinic M: Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. *Semin Arthritis Rheum* 2010, 39:448–453.

⁵ Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A, on behalf of the EPISER Study Group: The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis*. 2001, 60:1040–1045.

⁶ Cöster L, Kendall S, Gerdle B, Henriksson C, Henriksson KG, Bengtsson A: Chronic widespread musculoskeletal pain. A comparison of those who meet criteria for fibromyalgia and those who do not. *Fur J Pain* 2008, 12:600–610.

⁷ Salaffi F, De Angelis R, Grassi W, Marche Pain Prevalence Investigation Group (MAPPING) study: Prevalence of musculoskeletal conditions in an Italian population sample: results of a regional community-based study. I. The MAPPING study. *Clin Exp Rheumatol* 2005, 23:819–828.

⁸ White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T: The London Fibromyalgia Epidemiology Study: the prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *J Rheumatol* 1999, 26:1570–1576

⁹ Fundafibro. Fundación para el manejo integral de la Fibromialgia y la Fatiga Crónica. Recuperado el 20 de Mayo de 2014, de <http://fundafibro.jimdo.com/fibromialgia/>

¹⁰ Telam sociedad. (2013, 1 de Junio) Fibromialgia, una "enfermedad silenciosa" que afecta a 2 millones de argentinos. Recuperado el 20 de Mayo de 2014, de <http://www.telam.com.ar/notas/201306/19671-fibromialgia-una-enfermedad-silenciosa-que-afecta-2-millones-de-argentinos.html>

¹¹ Nöller V, Sprott H: Prospective epidemiological observations on the course of the disease in fibromyalgia patients. *J Negat Results Biomed* 2003, 2:4–9.

¹² Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett RM, Caro XJ, Goldenberg DL, Russell IJ, Yunus MB: Health status and disease severity in fibromyalgia: results of a six-center longitudinal study. *Arthritis Rheum* 1997; 40:1571–1579.

¹³ Ledingham J, Doherty S, Doherty M: Primary fibromyalgia syndrome - An outcome study. *Br J Rheumatol* 1993, 32:139–142

¹⁴ Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett RM, Caro XJ, Goldenberg DL, Russell IJ, Yunus MB: Work and disability status of persons with fibromyalgia. *J Rheumatol* 1997, 24:1171–1178.

¹⁵ Sharpe M, Mayou R, Seagroatt V, Surawy C, Warwick H, Bulstrode C, Dawber R, Lane D: Why do doctors find some patients difficult to help? *Q J Med* 1994, 87:187–193.

¹⁶ Hartz AJ, Noyes R, Bentler SE, Damiano PC, Willard JC, Momany ET: Unexplained symptoms in primary care: perspectives of doctors and patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2000, 22:144–152.

¹⁷ Reid S, Whooley D, Crayford T, Hotopf M: Medically unexplained symptoms - GPs' attitudes towards their cause and management. *Fam Pract.* 2001; 18:519–523.

¹⁸ Busse J, Ebrahim S et al. Systematic review and network meta-analysis of interventions for fibromyalgia: a protocol. *Systematic Reviews* 2013, 2:18. Recuperado el 7 marzo 2015 de: <http://www.systematicreviewsjournal.com/content/2/1/18>

¹⁹ Nüesch E, Häuser W, Bernardy K, Barth J, Jüni P: Comparative efficacy of pharmacological and non-pharmacological interventions in fibromyalgia syndrome: network meta-analysis. *Ann Rheum Dis* 2012, Jun 27

²⁰ Choy E, Marshall D, Gabriel ZL, Mitchell SA, Gylee E, Dakin HA: A systematic review and mixed treatment comparison of the efficacy of pharmacological treatments for fibromyalgia. *Semin Arthritis Rheum* 2011, 41:335–345.

²¹ De Silva V, El-Metwally A, Ernst E, et al. Evidence for the efficacy of complementary and alternative medicines in the management of fibromyalgia: a systematic review *Rheumatology*. 2010; 49 (6): 1063-1068.

²² Lachaine J, Beauchemin C, Landry P-A. Clinical and economic characteristics of patients with fibromyalgia syndrome. *Clin J Pain* 2010;26:284-90.

²³ Penrod JR, Bernatsky S, Adam V, Baron M, Dayan N, Dobkin PL. Health services costs and their determinants in women with fibromyalgia. *J Rheumatol* 2004;31:1391-8.

²⁴ Rivera J, Rejas J, Esteve-Vives J, Vallejo MA, Grupo I. Resource utilisation and health care costs in patients diagnosed with fibromyalgia in Spain. *Clin Exp Rheumatol* 2009;27(5 Suppl 56):S39-45.

²⁵ Wolfe F, Anderson J, Harkness D, et al. A prospective, longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1997;40:1560-70.

²⁶ Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum.* 1995; 38(1):19–28

²⁷ Foster NE, Pincus T, Underwood M, Vogel S, Breen A, Harding G Treatment and the process of care in musculoskeletal conditions. A multidisciplinary perspective and integration. *Orthop Clin North Am.* 2003; 34(2):239–244

²⁸ Milne JM. The biopsychosocial model as applied to a multidisciplinary pain management programme. *J N Z Assoc Occup Ther.* 1983; 34:19–21

²⁹ Turk DC, Flor H. Chronic pain: a bio behavioural perspective. In: Gatchel RJ, Turk DC (eds) *Psychosocial factors in pain: critical perspectives.* Guilford Press, New York. 1999; 18–34

³⁰ Burckhardt CS, Goldenberg D, Crofford L, Gerwin R, Gowans S, Kackson K et al. Guideline for the management of fibromyalgia syndrome pain in adults and children. *APS Clinical Practice Guideline, vol 4.* American Pain Society, Glenview. 2005

³¹ Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskilla D, da Silva JAP et al EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis* 2007; 67:536–541

³² Klement A, Häuser W, Brückle W, Eidmann U, Felde E, Herrmann M et al. Allgemeine Behandlungsgrundsätze, Versorgungskoordination und Patientenschulung beim Fibromyalgiesyndrom und chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen (General principles of therapy, coordination of medical care and patient education in fibromyalgia syndrome and chronic widespread pain). *Schmerz.* 2008; 22:283–94

-
- ³³ Hauser W, Thieme K, Turk DC. Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome—a systematic review. *Eur J Pain*. 2010; 14:5–10
- ³⁴ Boomershine CS, Crofford LJ. Symptom-based approach to pharmacologic management of fibromyalgia. *Nat Rev Rheumatol*. 2009; 5:191–199
- ³⁵ Rossy LA, Bucklew SP, Dorr N, Hagglund KJ, Thayer JF, McIntosh MJ, Hewett JE, Johnson JC. A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Ann Behav Med*. 1999; 21:180–191
- ³⁶ Ernst E. Complementary treatments in rheumatic diseases. *Rheum Dis Clin North Am*. 2008; 34:455–467
- ³⁷ Ernst E, Pittler MH, Wider B, Boddy K. Complementary therapies for pain management: an evidence based approach. Mosby, Edinburgh. 2007
- ³⁸ Ernst E, Pittler MH, Wider B, Boddy K (eds) *The desktop guide to complementary and alternative medicine: an evidence based approach*, 2nd edn. Mosby, Edinburgh. 2006
- ³⁹ Terry R, Perry R, and Ernst E. An overview of systematic reviews of complementary and alternative medicine for fibromyalgia *Clin Rheumatol*. 2012; 31:55–66
- ⁴⁰ Vincent C, Furnham A. Why do patients turn to complementary medicine? An empirical study. *Br J Clin Psychol*. 1996; 35:37–48
- ⁴¹ Eizayaga F. *El moderno repertorio de Kent*. Ediciones Marcel. Buenos Aires, Argentina. 2011
- ⁴² Inanici, F. Fatma, and Muhammad B. Yunus. "History of fibromyalgia: past to present." *Current pain and headache reports* 8.5. 2004: 369-378
- ⁴³ Ruhman W: The earliest book on rheumatism. *Br J Rheumatol* 1940, 2:140–162.

⁴⁴ Balfour W: Observations on the pathology and cure of rheumatism. *Edinb Med Surg J* 1815, 11:168–187.

⁴⁵ Valleix FL: *Traite Des Neuralgies ou Affections Douloureuses Des Nerfs*. Paris: JB Bailliere; 1841:266–594.

⁴⁶ Froriep R: *Ein Beitrag zur Pathologie des Rheumatismus*. Weimar: 1843.

⁴⁷ Beard GM: *A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia)*. New York: William Wood and Co; 1880.

⁴⁸ Graham D: Massage in muscular rheumatism and its possible value in the diagnosis of muscular rheumatism from neuritis. *Am J Med Sci* 1893, 106:190–198.

⁴⁹ Gowers WR: Lumbago: its lessons and analogues. *BMJ* 1904, i:117–121.

⁵⁰ Smythe H: Nonarticular rheumatism and psychogenic musculoskeletal syndromes. In *Arthritis and Allied Conditions*, edn 8. Edited by McCarty DJ. Philadelphia: Lea & Febiger; 1972:881–891.

⁵¹ Moldofsky H, Scarisbrick P, England R, Smythe H: Musculoskeletal symptoms and non-REM sleep disturbance in patients with "fibrositis syndrome" and healthy subjects. *Psychosom. Med* 1975, 37:341–351.

⁵² Yunus M, Masi AT, Calabro JJ, et al.: Primary fibromialgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin Arthritis Rheum* 1981, 11:151–171.

⁵³ Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*. 1990; 33: 160–72.

⁵⁴ Quitner, *International Statistical Classification of Diseases and Related Problems*. ICD-10. WHO, Geneve. 1992.

-
- ⁵⁵ Bennett RM. Clinical manifestations and diagnosis of fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am*. 2009; 35:215–232.
- ⁵⁶ Arnold LM, Clauw DJ, McCarberg BH. Improving the recognition and diagnosis of fibromyalgia. *Mayo Clin Proc*. 2011; 86:457–464.
- ⁵⁷ Abeles AM, Pillinger MH, Solitar BM, et al. Narrative review: the pathophysiology of fibromyalgia. *Ann Intern Med*. 2007; 146:726–734.
- ⁵⁸ Clauw DJ, Arnold LM, McCarberg BH; FibroCollaborative. The science of fibromyalgia. *Mayo Clin Proc*. 2011; 86: 907–911.
- ⁵⁹ Schmidt-Wilcke T, Clauw DJ. Fibromyalgia: from pathophysiology to therapy. *Nat Rev Rheumatol*. 2011; 7:518–527.
- ⁶⁰ Walitt B, Fitzcharles MA, Hassett AL, et al. The longitudinal outcome of fibromyalgia: a study of 1555 patients. *J Rheumatol*. 2011; 38: 2238–2246.
- ⁶¹ Schaefer C, Chandran A, Hufstader M, et al. The comparative burden of mild, moderate and severe fibromyalgia: results from a cross-sectional survey in the United States. *Health Qual Life Outcomes*. 2011; 9: 71.
- ⁶² Arnold LM, Crofford LJ, Mease PJ, et al. Patient perspectives on the impact of fibromyalgia. *Patient Educ Couns*. 2008; 73: 114–120.
- ⁶³ Choy E, Perrot S, Leon T, et al. A patient survey of the impact of fibromyalgia and the journey to diagnosis. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10:102.
- ⁶⁴ Russell IJ, Larson AA. Neurophysiopathogenesis of fibromyalgia syndrome: a unified hypothesis. *Rheum Dis Clin North Am* 2009;35:421-35

⁶⁵ Bonica JJ. Definitions and taxonomy of pain. In: Bonica JJ, Loeser JD, Chapman CR, et al, editors, The management of pain, vol. I. 2nd edition. Philadelphia: Lea & Febiger; 1990. p. 18–27.

⁶⁶ Lautenbacher S, Rollman GB, McCain GA. Multi-method assessment of experimental and clinical pain in patients with fibromyalgia. *Pain*. 1994 Oct; 59(1):45-53.

⁶⁷ Granges G, Littlejohn G. Pressure pain threshold in pain-free subjects, in patients with chronic regional pain syndromes, and in patients with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 1993; 36:642-6.

⁶⁸ Gibson SJ, Littlejohn GO, Gorman MM, Helme RD, Granges G. Altered heat pain thresholds and cerebral event-related potentials following painful CO₂ laser stimulation in subjects with Fibromyalgia syndrome. *Pain*. 1994; 58:185-93.

⁶⁹ Hurtig IM, Raak RI, Kendall SA, Gerdle B, Wahren LK. Quantitative sensory testing in fibromyalgia patients and in healthy subjects: identification of subgroups. *Clin J Pain*. 2001; 17:316-22.

⁷⁰ Smith BW, Tooley EM, Montague EQ, Robinson AE, Cospers CJ, Mullins PG. Habituation and sensitization to heat and cold pain in women with fibromyalgia and healthy controls. *Pain*. 2008; 140:420-8.

⁷¹ Banic B, Petersen-Felix F, Andersen OK, Radanov BP, Villiger PM, Arendt-Nielsen L, et al. Evidence for spinal cord hypersensitivity in chronic pain after whiplash injury and in fibromyalgia. *Pain*. 2004; 107(1-2):7-15.

⁷² Desmeules JA, Cedraschi C, Rapiti E, Baumgartner E, Finckh A, Cohen P, et al. Neurophysiologic evidence for a central sensitization in patients with fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 2003; 48(5):1420-29.

⁷³ Staud R, Vierck CJ, Cannon R, Mauderli AP, Price DD. Abnormal sensitization and temporal summation of second pain (wind up) in patients with fibromyalgia syndrome. *Pain*. 2001; 91(1-2):165-75.

⁷⁴ Yunus MB. The Concept of central Sensitivity Syndromes. En *Fibromyalgia and Other central Pain Syndromes*. DJ Wallace and DJ Claw Eds. Lippincott Williams & Wilkins 2005:29-44.

⁷⁵ Arnold LM, Hudson JI, Keck PE, et al. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *J Clin Psychiatry* 2006;67:1219-25.

⁷⁶ Thieme K, Turk DC, Flor H. Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosom Med* 2004;66:837-44.

⁷⁷ Boisset-Piolo MH, Esdaile JM, Fitzcharles MA. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum*. 1995; 38(2):235-41.

⁷⁸ Walker EA, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Bernstein D, Katon WJ. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical and emotional abuse and neglect. *Psychosom Med*. 1997; 59(6):572-77.

⁷⁹ Imbierowicz K, Egle UT. Childhood adversities in patients with fibromyalgia and Somatoform pain disorder. *European J Pain*. 2003; 7(2):113-19.

⁸⁰ Taylor ML, Trotter DR, Csuka ME. The prevalence of sexual abuse in women with fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 1995; 38(2):229-34.

⁸¹ Castro I, Barrantes F, Tuna M, et al. Prevalence of abuse in fibromyalgia and other rheumatic disorders at a specialized clinic in rheumatic diseases in Guatemala City. *J Clin Rheumatol*. 2005; 11(3):140-45.

⁸² Goldberg RT, Pachas WN, Keith D. Relationship between traumatic events in childhood and chronic pain. *Disabil Rehabil*. 1999; 21(1):23-30.

⁸³ Ciccone DS, Elliott DK, Chandler HK, Nayak S, Raphael KG. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome: a test of the trauma hypothesis. *Clin J Pain*. 2005; 21(5):378-86.

⁸⁴ Raphael KG, Natelson BH, Janal MN, Nayak S. A community-based survey of fibromyalgia-like pain complaints following the World Trade Center terrorist attacks. *Pain*. 2002; 100(1-2):131-39.

⁸⁵ Dailey PA, Bishop GD, Rusell IJ, et al. Psychological stress and the fibrositis/fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol*. 1990; 17:1380.

⁸⁶ White KP, Nielson WR, Harth M, Ostbye T, Speechley M. Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia: psychological distress in a representative community adult sample. *J Rheumatol*. 2002; 29:588-94.

⁸⁷ Hudson JI, Hudson MS, Pliner LF, Goldenberg DL, Pope Jr HG. Fibromyalgia and major affective disorder: a controlled phenomenology and family history study. *Am J Psychiatry*. 1985; 142:441-46.

⁸⁸ Kirmayer LJ, Robbins JM, Kapusta MA. Somatization and depression in fibromyalgia syndrome. *Am J Psychiatry*. 1988; 145:950-54.

⁸⁹ Ahles TA, Khan SA, Yunus MB, Spiegel DA, Masi AT. Psychiatric status of patients with primary fibromyalgia, patients with rheumatoid arthritis, and subjects without pain: a blind comparison of DSM-III diagnoses. *Am J Psychiatry*. 1991; 148:1721-26.

⁹⁰ Malt EA, Berle JE, Olafsson S, Lund A, Ursin H. Fibromyalgia is associated with panic disorder and functional dyspepsia with mood disorders. A study of women with random sample population controls. *J Psychosom Res*. 2000; 49:285-89.

⁹¹ Raphael KG, Janal MN, Nayak S, Schwartz JE, Gallagher RM. Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. *Pain*. 2006 Sep; 124(1-2):117-25.

⁹² Bennett RM, Jones J, Turk DC, et al. An internet survey of 2596 people with fibromyalgia. *BMC Musculoskelet Discord* 2007;8:27.

⁹³ Buskila D, Neumann L. Fibromyalgia syndrome (FM) and nonarticular tenderness in relatives of patients with FM. *J Rheumatol* 1997;24:941-4.

⁹⁴ Buskila D, Neumann L, Hazanov I, Carmi R. Familial aggregation in the fibromyalgia syndrome. *Semin Arthritis Rheum* 1996;26:605-11.

⁹⁵ Arnold LM, Hudson JI, Hess EV, Ware AE, Fritz DA, Auchenbach MB et al. Family study of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2004; 50(3):944-52.

⁹⁶ Arnold LM, Fan J, Russell IJ, et al. The fibromyalgia family study: a genome-wide linkage scan study. *Arthritis Rheum* 2013;65:1122-28.

⁹⁷ McBeth J, Silman AJ, Gupta A, et al. Moderation of psychosocial risk factors through dysfunction of the hypothalamic-pituitary-adrenal stress axis in the onset of chronic widespread musculoskeletal pain: Findings of a population-based prospective cohort study. *Arthritis Rheum* 2007;56:360-71.

⁹⁸ Mease PJ, Clauw DJ, Arnold LM, et al. Fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol* 2005;32:2270-7.

⁹⁹ Gupta A, Silman AJ, Ray D, et al. The role of psychosocial factors in predicting the onset of chronic widespread pain: Results from a prospective population-based study. *Rheumatology (Oxford)* 2007;46:666-

¹⁰⁰ Jiao J, Vincent A, Cha SS, Luedtke CA, Oh TH. Association of abuse history with symptom severity and quality of life in patients with fibromyalgia. *Rheumatol Int* 2014:1-7

¹⁰¹ Mas AJ, Carmona L, Valverde M, Ribas B; EPISER Study Group. Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clin Exp Rheumatol*. 2008; 26(4):519-26.

¹⁰² Russell IJ. The promise of substance P inhibitors in fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am* 2002; 28(2):329-42.

¹⁰³ Sarchielli P, Mancini ML, Floridi A, Coppola F, Rossi C, Nardi K, et al. Increased levels of neurotrophins are not specific for chronic migraine: evidence from primary fibromyalgia syndrome. *J Pain*. 2007 Sep; 8(9):737-45.

¹⁰⁴ Giovengo SL, Russell I, Larson A. Increased concentrations of nerve growth factor in cerebrospinal fluid of patients with fibromyalgia. *J Rheumatol*. 1999; 26:1564-69.

¹⁰⁵ Russell IJ, Orr MD, Littman B, et al. Elevated cerebrospinal fluid levels of substance P in patients with the fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum*. 1994; 37:1593-01.

¹⁰⁶ Russell IJ, Vaeroy H, Javors M, Nyberg F. Cerebrospinal fluid biogenic amine metabolites in fibromyalgia/fibrositis syndrome and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1992; 35:550-56.

¹⁰⁷ Julien N, Goffaux Ph, Arsenault P, marchand S. Widespread pain in Fibromyalgia is related to deficit of endogenous pain inhibition. *Pain*. 2005; 114:295-02.

¹⁰⁸ Montoya P, Sitges C, García-Herrera M, Rodríguez-Cotes A, Izquierdo R, Truyols M, Collado D. Reduced brain habituation to somatosensory stimulation in patients with fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 2006 Jun; 54(6):1995-03.

¹⁰⁹ Jensen KB, kosek E, Petzke F, Carville S, Fransson P, Marcus H, et al. Evidence of dysfunctional pain inhibition in Fibromyalgia reflected in rACC during provoked pain. *Pain*. 2009; 144:95-100.

-
- ¹¹⁰ Gracely RH, Petzke F, Wolf JM, Clauw DJ. Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2002; 46(5):1333-43.
- ¹¹¹ Kuchinad A, Schweinhardt P, Seminowicz DA, Wood PB, Chizh BA, Bushnell MC. Accelerated brain gray matter loss in fibromyalgia patients: Premature aging of the brain? *J Neurosci*. 2007; 27:4004-07.
- ¹¹² Markus B, Markus G, Carsten K, Marco W, Sebastian H. Decreased Gray Matter Volumes in the Cingulo-Frontal Cortex and the Amygdala in Patients With Fibromyalgia. *Psychosomatic Medicine*. 2009; 71:566-73.
- ¹¹³ Wood PB, Glabus MF, Simpson R, Patterson JC. Changes in Gray Matter Density in Fibromyalgia: Correlation with Dopamine Metabolism. *Journal of Pain*. 2009; 10(6): 609-18.
- ¹¹⁴ Giesecke T, Gracely RH, Grant MA, Nchemson A, Petzke F, Williams DA, et al. Evidence of augmented central pain processing in idiopathic chronic low back pain. *Arthritis Rheum*. 2004; 50:613-23.
- ¹¹⁵ Zhou Q, Fillingim RB, Riley III JL, Malarkey WB, Verne GN. Central and peripheral hypersensitivity in the irritable bowel syndrome. *Pain*. 2010; 148:454-61.
- ¹¹⁶ Martinez-Lavin M, Hermosillo AG. Autonomic nervous system dysfunction may explain the multisystem features of fibromyalgia. *Semin Arthritis Rheum* 2000; 29(4):197-9.
- ¹¹⁷ Watson NF, Buchwald D, Goldberg J, Noonan C, Ellenbogen RG. Neurologic Signs and Symptoms in Fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 2009; 60(9):2839-44.
- ¹¹⁸ Okifuji A, Turk DC, Sinclair JD, Starz TW, Marcus DA. A standardized manual tender point survey. I. Development and determination of a threshold point for the identification of positive tender points in fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol*. 1997 Feb; 24(2):377-83.

¹¹⁹ Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res* 2010; 62(5):600-10.

¹²⁰ Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Hauser W, Katz RS, et al. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia. *J Rheumatol* 2011; 38:113–22.

¹²¹ Wolfe F, Brähler E, Hinz A, and Häuser W. Fibromyalgia Prevalence, Somatic Symptom Reporting, and the Dimensionality of Polysymptomatic Distress: Results From a Survey of the General Population. *The American College of Rheumatology. Arthritis Care & Research* 2013; 65: 777 -785

¹²² Wessely S, Hotopf M. Is fibromyalgia a distinct clinical entity? Historical and epidemiological evidence. *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol* 1999; 13:427–36.

¹²³ Hauser W, Schmutzer G, Brahler E, Glaesmer H. A cluster within the continuum of biopsychosocial distress can be labeled “fibromyalgia syndrome”: evidence from a representative German population survey. *J Rheumatol* 2009; 36: 2806–12.

¹²⁴ Alegre, Cayetano, et al. Abordaje de la fibromialgia en la práctica clínica. *CM de Psicobioquímica*, 2014; 3: 27 - 37. Recuperado el 2 de mayo de 2015 de: <http://www.psicobioquimica.org/documentos/revistas/fibromialgia/001/02.pdf>

¹²⁵ Jiao J, Vincent A, Cha SS, Luedtke CA, Oh TH. Association of abuse history with symptom severity and quality of life in patients with fibromyalgia. *Rheumatol Int* 2014.

¹²⁶ Vargas A, Vargas A, Hernandez-Paz R, Sanchez-Huerta JM, Romero-Ramirez R, mezcua-Guerra L et al. Sphygmomanometry-evoked allodynia--a simple bedside test indicative of fibromyalgia: a multicenter developmental study. *J Clin Rheumatol* 2006; 12(6):272-4.

-
- ¹²⁷ Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and ítem selection. *Med Care*. 1992;30:473-83.
- ¹²⁸ Smets, E. M. A., Garssen, B., Bonke, B. D., & De Haes, J. C. J. M. (1995). The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *Journal of psychosomatic research*, 39(3), 315-325.
- ¹²⁹ Garcia CJ, Rodero B, Alda M, Sobradíel N, Montero J, Moreno S. Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Med Clin (Barc)* 2008; 131(13):487-92.
- ¹³⁰ Salgueiro M, Garcia-Leiva JM, Ballesteros J, Hidalgo J, Molina R, Calandre EP. Validation of a Spanish version of the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR). *Health Qual Life Outcomes* 2013; 11:132.
- ¹³¹ Vallejo MA, Rivera J, Esteve-Vives J, Rodríguez-Munoz MF. Uso del cuestionario Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para evaluar la ansiedad y la depresión en pacientes con fibromialgia. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2012; 5(2):107-14.
- ¹³² Munoz PE, Vazquez JL, Rodríguez IF, Pastrana E, Varo J. Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de D.P. Goldberg. *Arch Neurobiol (Madr)* 1979; 42(2):139-58.
- ¹³³ Giesecke T, Williams DA, Harris RE, Cupps TR, Tian X, Tian TX. Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. *Arthritis Rheum*. 2003;48:2916-2922.
- ¹³⁴ Rivera J, Alegre C, Ballina FJ, Carbonell J, Carmona L, Castel B, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la Fibromialgia. *Reumatología Clínica*. 2006; Supp1 2:S55-66.
- ¹³⁵ Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Goldenberg DL, Pereira JX, Abbey S, Choiniere M et al. Canadian Pain Society and Canadian Rheumatology Association recommendations for

rational care of persons with fibromyalgia: a summary report. *J Rheumatol* 2013; 40(8):1388-93.

¹³⁶ Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Goldenberg DL, Pereira JX, Abbey S, Choiniere M et al. 2012 Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome: executive summary 2. *Pain Res Manag* 2013; 18(3):119-26.

¹³⁷ Nishishinya B, Urrutia G, Walitt B, Rodriguez A, Bonfill X, Alegre C et al. Amitriptyline in the treatment of fibromyalgia: a systematic review of its efficacy. *Rheumatology (Oxford)* 2008; 47(12):1741-6.

¹³⁸ Juverdeanu R, Lopez-Corbeto M, Pluma-Sanjurjo A., Diaz-Mendoza C, Alegre C. Evolución a largo plazo de pacientes con fibromialgia. *Reumatol Clin* 2014; 10((Espec Congr)):158-9.

¹³⁹ Fitzcharles M-A, Ste-Marie PA, Goldenberg DL, et al. 2012 Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome. 2012. Recuperado el 5 de Mayo de 2015 de : www.canadianpainsociety.ca/pdf/Fibromyalgia_Guidelines_2012.pdf

¹⁴⁰ Howick J, Chalmers I, Glasziou P, et al. The Oxford 2011 Table of Evidence. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Recuperado el 5 mayo 2015 de www.cebm.net/index.aspx?o=5653

¹⁴¹ Garcia-Campayo J, Magdalena J, Magallon R, Fernandez-Garcia E, Salas M, Andres E. A meta-analysis of the efficacy of fibromialgia treatment according to level of care. *Arthritis Res Ther* 2008;10:R81

¹⁴² Shleyfer E, Jotkowitz A, Karmon A, Nevzorov R, Cohen H, Buskila D. Accuracy of the diagnosis of fibromyalgia by family physicians: Is the pendulum shifting? *J Rheumatol* 2009;36:170-3.

¹⁴³ Boyer AL, Mira MAP, Calatayud NP, Lopez-Roig S, Cantero MCT. Comparing fibromyalgia patients from primary care and rheumatology settings: Clinical and psychosocial features. *Rheumatol Int* 2009;29:1151-60

¹⁴⁴ Buskila D, Neumann L, Sibirski D, Shvartzman P. Awareness of diagnostic and clinical features of fibromyalgia among family physicians. *Fam Pract* 1997;14:238-41.

¹⁴⁵ Jancin B. New International Fibromyalgia Guidelines Indicate Shifting Focus. *Neurology Reviews* [serial online]. January 2014;22(1):14. Recuperado el 30 de abril de 2015 de <http://www.neurologyreviews.com/specialty-focus/fibromyalgia/article/new-international-fibromyalgia-guidelines-indicate-shifting-focus.html>

¹⁴⁶ Arnold B, Häuser W, Arnold M et al. Multicomponent therapy of fibromyalgia syndrome. Systematic review, meta-analysis and guideline. *Schmerz* 2012;26:287-90

¹⁴⁷ Huser W, Jung E, Winkelmann A, et al. The German fibromyalgia consumer reports -- a cross-sectional survey. *BMC Musculoskeletal Disorders* [serial online]. January 2012;13(1):74-79. Recuperado 7 mayo 2015 de: Academic Search Complete, Ipswich, MA.

¹⁴⁸ National Centre for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). What is complementary and alternative medicine? Recuperado 8 Mayo 2014 de: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscom>.

¹⁴⁹ Baranowsky J, Klose P, Musial F, Häuser W, Dobos G, Langhorst J. Qualitative systemic review of randomized controlled trials on complementary and alternative medicine treatments in fibromyalgia. *Rheumatol Int*. 2009; 30(1):23

¹⁵⁰ Sim J, Adams N. Systematic review of randomized controlled trials of non-pharmacological interventions for fibromyalgia. *Clin J Pain*. 2002; 18(5):324-36

¹⁵¹ Ablin J, Fitzcharles M, et al. Treatment of Fibromyalgia Syndrome: Recommendations of Recent Evidence-Based Interdisciplinary Guidelines with Special Emphasis on Complementary and Alternative Therapies Evidence-Based Complementary and

Alternative Medicine 2013; 7. Recuperado 20 de Mayo de 2014 de:
<http://dx.doi.org/10.1155/2013/485272>

¹⁵² Eizayaga F. Tratado de Medicina Homeopática. Buenos Aires. Ediciones Marecel. 1972.

¹⁵³ Amaldi Tittaferante. Paracelso y la Homeopatía. Rev. Homeopatía. Un completo estudio comparativo de algunas semejanzas del pensamiento paracelsiano y Hahnemanniano. Buenos Aires. 1964: 87

¹⁵⁴ Rodrigues Galhardo J. Hahnemann su vida y su obra. Versión castellana del Dr. Eliud García Treviño Presentada por el Dr. Alejandro C. Flores García. Homeoint.org. Monterrey México. 2001. Recuperado el 7 de mayo de 2015 de:
<http://www.homeoint.org/books3/hahnemann2/index.htm>

¹⁵⁵ Espinosa E. Archivos Homeopáticos. Recuperado el 7 de mayo de 2015 de:
<http://archivoshomeopaticos.es.tl/Introducci%F3n-sexta-edici%F3n.htm>

¹⁵⁶ Barrios J., Bayona M., Correa F. y cols. Doctrina homeopática. Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez (FICH) 2005.

¹⁵⁷ Perry R, Terry R, Ernst E. A systematic review of homeopathy for the treatment of fibromyalgia. Clin Rheumatol 2010; 29(5):457–64

¹⁵⁸ Fisher P. An experimental double-blind clinical trial method in homeopathy. Use of a limited range of remedies to treat fibrositis. Br Homeopath J. 1986; 75(3):142

¹⁵⁹ Fisher P, Greenwood G, Huskisson EC, Turner P, Belon . Effects of homeopathic treatment on fibrositis (primary fibromyalgia). Br Med J. 1989; 299:265–366

¹⁶⁰ Bell IR, Lewis DA II, Brooks AJ. Improved clinical status in fibromyalgia patients treated with individualized homeopathic medicines versus placebo. Rheumatology. 2004; 43(5):577–582

-
- ¹⁶¹ Relton C, Smith C, Raw J, Walters C, Adelbajo AO, Thomas JK, Young TA. Healthcare provided by a homeopath as an adjunct to usual care for fibromyalgia (FMS): results of a pilot randomized controlled trial. *Homeopathy*. 2009; 98:77–82
- ¹⁶² Bennett RM, Firend R, Jones KD, Ward R, Han BK, Ross RL: The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): validation and psychometric properties. *Arthritis Res Ter* 2009, 11:R120.
- ¹⁶³ Boehm K, Raak C, Cramer H, Lauche R, Ostermann T. Homeopathy in the treatment of fibromyalgia -- A comprehensive literature-review and meta-analysis. *Complementary Therapies In Medicine* [serial online]. 2014;(4):731. Recuperado el 28 de abril de 2015 de: Academic OneFile, Ipswich, MA.
- ¹⁶⁴ Gemmell HA, Jacobson BH, Banfield K. Homeopathic Rhus tox-icodendron in the treatment of fibromyalgia. *Chiropr J Aust*1991;21(1):2—6.
- ¹⁶⁵ Klein L. *Loxosceles reclusa*, a new proving. *Homeopathic*2001;21(3):26—9.
- ¹⁶⁶ Fleisher MA. A case of chronic fatigue and fibromyalgia. *Am JHomeopath Med* 2004;97(2):109—10.
- ¹⁶⁷ Jones A, Whitmarsh T. Fibromyalgia. *Health Homeopathy*2008;(Summer):21—3.
- ¹⁶⁸ Saltzman S. A case of severe fibromyalgia and gastroparesis. *AmJ Homeopath Med* 2008;101(4):227—8.
- ¹⁶⁹ Walters C, Raw J, Smith C, Adebajo A. Fibromyalgia syndrome.A service evaluation. *Homeopathic* 2011;30(3):9—11.20. Baars EW, Ellis EL. The effect of Hepar Magnesium
- ¹⁷⁰ Walters C, Raw J, Smith C, Adebajo A. Fibromyalgia syndrome.A service evaluation. *Homeopathic* 2011;30(3):9—11.
- ¹⁷¹ Walters C. Don't touch me, I hurt too much. *Homeopathic*. 2011;29(4):23—6.

¹⁷² Novella S, Roy R, Marcus D, Bell IR, Davidovitch N, Saine A. A debate: homeopathy—quackery or a key to the future of medicine? *J Altern Complement Med.* 2008; 14(1):9–15

¹⁷³ Linde K, Clausius N, Ramirez G, Melchart D, Eitel F, Hedges LV, Jonas WB. Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Lancet.* 1997; 350:834–843

¹⁷⁴ Milstein D. Similitud, ley de Causalidad, isopatía, enfermedades crónicas. Editorial AMHA 2013;121-124

¹⁷⁵ Lathoud J. *Materia Médica Homeopática.* Editorial Albatros. Argentina 2003.

¹⁷⁶ Vijnovsky B. *Tratado de Materia Médica Homeopática en Tres Tomos.* Buenos Aires. 1978.

¹⁷⁷ Demarque D, Jouanny J, Poitevin B, Saint-Jean Y. *Farmacología y Marteria médica homeopática.* Boiron – CEDH. Francia 1997

¹⁷⁸ Russell, Alice B.; Hardin, James W.; Grand, Larry; Fraser, Angela. *Poisonous Plants of North Carolina.* North Carolina State University. Recuperado el 10 mayo 2015 de: <http://gardening.ces.ncsu.edu/>

¹⁷⁹ National Institutes of Health, Health & Human Services. U.S. National Library of Medicine TOXNET. toxicology data network. 5 diciembre 2003. Recuperado el 20 de Mayo de 2015 de: <http://toxnet.nlm.nih.gov/>

¹⁸⁰ Häuser w, Petzke f, Sommer c: Comparative Efficacy and harms of duloxetine, Milnacipran, and pregabalin in fibromialgia Syndrome. *J pain* 2010; 11: 505-21.

¹⁸¹ Iazarov J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA.* 1998;279(15):1200–1204.

¹⁸² Homeopathy and health related Quality of Life: a patient satisfaction survey in six European countries and Brazil. *Homeopathy* [serial online]. 2014;(4):250. Available from: Academic OneFile, Ipswich, MA. Accessed June 1, 2015.

¹⁸³ Danno K, Joubert C, Duru G, Vetel J-M. Physician practicing preferences for conventional or homeopathic medicines in elderly subjects with musculoskeletal disorders in the EPI3-MSD cohort. *Clinical Epidemiology*. 2014;6:333-341. doi:10.2147/CLEP.S64049.

¹⁸⁴ National Health and Medical Research Council. Evidence on the effectiveness of homeopathy for treating health conditions. Australia. 2015. Recuperado el 10 de mayo de 2015 de: [https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/ attachments/ cam02a_information_paper.pdf](https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/cam02a_information_paper.pdf)

¹⁸⁵ Lane HJ, Blum N, Fee E. Oliver Wendell Holmes (1809–1894) and Ignaz Philipp Semmelweis (1818–1865): Preventing the Transmission of Puerperal Fever. *American Journal of Public Health*. 2010;100(6):1008-1009. doi:10.2105/AJPH.2009.185363.

¹⁸⁶ Sackett, D. L., Rosenberg, W., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Bmj*, 1996. 312(7023), 71-72. Recuperado el 10 de mayo de 2015 de : [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/pdf/ bmj00524-0009.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/pdf/bmj00524-0009.pdf)

¹⁸⁷ Bedregal G, Paula, & Cornejo A, Carlos. (2005). El movimiento de la medicina basada en evidencia de la medicina basada en la evidencia: Alcances conceptuales y teóricos. *Revista médica de Chile*, 133(8), 977-982. Recuperado en 11 de mayo de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000800015& lng=es& tlng=es.10.4067/S0034-98872005000800015.

¹⁸⁸ Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *Jama*, 1992. 268(17), 2420.

¹⁸⁹ Cochrane AL. Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services. Great Britain: Cambridge University Press 1971.