

EXPERIENCIA DE ÉXITO EN EL TRATAMIENTO DE FIBROMIALGIA CON ATLASPROFILAX ®

Malagón J¹, Villaveces M², Manent LL³.

Resumen

Introducción: La fibromialgia es una condición que afecta hasta el 5% de la población y ocasiona gran deterioro de la calidad de vida a quien la padece, por lo que constituye un reto terapéutico. El objetivo del presente estudio fue describir la experiencia con el método AtlasPROfilax ® en pacientes con fibromialgia diagnosticados según los criterios de ACR 2010.

Metodología: Se realizó un estudio transversal con 63 pacientes con fibromialgia, y se hizo un seguimiento de los pacientes a dos y seis meses después de aplicar el método AtlasPROfilax®, con el fin de evaluar el control de dolor mediante la escala visual análoga EVA y reevaluación de criterios ACR en el seguimiento

Resultados: La edad promedio de los pacientes fue 48.5 DE 12.6 años, el 95.24% fueron de género femenino. El 100% de los pacientes mejoraron el dolor (EVA inicial de 8 vs 4 y 3 a los dos y seis meses respectivamente) con resultados significativos. Igualmente se encontró una reducción del índice de dolor generalizado, presencia de síntomas como fatiga, sueño no reparador y alteraciones cognitivas típicas de la fibromialgia.

Discusión: En este estudio se evidencia la efectividad del Método de Estimulación neuromuscular de la musculatura suboccipital AtlasPROfilax® en el tratamiento de la fibromialgia con resultados prometedores. Se requieren estudios aleatorizado y controlado para demostrar la efectividad a mediano y largo plazo de esta alternativa terapéutica.

Introducción

La fibromialgia (FM) es un síndrome clínico, de etiología desconocida, que se caracteriza por la presencia de dolor crónico a nivel del sistema músculo esquelético de tipo difuso e incapacitante, que suele acompañarse de otros síntomas como son la fatiga, las alteraciones del sueño, la rigidez, las jaquecas, colon irritable, depresión, ansiedad o parestesias en los miembros (1,2). La FM afecta aproximadamente entre el 0,5 -5% de la población(3). Es una condición que genera alta morbilidad en quienes la padecen, con tasas de incapacidad muy altas. El tratamiento está basado en dar alivio sintomático. No existe por el momento un tratamiento definido, se utilizan fármacos diversos, (analgésicos, antidepresivos, miorelajantes, etc) actividad física y rehabilitación, la

psicoterapia, métodos alternativos como la acupuntura, la terapia termal y la osteopatía, entre otros (4–10).

Los criterios diagnósticos actuales para fibromialgia, fueron propuestos en el año 2010 por la ACR (Colegio Americano de Reumatología) y consisten en dos aspectos diferentes: el primero, el índice de dolor generalizado (de su traducción en inglés *Widespread Pain Index [WPI]*) (ver figura 1) y segunda, la escala de gravedad de síntomas (de su traducción en inglés *Symptom Severity Score [SS-Score]*). Adicionalmente que se descarte la presencia de otras patologías que pudieran explicar el dolor generalizado. Para cumplir los criterios, estos síntomas deben estar presentes, en un nivel similar, durante los últimos tres meses (Ver figura 1).

Según la literatura, este nuevo método clasifica correctamente el 88,1% de los casos al compararlo con los criterios del ACR propuestos en 1990 y, dado que fundamentalmente se basan en la información aportada por los pacientes, no requieren de un examen físico detallado, ni entrenamiento especializado del observador (11). Se considera adicionalmente, que los criterios ACR 2010 pueden ser muy útiles en la cuantificación de la morbilidad de los pacientes, pues permite medir según su propia referencia, síntomas como la fatiga crónica, sueño no reparador y alteraciones cognitivas; además de una lista de cuarenta ítems adicionales y son: cefalea, ansiedad, insomnio, parestesias, diarrea, náuseas, vómito, visión borrosa, dolor muscular, síndrome colon irritable, fatiga, agotamiento, problemas de comprensión o memoria, debilidad muscular, calambres en abdomen, entumecimiento u hormigueos, mareo, depresión, estreñimiento, dolor en la parte alta del abdomen, dolor torácico, boca seca, picores, pitidos al espirar (sibilancias), fenómenos de Raynaud, urticaria, zumbidos en los oídos, acidez de estómago, aftas orales (úlceras), pérdida o cambios en el gusto, ojo seco, respiración entrecortada, pérdida del apetito, erupciones/rash, intolerancia al sol, trastornos auditivos, moretones frecuentes (hematomas), caídas del cabello, micción frecuente, micción dolorosa, espasmos vesicales hasta convulsiones(11)

Esos criterios, los del Colegio Americano de Reumatología -ACR 2010-, ya han sido validados por varios grupos anteriormente (12–15). Otros artículos y revisiones sistemáticas han relacionado factores de riesgo para el desarrollo de la fibromialgia como lo son antecedentes traumáticos, ocupación, estrés entre otros (16)

Método AtlasPROfilax®

El método AtlasPROfilax® es un conjunto de técnicas neuromusculares de desbloqueo profundo, desarrollada entre los años 1993 y 1996 por el suizo René-Claudius Schümperli(17). Este método se basa en la hipótesis de la disfunción de la articulación occipito-atlanto-axoidea; está enfocado específicamente a normalizar la musculatura suboccipital, y con ello, a recuperar en gran medida la tensegridad articular a nivel de la región Co-C₁-C₂. En términos generales, el método suele aplicarse solo una vez en la vida y por su alta efectividad, permite la reconfiguración arquitectónica del cuerpo a nivel miofascial (18), al tiempo que conduce la reconstitución natural de las estructuras neurovasculares ligadas a la unión cráneo-espinal (tallo cerebral, unión bulbomedular, duramadre y puente vertebral).

Desde un punto de vista biomecánico, el método AtlasPROfilax® facilita la reversión de deformaciones y alteraciones en la mayoría de las cadenas miofasciales mejorando la estática, la dinámica, y la distorsión biomecánica corporal (18). Esto permite una mayor tendencia natural a la simetría en las cinturas escapular y pélvica, así como en el apoyo plantar.

El método AtlasPROfilax® está orientado al restablecimiento del equilibrio tensegrático de las estructuras, tanto blandas como rígidas de la charnela occipital, tratándose de un método que se basa en la conjugación de la kinesiólogía y la biofísica. Así, mediante el uso de protocolos específicos y de un aparato para la estimulación neuromuscular con vibropresión, se incide directamente en la normalización de la unión cráneocervical a nivel miofascial, articular, vascular y neurológico. (17,19)

Magnitud del problema

La prevalencia de la FM en la población ha sido calculada entre el 1 y el 5% (3,20–22). En cuanto al género, es la mujer la que más padece la enfermedad con una relación de 9:1 con respecto al varón (20); la edad de presentación está entre los 35 y los 55 años (23). Es una enfermedad que afecta las esferas biológica, psicológica y social del paciente y es un problema importante de salud, dada su prevalencia, alta morbilidad, elevado índice de utilización y consumo de recursos sanitarios (24).

Dado que la técnica AtlasPROfilax® es un método novedoso y fácil de implementar (18), es posible tenerlo en cuenta como un recurso adicional en el enfoque multidisciplinario para el tratamiento de la FM. Desde hace aproximadamente seis años

se propuso como parte del manejo de la FM, por tanto, se presenta la experiencia con una cohorte de pacientes para evidenciar las bondades de este recurso terapéutico, el cual no es invasivo, está desprovisto de riesgos, complicaciones y puede modificar el curso y pronóstico de la FM.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio transversal con seguimiento y exploración analítica, incluyendo una serie de pacientes atendidos en consulta personal, con diagnóstico de fibromialgia. A todos los pacientes se les aplicó el método AtlasPROfilax® durante la primera consulta.

El diagnóstico de fibromialgia se hizo con los Criterios ACR 2010 así: 1) Índice de Dolor Generalizado $WPI \geq 7$ e índice de gravedad de síntomas -SS Score ≥ 5 ; ó la presencia de un WPI entre 3 y 6 y $SSS \geq 9$. 2) Que los síntomas hayan estado presentes, en un nivel similar, durante los últimos tres meses. 3) que el enfermo no tenga otra patología que pueda explicar el dolor. (Ver tabla 1).

A todos los pacientes se les aplicó el mismo cuestionario para valorar estos índices, en la consulta inicial, y nuevamente a los 2 y a 6 meses, junto con la medición del dolor utilizando una escala análoga EVA (25).

Todos los resultados se analizaron de forma descriptiva según la naturaleza de las variables, en caso de ser cualitativas se presentan en términos de frecuencias y proporciones, en caso de ser cuantitativas en términos de medida de tendencia central y dispersión. Se evaluaron variables sociodemográficas, WPI, SSS y el nivel de dolor mediante la escala visual análoga EVA en la consulta inicial, a los dos meses y a los seis meses. También el uso de analgésicos como acetaminofen, ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno, opioidáceos y pregabalina entre otros.

El presente estudio cuenta con el consentimiento informado de cada uno de los pacientes, previo a la recolección de los datos, según lo dispone la resolución 8430/93 (investigación en humanos en Colombia) y se acogió a los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, al igual que el principio de confidencialidad.

Resultados

En el periodo comprendido entre 2014 y 2016 se atendieron un total de 63 pacientes con fibromialgia para tratamiento con método AtlasPROfilax®, y seguimiento

completo a 6 meses. Al evaluar la distribución de la población, se evidenció que cumple criterios de normalidad (p 0.49)

La edad promedio fue 48.5 DE 12.6 años de edad con una edad mínima de 17 y edad máxima de 74 años. El 95.24% de los pacientes fueron de género femenino; en cuanto al estatus laboral el 34.9% fueron empleadas, el 31.75% independientes, el 15.87% amas de casa y en menor proporción pensionadas, estudiantes, comerciantes y en condición cesante. En cuanto al nivel de escolaridad la mayoría de los pacientes tenía formación universitaria 41.27% frente a bachilleres con 23.81% y formación técnica/tecnológica 19.05% (ver tabla 2)

El 66.6% de las pacientes viven en la capital (Bogotá) o sus alrededores (n=42).

Por otro lado, el 79.37% (50 pacientes) refirieron algún tipo de antecedente traumático. Con respecto a los hallazgos de la consulta inicial, 49 pacientes (77.78%) refirieron un dolor mayor o igual a 8 en la escala visual análoga para dolor, el 100% de los pacientes que ingresaron al estudio se diagnosticaron por el criterio $WPI \geq 7$ $SS \geq 5$, el 46.03% de los pacientes tenían un $WPI \geq 14$ (Ver tabla 3).

El 65.08% (41 pacientes) usaba analgésicos, entre los cuales 27/41 usaban AINES, 5/41 AINES + opiáceos y en menor proporción AINES con naproxeno, infiltraciones a nivel local, dipirona, corticoide, pregrabalina con piroxicam; el 9.5% (n=6) usaban opiáceos para el control del dolor, un caso presentaba abuso de analgésicos.

Después de aplicar en la consulta inicial, el método AtlasPROfilax®, se observó una disminución notable en el dolor de los pacientes. En el control médico a los dos meses, todos los pacientes (100%) habían disminuido el dolor, con valores promedio de 4/10 en la escala EVA y 3/10 a los 6 meses. La diferencia en el dolor al inicio y al final del seguimiento fue estadísticamente significativa (p0.03). El índice de dolor generalizado en promedio al inicio fue 13 puntos, a los dos meses fue de 7 y a los seis meses de 5 en la escala WPI. La diferencia en el dolor al inicio y al final del seguimiento fue estadísticamente significativa (p0.01). El índice suma de severidad **SS** fue de 8 en promedio antes de la intervención, de 5 a los dos meses y de 4 a los seis meses (p 0.05). (Ver tabla 4).

Al sexto mes después de aplicar el método, todos los pacientes presentaron en promedio puntajes de los índices WPI y SS de 5 y 4 respectivamente, los cuales no son suficientes para cumplir criterios diagnósticos de fibromialgia.

En cuanto a la valoración de la sensación de fatiga, medido según los criterios ACR 2010, un 46.3% de los pacientes (n=29) valoró este síntoma como 3 (grado máximo) antes de recibir la intervención, en contraste con 1.59% (1 paciente) en la evaluación a los 6 meses. En la valoración del sueño no reparador, el 46.03% de los pacientes que valoró este síntoma como 3 (grado máximo) antes de recibir la intervención, en contraste con 3.17% en la evaluación a los seis meses. En cuanto a los trastornos cognitivos, referidos como problemas de atención, concentración y memoria a corto plazo, un 46.03% de los pacientes lo valoró como grado 2 (n=25), y el 4% de los pacientes como grado 3 al inicio del tratamiento y una valoración grado 2 de 20.6% de pacientes y 0% grado 3 a los seis meses.

Discusión

Dado que la incidencia-prevalencia de la FM va en aumento(1,2,18), el impacto social, clínico y económico es cada día más grande, al igual que la complejidad de su tratamiento, es de vital importancia dar a conocer nuevos recursos y enfoques terapéuticos. Hasta la fecha no existen estudios clínicos que usen el método AtlasProfilax® para el tratamiento de fibromialgia.

Es muy alentador ver como AtlasProfilax® ha mostrado una reducción significativa del dolor, de 8/10 a 4/10 a los dos meses y 3/10 a los seis meses medido con la escala EVA, como también la reducción en el número de áreas dolorosas valoradas por los criterios ACR: WPI de 13, a WPI de 7 a los dos meses y WPI de 5 a los seis meses, al igual que la reducción de molestos síntomas como fatiga, sueño no reparador, alteraciones cognitivas, entre otros.

Otros tratamientos como la fisioterapia (26), la acupuntura (27), el tratamiento sintomático (28) no ha presentado resultados tan claros y prometedores ; el método AtlasProfilax es una metodología no invasiva, desprovista de riesgos y complicaciones, fácil de aplicar y que requiere de solo una intervención.

Por otro lado, en un estudio realizado por Navas (18), con 151 pacientes, demostró el efecto del método AtlasProfilax ® sobre los síntomas relacionados con la disfunción temporomandibular, el bruxismo y otras desviaciones mandibulares, encontrando que la terapia AtlasPROfilax® redujo los síntomas relacionados con esta disfunción en más del 70% de los pacientes, al igual que ~~también~~ la desviación de línea media en oclusión y apertura(18).

Los hallazgos del presente estudio se presentan como punto de partida para nuevos estudios, que permitan demostrar la efectividad de este método a gran escala. Dado que es un estudio descriptivo, por su naturaleza no permite sacar conclusiones definitivas en el manejo como terapia única en pacientes con fibromialgia, pero se propone como línea de investigación para nuevos estudios que incluyan por ejemplo, otros elementos de medida como algómetros en puntos dolorosos.

Conclusiones

El método AtlasProfilax, aplicado en una única intervención, mejora el dolor de fibromialgia en el 100% de los pacientes, con una diferencia estadísticamente significativa

Se requieren estudios aleatorizados controlados ~~más amplios~~ para demostrar efectividad a gran escala.

Agradecimientos

El autor expresa su agradecimientos al equipo de trabajo.

Conflictos de interés

El autor no presenta conflictos de interés

Bibliografía

1. Escudero-Carretero MJ, García-Toyos N, Prieto-Rodríguez MA, Pérez-Corral O, March-Cerdá JC L-DM. Fibromyalgia: Patient perception on their disease and health system. Qualitative research study. Reumatol Clin. 2010;6(1):16–22.
2. A P Martin, J R L Lanza AAF. Evidences in fibromyalgia. FMC Form Med Contin Aten Prim. 2007;14(8):465–73.
3. Häuser W, Eich W, Herrmann M, Nutzinger DO, Schiltenwolf M HP. The Fibromyalgia syndrome: Classification, diagnosis, and treatment. Dtsch Arztebl. 2009;106(23):383–91.
4. Rivera J, Alegre C, Nishishinya MB PC. Therapeutic evidence in fibromyalgia. Reum Clin. 2006;2(SPEC.ISS1):34–7.
5. Baranowsky J, Klose P, Musial F, Haeuser W, Dobos G LJ. Qualitative systemic review of randomized controlled trials on complementary and alternative medicine treatments in fibromyalgia. Rheumatol Int. 2009;30(1):1–21.

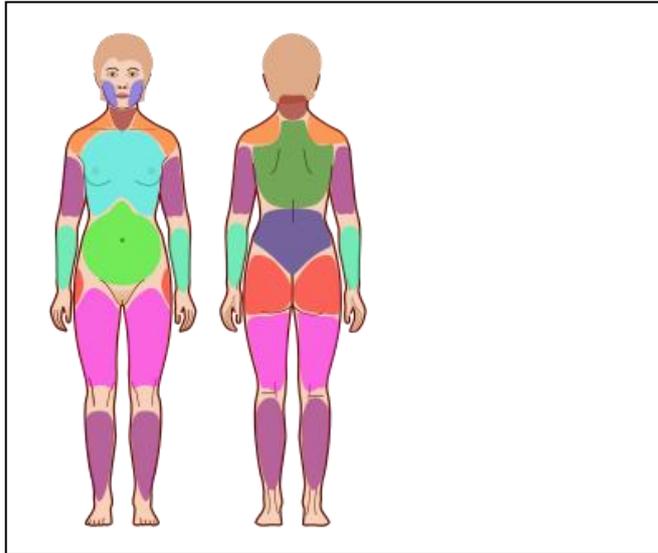
6. Sarac AJ GA. Complementary and alternative medical therapies in fibromyalgia. *Curr Pharm Des.* 2006;12(1):47–57.
7. Wang C, Schmid CH, Roncs R, Kalish R, Vinh J, Goldenberg DL et al. A randomized trial of tai chi for fibromyalgia. *N Engl J Med.* 2010;363(8):743–54.
8. Patel NB. *Guide to Pain Management in Low-Resource Settings.*
9. Matsumoto S, Shimodozono M, Etoh S, Miyata R KK. Effects of thermal therapy combining sauna therapy and underwater exercise in patients with fibromyalgia. *Complement Ther Clin Pr.* 2010;10(3):201–8.
10. Saudo Corrales B, Galiano Orea D, Carrasco Pez L, Saxton J DHLM. Autonomous nervous system response and quality of life on women with fibromyalgia after a long-term intervention with physical exercise. *Rehabilitación.* 2010;44(3):244–9.
11. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Kazt 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.
12. Arnold, Lesley M; Stanford, Sharon B; Welge, Jeffrey A; Crofford LJ. Development and testing of the fibromyalgia diagnostic screen for primary care. *J Womens Heal.* 2012;21(2):231–9.
13. Segura-Jiménez, Víctor; Aparicio, Virginia A; Álvarez-Gallardo, Inmaculada C; Soriano-Maldonado, Alberto; Estévez-López, Fernando; Delgado-Fernández, Manuel; Carbonell-Baeza A. Validation of the modified 2010 American College of Rheumatology diagnostic criteria for fibromyalgia in a Spanish population. *Rheumatology.* 2014;53(10):1803–11.
14. Carrillo-de-la-Peña, M T; Triñanes, Y; González-Villar, A; Romero-Yuste, S; Gómez-Perretta, C; Arias, M; Wolfe F. Convergence between the 1990 and 2010 ACR diagnostic criteria and validation of the Spanish version of the Fibromyalgia Survey Questionnaire (FSQ). *Rheumatol Int.* 2015;35(1):141–51.
15. Bennett, RM; Friend, R; Marcus, D; Bernstein, C; Han, BK; Yachoui, R; Deodhar, A; Kaell A et al. Criteria for the diagnosis of fibromyalgia: validation of the modified 2010 preliminary American College of Rheumatology criteria and the development of alternative criteria. *Arthritis Care Res.* 2014;66(9):1364–73.
16. Juan C. Restrepo-Medrano, Elena Ronda-Pérez, Carmen Vives-Cases y DG-G.

- ¿Qué sabemos sobre los Factores de Riesgo de la Fibromialgia? *Rev Salud Publica*. 2009;11(4):662–74.
17. R S. Atlas profilaxis. Asociación Latinoamericana de Especialistas en AtlasProfilaxis. Asociación Latinoamericana de Especialistas en AtlasProfilaxis. 2011. p. www.atlasprofilax.la.
 18. Navas VEG. Efecto de la terapia Atlasprofilax® sobre los síntomas relacionados con disfunción temporomandibular, bruxismo y la relación de las líneas medias dentales. *UstaSalud*. 2013;12(2):124–33.
 19. Heike G. Posición viciosa del atlas con rotación e inclinación a la izquierda. Audiolibro. 2017.
 20. Guymer E LG. Fibromyalgia: Current diagnosis and management. *Expert. Rev Clin Immunol*. 2009;5(2):181–92.
 21. Gómez-Argüelles JM AB. Prevalence of neurological symptoms associated with fibromyalgia. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009;16(4):222–9.
 22. Ware MA, Fitzcharles M-, Joseph L SY. The effects of nabilone on sleep in fibromyalgia: Results of a randomized controlled trial. *Anesth Analg*. 2010;110(2):604–10.
 23. Branco JC, Bannwarth B, Failde I, Abello Carbonell J, Blotman F, Spaeth M et al. Prevalence of fibromyalgia: A survey in five European countries. *Semin Arthritis Rheum*. 2010;39(6):448–53.
 24. A Collado, J Alijotas, P Benito, C Alegre, M Romera, I Sañudo, R Martín, J M Peri, J M Cots, J Maria Peri JMC. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña. *Med Clin*. 2002;118(19):745–9.
 25. Downie WW, Leatham P a, Rhind VM, Wright V, Branco J a, Anderson J a. Studies with pain rating scales. *Ann Rheum Dis*. 1978;37(4):378–81.
 26. A.M. Martín-Nogueras, JIC-A. Efficacy of physiotherapy treatment on pain and quality of life in patients with fibromyalgia. *Rehabilitacion*. 2012;46(3):199–206.
 27. Workspace.1 NRMA links open the author workspace. O the author workspaceOpens the author workspace1. N and letters correspond to the affiliation list. C to expose these in author workspaceMauricio ÁMA links op. Acupuncture as complementary treatment of fibromyalgia. *Rev Colomb Reumatol*. 2012;19(1):27–39.
 28. Jaime Gonzalez Gonzalez, Maria del Mar del Teso Rubio, Carmen Nelida Waliño Paniagua, Juan Jose Criado-Alvarez JSH. Symptomatic pain and

fibromyalgia treatment through multidisciplinary approach for Primary Care.
Reumatol Clin. 2015;11(1):22–6.

Tablas y figuras

Figura 1. Índice de dolor generalizado WPI



Tomado de: Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB, Yunus MB. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res*,2010;62:600-10.

Tabla1. Criterios diagnósticos para fibromialgia ACR 2010

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

- 1) Índice de Dolor Generalizado (Widespread Pain Index – WPI) ≥ 7 e índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score – SS Score) ≥ 5 ó WPI 3-6 y SS ≥ 9 .
- 2) Los síntomas han estado presentes, en un nivel similar, durante los últimos tres meses.
- 3) El enfermo no tiene otra patología que pueda explicar el dolor.

Comprobación

- 1) WPI: anote el número de áreas en las que el paciente ha tenido dolor durante la última semana ¿En cuántas ha tenido dolor? El valor debe estar entre 0 y 19.
Áreas : Cintura Escapular Izquierda, Cintura Escapular Derecha, Pierna Inferior Izquierda, Pierna Inferior Derecha, Brazo Superior Izquierdo, Brazo Superior Derecho, Mandíbula Izquierda, Mandíbula Derecha, Brazo Inferior Izquierdo, Brazo Inferior Derecho, Pecho (Tórax), Abdomen, Cadera (glúteo/trocánter)Izquierda, Cadera (glúteo/trocánter)Derecha, Cuello (nuca y cara

<p>anterior), Espalda Superior, Espalda Inferior, Pierna Superior Izquierda, y Pierna Superior Derecha.</p> <p>2) SS Score:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fatiga • Sueño no reparador • Síntomas cognitivos
<p>Para cada uno de los tres síntomas indicados, elija el nivel de gravedad durante la pasada semana, en base a la siguiente escala:</p> <p>0 = Sin problemas</p> <p>1= Leve, casi siempre leve o intermitente.</p> <p>2= Moderado, produce problemas considerables, casi siempre presente a nivel moderado.</p> <p>3= Grave, persistente, afectación continua, gran afectación de la calidad de vida.</p> <p>Considere los síntomas somáticos en general, indicando si el paciente presenta: *</p> <p>0= Asintomático (0 síntomas)</p> <p>1=Pocos síntomas (entre 1 y 10)</p> <p>2=Un número moderado de síntomas (entre 11 y 24)</p> <p>3=Un gran acumulo de síntomas (25 o más)</p> <p>La SS Score es la suma de la gravedad de los tres síntomas (fatiga, sueño no reparador y síntomas cognitivos) más el valor de síntomas somáticos. La puntuación final debe estar entre 0 y 12.</p>
<p>*Dolor muscular, Síndrome de Colon Irritable, Fatiga / agotamiento, Problemas de comprensión o memoria, Debilidad muscular, Dolor de cabeza, Calambres abdominales, Entumecimiento/hormigueo, Mareo, Insomnio, Depresión, Estreñimiento, Dolor epigástrico, Nauseas, Ansiedad, Dolor torácico, Visión borrosa, Diarrea, Boca seca, Picores, Sibilancias, Fenómeno de Raynaud, Urticaria, Tinnitus, Vómitos, Acidez de estómago, Aftas orales, Pérdida o cambios en el gusto, Convulsiones, Ojo seco, Respiración entrecortada, Pérdida de apetito, Erupciones / Rash, Intolerancia al sol, Trastornos auditivos, Equimosis frecuentes, Caída del cabello, Micción frecuente, Micción dolorosa, Espasmos vesicales.</p>

Tabla 2. Características sociodemográficas de la población

Variable	Características	n	%
Edad	Promedio	48.53 DE 12.6 años	
	Min-max	17-74	
Género	Femenino	60	95.24
	Masculino	3	4.76
Estatus laboral	Independiente	20	31.75

	Cesante	6	9.52
	Hogar/Ama de casa	10	15.87
	Empleada	22	34.92
	Pensionada	3	4.76
	Estudiante	1	1.59
	Comerciante	1	1.59
Escolaridad	Primaria	5	7.94
	Bachiller incompleto	2	3.17
	Bachiller	15	23.81
	Técnica/Tecnológico	12	19.05
	Universidad	26	41.27
	Postgrado	3	4.76

Tabla 3. Resultados en EVA, WPI y SSS consulta inicial

Escala valorada	Valor	n	%
EVA	4	1	1.59
	5	1	1.59
	6	6	9.52
	7	6	9.52
	8	20	31.75
	9	21	33.33
	10	8	12.70
WPI	7	3	4.76
	8	3	4.76
	9	4	6.35
	10	8	12.70
	11	4	6.35
	12	6	9.52
	13	6	9.52
	14	7	11.11
	15	5	7.94
	16	2	3.17
17	3	4.76	

		18	4	6.35
		19	8	12.70
Índice de severidad		3	1	1.59
		4	6	9.52
		5	13	20.63
		6	10	15.87
		7	10	15.87
		8	16	25.40
		9	7	11.11
Suma de severidad		5	2	3.17
		6	8	12.70
		7	12	19.05
		8	8	12.70
		9	9	14.29
		10	12	19.05
		11	10	15.87
		12	2	3.17

Tabla 4. *Relación de la evolución de pacientes después de recibir el tratamiento*

Variables	Características	Consulta inicial	Consulta a 2 meses	Consulta a 6 meses	P
EVA	Promedio	8	4	3	0.03
	Min- max	4-10	0 - 10	0 - 8	
WPI	Promedio	13	7	5	0.01
	Min- max	7 - 19	0 - 16	0 - 19	
Índice de severidad	Promedio	6	4	3	0.05
	Min- max	3-9	1 - 7	0 - 8	
Puntaje SSS	1	9.52% (6)	61.90% (39)	87.30% (55)	
	2	77.78% (49)	30.16 % (19)	11.11% (7)	
	3	12.70% (8)	1.59% (1)	0.00% (0)	
Suma de severidad	Promedio	8	5	4	0.05
	Min- max	5 - 12	2 - 11	1 - 10	

Tabla 5. *Relación de la evolución de pacientes después de recibir el tratamiento en cuanto a síntomas*

Variable	valores	Consulta inicial % (n)	Consulta a 2 meses % (n)	Consulta a 6 meses % (n)
Fatiga	0	3.17 (2)	4.76 (3)	11.11 (7)
	1	7.94 (5)	34.92 (22)	53.97 (34)
	2	42.86 (27)	50.79 (32)	31.75 (20)
	3	46.03 (29)	3.17 (2)	1.59 (1)
Sueño no reparador	0	1.59 (1)	9.52 (6)	12.70 (8)
	1	6.35 (4)	42.86 (27)	66.67 (42)
	2	46.03 (29)	39.68 (25)	15.87 (10)
	3	46.03(29)	0.00 (0)	3.17 (2)
Trastornos cognitivos	0	9.52 (6)	19.05 (12)	23.81 (15)
	1	19.05 (12)	34.92 (22)	53.97 (34)
	2	46.03 (29)	34.92 (22)	20.63 (13)
	3	25.40 (16)	4.76 (3)	00.00 (0)

*no asistieron al 2 control 4 pacientes **no asistió al último control 1 paciente