



DOCUMENTO REVISIÓN

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

FIBROMIALGIA



Autores:

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

AFICHI, Asociación de FM de Chiclana

AFIXA, Asociación de FM de Jaén

AMASC, Associació Malalts i Amics de Sensibilització Central

FEASAFa, Federación Aragonesa de FM y SFC/EM

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

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

Diseño:

CONFESQ & DOLFA

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

Revisión:

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

Subvencionado por:

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

(1^a Edición)



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

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

ÍNDICE

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

1. FIBROMIALGIA

1.1. DEFINICIÓN

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

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

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

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

¹ Lorduy 2003.

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

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

1.2. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

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

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

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

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

³ Marques et al., 2017.

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

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

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

⁷ Estudio EPISER 2000, Sociedad Española de Reumatología.

⁸ Mas et al. 2008.

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

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

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

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

⁹ Sumpton y Moulin, 2014.

¹⁰ Mas et al., 2008.

¹¹ Wolfe et al., 2013.

¹² Collado A, 2014.

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

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

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

¹³ Revuelta et al, 2010.

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

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

1.3. CLASIFICACIONES

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

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

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

¹⁵ Wessely, 1999.

¹⁶ Yunus, 2007.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

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

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

¹⁷ Wont et al., 2016.

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

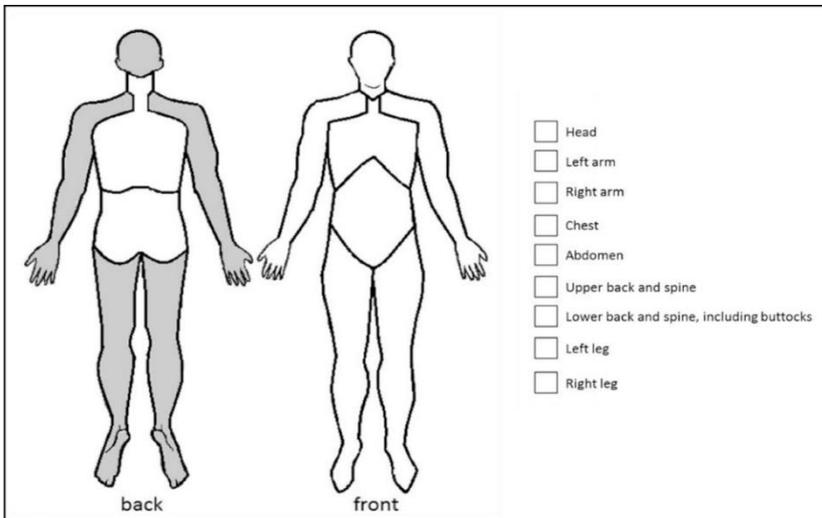
Criterios de diagnóstico de la AAPT para Fibromialgia

Dimensión 1: Criterios de diagnóstico básicos

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

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

Figura 1: Número de zonas corporales dolorosas



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

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

Dimensión 2: Características comunes

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

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

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

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

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

Dimensión 3: Comorbilidades médicas y psiquiátricas comunes

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

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

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

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

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

²⁰ Wont et al., 2016.

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

Anamnesis

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

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

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

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

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

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

Con frecuencia aparecen otros síntomas de forma concomitante:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

²⁴ Wolfe et al., 2010, 2011.

²⁵ Mease et al., 2009.

²⁶ Mease et al., 2009.

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

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

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

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

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

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

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

²⁷ Grace, Nielson, Hopkins y Berg, 2010.

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

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

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

²⁹ Díaz-Piedra et al., 2015.

³⁰ Leavitt y Katz, 2014.

³¹ Slim, Calandre y Rico-Villademoros, 2015.

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

Crterios diagnsticos de fibromialgia de la ACR

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

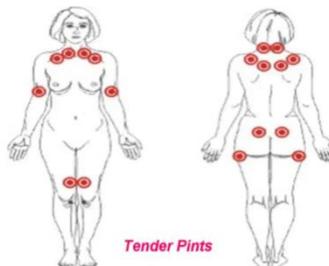
1. Historia de dolor generalizado.

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

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

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

Figura 2: Criterios de clasificaci3n³³



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

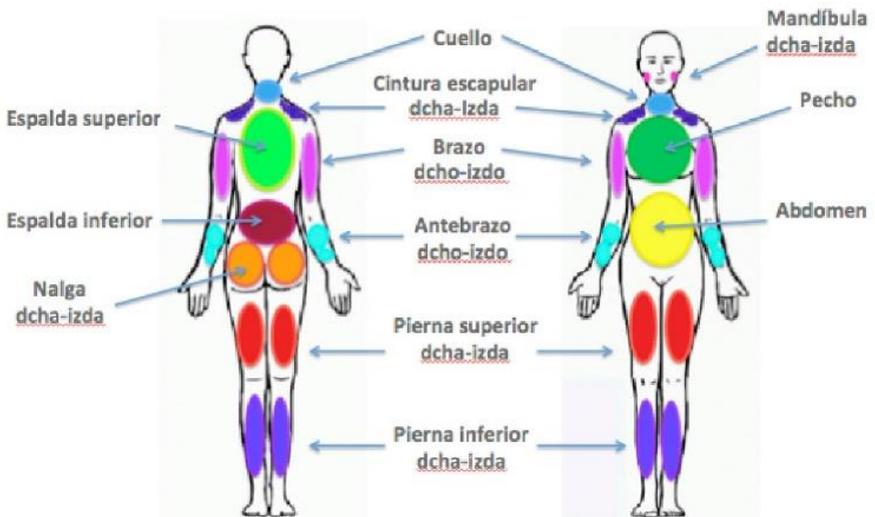
Nuevos Criterios Diagnósticos Fibromialgia (ACR 2010)

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

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

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

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



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

COMPROBACIÓN:

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

³⁴ Nuevos Criterios Diagnósticos Fibromialgia (ACR 2010).

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

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

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

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

2) SS Score:

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

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

0 = Sin problemas.

1 = Leve, casi siempre leve o intermitente.

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

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

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

0 = Asintomático (0 síntomas).

1 = Pocos síntomas (entre 1 y 10).

³⁵ Nuevos Criterios Diagnósticos Fibromialgia (ACR 2010).

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

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

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

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

Figura 5: Índice de intensidad de síntomas³⁶

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

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

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

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

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

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

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

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

³⁶ Nuevos Criterios Diagnósticos Fibromialgia (ACR 2010).

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

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

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

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

³⁷ Moyano et al., 2015.

³⁸ Wolfe, 2003.

³⁹ Wolfe et al., 2011.

⁴⁰ Segura-Jiménez et al., 2014.

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

Criterios diagnósticos de fibromialgia de la ACR (2016)

Criterios:

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

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

Índices:

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

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

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

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

Según la escala:

0 — sin trastornos

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

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

Exploración física y pruebas complementarias

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

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

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

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

Criterios necesarios para el diagnóstico de la fibromialgia:

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

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

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

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

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

⁴¹ Colegio Estadounidense de Reumatología, 2010.

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

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

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

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

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

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

- Hemograma.

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

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

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

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

Instrumentos de medida y cuestionarios utilizados en la FM

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Escala de Depresión de Montgomery y Asberg.

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

⁴⁵ Monterde S. et al., 2004.

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

Escala de Hamilton para la evaluación de la Ansiedad HRSA.

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

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

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

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

Escala de Percepción de Autoeficacia en Dolor Crónico CADC⁴⁸.

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

⁴⁷ Martínez J et al., 2001.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

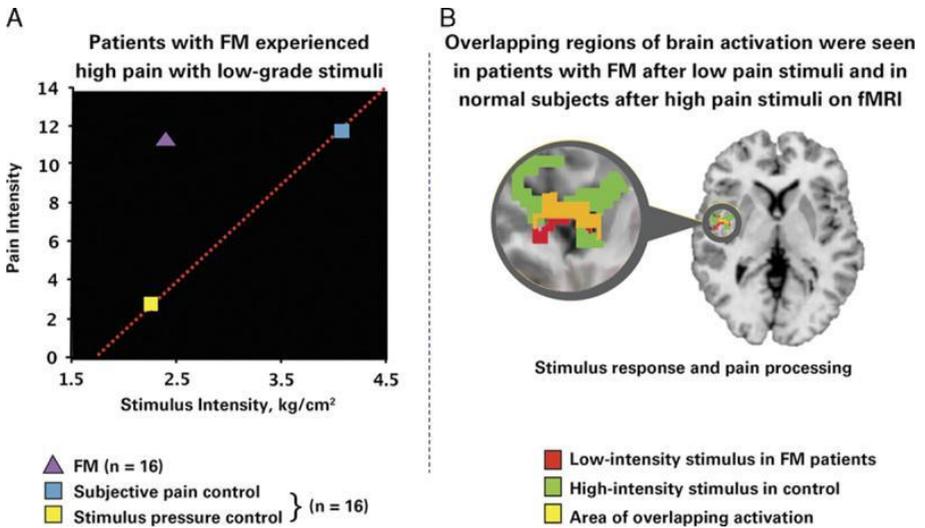
Los pacientes con FM muestran niveles alterados de neurotransmisores clave, enlace alterado del receptor, actividad cerebral en reposo alterada (es decir, conectividad) y diferencias en la activación de dolor sensible áreas del cerebro (Fig. 6).

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

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

⁵⁰ Won, 2016.

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Informes requeridos en la consulta de valoración

Los informes médicos aportados deberán contener:

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

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

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

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

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

Las consideraciones generales para profesionales sanitarios son⁵²:

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

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

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

Información a dar a pacientes

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

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

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

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

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

Tratamiento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁵³ Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia C. Alegre de Miquel1 J. García Campayo2 M. Tomás Flórez3 J. M. Gómez Arguelles4 E. Blanco Tarrio5

Fisioterapia

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

Soporte Psicológico

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

Terapias alternativas

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

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

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

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

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

1.5. FACTORES PRONÓSTICOS

La FM es una enfermedad crónica donde el dolor persiste durante años y que afecta considerablemente a la esfera social y laboral de las personas que la sufre. Sin embargo, no se trata de una enfermedad con desenlace fatal, que acorte la esperanza de vida, con desarrollo degenerativo o deformante. Por tanto, la FM no tiene por qué ser progresiva, es mejorable y parcialmente controlable con un adecuado tratamiento y seguimiento.

En este sentido, los pacientes más jóvenes y con síntomas menos graves en el inicio del cuadro tienen más probabilidad de recuperarse a los dos años de evolución, aunque solo un 5% presenta remisión completa de los síntomas a los tres años y el 20% llega a presentar una mejoría importante.

Entre los factores que se encuentran implicados en el mejor pronóstico, cabe destacar:

- una actividad física controlada/ una buena actividad física
- la edad avanzada
- un mejor nivel educacional
- una profesión remunerada
- la ausencia de trastornos psiquiátricos

Por el contrario, no existen factores objetivos asociados a una evolución negativa, aunque en la evaluación de la FM, sí que se podrían considerar los siguientes:

- Estar en la edad media de la vida.
- La puntuación del FIQ (evolutiva y sin finalidad evaluadora).
- Presencia de acontecimientos estresantes y/o traumáticos previos a la aparición de la FM.
- Realizar trabajos pesados, desmotivantes, que requieran una baja cualificación laboral y que impidan la adaptación o cambio del puesto de trabajo.
- Escasos ingresos económicos.
- Catastrofización ante el dolor. Los pacientes que catastrofizan desarrollan una visión muy negativa sobre su dolor, piensan mucho en él y se sienten incapaces de controlarlo, por lo que presentan un peor pronóstico.

En la actualidad existe evidencia científica⁵⁷ de que los factores sociales (apoyo social y familiar, empleo, nivel de educación etc.) tienen mayor impacto en la calidad de vida de las personas que el abandono de aquellos factores relacionados con un estilo de vida poco saludable (consumo de tabaco, consumo de alcohol, mala alimentación, escaso ejercicio físico), la asistencia sanitaria o, en menor medida todavía, el entorno físico.

Criterios de valoración

«Vista la complejidad del síndrome, su cronicidad, su difícil objetivación y sus diferentes destinos finales con las matizaciones requeridas en cada caso, se ha elaborado un protocolo de valoración integral⁵⁸ de la persona afectada por FM que permita unificar criterios, objetivarlos, homogeneizar la valoración y evitar inequidades. Para su elaboración, se parte de una revisión de los criterios diagnósticos y terapéuticos vigentes por consenso en el momento actual en FM.

Al realizar la valoración pericial, debemos evitar dos tendencias, muy frecuentes:

- No dar importancia, a efecto de considerar una posible invalidez, a las molestias que refiere la paciente, ya que no existen hallazgos objetivos que las justifiquen.
- Considerar el diagnóstico de fibromialgia como sinónimo de invalidez permanente, ya que cualquier tipo de actividad va a suponer para estos pacientes un esfuerzo titánico y una auténtica tortura, a causa de su dolor.

Habrá que hacer una valoración individualizada a cada paciente, teniendo esencialmente en cuenta:

1. La constancia documental del diagnóstico hecho por un reumatólogo.
2. La patología asociada (depresión, artrosis, ...).
3. La profesión habitual (profesiones que requieran esfuerzo físico continuado).

⁵⁷ Holt-Lunstad, 2010.

⁵⁸ A. Meléndez López, “Diseño de un Protocolo de Valoración de la capacidad funcional en los procesos de Fibromialgia” (Universidad Internacional de Andalucía, 2019).

4. El tratamiento que sigue (si ha precisado analgésicos potentes, si ha sido visto en una Unidad del dolor...) y la respuesta que ha tenido a éste.
5. Edad.
6. Impresión clínica que nos da el paciente cuando le exploramos. Valoramos el grado de afectación, en el momento del reconocimiento.
7. El diagnóstico clínico y la exploración de los puntos gatillo precisa experiencia del facultativo para su interpretación adecuada.

El consenso establecido a lo largo de estos últimos años, reuniones OMERACT 7, OMERACT 8 y OMERACT 9, concluye que los potenciales dominios pertinentes para la evaluación de la Fibromialgia, parecen ser:

1. La valoración global de cada paciente del cambio asociado al tratamiento.
2. El dolor.
3. La fatiga.
4. La calidad de vida relacionada con la salud.
5. El sueño.
6. La depresión.
7. La ansiedad.
8. La función física.
9. La hipersensibilidad al dolor en la exploración física.
10. La disfunción cognitiva.

En el protocolo de valoración se han definido como principales variables que conforman el proceso de la enfermedad para su estudio, evaluación y cuantificación, las siguientes:

- Valoración del dolor.
- Valoración del grado de fatiga.
- Valoración del trastorno del sueño.
- Valoración de la capacidad funcional.
- Valoración psicológica.
- Valoración de la capacidad física.
- Valoración Osteomuscular.
- Valoración de la Comorbilidad del paciente.
- Requerimientos profesionales.

Es necesario tener en cuenta que la anamnesis, historia clínica y exploración física son fundamentales para la correcta evaluación de la FM. La anamnesis debe recoger las características clínicas de esta entidad referida en la gran mayoría de pacientes, el dolor, fatiga, trastorno del sueño, rigidez matutina y los síntomas sensoriales, motores, vegetativos, cognitivos y afectivos acompañantes del proceso.

Los informes médicos requeridos deberán ser aportados desde las unidades especializadas correspondientes (Reumatología, Traumatología, Unidad del Dolor). Su contenido deberá estar relacionado con:

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

La anamnesis dirigida se debe centrar en los siguientes apartados:

- 1) **Fatiga progresiva desde el inicio**, de forma que actualmente ha causado un descenso de actividad respecto la premórbida en menos de 25%. Dicha astenia:
 - a) Predomina a primera hora del día con sueño no reparador.
 - b) Ha causado un descenso paulatino de su actividad física de forma que:
 - Presenta una intolerancia a la deambulación lenta de más de 15 minutos lentamente por aparición de astenia, palpitaciones, inestabilidad cefálica y aumento del dolor, por eso se desplaza en coche siempre.
 - Marcadísima intolerancia al esfuerzo físico con astenia post-esfuerzo desproporcionada, de hasta dos días según el esfuerzo. Precisa incluso reposo en cama varias horas.
 - Precisa descansos en cama como mínimo dos veces al día durante varias horas.
 - Sueño de mala calidad con insomnio.

2) **Sintomatología Neurovegetativa en forma de:**

Inestabilidad cefálica con sensación prelipotímica a la marcha o al bajar escaleras. ¿Ha sufrido varias caídas?

- Clínica de hipotensión postural u ortostatismo.
- Intolerancia a los cambios de temperatura y al calor.
- Palpitaciones esporádicas con ocasional dolor torácico; ha precisado varias asistencias en los servicios de Urgencias por esos episodios.
- Clínica de colon irritable (cambios de ritmo deposicional con episodios de estreñimiento y otros de diarrea hasta diez deposiciones diarias).
- Intolerancia marcada al consumo de alcohol.

3) **Sintomatología Neurocognitiva con:**

- Desorientación témporo-espacial en lugares conocidos en varias ocasiones.
- Dificultad a la conducción por inseguridad y falta de reflejos.
- Obnubilación del pensamiento con conductas absurdas.
- Lentitud de pensamiento, e incapacidad de coordinar dos tareas a la vez.
- Alteración en la memoria de trabajo, concentración y planificación de tareas. Marcada confusión con olvidos frecuentes.
- Opresiva fronto-occipital.
- Alteraciones visuales en forma de fotofobia y sonofobia muy marcada.
- Imposibilidad de leer porque no entiende lo que lee, antes era un lector asiduo. Imposibilidad al cálculo.
- Cambio de las palabras al hablar (disnomia), con ocasionales episodios de afasia nominal o dice palabras cambiadas.
- Algún episodio de descoordinación motora con varias caídas.

4) **Clínica Álgida:**

- Presenta dificultades para su autoaseo por dolor, con dificultad a los movimientos finos.
- Mialgias como agujetas con debilidad muscular y marcada caída de objetos, con fatiga muscular precoz.

- Contracturas musculares.
- Parestesias, disestesias e hipoestesia en cara y piernas.
- Intolerancia la bipedestación más de 10-15 minutos por pérdida de fuerza muscular, (lleva a todos los sitios una silla portátil para poderse sentar).
- Marcado dolor en pie por talalgias que le obligan a cambiarse varias veces al día de zapatos (hasta 3 y 4 veces).

5) Alteración en el patrón del sueño

- Insomnio y alteraciones en el ritmo del sueño.

6) Sintomatología Inmunológica en forma de:

- Aftas bucales recurrentes sin claros herpes.
- Sensación distérmica continúa con febrícula continúa desde el inicio del cuadro.
- Síndrome seco clínico bucal no ocular. (No estudiado).
- Odinofagia de repetición.
- Otros.

El signo más característico de la exploración clínica es la presencia de múltiples puntos de dolor con aumento de la sensibilidad a la palpación digital, aunque también es posible encontrar livadoreticularis en las extremidades, hiperlaxitud articular, hipertonía muscular, contracturas musculares y estiramiento doloroso de las regiones afectadas».

1.6. CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS

El tratamiento de la FM debe ser multidisciplinar y planificar las distintas modalidades de tratamiento de forma individual y personalizada. Los objetivos del mismo son aliviar el dolor, mantener o restablecer el equilibrio emocional, mejorar la calidad del sueño, la capacidad física, la astenia y los problemas asociados. Los principios básicos del mismo son el conocimiento que el paciente adquiera de su enfermedad, el tratamiento farmacológico, tratamiento no farmacológico como técnicas de relajación, ejercicios aeróbico o físico moderados diario y el tratamiento de soporte psicológico con terapia conductual.

La mayor parte de las publicaciones (Guías de Práctica clínica, Documentos de consenso, Protocolos, etc.) mencionan que informar correctamente al paciente sobre la FM debe ser el primer paso. El paciente debe ser informado

desde el principio sobre las características de la FM, desdramatizando la evolución, aportando expectativas positivas y potenciando su colaboración con las terapias mediante la confianza en una probable mejoría.

Fármacos

El tratamiento farmacológico en la FM no es curativo, sólo sintomático. Tiene como objetivo la mejoría de aspectos parciales de la FM y no su curación. No existe ningún medicamento específico para la misma. Los fármacos más utilizados son:

- Analgésicos y antiinflamatorios. Aunque su utilización es mayoritaria en estos pacientes, no existe ninguna evidencia de la eficacia de los antiinflamatorios.
- Relajantes musculares: útiles en la mejoría del dolor y el sueño, pero su efecto se atenúa con el paso del tiempo.
- Antidepresivos tricíclicos: a corto plazo provocan una mejoría en el 30% de los pacientes.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: fármacos como la Duloxetina tiene un perfil mejor para controlar el dolor en FM.
- Potenciadores analgésicos: la pregabalina es utilizada hoy en día en pacientes con FM.
- Otros fármacos: en la actualidad existe un gran número de fármacos que se utilizan en el tratamiento de la fibromialgia, pero ninguno ha demostrado una eficacia superior al resto de los tratamientos.

Conviene realizar un uso racional de los fármacos debido a la posible aparición de efectos secundarios de los mismos. Según la evidencia de eficacia en el tratamiento de la FM se podría clasificar a los fármacos en⁵⁹:

- Evidencia fuerte: AD tricíclicos (amitriptilina, imipramina), en cuanto a la mejoría del dolor, sensación en general de bienestar, sueño y fatiga, debido al aumento de las NA y/o 5HT por el bloqueo de la recaptación. Inhibidores duales (SNRI/NSRI— venlafaxina, duloxetina, milnacipran) con menos efectos secundarios y mejoría en el estado físico y la fatiga con milnacipran y del dolor y entumecimiento con duloxetina. Alpha-2-delta ligandos (pregabalina,

⁵⁹ Collado A., Conesa A. Tratamiento farmacológico de la fibromialgia: hacia la neuromodulación clínica. Reumatología Clínica, 2019 August; Vol. 5. Núm. SE2: 27-32. <https://www.reumatologiaclinica.org/es-tratamiento-farmacologico-fibromialgia-hacia-neuromodulacion-articulo-S1699258X09001478>

gabapentina), la PGB ha mostrado eficacia sobre el dolor, sueño y fatiga, es el único fármaco aprobado por la FDA para ser utilizado en FM, la tinazidina reduce los niveles de SP en LCR.

- Evidencia moderada: tramadol con débil acción agonista μ e inhibidor recaptación de 5HT/NA ha mostrado cierta eficacia sólo o combinado con paracetamol en el dolor y la calidad de vida. Inhibidores selectivos de serotonina: SSRIs, fluoxetina, paroxetina a dosis altas ya que se comportan como duales, y citalopram. Agonistas dopaminérgicos. Gamma hydroxybutirato (GHB).
- Evidencia débil: GH, 5-HTP, tropisetron, S-adenosyl-L-methionine (SAME).
- No efectivos: opioides (morfina, oxicodona, buprenorfina, fentanilo, no existe ningún ensayo que avale su eficacia), AINES, corticosteroides, benzodiazepinas e hipnóticos no benzodiazepínicos, melatonina, guanifenesina, dehidroepiandrosterona.

Ejercicio físico

El Documento Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia⁶⁰ reconoce que hay un acuerdo prácticamente unánime en que los programas de ejercicios físicos deben ser uno de los tratamientos básicos en todos los pacientes.

Se deben valorar fundamentalmente tres opciones:

- Ejercicio aeróbico. Utilizan grandes grupos musculares involucrándolos en movimientos repetidos, con aumento de la frecuencia cardíaca, pero sin superar el umbral anaeróbico (hasta 70-85% de la frecuencia cardíaca máxima para la edad). Entre ellos se incluyen ejercicios en carga (caminar, danza, etc.) y en descarga (bicicleta, natación, etc.).
- Ejercicio de fortalecimiento muscular. Pretenden mejorar la fuerza, resistencia y potencia muscular realizando contracciones musculares contra determinadas resistencias como bandas elásticas, pesas o el propio peso del paciente.
- Ejercicio de estiramiento o flexibilidad. Su objetivo es mejorar la flexibilidad muscular y de los tejidos blandos.

⁶⁰ García Campayo, 2010.

El ejercicio aeróbico (natación, bicicleta, ejercicios en el suelo, danza, etc.) es beneficioso por sí mismo, mejora la capacidad aeróbica y la presión dolorosa en los puntos de los pacientes. No existe superioridad de ningún tipo de ejercicio sobre el resto. No hay evidencia de que el ejercicio físico correctamente adecuado y controlado empeore las manifestaciones clínicas de la enfermedad, y si las hay en relación a la mejoría que provoca en el síntoma dolor, la salud mental en términos generales, el grado de ansiedad y el impacto global de la FM en la vida del paciente.

Tratamiento psicológico

Su objetivo es controlar los aspectos emocionales de la ansiedad y depresión. Existen varios tipos de tratamiento psicológico como la educación, la terapia cognitivo conductual y las técnicas de relajación.

El más eficaz es el tratamiento cognitivo conductual, que combina varias técnicas y se realiza en tres fases: la fase educacional o de información al paciente, la fase de adquisición de habilidades y la fase de puesta en práctica en la que el paciente comprueba y optimiza los recursos para controlar los síntomas.

Existe un fuerte grado de aceptación de que la combinación de tratamiento psicológico y ejercicio físico reduce el impacto global de la FM en la vida de los pacientes. Incluso se ha podido constatar mejoría clínica con duración superior al año con terapia intensiva multidisciplinaria de 3 semanas de duración de tratamiento no farmacológico (educacional, ejercicio aeróbico y terapia cognitivo-conductual).

Los resultados del «Estudio de la calidad de vida antes y después del tratamiento psicológico⁶¹» son significativamente peores para las mujeres con FM respecto al grupo control.

Utilizan para evaluar la calidad de vida el cuestionario de calidad de vida SF-36, que mide salud general, funcionalidad, dolor, funcionamiento físico, vitalidad, funcionamiento emocional, salud mental, y funcionamiento social, también utilizan el mismo cuestionario para comparar la calidad de vida en mujeres con FM y pacientes con síndrome miofascial. Los resultados indican que la FM tiene mayor impacto en la salud mental.

⁶¹ T. Amaro, M. J. Martín, P. Anton Soler y J. Granados, 2006.

Se ha evaluado su eficacia en una muestra formada por un total de 124 mujeres diagnosticadas de FM por el servicio de reumatología del hospital Mutua de Terrassa y el Servei de Psiquiatria i Psicologia Médica de dicho Hospital.

El tratamiento en grupo consta de 10 sesiones de una hora y media de duración en los que se entrenaba a las pacientes en el aprendizaje de estrategias cognitivo-conductuales para favorecer el manejo de la enfermedad.

El material utilizado para la valoración, consistió en una entrevista inicial en la que se recogieron datos sociodemográficos y diferentes cuestionarios para valorar personalidad, estados de ánimo, ansiedad y calidad de vida, que se administraron antes y después de la intervención y pasados 6 meses.

El cuestionario utilizado para valorar calidad de vida ha sido Nottingham Health Profile, la versión española de Alonso y colaboradores (1994) siendo un cuestionario autoadministrado. Contiene 38 ítems y contempla 6 dimensiones de salud. El valor máximo que se puede obtener para cada escala, y que indicaría el mayor grado de enfermedad, es 100.

1. Falta de energía
2. Dolor
3. Reactividad emocional
4. Aislamiento social
5. Alteraciones del sueño
6. Falta de movilidad física

La media de edad de las pacientes de la muestra es de 48 años. El 53 % tiene estudios básicos, el porcentaje más elevado se dedica a trabajos de limpieza (24%). El tipo de profesión en estas pacientes implica un esfuerzo físico en la mayor parte de los casos. El 64 % de las pacientes con FM presenta otras patologías médicas asociadas.

Las dimensiones más afectadas en las pacientes con FM son: falta de energía, dolor y alteraciones del sueño, tanto antes del tratamiento como en las evaluaciones posteriores y la de 6 meses.

Cabe destacar que las diferencias observadas no son significativas excepto en energía y dolor en comparación con antes del inicio del tratamiento y pasados 6 meses de la finalización del mismo.

Los resultados confirman que la FM empeora la calidad de vida de las pacientes.

Entre las dimensiones de calidad de vida evaluadas, las más afectadas son energía y dolor. Coinciden con los resultados obtenidos en estudios previos en los que comparaban pacientes con FM y pacientes reumatológicos en general y en el que estudiaban pacientes con FM usando el Nottingham HealthProfile, antes y después de un programa de educación sanitaria.

Queda pues evidenciado, una vez más, que la FM es una enfermedad crónica que afecta a la esfera biológica, psicológica y social.

También destacan que las pacientes con FM presentan una elevada comorbilidad con trastornos de ansiedad y síntomas depresivos.

Medicina complementaria y alternativa

No hay evidencia para la recomendación o no recomendación de otros tratamientos como la acupuntura, homeopatía, la termoterapia superficial, la quiropraxia, los campos electromagnéticos, el oxígeno hiperbárico, la ozonoterapia, la laserterapia, el magnesio o los suplementos en la dieta de *Chlorella pyrenoidosa* (alga verde rica en proteínas, minerales y vitaminas).

En relación a la balneoterapia hay una evidencia limitada en la efectividad de los baños en la FM, y parece que su efecto puede durar hasta seis meses. De igual forma existe una limitada evidencia para recomendar el masaje en los individuos con fibromialgia.

Reentrenamiento de la amígdala

La técnica del «Reentrenamiento de la Amígdala» se basa en la hipótesis de que en las personas que padecen Fibromialgia, Síndrome de Fatiga Crónica, Electrohipersensibilidad o Sensibilidad Química múltiple se ha producido un proceso agudo de estrés, una predisposición genética y una infección viral, bacteriana, neurotoxina que generan un trauma en la amígdala debido a altos niveles de excitación mantenidos en el tiempo, que supone un condicionamiento de esta debido a una entrada continua de catecolaminas a la corriente sanguínea (hormonas del estrés y neurotransmisores).

Esto se traduce a una sobreexcitación crónica del sistema simpático a lo que sucede una serie de síntomas tales como un cansancio extremo físico y mental, afectación del sistema inmunológico, magnificación síntomas, estrés, ansiedad, hipervigilancia interna...

El contenido de la intervención, con protocolo validado y aprobado por la unidad de investigación de Atención Primaria y Prevención RED IAAP y el

Consejo de Ética Médica de la Comunidad Autónoma de Aragón para realizar estudios de investigación que se están desarrollando, está diseñado específicamente para pacientes de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica.

Existen en estos momentos diferentes estudios de investigación⁶² a nivel nacional e internacional que hablan de los beneficios de dicha técnica.

Biofeedback electromiografico

El biofeedback electromiográfico (EMG)⁶³ permite acceder a la actividad eléctrica de los músculos de la zona en que están colocados los electrodos de superficie. A diferencia de la electromiografía clínica que utiliza electrodos de aguja, no resulta posible obtener información de una sola fibra motora, sino de un conjunto de ellas y de su integración en un músculo. Esto es más que suficiente para el entrenamiento en biofeedback, donde se trata de reflejar el grado de tensión/distensión general de un músculo o de un grupo de músculos⁶⁴. Para realizar el entrenamiento hay que tener en cuenta algunas indicaciones específicas⁶⁵.

- Respecto a los sensores, en este caso electrodos, hace falta tomar algunas precauciones. Antes de colocarlos es necesaria una buena limpieza de la piel y al hacerlo hay que situar los electrodos activos en sentido longitudinal al músculo.
- En las sesiones, como los cambios en la actividad EMG se producen con rapidez, conviene realizar el máximo número de ensayos. De esta forma se proporcionan más ocasiones en las que el sujeto pueda ejercitar su control. Para ello, pueden alternarse periodos de entrenamiento de 7 minutos, aproximadamente, con periodos de descanso de 2 minutos. De esta forma, en las pausas el sujeto recuperará su nivel habitual y podrá realizar el nuevo ensayo de entrenamiento partiendo de un nivel más alto de actividad EMG.

⁶² Amygdala retraining for FM and CFS univ. Rochester 2012.

Amygdala-Retraining-JHH-Sept-2010.

CFS-HYPOTHESIS-Medical Hypotheses 2002.

⁶³ “Efectos del Biofeedback electromiografico en el tratamiento de la Fibromialgia”. Francisco Gorriñ Herranz (Tesis Doctoral), Universidad de Navarra, Dpto. Psicología y Pedagogía.

⁶⁴ Vallejo y Díaz, 1993.

⁶⁵ Vallejo y Díaz, 1993.

- El entrenamiento en la consulta puede complementarse con tareas para casa, en las que el paciente realiza ensayos sin feedback o utiliza alguna técnica de relajación como la relajación progresiva.
- La finalización del entrenamiento la determinará el control de la respuesta EMG y la mejora del problema. En general, puede acabar cuando el sujeto sea capaz de reducir su tensión muscular a valores cercanos a 2 μ V, ya que conseguir niveles menores no aporta beneficios clínicos significativos. En el caso del dolor de cabeza, tampoco parece útil prolongar el entrenamiento más allá de 12 sesiones⁶⁶.

La hipoxia muscular parece jugar un papel determinante en la sensibilización de los nocirreceptores e hiperexcitabilidad central⁶⁷.

En relación a este fenómeno existe la hipótesis de que un exceso de tensión muscular podría ser la causa de la hipoxia y el dolor. Esta hipótesis se sustenta en varios hallazgos:

- A. Las personas con fibromialgia parecen tener dificultad para discriminar los niveles de contracción muscular⁶⁸.
- B. Las personas con fibromialgia presentan trastornos en la relajación muscular, manteniendo unos niveles de actividad muscular anormalmente elevados⁶⁹.
- C. Existen resultados morfológicos y químicos que sugieren una combinación de hiperactividad e hipoxia muscular⁷⁰.

Según estos hallazgos, las personas con fibromialgia podrían percibir anormalmente sus niveles de contracción muscular, lo que facilitaría que mantuvieran unos niveles de tensión excesivos y que se produjera la hipoxia. Este exceso de tensión muscular unido a la disminución de los niveles de oxígeno en los tejidos musculares, podría ser la causa del dolor⁷¹.

Según esta hipótesis, el tratamiento podría ir dirigido a que estos pacientes consiguieran una buena discriminación de sus niveles de tensión muscular.

⁶⁶ Chapman, 1986.

⁶⁷ Álvarez, Alonso y Alegre, 1999.

⁶⁸ Sarnoch, 1995; Sarnoch, Adler y Scholz, 1997.

⁶⁹ Baeckman y cols., 1988, Elert y cols., 1989; Zidar y cols., 1990; Elert y cols., 1992.

⁷⁰ Jacobsen, Bartels y Ganneskiold-Samsøe, 1991; Lund, Bengtsson, Thorborg, 1992.

⁷¹ Jacobsen, Bartels y Ganneskiold-Samsøe, 1991; Sarnoch, Adler y Scholz, 1997.

Esto les permitiría reducir el exceso de tensión y la consecuente hipoxia, lo que haría disminuir el dolor.

Una técnica idónea para conseguir estos efectos es el entrenamiento en biofeedback EMG⁷². El biofeedback EMG ya ha demostrado una eficacia notable en otros trastornos musculoesqueléticos. De hecho, en los trastornos musculoesqueléticos en los que el papel de la tensión muscular es evidente, puede llegar a ser el tratamiento de elección⁷³.

Este es el caso del dolor temporomandibular y el dolor de espalda, en los que el entrenamiento en biofeedback EMG resulta ser el tratamiento más eficaz, por delante del tratamiento médico o los programas de terapia cognitivoconductual⁷⁴.

Teniendo en cuenta el posible papel de la tensión muscular en la fibromialgia y los buenos resultados que el entrenamiento en biofeedback EMG ha ofrecido en estos casos, este tipo de tratamiento se considera pertinente y aconsejable⁷⁵, más aún teniendo en cuenta la falta de resultados positivos con otros tratamientos⁷⁶.

Hipnosis clínica

El uso de la hipnosis clínica aumenta la efectividad de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento del dolor en pacientes con fibromialgia, según ha concluido un equipo de científicos de la Unidad de Dolor del Hospital Universitari Joan XXIII y del Departament de Medicina i Cirurgia de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona.

La investigación publicada en el último número de la revista Contemporary Hypnosis, perteneciente a The British Society of Experimental and Clinical Hypnosis, coincide con investigaciones previas que demuestran el beneficio de la hipnosis cuando se incorpora a otros tratamientos eficaces y su eficacia

⁷² Comeche, Díaz y Vallejo, 1996a,1996b, 1997,1998.

⁷³ Flor y Birbaumer, 1993.

⁷⁴ Flor y Birabumer, 1991.

⁷⁵ Thompson, 1990; Schwartz, 1995.

⁷⁶ Vallejo y Díaz, 1993.

en la reducción del dolor crónico y agudo, uniéndose a los pocos estudios publicados sobre el control del dolor en la fibromialgia⁷⁷.

Sin embargo, deben seleccionarse muy bien los pacientes con FM tributarios de hipnosis.

Quiropraxia

Beneficios de la quiropráctica para la fibromialgia: alivia los dolores musculares, recupera una movilidad correcta y mejora la salud física y mental.

En el cuidado de la fibromialgia, ha ayudado al 90% de pacientes haciéndoles sentir mejor.

El estudio se centró en el perfil psicológico de los pacientes con fibromialgia, para ello se utilizaron dos tipos de test para la medición del grado de sufrimiento, sentido de coherencia, y los niveles de capacidad de gestión entre pacientes que reciben cuidados quiroprácticos y otros pacientes que no recibieron cuidados quiroprácticos. Los test son: DRAM (desolación y método de evaluación de riesgos) y SOC (sentido de coherencia).

En los resultados se observó que los pacientes bajo tratamiento quiropráctico obtuvieron mejores puntuaciones en ambos test, especialmente en el DRAM, en el que solo 1 de cada 7 pacientes que recibieron tratamiento quiropráctico obtuvieron puntuación baja.

Otro estudio consultado se centró en los resultados obtenidos tras 30 sesiones quiroprácticas en pacientes con fibromialgia, en los que se combinó manipulación espinal y compresión isquémica. El objetivo se centraba en reducir con la mayor eficacia la intensidad del dolor, a la vez que los trastornos del sueño y la fatiga. Los resultados fueron que: un 77,2% de los pacientes mejoró en la intensidad del dolor; un 63,5% mejoró la calidad del sueño; y un 74,8% logró aumento en el nivel de fatiga. «Tras un mes de tratamiento se mantenían estas mejoras en las tres medidas valoradas, aunque hay que tener

⁷⁷ Castel, A., Salvat, M., Sala, J., & Rull, M. (2009). Cognitive-behavioural group treatment with hypnosis: a randomized pilot trail in fibromyalgia. *Contemporary Hypnosis*, 26(1), 48-59. doi: 10.1002/ch.372

en cuenta que los pacientes de edad avanzada, con dolor severo y crónico, y mayor número de puntos sensibles respondían peor al tratamiento»^{78 79 80 81 82}.

Balneoterapia

Al final de una intervención de 3 meses⁸³, el grupo que recibió tratamiento termal mejoró significativamente con respecto al grupo control en todas las variables analizadas: intensidad del dolor, número de puntos dolorosos, fatiga, rigidez, insomnio, depresión, FIQ, toma de antidepresivos, de antiinflamatorios y analgésicos con respecto al inicio.

En conclusión, la permanencia en el balneario del Mar Muerto, además de la balneoterapia, puede mejorar temporalmente la calidad de vida de los pacientes con fibromialgia. No obstante, los especialistas afirman que se necesitan otros estudios con seguimiento más largo para apoyar nuestros hallazgos.

En un estudio de la Universidad de Siena⁸⁴, Italia, publicado en la revista *Clinical Rheumatology*, en 2018, se separaron dos grupos de 50 personas con fibromialgia: una mitad fue tratada con baños casi diarios de 15 minutos en agua sulfatada, altamente mineralizada, durante dos semanas. La otra mitad

⁷⁸ JAMISON, Jenifer R.A. A psychological profile of fibromyalgia patients: A chiropractic case study. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 1999, vol. 22, no 7, p.454-457.

⁷⁹ HAINS, Guy; HAINS, François. Combined ischemic compression and spinal manipulation in the treatment of fibromyalgia: a preliminary estimate of dose and efficacy. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 2000, vol. 23, n° 4, p. 225-230.

⁸⁰ *Statis* about Fibromyalgia; Prevalence and incidence statistics for Fibromyalgia; Health Grades Inc.2010. *WrongDiagnosis.com*; 2010 Sept. 17.

⁸¹ Goldenberg DL. *Diagnosis and differential diagnosis of fibromyalgia*; Department of Rheumatology, Newton-Wellesley Hospital, Newton, Massachusetts 02462, USA.

⁸² *Fibromyalgia; What is it? And Symptoms*; Health Central: Chronic pain connection.com. 2007: <http://www.healthcentral.com/chronic-pain/guide-154295-75.html>

⁸³ *Balneoterapia y Fibromialgia Reumática. Experiencia en el Balneario de Lugo* Meijide-Failde R(1), López-Linares S(2), Vela-Anero A(1), Burguera EF(3) (1)Grupo de Terapia Celular y Medicina Regenerativa. Departamento de Medicina, Universidad de A Coruña, CHUAC. A Coruña, España (2). Atención Primaria Área sanitaria de Lugo Sergas. Lugo, España (3). Grupo de Reumatología, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). Sergas. A Coruña, España.

⁸⁴ *Clinical Rheumatol.* Agosto de 2018; 37 (8): 2203-2212. doi: 10.1007 / s10067-018-4117-z. Epub 2018 5 de mayo. Universidad de Siena, Italia.

recibió baños de la misma duración, pero con agua normal del grifo. Ninguno de los dos grupos sabía el tipo de agua en la que se bañaba.

Los resultados tras finalizar esas dos semanas fueron sorprendentes. El grupo de los participantes que se bañaron en agua mineralizada había experimentado una disminución de sus dolores, así como una mejora de su movilidad. Lo mejor de todo es que los efectos duraron hasta seis meses. En cambio, las personas que se bañaron en agua normal no presentaron ninguna mejoría significativa.

Una posible explicación para los efectos positivos del agua mineralizada es que es capaz de reducir la producción de las sustancias mensajeras del dolor y la inflamación. Además, un agua con una concentración elevada de magnesio puede desempeñar un papel muy positivo.

Técnicas de neuromodulación

Algunos ensayos clínicos abiertos de fase II⁸⁵ tienen como objetivo definir una metodología para un tratamiento clínicamente eficaz del dolor en la FM mediante el establecimiento de protocolos de tratamiento y procedimientos de detección para maximizar la eficacia y la tasa de respuesta.

La estimulación de corriente directa transcraneal de alta definición (HD-tDCS) proporciona una estimulación cerebral subumbral dirigida, combinando tolerabilidad con especificidad. El objetivo de esta técnica consiste en establecer el número de sesiones de HD-tDCS necesarias para lograr una reducción del dolor de FM del 50% y caracterizar la biometría de la respuesta, incluidas las puntuaciones de activación de dolor de la red cerebral de los potenciales evocados por contacto de calor.

Como resultado, se aprecia una reducción del dolor del 50% en la mitad ($n = 7$) de los pacientes ($N = 14$), y tanto los que respondieron como los que no respondieron se beneficiaron de un efecto acumulativo del tratamiento, reflejado en una reducción significativa del dolor ($P = .035$), así como una mejor calidad de vida ($P = .001$) a lo largo del tiempo. El tiempo de respuesta

⁸⁵ Castillo-Saavedra L, Gebodh N, Bikson M, Diaz-Cruz C, Brandao R, Coutinho L, Truong D, Datta A, Shani-Hershkovich R, Weiss M, Laufer I, Reches A, Peremen Z, Geva A, Parra LC, Fregni F. Clinically Effective Treatment of Fibromyalgia Pain With High-Definition Transcranial Direct Current Stimulation: Phase II Open-Label Dose Optimization. *J Pain*. 2016 Jan;17(1):14-26. doi: 10.1016/j.jpain.2015.09.009. Epub 2015 Oct 9. PMID: 26456677; PMCID: PMC5777157.

al tratamiento era de 6 semanas para el 50% de los pacientes y estimaron 15 como el número medio de sesiones de HD-tDCS para alcanzar resultados clínicamente significativos.

Por tanto, la metodología de este ensayo clínico con tratamiento individualizado para la neuromodulación en fibromialgia es esencial.

Decálogo de la Sociedad Española de Reumatología

La Sociedad Española de Reumatología ofrece el siguiente decálogo de consejos:

- 1) Aprenda a convivir con su dolor.
- 2) Controle sus emociones.
- 3) Controle su estrés.
- 4) Evite la fatiga.
- 5) Haga ejercicio.
- 6) Relaciónese con los demás.
- 7) Proteja su salud.
- 8) Use con precaución los medicamentos.
- 9) Use con precaución las medicinas alternativas.
- 10) Sea constante.

El Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia establece, basándose en la Clasificación de Giesecke, una serie de recomendaciones generales para todos los grupos y específicas para cada uno de los grupos de la referida clasificación⁸⁶.

Recomendaciones generales para todos los grupos:

- En pacientes con FM se deben evaluar los niveles de depresión y de catastrofismo porque estos datos tienen implicaciones terapéuticas.
- Es aconsejable realizar intervenciones educativas bien diseñadas ya que pueden mejorar algunos parámetros de resultado (auto eficacia, disminución del catastrofismo, calidad de vida, etc.).
- Los programas de ejercicios son uno de los tratamientos básicos. El ejercicio aeróbico (caminar, bicicleta) es el que ha demostrado mayor evidencia científica de eficacia. Puede mejorar la sensación global de

⁸⁶ Alegre, C. et al, 2010.

bienestar, la función física y, probablemente, el dolor y la hiperalgesia.

- Una información adecuada sobre el diagnóstico, pronóstico y las alternativas terapéuticas debe ser el primer paso en el abordaje de todo paciente con FM.
- No se recomienda el uso de terapias experimentales o alternativas de ningún tipo (acupuntura, homeopatía, quiropraxia, campos magnéticos, ozonoterapia, etc) ni de las que no tienen suficiente evidencia científica.

Recomendaciones generales para el grupo 1:

- Debe valorarse específicamente el uso de paracetamol y AINE para el tratamiento de la FM, salvo en el caso de que existan enfermedades asociadas que justifiquen su uso.
- La depresión asociada a la FM puede tratarse con ISRS o con duales IRSN.
- La amitriptilina en dosis bajas (25-50 mg) puede mejorar el dolor, la fatiga, el sueño y la calidad de vida.
- La pregabalina es superior al placebo en la reducción del dolor, la mejora del sueño y la calidad de vida.
- Otras opciones de tratamiento son la ciclobenzaprina, tramadol, gabapentina, pramipexol y oxibato sódico.

Recomendaciones generales para el grupo 2:

- Si existen niveles moderados o graves de depresión se recomienda utilizar un antidepresivo.
- Los antidepresivos de elección son los denominados duales: duloxetina (60-120 mg/día) o milnacipram (100 mg/día). Los antidepresivos tricíclicos son igual de eficaces, pero presentan múltiples efectos secundarios e interacciones medicamentosas, por lo que son peor tolerados en pacientes polimedicados, como es habitual en FM.
- Si existen niveles elevados de catastrofismo, es recomendable usar psicoterapia cognitivo-conductual. No parece que el catastrofismo

disminuya con tratamiento farmacológico y es un constructo que empeora notablemente el pronóstico.

- Si existen niveles moderados o graves de ansiedad, se recomienda utilizar un antidepresivo (ISRS, duloxetina o venlafaxina) o pregabalina.
- En caso de niveles elevados de hiperalgesia está indicado el uso de gabapentina o pregabalina.

Recomendaciones generales para el grupo 3:

- En pacientes con FM con alto grado de afrontamiento de la enfermedad y con bajo perfil catastrofista de su problema, no se puede recomendar de forma general tratamiento farmacológico y/o psicológico de tipo cognitivo-conductual, ya que parten de un adecuado nivel para «convivir» con su enfermedad.
- El tratamiento farmacológico se debería proponer para tratar el dolor y los síntomas añadidos a la enfermedad, según la evidencia clínica disponible y experiencia del médico, al igual que en los otros subgrupos.
- Sería recomendable terapias psicológicas de mantenimiento de las variables positivas a lo largo de la enfermedad.
- Se debe recomendar ejercicio aeróbico supervisado como en el resto de subgrupos, incluso con mayor posibilidad de continuidad de seguimiento, debido a la supuesta mayor motivación de los pacientes derivada de su mejor estado anímico inicial y mayor nivel de hiperalgesia.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, en su Guía Fibromialgia de 2011 recomienda las siguientes medidas para el manejo escalonado del paciente con FM según su grado de afectación:

Medidas para el manejo escalonado del paciente con FM según su grado de afectación

Afectación*	Intervención
Afectación leve FIQ<39	<p>Manejo: Atención Primaria.</p> <p>Medidas no farmacológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Información. - Consejos en autocuidados. - Ejercicio aeróbico. <p>Fármacos: considerar sólo si fracasan los autocuidados y el ejercicio o, mientras estos hacen efecto, en función de la sintomatología predominante.</p>
Afectación moderada FIQ ≥39 hasta <59	<p>Manejo: en función de la puntuación de la afectación, recursos disponibles y la formación del profesional, los pacientes de este grupo pueden iniciar el tratamiento en Atención Primaria o derivarse.</p> <p>Iniciar con medidas no farmacológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Información. - Consejos en autocuidados. - Ejercicio aeróbico supervisado. - Terapia cognitivo conductual o conductual. <p>Fármacos: considerar tratar en función de la sintomatología.</p>
Afectación grave FIQ ≥59	<p>Manejo: tratamiento en escalón secundario por personal especializado. Puede ser necesario el tratamiento multidisciplinar.</p>

*Grado de la recomendación D.

En el mismo documento, se establece la siguiente recomendación para el tratamiento farmacológico en función de la sintomatología predominante:

Fármacos utilizados en el tratamiento de la FM en función de la sintomatología predominante

Fármaco	Síntomas sobre los que puede ser eficaz	Grado de recomendación	Rango terapéutico
Amitriptilina ^a	Dolor, sueño, fatiga, limitación funcional	A	25-50 mg/día
Ciclobenzaprina ^b	Sueño, dolor ^c	A	10-40 mg/día
Duloxetina	Dolor, sueño, depresión, limitación funcional	A	60-120 mg/día
Pregabalina	Dolor, sueño, limitación funcional, ansiedad	A	300-450 mg/día
Fluoxetina	Dolor ^d , sueño ^d , fatiga ^d , depresión, limitación funcional	B	20-70 mg/día
Paracetamol ^e	Dolor	D	2-4 g/día
Tramadol ^f	Dolor	B	150-300 mg/día

^a. Utilizar en dosis única por la noche. Puede asociarse con otros antidepresivos y/o analgésicos.

^b. Utilizar en dosis única por la noche o partida, con la dosis principal por la noche.

^c. Tiende a disminuir con el tiempo.

^d. Acción controvertida.

^e. No hay estudios controlados que avalen su uso. Por su seguridad y tolerancia es razonable utilizarlo; un tercio de pacientes que lo toman consideran que les es útil.

^f. Se puede utilizar solo o asociado a paracetamol (se comercializa en comprimidos de 37,5 mg de tramadol y 325 mg de paracetamol –dosis 4.0 ± 2 comp./día–).

1.7. REPERCUSIÓN FUNCIONAL

La evaluación objetiva de la repercusión funcional de un trastorno cuya definición asienta sobre la existencia de síntomas para los cuales no se encuentra una explicación orgánica puede presumirse que es compleja. No obstante, tal dificultad no es sinónimo de que no existe repercusión funcional ni de que esta repercusión sea irrelevante desde el punto de vista de la capacidad laboral. En ocasiones, estos enfermos podrían considerarse como beneficiarios de prestaciones (al igual que el resto de personas si se encuentran en una situación que les impida el correcto desarrollo de su actividad) debido a limitaciones motivadas por FM y en un no despreciable número de casos dentro de estos, la causa es la asociación con alta comorbilidad. No obstante, esta realidad, y ante las dificultades para trasladar a lo objetivo las manifestaciones que narran los pacientes, lo cierto es que el evaluador tendrá que basar sus decisiones en el juego equilibrado (siempre de forma fundamentada) entre lo plausible y lo probable más que tratar de alcanzar la certeza⁸⁷. Esta afirmación pone en duda que lo que la persona dice se acerque a esa certeza, quedando a la interpretación de la persona evaluadora.

La evaluación funcional del trastorno, no puede ni debe circunscribirse al dolor crónico, por importante que éste sea (quizá no deba circunscribirse, pero sigue siendo importante por las limitaciones que implica). El conjunto de síntomas que presentan los pacientes en asociación con el dolor crónico puede tener entidad suficiente como para ser responsable de un menoscabo funcional significativo y, de hecho, cuestionarios validados en su versión española como el FIQR (Cuestionario Revisado sobre el Impacto de la Fibromialgia) evalúan aspectos como las alteraciones del sueño, los problemas de memoria o el «nivel general de energía⁸⁸». No obstante, lo dicho, lo cierto es que cuestionarios como el mencionado u otros que se emplean a la hora de evaluar la repercusión funcional de la fibromialgia son frecuentemente cuestionados en cuanto a su utilidad en el ámbito de la evaluación médica realizada en un contexto médico-legal, como es el de la evaluación de la discapacidad laboral⁸⁹, ya que estos cuestionarios descansan en buena parte en los datos que informa el propio paciente, datos que en el referido contexto han de ser considerados de forma limitada. Una vez más, la subjetividad y poca

⁸⁷ Harth, 2014.

⁸⁸ Sagueiro, 2013.

⁸⁹ Fitzcharles, 2014.

credibilidad recalcan la importancia de contar con instrumentos que puedan aportar una valoración objetiva⁹⁰.

En el intento de efectuar una aproximación a la gravedad con la que en el caso concreto cursa un síndrome fibromiálgico, y aun teniendo presente lo referido en cuanto a la validez de los cuestionarios estandarizados al respecto, Boomershine, 2012 propone una valoración de la repercusión funcional de los síntomas.

Intensidad del dolor

El dolor generalizado es el síntoma cardinal del trastorno. Si bien el recurso a escalas de evaluación de la intensidad dolorosa o de cuestionarios sobre impacto funcional del dolor, pueden dar una información **artefactada** dado el contexto médico-legal en el que se produce la evaluación, pueden resultar de interés para efectuar una aproximación a la intensidad percibida del dolor la cronicidad del mismo (inicio de los síntomas, historia del seguimiento médico, unidades del dolor o dispositivos semejantes, escala analgésica de la OMS).

«Se realizará en base a un esquema establecido⁹¹:

- Modo de inicio: si ha sido espontáneo, secundario a una enfermedad anterior, a un accidente, a una intervención quirúrgica, situación de estrés etc.
- Antecedentes patológicos: Sobre todo es importante conocer la existencia de alteraciones psicológicas anteriores y la valoración que hace el sujeto de su dolor actual en relación con dolores ya pasados anteriormente
- Evolución inicial: su duración, las circunstancias de la vida del enfermo... (Vg: importancia de los factores alimenticios u hormonales en la aparición de las crisis de migraña).
- Características clínicas:
 - Topográficas: Localización, punto de inicio, trayecto de irradiación.
 - Cualitativas: Intensidad, modo de comienzo, evolución temporal, ritmo horario.

⁹⁰ Vicente Herrero M. T., Capdevila García L., Ramírez Iñiguez de la Torre M. V., Delgado Bueno S., Bandrés-Moyá F. La Fibromialgia en la jurisprudencia española. Herramienta FM-Check de Valoración. Arch Med (Manizales) 2017. 17(2):379-89.

⁹¹ A. Meléndez López, “Diseño de un Protocolo de Valoración de la capacidad funcional en los procesos de Fibromialgia” (Universidad Internacional de Andalucía, 2019).

- Signos asociados: Reacciones vegetativas,
- Factores o circunstancias que modifican su intensidad.
- Tratamientos anteriores que ha tomado, dosis y efectos secundarios.
- Evaluación de las consecuencias funcionales y socio profesionales: insomnio, las faltas repetidas al trabajo, los cambios de humor, la pérdida del apetito.

Se llevarán a cabo mediante metodología objetiva:

- Escala de Thierry: la valoración del dolor por parte de un observador independiente aportará una objetividad y precisión muy superior a la estimación subjetiva del propio paciente.
- Clasificación funcional AEEMT.
- Escala Multidimensional, cuestionario de Dolor de McGill: El «Cuestionario de Dolor de McGill» o «The McGill Pain Questionnaire» (MPQ), ha sido objeto de numerosos estudios y constituye uno de los instrumentos multidimensionales validados más utilizados en la clínica y la investigación. Se valora la experiencia dolorosa desde una triple perspectiva: sensorial, afectivo-motivacional, evaluativa.

GRADO 1

Criterios de inclusión

Dolor leve, soportable, sin necesidad de tratamiento analgésico o dolor agudo pero que responde a tratamiento de fármacos de primer escalón. Dolor crónico insidioso, que precisa ocasionalmente analgésicos de 1er escalón (en ocasiones puntuales de segundo escalón con descenso posterior), con buena respuesta, o dolor leve continuado.

Exploración complementaria

Escala de Thierry con valoración 2.

Cuestionario de McGill: PRI – T: 0 – 30.

ORIENTACION SOBRE CONCLUSIONES: No limitación funcional o limitación temporal mientras es efectivo el tratamiento, en aquellas situaciones que desencadenan la sintomatología.

GRADO 2

Criterios de inclusión

Dolor moderado, persistente, con respuesta sólo parcial al tratamiento: precisa analgésicos de 2º escalón sin coadyuvantes (opioides débiles). Dolor que se

intensifica a la movilización y cede o disminuye con el reposo. Sin alteración psicológica concomitante o con leve afectación con buen control terapéutico.

Exploración complementaria

Escala de Thierry con valoración 4.

Cuestionario de McGill: PRI – T: 31 – 46; PPI: 3.

ORIENTACION SOBRE CONCLUSIONES: Subsidiario de limitación temporal para la actividad laboral. Puede suponer una limitación funcional la realización de actividades con requerimientos físicos (esfuerzo físico, manejo de cargas y carga biomecánica) en grado muy alto (Grado 3 / 4 de requerimientos profesionales) o actividades con exigencias sensoriales, como una adecuada capacidad de respuesta en situaciones de alarma.

GRADO 3

Criterios de inclusión

Dolor intenso, persistente, puede interferir y dificultar el sueño, sin respuesta eficaz al tratamiento: precisa analgésicos de 3er escalón o 2º escalón con coadyuvantes con mala respuesta. Afectación psicológica acusada que puede llevar a deterioro de la vida personal con necesidad de tratamiento continuado.

Exploración complementaria

Escala de Thierry con valoración 6.

Cuestionario de McGill: PRI – T: 47 - 63; PPI: 4.

ORIENTACION SOBRE CONCLUSIONES: Limitaciones funcionales para actividades que requieran esfuerzo físico, manejo de cargas o carga biomecánica en grado 2/3. Puede llegar a tener limitaciones para actividades sedentarias.

GRADO 4

Criterios de inclusión

Dolor insoportable que no responde a opioides mayores de 3er escalón. Dolor muy intenso incluso en reposo. Requiere analgesia intervencionista de 4º escalón.

Presencia de signos vegetativos. Deterioro psíquico importante, síndrome depresivo manifiesto, imposibilidad de adecuado reposo nocturno, dificultad para desplazarse.

Exploración complementaria

Escala de Thierry con valoración 8.

Cuestionario de McGill: PRI – T: > 64; PPI: 5.

ORIENTACION SOBRE CONCLUSIONES: Puede representar limitaciones funcionales para llevar a cabo una actividad laboral continuada y / o personal autónoma».

Fatiga

La fatiga, al igual que el dolor, vuelve a ser un síntoma habitual. No obstante, esta realidad no puede restar relevancia a un síntoma que está presente en la fibromialgia y en relación con el cual se reconoce su trascendencia funcional, hasta el punto de que los criterios diagnósticos de la ACR de 1990 (existe una revisión en 2010) fueron criticados, entre otras causas, por no contemplar la presencia de la fatiga o el sueño no reparador⁹², aspectos éstos que, por lo demás, pueden encontrarse muy relacionados desde el punto de vista de la causalidad: un sueño no reparador contribuirá a una mayor fatigabilidad. Algunas publicaciones llegan a identificar la presencia de fatiga y sueño no reparador en la práctica totalidad de los pacientes con fibromialgia⁹³, fatiga que se puede presentar bien en forma de crisis de agotamiento de uno o dos días de duración o, más frecuentemente, de forma continuada, pudiendo mejorar con el reposo, describiéndose además en algunos pacientes una fatiga profunda que no mejora en ningún momento, y que predomina sobre el dolor e incluso llegando a verificar los criterios diagnósticos de un síndrome de fatiga crónica⁹⁴.

«Se valora utilizando dos escalas⁹⁵:

1. **Escala modificada de impacto de la fatiga:** Consta de 3 subescalas, física, cognitiva y psicosocial, obteniéndose una puntuación parcial de cada una de ellas, junto con una puntuación global del grado de fatiga existente.
2. **Escala de fibrofatiga:** Valora 12 parámetros que conforman la calidad de vida del paciente.

⁹² Crofford, 2017.

⁹³ Nalkamura, 2014.

⁹⁴ Rivera, 2006.

⁹⁵ A. Meléndez López, “Diseño de un Protocolo de Valoración de la capacidad funcional en los procesos de Fibromialgia” (Universidad Internacional de Andalucía, 2019).

GRADO 1

Criterios de inclusión

Se presenta fatiga ocasional u oscilante, sin limitación significativa (< 50%) en la actividad laboral y en las actividades de vida cotidiana. Sólo se observa limitación funcional en algunos momentos de su actividad, sobre todo al hacer sobreesfuerzos físicos o mentales. Permite hacer una vida casi normal, con algunas limitaciones.

Exploración complementaria

Escala de MFIS: Valoración entre 0 – 42 puntos

Escala de Fibrofatiga: Valoración entre 0 – 36 puntos

ORIENTACION SOBRE CONCLUSIONES: No limitación funcional. Puede ser necesario adecuar algunos aspectos del puesto de trabajo por evitar sobrecarga o actividades muy prolongadas. No suele precisar periodos de IT.

GRADO 2

Criterios de inclusión

Presencia de fatiga persistente, oscilante, pero sin mejora, con marcada repercusión (> 50%) en la actividad laboral y también en las actividades cotidianas. La fatiga ya se hace persistente. Está presente en todo momento y, ocasionalmente, puede ser intensa. Afecta de manera constante a todas las esferas de actividad global de la persona, que se ven reducidas en más del 50%.

Exploración complementaria

Escala de MFIS: Valoración ENTRE 43 - 67 puntos.

Escala de Fibrofatiga: Entre 37 - 57 puntos.

ORIENTACION SOBRE CONCLUSIONES: Aquí se hace necesario reducir la carga laboral y también las otras actividades intensas de tipo doméstico, personal o lúdico del enfermo. Puede requerir periodos de IT. En algunos casos puede requerir cambio del puesto de trabajo o reducción de la jornada laboral. A nivel doméstico, puede ser necesaria ayuda para tareas intensas como la limpieza. Puede suponer una limitación funcional la realización de actividades con requerimientos físicos (esfuerzo físico, manejo de cargas y carga biomecánica) en grado muy alto (Grado 3 / 4 de requerimientos profesionales) o actividades con exigencias psíquicas y sensoriales en grado 3 y 4.

GRADO 3

Criterios de inclusión

Presencia de fatiga marcada que no permite hacer actividades laborales que requieran esfuerzo físico y/p psíquico. La fatiga es intensa en todo momento. No permite hacer ningún tipo de actividad mínimamente intensa ni continuada y afecta todas las esferas de la persona (laboral, doméstica, ocio), que se ven reducidas en más del 80%.

Exploración complementaria

Escala de MFIS: Valoración > 67 puntos

Escala de Fibrofatiga: Valoración > de 57 puntos

ORIENTACION SOBRE CONCLUSIONES: Puede suponer una limitación funcional para la realización de actividades con requerimientos físicos (esfuerzo físico, manejo de cargas y carga biomecánica) en grado moderado o leve (Grado 2 / 3 de requerimientos profesionales) o actividades con exigencias psíquicas y sensoriales en grado 2 y 3, en función del resto de la valoración de la capacidad funcional del trabajador.

GRADO 4

Criterios de inclusión

No suele ser una situación fija o permanente. Son periodos de incremento de la actividad de la enfermedad, en los que el paciente no tolera hacer ni tan solo mínimos esfuerzos y suele estar en la cama o en el sofá la mayor parte del día. Incluso precisa ayuda para hacer sus curas personales y pierde parcialmente la autonomía. En esta fase puede haber incluso una situación de dependencia, necesitando el enfermo la ayuda de otras personas. Suele coincidir con brotes de agudización de la enfermedad.

ORIENTACION SOBRE CONCLUSIONES: Si se mantiene en el tiempo puede suponer una limitación funcional para la realización de cualquier actividad laboral». Debe valorarse la posibilidad de coexistencia de Síndrome de Fatiga Crónica.

Alteraciones del sueño

En los problemas de sueño en los pacientes con fibromialgia, además de su plausible relación con la fatiga que refieren y de ser uno de los síntomas que habitualmente se encuentran en el síndrome fibromiálgico, no hay estudios polisomnográficos diferenciales de otras patologías que cursan con dolor crónico. En estos pacientes se observa la presencia de mayor número de despertares, así como una duración más prolongada de los mismos.

«Para su valoración dentro del protocolo de evaluación, se han utilizado dos cuestionarios validados en clínica que cuantifican tanto la gravedad del trastorno como las características del mismo, siendo estos⁹⁶:

- Índice de calidad del sueño de Pittsburg.
- Índice de gravedad del insomnio.

GRADO 1

Criterios de inclusión

No refiere clínica compatible con alteración en el sueño.

Exploración complementaria

Puntuación PSQI < 5 puntos

Puntuación ISI: 1

ORIENTACION SOBRE CONCLUSIONES: No se evidencia trastorno del sueño.

GRADO 2

Criterios de inclusión

Paciente que refiere problemas de sueño discontinuos, no tiene constancia de la existencia de un trastorno del sueño, pero entiende que no es completamente satisfactorio, tarda en dormirse en torno a 30 minutos y más de forma intermitente (1 vez/semana) con una eficiencia del tiempo de sueño del 85 % y sin afectación de la actividad diurna. Estaríamos ante un paciente con un trastorno del sueño subclínico o leve.

Exploración complementaria

Puntuación PSQI entre 6 y 10 puntos.

Puntuación ISI: 2.

ORIENTACION SOBRE CONCLUSIONES: trastorno del sueño subclínico o leve.

GRADO 3

Criterios de inclusión

Paciente que refiere problemas de sueño continuado, es consciente de la existencia de un trastorno del sueño, tarda entre 30 y 60 minutos en dormirse tras acostarse entre uno y dos días a la semana y duerme menos de 6 horas con

⁹⁶ A. Meléndez López, “Diseño de un Protocolo de Valoración de la capacidad funcional en los procesos de Fibromialgia” (Universidad Internacional de Andalucía, 2019).

una eficiencia entre el 65 % y el 75 % del tiempo, presentando problemas en el funcionamiento diurno intermitente.

Exploración complementaria

Puntuación PSQI entre 11 y 15 puntos

Puntuación ISI: 3

ORIENTACION SOBRE CONCLUSIONES: Trastorno del sueño moderado que puede interferir con las actividades diurnas.

GRADO 4

Criterios de inclusión

Paciente que refiere problemas de sueño continuado, es consciente de la existencia de un trastorno del sueño grave, tarda más de 60 minutos en dormirse tras acostarse más de tres días a la semana y duerme menos de 5 horas con una eficiencia menor al 65 % del tiempo, presentando problemas en el funcionamiento diurno de forma continuada y en casos de carácter severo.

Exploración complementaria

Puntuación PSQI > 15 puntos

Puntuación ISI: 4

ORIENTACION SOBRE CONCLUSIONES: Trastorno del sueño grave que puede interferir con las actividades diurnas».

Disfunción cognitiva

Los pacientes con fibromialgia refieren frecuentemente problemas de memoria y concentración. La existencia de estas manifestaciones subjetivas de disfunción cognitiva ha llevado a la acuñación del término anglosajón «fibrofog» («fibroniebla»). Se encuentran en los pacientes con fibromialgia alteraciones en la atención, con dificultades para evitar distracciones⁹⁷. No obstante, algunos autores señalan que la sensación subjetiva de afectación cognitiva parece estar más relacionada con elementos subjetivos que objetivos, si bien estas dificultades subjetivas sí parecen relacionarse con una mayor intensidad de los síntomas⁹⁸, debiéndose considerar que evaluaciones neuropsicológicas efectuadas mediante estudios más específicos informan que entre el 20 y el 40% de casos presentan alteraciones en la memoria, la atención

⁹⁷ Glass, 2009.

⁹⁸ Wallit, 2016.

o la velocidad de procesamiento, así como de la función ejecutiva⁹⁹. A pesar de los estudios, no hay relación con la demencia y no hay indicación expresa para la realización de estudios neuropsicológicos para el diagnóstico clínico (pero sería recomendable), que no muestran datos específicos y si una relación importante con la existencia de trastorno depresivo¹⁰⁰.

«En el intento de conseguir una valoración global objetiva y evitar, en lo posible, el sesgo de información del paciente se han seleccionado tres métodos para la valoración funcional y de calidad de vida, que son¹⁰¹:

1. **Fibromyalgia Impact Questionnaire FIQ.**
2. **Health Assessment Questionnaire (adaptado a la Fibromialgia) FHAQ.**
3. **Índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score – SS Score).**

GRADO 1

Criterios de inclusión

Paciente que puede realizar las tareas domésticas y actividades sociales sin dificultad, se encuentra mal con poca frecuencia (1 día / semana), puede realizar su trabajo a diario de forma habitual y sin dificultad. presenta dolor y fatiga en grado funcional 1.

Poca rigidez muscular. No presenta alteración del estado de ánimo y/o ansiedad.

Exploración complementaria

FISQ: < 39 puntos.

FHAQ: 1.

SS SCORE: Entre 0-3 puntos.

ORIENTACION SOBRE CONCLUSIONES: No limitación funcional o limitación temporal en aquellas situaciones que desencadenan la sintomatología.

⁹⁹ Borchers, 2015.

¹⁰⁰ S García Blanco, 2018.

¹⁰¹ A. Meléndez López, “Diseño de un Protocolo de Valoración de la capacidad funcional en los procesos de Fibromialgia” (Universidad Internacional de Andalucía, 2019).

GRADO 2

Criterios de inclusión

Paciente que puede realizar las tareas domésticas y actividades sociales con alguna dificultad, se encuentra mal entre 2 - 3 días / semana, puede realizar su trabajo la mayoría de los días, pero con alguna dificultad. presenta dolor y fatiga en grado funcional 2. Discreta rigidez muscular. Presenta alteración del estado de ánimo y/o ansiedad leve y controlada con el tratamiento.

Exploración complementaria

FISQ: Entre 40 - 50 puntos

FHAQ: 2

SS SCORE: Entre 4-6 puntos

ORIENTACION SOBRE CONCLUSIONES: Subsidiario de limitación temporal para la actividad laboral en periodos de reagudización. Puede suponer una limitación funcional para la realización de actividades con requerimientos físicos (esfuerzo físico, manejo de cargas y carga biomecánica) en grado muy alto (Grado 3 / 4 de requerimientos profesionales) o actividades con exigencias sensoriales, como una adecuada capacidad de respuesta en situaciones de alarma, en función de la comorbilidad que presente.

GRADO 3

Criterios de inclusión

Paciente que puede realizar las tareas domésticas y actividades sociales con mucha dificultad con periodos de imposibilidad para llevarlas a cabo, se encuentra mal de forma habitual (4 - 5 días / semana), realiza su trabajo con mucha dificultad o no puede llevarlo a cabo con frecuencia (absentismocontinuo). Presenta dolor y fatiga en grado funcional 3. Contrastable rigidez muscular. Presenta alteración del estado de ánimo y/o ansiedad moderada y con mala respuesta al tratamiento.

Exploración complementaria

FISQ: Entre 50 - 75 puntos.

FHAQ: 3.

SS SCORE: Entre 7 - 9 puntos.

ORIENTACION SOBRE CONCLUSIONES: Limitaciones funcionales para actividades que requieran esfuerzo físico, manejo de cargas o carga biomecánica en grado 2/3. Puede llegar a tener limitaciones para actividades sedentarias.

GRADO 4

Criterios de inclusión

Paciente que no puede realizar las tareas domésticas y actividades sociales de forma habitual, se encuentra mal de forma continuada (6 - 7 días / semana), no puede realizar su actividad laboral. Presenta dolor y fatiga en grado funcional 4. Rigidez muscular grave. Presenta alteración del estado de ánimo y/o ansiedad severa y con mala respuesta al tratamiento.

Exploración complementaria

FISQ: > 75 puntos.

FHAQ: 4.

SS SCORE: Entre 10 - 12 puntos.

ORIENTACION SOBRE CONCLUSIONES: Limitaciones funcionales para llevar a cabo una actividad laboral continuada y / o personal autónomo».

Sintomatología depresiva y ansiedad

La presencia de un síndrome depresivo no sólo puede influir en la percepción de la intensidad dolorosa (**AL REVÉS TAMBIÉN**, la intensidad dolorosa puede acentuar el síndrome depresivo), y relacionarse con la fatiga, la mala calidad del sueño, los problemas cognitivos y, en general, con una mayor repercusión funcional de los síntomas presentes en la fibromialgia y una menor participación en el mercado laboral; de forma característica además, la ansiedad se asocia con los síntomas depresivos, de forma que síntomas ansiosos y depresivos contribuirían a un peor rendimiento físico y social¹⁰².

«Para la valoración funcional de la patología psiquiátrica seguiremos las indicaciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social, utilizando su propia metodología¹⁰³:

- Entrevista clínica.
- Evaluación psicológica básica.
 - Test de Golberg.
 - Escala de depresión.
 - Escala de Ansiedad.
- Diferenciación en grados funcionales.

¹⁰² Borchers, 2015.

¹⁰³ A. Meléndez López, “Diseño de un Protocolo de Valoración de la capacidad funcional en los procesos de Fibromialgia” (Universidad Internacional de Andalucía, 2019).

GRADO 0

Criterios de inclusión

Paciente cuyo cuadro no cumple con los criterios diagnósticos establecidos en las clasificaciones aplicadas (CIE-10 Y DSM-V) y presenta sintomatología psicopatológica aislada, que no supone disminución alguna de su capacidad funcional. Y, además:

- No precisa tratamiento médico continuado ni seguimiento especializado.
- No existe alteración de la actividad familiar y social.
- Capacidad laboral no afectada y rendimiento normal.

ORIENTACION SOBRE CONCLUSIONES: No condicionan ningún tipo de incapacidad laboral.

GRADO 1

Criterios de inclusión

Paciente cuyo cuadro cumple con los criterios diagnósticos en crisis con intervalos libres de enfermedad y presenta sintomatología psicopatológica, que supone una leve disminución de su capacidad funcional pero compatible con el funcionamiento útil. Y, además:

- Los pacientes deben de cumplir los criterios de diagnóstico para cualquier tipo de trastorno.
- Precisa tratamiento médico esporádico con seguimiento especializado durante las crisis.
- Existe alteración de la actividad familiar y social durante las reagudizaciones.
- Capacidad laboral afectada en crisis o situaciones de estrés importante.

ORIENTACION SOBRE CONCLUSIONES: La capacidad para llevar a cabo una vida autónoma está conservada o levemente disminuida, excepto en períodos recortados de crisis o descompensación. Pueden mantener una actividad laboral normalizada y productiva excepto en los períodos de importante aumento del estrés psicosocial o descompensación.

GRADO 2

Criterios de inclusión

Paciente que cumple con los criterios diagnósticos establecidos, que supone una moderada disminución de su capacidad funcional, aunque mantiene los

requerimientos necesarios para el funcionamiento útil en la mayoría de las profesiones. Y, además:

- Los pacientes presentan sintomatología psicopatológica de forma mantenida, pero sin criterios de gravedad del grado 3.
- Precisa tratamiento médico de mantenimiento habitual con seguimiento médico especializado.
- Existe alteración leve-moderada de la actividad familiar y social.
- Capacidad laboral afectada en grado moderado.

ORIENTACION SOBRE CONCLUSIONES: Restricción moderada en las actividades de la vida cotidiana (la cual incluye los contactos sociales) y en la capacidad para desempeñar un trabajo remunerado en el mercado laboral. Las dificultades y síntomas pueden agudizarse en períodos de crisis o descompensación. Fuera de los periodos de crisis el individuo es capaz de desarrollar una actividad normalizada y productiva salvo en aquellas profesiones de especial responsabilidad, riesgo o carga psíquica. Puede estar limitado para la realización de algunas actividades laborales de elevados requerimientos).

GRADO 3

Criterios de inclusión

Paciente que cumple con los criterios diagnósticos establecidos, que supone una marcada disminución de su capacidad funcional. Esta situación impide claramente el funcionamiento útil. Y, además:

Los pacientes presentan entre otros:

- Episodios maníacos y depresión (con tentativas de suicidio) recurrentes.
- Depresión mayor severa de evolución crónica.
- Trastorno bipolar con recaídas frecuentes que requieran tratamiento (cicladores rápidos).
- Presencia de síntomas psicóticos que remitan parcialmente.
- Cuadros que presentan crisis que requieran ingreso para hospitalización.
- Grave alteración en la capacidad de relación interpersonal y comunicación.
- Sintomatología alucinatoria y delirante crónica.
- Asociaciones laxas de ideas, tendencia a la abstracción, apragmatismo.
- Necesidad de internamiento.
- Graves trastornos en el control de impulsos.

- Alteraciones psicopatológicas permanentes y de grado severo.
- Precisa de un tratamiento médico de mantenimiento de forma continuada con seguimiento especializado protocolizado y escasa respuesta objetiva a los mismos.
- Existe alteración moderada-severa de la actividad familiar y social.

ORIENTACION SOBRE CONCLUSIONES: Grave restricción de las actividades de la vida diaria, lo que obliga a supervisión intermitente en ambientes protegidos y total fuera de ellos. Grave disminución de su capacidad laboral, con importantes deficiencias en la capacidad para mantener la concentración, continuidad y ritmo en la ejecución de las tareas, con repetidos episodios de deterioro o descompensación asociados a las actividades laborales (fracaso en la adaptación a las circunstancias estresantes). No puede desempeñar una actividad normalizada con regularidad.

GRADO 4

Criterios de inclusión

Paciente que cumple con los criterios diagnósticos establecidos con datos de especial severidad, que supone una severa disminución de su capacidad funcional. Totalmente incompatible con el funcionamiento útil. Y, además:

Los pacientes presentan:

- Depresión endógena (mayor) cronicada (> 2 años sin remisión apreciable).
- Trastorno bipolar resistente al tratamiento.
- Sintomatología psicótica crónica, pérdida del contacto con la realidad con trastornos disperceptivos permanentes.
- Síntomas constantes.
- Hospitalizaciones reiteradas y prolongadas por el trastorno.
- Ausencia de recuperación en los períodos intercríticos.
- Cuadros con grave repercusión sobre la conducta y mala respuesta al tratamiento.
- Conductas disruptivas reiteradas.
- Trastornos severos en el curso y/o contenido del pensamiento la mayor parte del tiempo.
- Perturbaciones profundas de la personalidad que, de modo persistente, produzcan sintomatología variada y severa, afectando a las áreas instintiva y relacional.
- Precisa tratamiento médico habitual con seguimiento especializado protocolizado y escasa o nula respuesta objetiva a los mismos.

- Existe alteración severa de la actividad familiar y social.

ORIENTACION SOBRE CONCLUSIONES: Discapacidad para todo trabajo, puede requerir ayuda para realizar las actividades de la vida diaria. Repercusión extrema de la enfermedad o trastorno sobre el individuo, manifestado por incapacidad para cuidar de sí mismo ni siquiera en las actividades básicas de la vida cotidiana. Por ello necesitan de personas para su cuidado. No existen posibilidades de realizar trabajo alguno, ni aún en centros ocupacionales supervisados».

1.8. VALORACIÓN FUNCIONAL

La disminución de capacidad para mantener un esfuerzo físico mantenido (Bennet 1996)¹⁰⁴ y una mayor necesidad de descanso se han identificado entre las principales dificultades aquejadas por pacientes con fibromialgia a la hora de afrontar las demandas de la actividad laboral; el dolor **puede** conducir a un cansancio emocional, que puede manifestarse **en forma de irritación** y bajo ánimo (Mannerkorpi 2012).

En general, los pacientes suelen describir una sensación de discapacidad, semejante a la que describen los pacientes afectados por una artritis reumatoide, pero sin presentar alteraciones orgánicas objetivas (Raftery 2339¹⁰⁵). **¿Cuál es la importancia de esta afirmación aquí?**

Un adecuado programa con terapia física, tratamiento del dolor y reeducación del paciente puede favorecer una notable mejoría de la capacidad funcional del paciente y la reincorporación al mundo laboral. Sin embargo, existen varios estudios^{106 107 108} que demuestran lo contrario.

¹⁰⁴ Tener en cuenta los criterios diagnósticos de fibromialgia de la ACR (2016).

¹⁰⁵ ¿2339?

¹⁰⁶ Impact of adding a cognitive task while performing physical fitness tests in women with fibromyalgia. A cross-sectional descriptive study. Santos Villafaina, MSc, Daniel Collado-Mateo, PhD, b,*, Francisco J. Domínguez-Muñoz, MSc, Juan P. Fuentes-García, PhD, Narcis Gusi, PhD.

¹⁰⁷ Benefits of 24-Week Exergame Intervention on Health-Related Quality of Life and Pain in Women with Fibromyalgia: A Single-Blind, Randomized Controlled Trial Santos Villafaina, MSc, Daniel Collado-Mateo, PhD, 1,2 Francisco J. Domínguez-Muñoz, MSc, 1 Juan P. Fuentes-García, PhD, 1 and Narcis Gusi, PhD 1.

¹⁰⁸ Effect of Exergame Training and Detraining on Lower-Body Strength, Agility, and Cardiorespiratory Fitness in Women with Fibromyalgia: Single-Blinded Randomized Controlled Trial Santos Villafaina 1, Yolanda Borrega-Mouqui.

Para la evaluación de la capacidad / incapacidad laboral, el médico evaluador precisa de la consideración de dos nodos: el individuo y la profesión. Por un lado, con el individuo tenemos un diagnóstico, por el otro una ocupación, con el diagnóstico unos grados funcionales, con la ocupación unos requerimientos, con los grados determinaremos unas capacidades residuales y con los requerimientos unas demandas, confrontando ambos parámetros conseguiremos una valoración objetiva de la capacidad laboral del paciente.

Para ello y partiendo de la valoración funcional realizada para cada una de las variables clínicas que conforman los procesos de FM se han conformado cuatro grupos funcionales en relación a la capacidad funcional residual del paciente que nos permitirá confrontarlo con las demandas profesionales y así permitimos una valoración objetiva de la capacidad laboral.

La nueva jurisprudencia acepta, sin los recelos del pasado, el carácter incapacitante de la FM, incluso para aquellos trabajos que no exigen un gran esfuerzo físico o una gran sobrecarga psíquica, sino aquel «cuyas exigencias físicas y psíquicas sean discretas, pues la subsistencia de aptitud laboral no puede definirse por la mera posibilidad teórica de un ejercicio esporádico de determinadas tareas, sino por la de llevarlas a cabo con la necesaria profesionalidad y conforme con las exigencias mínimas de continuidad, dedicación y eficacia¹⁰⁹». **No obstante, lo anterior, la doctrina jurisprudencial mayoritaria, mantiene que la Fibromialgia de curso severo, contraindica el desempeño de profesiones que conllevan carga física que, si no extenuante, sí que cabe calificarla como continuada.**

En las sentencias emanadas de los órganos judiciales sociales afloran, en no pocas ocasiones, criterios generales para esa valoración objetiva:

- 1. La intensidad y periodicidad de los brotes de dolor, acreditadas a través del diagnóstico clínico del/a paciente, y de su historial médico,** de modo que, si la intensidad es importante, y si su periodicidad es frecuente, un extremo este último también demostrable mediante la existencia de bajas médicas continuadas, la FM se podría valorar como invalidante.
- 2. La resistencia al tratamiento médico paliativo, que se suele corroborar mediante informes médicos emitidos por las unidades del dolor,** es un criterio objetivo que, normalmente en conjunción con la intensidad y periodicidad de los brotes de dolor, permite considerar

¹⁰⁹ STSJ ICAN 693/2018 Órgano: Tribunal Superior de Justicia. Sala de lo Social Sede: Palmas de Gran Canaria (Las) Sección: 1 Fecha: 31/07/2018.

a la FM como dolencia invalidante atendiendo al estado actual de la ciencia médica. Se toma en consideración, en definitiva, la forma en la que el afectado ha intentado combatir, sin éxito, la clínica dolorosa que padece.

- 3. La existencia de puntos gatillo positivos, aun en el número mínimo necesario para el diagnóstico médico, que es de 11, no determina por sí sola la existencia de una incapacidad permanente.**
- 4. Existencia de dolencias asociadas, como la cefalea crónica, la enfermedad inflamatoria intestinal, patología osteoarticular o la depresión, que, a veces por sí mismas, pueden determinar la existencia de la incapacidad,** por ejemplo, una depresión mayor cronificada se valorara, en atención al caso concreto, como una incapacidad permanente absoluta, y otras veces asociadas al dolor, ratifican un diagnóstico de FM.

Duración de la Incapacidad Temporal (IT) y criterios para su manejo

En lo referente a la incapacidad temporal podría estar indicada al inicio del proceso hasta el establecimiento del diagnóstico y la instauración del tratamiento, siempre y cuando la sintomatología y los requerimientos del puesto de trabajo, así lo justificasen.

La situación de IT inicial para el diagnóstico, sería la indicada para la realización de los estudios necesarios para descartar otras patologías. Esta situación de IT estaría justificada siempre que la sintomatología alegada tuviese la entidad clínica suficiente para impedir de forma temporal realizar la actividad laboral habitual o los requerimientos de su puesto de trabajo.

Las situaciones más frecuentes que en la actualidad son motivo de IT en estos pacientes son el aumento de la sintomatología dolorosa generalizada o local, la acentuación de la fatiga, la presencia de trastornos psicopatológico asociado o la presencia de enfermedades concomitantes. Se debe realizar una valoración individualizada de los pacientes y sobre todo de los trastornos o enfermedades concomitantes.

En los pacientes con FM, se considera adecuado que la duración de la IT sea lo más corta posible. No conviene olvidar que el trabajo externo remunerado es uno de los factores que se asocian a un mejor pronóstico, no beneficiando la situación de paro laboral. **Cierto y aplicable de forma general, pero no**

en todas las situaciones la persona puede desarrollar su actividad para que se dé dicha situación.

Realizar una actividad laboral es beneficiosa en el curso de la FM (como por otra parte sucede, en términos generales, en toda enfermedad crónica), ya que contribuye a evitar el aislamiento social y puede reducir el impacto de la enfermedad en su calidad de vida y está descrita la existencia de asociación entre un mejor perfil clínico y evolutivo y el mantenimiento de la actividad laboral¹¹⁰.

En este sentido, el documento sobre FM elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo recoge que: «El mantenimiento de una actividad laboral compatible con la evolución de la FM es de gran ayuda para el paciente en el curso del proceso. La conservación de la máxima integración en las empresas de estos pacientes requiere de una estrecha coordinación de los servicios asistenciales con los servicios de salud laboral y los servicios de recursos humanos de las empresas para evitar que una falta de comunicación origine un prematuro e inadecuado cese en la actividad laboral, que, lejos de facilitar la evolución de la FM, empeore su pronóstico, cuando un ajuste adecuado a su debido tiempo de la actividad puede contribuir decisivamente a una mejoría en el pronóstico». **Importante que esto suceda realmente y que se tengan en cuenta los informes de las mutuas y del servicio de prevención de riesgos laborales, así como informes de medicina privada que puedan aportarse.**

En el mismo sentido la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA) en su Guías de práctica clínica sobre Fibromialgia de 2016, en sus recomendaciones prácticas para la FM establece la recomendación del trabajo y contención de los costes en salud en estos pacientes, y la recomendación a los profesionales sanitarios de que deben fomentar que los pacientes continúen en su puesto de trabajo y, **si fuera necesario**, dar recomendaciones que pudiesen ayudar a mantener una óptima productividad, ya que los resultados son generalmente más favorables en aquellas personas que mantienen su empleo.

¹¹⁰ Reisine, 2004.

La media de meses consumidos de incapacidad temporal por persona afectada de Fibromialgia, en el período comprendido entre 1999 y 2004, ascendió a 15,05 meses¹¹¹.

Valoración de la incapacidad

La valoración de la **incapacidad permanente** en un paciente con el diagnóstico de FM es un proceso en el que confluyen muchos factores, debiéndose tener en cuenta de forma importante la comorbilidad. **Que nuestra patología se considere dentro de las osteoarticulares y crear un código propio.**

Los pacientes difieren en las manifestaciones y en la gradación de las mismas, así como en los ámbitos de repercusión.

La Sociedad Española de Reumatología en su Documento de consenso sobre la FM, el apartado referente a la **incapacidad permanente** laboral señala: «no se ha establecido qué componentes de la FM están más relacionados con su gravedad y su repercusión laboral, ya que muchos de ellos son de **apreciación subjetiva**, y es difícil introducir instrumentos validados que permitan medir la **incapacidad permanente** laboral en la FM. El propio proceso de evaluación de la **incapacidad permanente** y los **litigios por obtener o mejorar la compensación económica** pueden actuar como factores agravantes del proceso. Finalmente, es posible que determinadas condiciones laborales (insatisfacción, ergonomía inadecuada) contribuyan a la **incapacidad permanente** laboral en la FM».

No existen métodos o cuestionarios objetivos validados¹¹² en el ámbito de la evaluación de la discapacidad laboral que permitan una clasificación de los pacientes según el grado de afectación. Existe una clara discrepancia entre lo que el paciente percibe y lo que realmente es capaz de hacer. **¿Esto es una valoración subjetiva del evaluador en este caso?** Es necesario basarse en

¹¹¹ LEÓN IGLESIAS, Javier, *Búsqueda de nuevos criterios de valoración del menoscabo funcional en los procesos de incapacidad permanente con causa en la Fibromialgia y/o Síndrome de Fatiga crónica. Un enfoque multidisciplinar*, Leioa, Universidad del País Vasco, 1ª ed., 2005.

¹¹² En realidad, sí existen: Vicente Herrero M. T., Capdevila García L., Ramírez Iñiguez de la Torre M. V., Delgado Bueno S., Bandrés-Moyá F. La Fibromialgia en la jurisprudencia española. Herramienta FM-Check de Valoración. Arch Med (Manizales) 2017. 17(2):379-89.

instrumentos y todos los datos aportados (informes sanidad privada, mutuas, prevención riesgos laborales...).

La valoración se realizará de forma personal individualizada, con una evaluación específica de todas las patologías concomitantes.

En la valoración de la FM, se reseñará en el Informe de valoración clínico-laboral, todos aquellos datos que se hayan obtenido de una minuciosa exploración, lo que permitirá objetivar la repercusión funcional y las posibles limitaciones existentes **de haberlas**. La evaluación conjunta e interrelacionada de todas las circunstancias, permitirá determinar si la sensación dolorosa y los trastornos que la acompañan, tienen entidad suficiente para generar una diferente capacidad funcional para el desarrollo de actividad reglada (**y de ser así, necesidad de que se adapte el puesto de trabajo para poder seguir desempeñando la actividad laboral**).

Se han demostrado estadísticamente como parámetros exploratorios relevantes, a utilizar en la valoración de la incapacidad permanente, los siguientes: 1) disminución de la fuerza segmentaria, y 2) inadecuación y pérdida de la masa muscular. Por el contrario, se comprobó que, a mayor número de puntos sensibles afectados, la tendencia a la estimación de supuestos por Jueces y Tribunales decrecía, lo que interpretamos en el sentido que los citados puntos no representan datos exploratorios importantes para la evaluación de la incapacidad permanente¹¹³.

Crterios para la contingencia

La FM es considerada en nuestro país, atendiendo a la contingencia determinante, como una patología derivada de enfermedad común. No se encuentra recogida como enfermedad profesional en el R.D. 1299/2006 de enfermedades profesionales.

En determinadas ocasiones los pacientes refieren haber sufrido un acontecimiento traumático (**no siempre, y, además, suele tratarse de un acontecimiento relacionado con el estrés físico o emocional, aunque en ocasiones este desencadenante no se produce**) como desencadenante de la

¹¹³ LEÓN IGLESIAS, Javier, *Búsqueda de nuevos criterios de valoración del menoscabo funcional en los procesos de incapacidad permanente con causa en la Fibromialgia y/o Síndrome de Fatiga crónica. Un enfoque multidisciplinar*, Leioa, Universidad del País Vasco, 1ª ed., 2005.

sintomatología clínica. Pero, conviene recordar que todavía no existe una etiopatogenia definida. No se han reconocido alteraciones estructurales primarias¹¹⁴, aunque si se han evidenciado alteraciones neurofisiológicas, endocrinológicas inmunomoduladoras, además de anomalías psicológicas. Se han descrito factores predisponentes y desencadenantes como trastornos de ansiedad, estrés físico y psicológico, etc. Todo ello dificulta la posibilidad, de que se pueda contemplar dentro de otro campo de contingencias que no sea la de enfermedad común.

Además, según varias encuestas FIQ (Fibromyalgia Impact Questionarie) se corrobora el hecho de que existe un sesgo de género significativo en esta enfermedad.

Roizenblatt y cols. (7)¹¹⁵, trabajando sobre aspectos del sueño en FM, compararon tres grupos de adolescentes, unos que cumplían los criterios de FM, otros que no los cumplían, pero referían dolor generalizado, y otros que no tenían dolor. Los autores observaron un predominio significativo de madres con FM entre el grupo que cumplía los criterios (71%) en comparación con el grupo de dolor crónico (30%) o los asintomáticos (0%).

Por otro lado, el grupo de Buskila D y Neumann L (8), llevó a cabo varios trabajos familiares para cuantificar la posible concurrencia genética de la enfermedad, llegando a la conclusión de que un componente genético parecía estar presente.

Por tanto, se demuestra que sí que existe cierta vulnerabilidad genética que favorece la predisposición familiar¹¹⁶.

Se han asignado los siguientes métodos de valoración para cada grupo de afección con el fin de obtener una valoración objetiva de la capacidad laboral:

¹¹⁴ Sí se han reconocido:

- Amygdala retraining for FM and CFS univ. Rochester 2012.
- Amygdala-Retraining-JHH-Sept-2010.
- “Estudio de Investigación controlado randomizado de Terapia de Reentrenamiento de la Amígdala para Fibromialgia y Fatiga Crónica con análisis de biomarcadores”. Dr. García Campayo, terapeuta Virginia Gasión.

¹¹⁵ A. Meléndez López, “Diseño de un Protocolo de Valoración de la capacidad funcional en los procesos de Fibromialgia” (Universidad Internacional de Andalucía, 2019).

¹¹⁶ Ablin y Buskila, 2014; Chaves, 2013; Crofford, 2013; Saldivar et al., 2010.

VARIABLES	METODOLOGÍA DE VALORACIÓN
DOLOR	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis dirigida. - Escala de Thierry. - Clasificación funcional AEMT. - Cuestionario del dolor de McGill. - Escala visual analógica del dolor (EVA). - Índice del dolor generalizado (WPI). - Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FIRST).
FATIGA	<ul style="list-style-type: none"> - Escala modificada de impacto de la fatiga. - Escala de fibrofatiga.
TRASTORNOS DEL SUEÑO	<ul style="list-style-type: none"> - Índice de calidad del sueño de Pittsburg. - Índice de gravedad del insomnio.
CAPACIDAD FUNCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> - Fibromyalgia Impact Questionarie (FIQ). - Health Assessment Questionnaire (adaptado a fibromialgia) FHAQ. - Índice de gravedad de síntomas (Symptom Severity Score-SS Score).
VALORACIÓN PSICOLÓGICA	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico clínico mediante entrevista. - Establecimiento del grado funcional.
VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FÍSICA	<ul style="list-style-type: none"> - Prueba de la marcha de los seis minutos. - Pruebas de biomecánica (reflejar todas las limitaciones). - Informe Barthel.
VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR	<ul style="list-style-type: none"> - Escala de pérdida de movilidad global.
VALORACIÓN DE LA COMORBILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnósticos clínicos.
VALORACIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROFESIONALES	<ul style="list-style-type: none"> - Guía de valoración profesionales del INSS. - Informes técnicos de prevención de riesgos laborales. - Informes médicos sanidad privada (cuando se mantiene la valoración).

La discapacidad

«El o la solicitante de discapacidad, deberá cumplimentar el impreso correspondiente, 1) directamente en el órgano gestor de las Comunidades Autónomas, Diputaciones, etc., 2) o bien a través del trabajador o trabajadora social de su Ayuntamiento o Mancomunidad.

Será citado por el Equipo de Valoración y Orientación (EVO), y será evaluado por varios profesionales; los más habituales son médico, psicólogo, trabajador social y terapeuta ocupacional, por cuanto que la Discapacidad atiende a factores físicos, psíquicos, sensoriales, así como a aspectos sociales complementarios.

Del traslado de los datos clínicos y factores sociales complementarios recabados, a los baremos establecidos en el Anexo I del Real Decreto 1971/1999, se obtendrá el porcentaje global de Discapacidad.

Cualquier persona tiene derecho a solicitar la Discapacidad –haya trabajado o no, sea mayor o menor de edad-, y para obtener ventajas sociales, fiscales u ocupacionales se precisará alcanzar, al menos, el 33% de Discapacidad (para la Prestación No Contributiva de Invalidez, el 65%).

Para acceder a las plazas de aparcamiento destinadas a personas con Discapacidad, existe el baremo específico de dificultades de movilidad para la utilización de trasportes públicos colectivos¹¹⁷».

Diferencias entre la pensión no contributiva de Invalidez y la prestación contributiva de incapacidad Permanente¹¹⁸

No Contributiva de Invalidez	Incapacidad Permanente Contributiva
-Se puede solicitar a partir de los 18 años	-A partir de los 16 años
-No existen cotizaciones al sistema o éstas son Insuficientes	-En enfermedad común: Período de carencia
-No se precisa alta o asimilada, pero sí residencia	-Se precisa alta o asimilada, a excepción de la Incapacidad

¹¹⁷ LEÓN IGLESIAS, Javier, *Seguridad Social. Metodología para el estudio de su acción protectora*, Madrid, Tecnos, 1ª ed., 2020.

¹¹⁸ LEÓN IGLESIAS, Javier, *Seguridad Social. Metodología para el estudio de su acción protectora*, Madrid, Tecnos, 1ª ed., 2020.

	Permanente Absoluta o Gran Invalidez
-Toma en consideración factores clínicos y sociales	-Atiende solamente a las limitaciones funcionales del afectado y su capacidad laboral (se descartan factores sociales complementarios)
-La Discapacidad se cuantifica de manera objetiva a través de los baremos del Real Decreto 1971/1999	-Se valora caso por caso por el EVI y revisión posterior por la Jurisdicción Social
-Está sujeta a un límite de ingresos de la unidad económica	-Los ingresos de la unidad económica son indiferentes

2. BIBLIOGRAFÍA

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

- “Atención A pacientes con Fibrromialgia” (Generalitat Valenciana, Consejería de Sanidad, 2014).
- “Balneoterapia y Fibromialgia Reumática. Experiencia en el Balneario de Lugo” (Meijide-Failde R, López-Linares S, Vela-Anero A, Burguera EF).
- Benefits of 24-Week Exergame Intervention on Health-Related Quality of Life and Pain in Women with Fibromyalgia: A Single-Blind, Randomized Controlled Trial Santos Villafaina, MSc,¹ Daniel Collado-Mateo, PhD,^{1,2} Francisco J. Domínguez-Muñoz, MSc,¹ Juan P. Fuentes-García, PhD,¹ and Narcis Gusi, PhD¹.
- Berger A, Dukes E, Martin S, Edelsberg J, Oster G. Characteristics and healthcare costs of patients with fibromyalgia syndrome. *Int J Clin Pract.* 2007;61(9):1498–508.
- “Características y respuesta al tratamiento multidisciplinar de pacientes afectados de Fibrromialgia” (tesis doctoral Sara Lera Miguel, Universidad de Barcelona, Dpto. de Psiquiatría y Psicología clínica).
- Castel, A., Salvat, M., Sala, J., & Rull, M. (2009). Cognitive-behavioural group treatment with hypnosis: a randomized pilot trail in fibromyalgia. *Contemporary Hypnosis*, 26(1), 48-59. doi: 10.1002/ch.372
- Castillo-Saavedra L, Gebodh N, Bikson M, Diaz-Cruz C, Brandao R, Coutinho L, Truong D, Datta A, Shani-Hershkovich R, Weiss M, Laufer I, Reches A, Peremen Z, Geva A, Parra LC, Fregni F. Clinically Effective Treatment of Fibromyalgia Pain with High-Definition Transcranial Direct Current Stimulation: Phase II Open-Label Dose Optimization. *J Pain.* 2016 Jan;17(1):14-26. doi: 10.1016/j.jpain.2015.09.009. Epub 2015 Oct 9. PMID: 26456677; PMCID: PMC5777157.
- “Catecholamine and Indolamine Pathway: A Case–Control Study in Fibromyalgia” (Alma Rus, Francisco Molina, María Luisa Del Moral, María Jesús Ramírez-Expósito and José Manuel Martínez-Martos).
- Clinical Rheumatology.* Agosto de 2018; 37 (8): 2203-2212. doi: 10.1007 / s10067-018-4117-z. Epub 2018 5 de mayo. Universidad de Siena, Italia.
- Collado A., Conesa A. Tratamiento farmacológico de la fibromialgia: hacia la neuromodulación clínica. *Reumatología Clínica*, 2019 August; Vol. 5. Núm. SE2: 27-32. <https://www.reumatologiaclinica.org/es-tratamiento-farmacologico-fibromialgia-hacia-neuromodulacion-articulo-S1699258X09001478>
- “COMPARTIR EXPERIENCIAS, COMBATIR EL DOLOR. Una visión de la fibromialgia desde el ámbito bio-psico-social” (Coordinación de Pilar Montesó-Curto y Lluís Rosselló Aubach. Universitat Rovira i Virgili, 2017).
- “Consortio MAR Parque de Salud de Barcelona” (Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria IMAS).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. ANEXO



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

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

**University of Michigan
Health System**

May 4, 2021

To Whom it May Concern:

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

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

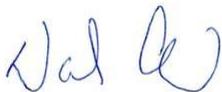
Fibromyalgia is characterized by widespread musculoskeletal pain, this may be considered as a discrete diagnosis or as a constellation of symptoms characterized by central nervous system amplification with concomitant fatigue, memory problems, and sleep and mood disturbances, for which no alternative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

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

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

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

Sincerely,

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

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

TRADUCCIÓN



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

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

**University of Michigan
Health System**

4 mayo 2021,

A quien pueda interesar:

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

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

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

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

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

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

Cordialmente,



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

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

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



Subvencionado por:



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL



COCEMFE



CONFESQ

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

 <http://confederacionssc.es/>

 info.confesq@gmail.com

 722 225 640