



TÍTULO

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN LOS PROCESOS DE FIBROMIALGIA

AUTOR

Antonio Meléndez López

Esta edición electrónica ha sido realizada en 2019

Director/Tutor	José Luis de la Fuente Madero
Curso	<i>Máster Universitario en Valoración Médica del Daño Corporal (2017/18)</i>
ISBN	978-84-7993-519-1
©	Antonio Meléndez López
©	De esta edición: Universidad Internacional de Andalucía
Fecha documento	2018



Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas

Usted es libre de:

- Copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra.

Bajo las condiciones siguientes:

- **Reconocimiento.** Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciadore (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace de su obra).
- **No comercial.** No puede utilizar esta obra para fines comerciales.
- **Sin obras derivadas.** No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.
- *Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.*
- *Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.*
- *Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.*



DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE VALORACION DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN LOS PROCESOS DE FIBROMIALGIA

ALUMNO: ANTONIO MELENDEZ LOPEZ

TUTOR: JOSE LUIS DE LA FUENTE MADERO

**MASTER UNIVERSITARIO EN VALORACION MEDICA DEL DAÑO
CORPORAL. CURSO 2017/2018**

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE VALORACION DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN LOS PROCESOS DE FIBROMIALGIA

INDICE

	Página
1.- INTRODUCCION	4
2.- OBJETIVOS	8
2.1.- OBJETIVO PRINCIPAL	8
2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
3.- LOS PROCESOS DE FIBROMIALGIA	9
3.1.- MECANISMOS ETIOPATOGENICOS	9
3.2.- CLINICA	17
3.3 - DIAGNOSTICO	20
3.4 - DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	21
3.5 - CLASIFICACION	25
3.6.- TRATAMIENTO	25
4.-EL CONCEPTO DE INCAPACIDAD LABORAL Y DISCAPACIDAD EN LA LEGISLACION ESPAÑOLA	28
5.- VALORACION DE LA JURISPRUDENCIA ESPAÑOLA EN LOS PROCESOS DE FIBROMIALGIA	37
6.- PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA VALORACION DE LOS PROCESOS DE INCAPACIDAD LABORAL	47
6.1.- PROTOCOLO DE VALORACION	49
6.1.1.- ESTUDIO DE LA DOCUMENTACION APORTADA .HISTORIA CLINICA. EXPLORACION FISICA	51
6.1.2.- VALORACION DEL DOLOR	
6.1.3.- VALORACION DE LA FATIGA	62

6.1.4.- VALORACION DEL TRASTORNO DEL SUEÑO	66
6.1.5.- VALORACION DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL	70
6.1.6.- VALORACION PSICOLOGICA	74
6.1.7.- VALORACION DE LA CAPACIDAD FISICA	80
6.1.8.- VALORACION OSTEOMUSCULAR	82
6.1.9. VALORACION DE LA COMORBILIDAD	84
6.2.- VALORACION DE LOS REQUERIMIENTO PROFESIONALES	85
6.3.- VALORACION DE LA CAPACIDAD LABORAL	86
7.- DISCUSION	96
8.- CONCLUSIONES	99
9.- BIBLIOGRAFIA	101
10.- ANEXOS	106

1.- INTRODUCCION

La Fibromialgia es la causa más prevalente de dolor crónico generalizado a la que hoy nos enfrentamos en nuestra consulta diaria en salud laboral, se trata de una controvertida dolencia de evolución crónica y etiología en fase de investigación que se define por la presencia de dolor musculoesquelético difuso (de más de 3 meses de evolución), junto con la presencia de una sensación dolorosa a la presión en múltiples puntos (puntos dolorosos o *tender points*).

En una breve revisión histórica observamos que ya en 1904, Gowers acuñó el término «fibrositis» para describir un cuadro de dolor generalizado, de carácter difuso y cambiante que afectaba a las vainas tendinosas, músculos y articulaciones para el que asumió en aquel tiempo una base inflamatoria, aun a pesar de que los pacientes no manifestaran signos de flogosis⁽¹⁾. En 1927, Albee varió la definición de miofibrositis o fibromiositis y en ella no sólo se asume la ignorancia de su etiología sino que dejaba abierta la posibilidad de incluir con clínica semejante distintas patologías.

Ya en 1939 se denomina con el término de dolor miofascial y se definen la existencia de puntos dolorosos. A partir de 1950, con base inmunológica objetable, se define como una entidad de origen incierto que cursa con dolores difusos, fatiga, rigidez matutina y trastornos del sueño. En la década de los años sesenta se define esta patología como síndrome miofascial.

En el último tercio del siglo XX, desde la década de los 70 y desde que fuera definido en 1977 por los canadienses H.A. Smyhe y H. Moldofsky, sucesivos estudios y publicaciones científicas han venido a confirmar la realidad incontrovertible de la Fibromialgia, estableciendo con precisión sus límites y fijando los criterios para su clasificación y diagnóstico.

En 1990, el Colegio Americano de Reumatología organiza una comisión de expertos que, tras clasificar y definir el proceso doloroso, publica las conclusiones que hoy día constituyen el diagnóstico de Fibromialgia.

En relación a su prevalencia, la Fibromialgia afecta aproximadamente entre un 2 a un 5% de la población general de diferentes países. Su prevalencia en España es del 2,4% de la población general mayor de 20 años, según datos del estudio EPFISER 2008₍₂₎. Es más frecuente en el sexo femenino (en una proporción aproximada de 9 - 10 mujeres por cada varón). En cuanto a los grupos de edad, la prevalencia máxima aparece entre los 40 y los 49 años (4.9% de los casos), siendo relativamente infrecuente por encima de los 80 años de edad o su aparición en niños.

Entre 10 y 20% de los ingresos en clínicas especializadas en reumatología reciben el diagnóstico de Fibromialgia; sin embargo se estima que alrededor del 90% de quienes deberían enmarcarse en un cuadro de Fibromialgia permanecen sin diagnóstico, ya sea por desconocimiento del personal sanitario acerca de la misma o porque muchos profesionales no la reconocen como enfermedad₍₃₎.

El abordaje de la valoración de la capacidad funcional en los pacientes con Fibromialgia constituye un tema de especial interés en la medicina evaluadora, con un evidente interés sanitario y social ya que durante décadas se ha valorado con connotaciones inequívocamente peyorativas, cabe recordar que hasta hace escasos años se negó la realidad de la Fibromialgia, o en el mejor de los casos, las molestias que el síndrome causaba se consideraban meramente psicósomáticas. Durante mucho tiempo fue considerada un *trastorno de somatización* sin un origen físico identificable. Esta creencia finalmente se desestimó y fue definida en 1992 por la OMS como un estado doloroso generalizado no articular que afecta predominantemente a las zonas musculares y el raquis, y que se caracteriza por la existencia de una exagerada hipersensibilidad en la percepción del dolor (*alodinia e hiperalgesia*), sin que existan alteraciones orgánicas. Actualmente viene recogida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 10) de la Organización Mundial de la Salud con el código M79.7, dentro del grupo "*Otros trastornos de tejidos blandos*".

La importancia de la Fibromialgia reside no sólo en su frecuencia sino también en su comorbilidad, sus dificultades diagnósticas, sus complejos y prolongados tratamientos y, en definitiva, su repercusión social, laboral y sobre la calidad de vida del paciente.

La Fibromialgia es una de las enfermedades que más impacto produce en la calidad de vida, ya que suele ocasionar importantes consecuencias en el estado de salud de la persona que la padece. Aunque estado de salud y calidad de vida son conceptualmente diferentes, la mayoría de las veces se utilizan como sinónimos o se hace referencia a la calidad de vida relacionada con la salud. Las dimensiones que más se ven afectadas en la vida de estos pacientes son: la capacidad física, la actividad intelectual, el estado emocional, las relaciones personales, el desarrollo profesional y la salud mental. Todo esto va a requerir que el paciente con Fibromialgia tenga que desarrollar diferentes estrategias de afrontamiento, sin resultado positivo en muchos de los casos. Los síntomas asociados a la enfermedad, como el dolor, la fatiga y los problemas de sueño, unidos a los problemas emocionales/cognitivos, conllevan a una reducción de las actividades cotidianas y de la actividad física, se evitan también las actividades de ocio y/o se puede interrumpir la promoción profesional o educativa, lo que poco a poco se traduce en una dificultad para el mantenimiento de las relaciones familiares y de amistad, y que en un porcentaje muy alto de los casos lleva al aislamiento social.

Con relación a la capacidad de trabajo, dada su mayor frecuencia en la edad productiva y la elevada prevalencia de la Fibromialgia, las repercusiones laborales son importantes. En relación con los costes totales que supone un problema de salud como la Fibromialgia, los de mayor peso son los relacionados con el impacto laboral, en términos de incapacidad temporal, absentismo e incapacidad permanente antes de la jubilación. Este impacto laboral parece estar fuertemente influido por la comorbilidad asociada, en especial la psicopatológica (trastornos adaptativos, ansiedad y depresión), siendo ésta una realidad encontrada también en otros contextos, en relación con la presencia de depresión. Aparte de las manifestaciones clínicas, es necesario tener en cuenta las condiciones de trabajo y la influencia de los aspectos laborales en la evolución y pronóstico de la enfermedad.

El 78% de los pacientes con Fibromialgia que tienen trabajo remunerado ha estado en algún momento de su vida en situación de Incapacidad Temporal por dicha patología. El estudio EPISER 2000₍₄₎ cuantificó que el 11% de las personas con esta enfermedad

se encuentra en incapacidad laboral temporal o permanente, frente al 3,2% de la población general. Los datos del Instituto Nacional de la Seguridad Social en 2008 mostraron un número total de 3.824 procesos de Incapacidad Temporal con el diagnóstico de Fibromialgia. En la actualidad, los datos indican que la duración media de estos procesos es de aproximadamente 14 días.

Recientes estudios refieren que las personas con Fibromialgia presentan una media anual de 21 días de trabajo perdidos debido a este problema, y confirman que el número de días de baja por enfermedad es de 3-4 veces superior a otros trabajadores.

La percepción de discapacidad grave conlleva a que un alto porcentaje de pacientes soliciten la determinación de alguno de los grados de incapacidad, y los tribunales fallan positivamente en más del 16%, comparado con el 2,2% de la población general y el 28,9% de los pacientes con artritis reumatoide.

En relación al porcentaje de procesos de incapacidad, existen discrepancias, situándose en torno al 12% en algunos trabajos y al 30% en otros. En cualquier caso, en los trabajos realizados en nuestra población, los porcentajes de personas con Fibromialgia en activo están en el rango de los obtenidos en otros países, según un estudio de revisión de la literatura que lo sitúa entre un 34% y un 77%.

Con todo y pese a lo anteriormente expuesto, en la actualidad persiste el debate sobre la legitimidad de definir la Fibromialgia como enfermedad, habida cuenta de las consecuencias médicas, sociales y jurídicas que tal afirmación podría implicar. Las razones de fondo giran en torno a la subjetividad de las molestias que causa, al carácter artificial y abusivo de los criterios de clasificación cuando son utilizados como diagnósticos y, sobre todo, a la ausencia de alteraciones biológicas o anatomopatológicas que acrediten con objetividad el sustrato patológico de los síntomas que padecen los afectados.

Un aspecto particularmente controvertido del debate es determinar si la evidente merma del rendimiento que presentan estos pacientes puede estar relacionada con limitaciones susceptibles de ser objetivadas y, en tal caso, qué consecuencias deberían tener en el ámbito de la protección social, así como la elaboración de una metodología

de evaluación, que basada en la evidencia científica, nos permita diseñar protocolos definidos que nos ayuden a valorar cuantitativa y cualitativamente la pérdida de capacidad funcional derivada tanto del cuadro primario de Fibromialgia, como de la patología acompañante que pueda conllevar.

2.- OBJETIVOS

2.1.- OBJETIVO PRINCIPAL

- Elaboración y establecimiento de un protocolo de valoración de la pérdida de capacidad funcional en pacientes con Fibromialgia.

2.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluación de la posible pérdida de capacidad funcional secundaria al Síndrome Algico.

- Evaluación de la posible pérdida de capacidad funcional secundaria al Síndrome osteomuscular.

- Evaluación de la posible pérdida de capacidad funcional secundaria a la patología subyacente en pacientes con Fibromialgia

3.- LOS PROCESOS DE FIBROMIALGIA

3.1.- MECANISMOS ETIOPATOGENICOS

La Fibromialgia presenta en la actualidad una etiología en fase de investigación, y aunque son muchos los que se barajan como factores implicados, no se conoce con exactitud la base fisiopatológica de la misma. En cuanto a la etiopatogenia, autores como Robert Bennett ⁽⁵⁾ opinan que en general hay dos ideas en torno al desarrollo de la enfermedad, la de un origen central y la de un origen periférico; podemos hipotetizar que ambos mecanismos se solapan y se retroalimentan, y que la excitabilidad periférica instiga la facilitación central, que cuando se hace crónica, condiciona el desarrollo de mecanismos neuroplásticos con fenómenos de sumación espaciotemporal; el resultado sería un estado de hipersensibilidad generalizada, no sólo desde el punto de vista físico, sino también emocional.

Hay personas que desarrollan la enfermedad sin causa aparente, mientras que en otras (más del 50%) comienza de forma brusca tras acontecimientos claramente identificables que actuarían como factores desencadenantes y/o precipitantes en personas predispuestas, como puede ser: una infección bacteriana o viral, un accidente de tráfico, una cirugía mayor, y en general, tras situaciones de estrés intenso, tanto de índole física como psicológica ⁽⁶⁾. Algunos estudios muestran que el estrés laboral también podría contribuir a la aparición de la Fibromialgia.

Entre las infecciones descritas como causa desencadenante, la infección vírica ocupa un lugar preponderante, destacando principalmente el virus Epstein-Barr. Algunos casos aparecen después de que otra enfermedad conocida limite la calidad de vida (artritis reumatoide, lupus eritematoso, etc.). Sin embargo, aún no se ha podido establecer una correlación bien definida entre los síntomas y alguno de estos problemas de salud.

Se han encontrado diversas alteraciones morfológicas y funcionales en las biopsias de músculos y tejidos blandos de los pacientes con Fibromialgia, pero los hallazgos hasta la actualidad son bastante inespecíficos. Existen varios posibles mecanismos patogénicos:

a) Factores genéticos:

Existe una agregación familiar comprobada, dado que el riesgo de padecer la enfermedad entre los familiares de pacientes con Fibromialgia es 8.5 veces mayor que en otras poblaciones. Hay indicios de que algunos fenotipos genéticos, como el gen regulador de la proteína transportadora de la serotonina y la sustancia P, son más frecuentes en los enfermos con Fibromialgia que en la población general. Lo mismo ocurre con el gen que regula la expresión de la enzima catecol-o-metiltransferasa, cuya función inactiva la dopamina y las catecolaminas, las cuales aparecen disminuidas en estos pacientes.

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

Se ha insinuado que, dada la comorbilidad entre Fibromialgia y trastornos anímicos, una misma base genética común podría subyacer en ambos.

La tendencia familiar de patologías similares y asociadas, como el síndrome de colon irritable, la migraña, o incluso el trastorno de estrés postraumático, ha sido descrita en la literatura.

Mecanismos fisiopatológicos relacionados con una labilidad adreno corticosuprarrenal podría avalar una menor adaptabilidad en determinadas familias, con una mayor propensión, supuestamente hereditaria, a la somatización.

Con respecto a los síndromes somáticos funcionales, dentro de los cuales se podría englobar la enfermedad, en los que el espectro afectivo se altera junto al somático (9), se puede encontrar extensa bibliografía en busca de alguna característica genotípica

relacionada con la transmisión catecolaminérgica. En este sentido, diversos trabajos describen polimorfismo genético en los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico de pacientes con fibromialgia y patologías asociadas tales como el síndrome de fatiga crónica, el colon irritable, o la personalidad de tipo ansioso .

Por último, avalada por la similitud clínica entre la Fibromialgia y el hipotiroidismo (fatiga no justificada; aumento de peso, a pesar de mantener la dieta; intolerancia al frío; signo de Raynaud...) , y no reñida con la hipótesis de la disfunción catecolaminérgica, se ha considerado que una desregulación tiroidea podría venir genéticamente condicionada por un fallo transcripcional.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, parece que sí que existe cierta vulnerabilidad genética que favorece la predisposición familiar (Ablin y Buskila, 2014; Chaves, 2013; Crofford, 2013; Saldivar et al., 2010).

b) Alteraciones del Sistema Nervioso Central:

Estudios recientes han evidenciado que la causa principal de la Fibromialgia es una alteración de los mecanismos de procesamiento del dolor, probablemente por un desequilibrio en neuromoduladores del sistema nervioso central, lo que provoca que estos pacientes tengan un umbral más bajo y necesiten estímulos de menor intensidad para padecer dolor.

En los últimos años se han puesto de manifiesto estudios donde se han encontrado diferencias significativas en el procesamiento del dolor entre pacientes con Fibromialgia y personas sanas, poniendo de manifiesto que la principal alteración detectada en dichos pacientes es una disfunción del sistema nociceptivo(10), responsable de la detección de amenazas a través de la elaboración y modulación del dolor, la activación de los mecanismos de alerta y estrés y las consiguientes respuestas fisiológicas adaptativas.

En este sentido, se ha observado alteraciones neurológicas que pueden iniciar o facilitar la presencia de dolor en esta población como son: 1) disminución en la densidad y alteraciones morfológicas de las fibras nerviosas periféricas, 2) aumento de fibras moteadas y rojas rasgadas con alteraciones numéricas, morfológicas y en la

Página 11 de 134 Diseño de un protocolo de valoración de la capacidad funcional en los procesos de Fibromialgia

distribución de sus mitocondrias, 3) disminución en la concentración intracelular de trifosfato de adenosina y fosfocreatinina, 4) aumento de la grasa muscular del cuádriceps, 5) una menor densidad del capilar muscular y, 6) una mayor variabilidad en la distribución y el tamaño de las fibras musculares (Brorchers, Gershwin, 2015; Caro, Winter, 2015; Goldenberg, 2016; Sánchez et al., 2014). Además, se ha sugerido la existencia de alteraciones neuroquímicas de sensibilización central o alteraciones en la inhibición del dolor, que produciría una percepción anormal del mismo (Staud, 2008).

En este sentido se han señalado las siguientes alteraciones:

1) aumento de aspartato o glutamato, que son factor de crecimiento nervioso, y sustancia P en el líquido cefalorraquídeo.

2) alteraciones en la regulación de los procesos opioides.

3) aumento de la amplitud del ritmo del ritmo alfa con descargas epileptiformes aisladas en el electroencefalograma.

4) durante el sueño mediante polisomnografía se produce una disminución y alteración en los estadios II, III y IV e intrusión de los ritmos alfa.

5) disminución de las aminas biogénicas y sus metabolitos (serotonina, dopamina y noradrenalina) (Álvaro y Traver, 2010; Castelli et al., 2012; Dabadhoy, Crofford, Spaeth, Russell y Clauw, 2008; Eisinger, 2007; Lerma et al., 2011).

Sin embargo, no queda clara si la alteración es exclusivamente de origen neurológico o neuroquímico, es decir, si se da por mecanismos neuropáticos periféricos o por alteraciones a nivel de sensibilización central. Sin embargo, ambas afectaciones pueden explicar las diferentes respuestas individuales observadas en las personas con Fibromialgia ante los diferentes tratamientos con analgésicos (Goldenberg, 2016; Brorchersy Gershwin, 2015).

Hay numerosa evidencia científica acerca de que la génesis de la Fibromialgia está fuertemente relacionada con la sensibilización central. Todos los pacientes con Fibromialgia tienen una respuesta exagerada al dolor producido por compresión digital. Se ha demostrado hiperalgesia por dolorímetro o palpómetro. También se ha

Página 12 de 134 Diseño de un protocolo de valoración de la capacidad funcional en los procesos de Fibromialgia

probado la respuesta al calor, al frío y a la electricidad, mediante pruebas sensoriales cuantitativas (QST). Los pacientes con Fibromialgia son hipersensibles al calor, al frío, a la electricidad cutánea, a la electricidad intramuscular, al estímulo eléctrico del nervio sural, a la isquemia, y a la solución hipertónica salina intramuscular. Incluso más, se ha documentado alodinia frente al calor moderado, al frío y a la presión. Se ha demostrado la sumación temporal usando calor, frío, y electricidad intramuscular. Además se ha demostrado hipersensibilidad al ruido en condiciones de laboratorio.

La nueva tecnología está permitiendo realizar estudios donde se han encontrado diferencias significativas en el procesamiento del dolor entre pacientes con Fibromialgia y personas sanas. Se han determinado de forma objetiva mediante técnicas de neuroimagen como la tomografía computarizada por emisión de fotón simple (SPECT) y la tomografía por emisión de positrones (PET), detectando anomalías estructurales y disminución del flujo cerebral en áreas frontales y dorsolaterales de ambos hemisferios, en el tálamo, cabeza del núcleo caudado, córtex parietal superior y tegmento pontino inferior, que apoyarían los modelos neuroquímicos.

En la resonancia magnética cerebral funcional, se ha observado un aumento del flujo sanguíneo cerebral en las áreas activadas por estímulos dolorosos, y que la cantidad de estímulo necesaria para activar dichas áreas en los pacientes con Fibromialgia es menor que en personas sanas, poniendo de manifiesto que la principal alteración detectada en dichos pacientes es una disfunción del sistema nociceptivo, responsable de la detección de amenazas a través de la elaboración y modulación del dolor, **la activación de los mecanismos de alerta y estrés y las consiguientes respuestas fisiológicas adaptativas.**

Es interesante también comentar que las primeras exploraciones realizadas sobre la morfología estructural del sistema nociceptivo mediante resonancia volumétrica, ponen de manifiesto que el cambio neuroplástico podría no solo ser funcional, observándose alteraciones volumétricas especialmente en la corteza cingular, la corteza insular, la amígdala y el giro-hipocampal₍₁₁₎.

c) Alteraciones del sistema neuroendocrino:

Entre las alteraciones detectadas en el sistema nociceptivo de pacientes con Fibromialgia, además de la hiperexcitabilidad y sensibilización del mismo(12), se ha podido comprobar que existe una disminución en la actividad de las respuestas inhibitorias o descendentes que el sistema utiliza para la modulación y el control del dolor. Estas respuestas inhibitorias, en condiciones fisiológicas, actúan favoreciendo la desaparición del dolor tras la eliminación de la amenaza.

- Descenso en los niveles de serotonina. Se trata de un neurotransmisor que, junto a la encefalina y la noradrenalina, inhibe las vías de transmisión del dolor. El gen regulador de la proteína transportadora de la serotonina es más frecuente en los enfermos con Fibromialgia que en la población general. Se ha podido demostrar que la serotonina se halla por debajo de los niveles normales en esta enfermedad. Además de en la concentración de serotonina cerebral, se han encontrado alteraciones en la concentración de otros neurotransmisores o de sus precursores o de sus metabolitos como la noradrenalina, la encefalina y el ácido gammaaminobutírico.

- Elevación de la Sustancia P. Es un neurotransmisor cerebral relacionado con la modulación cerebral del dolor que se encuentra elevado en el líquido cefalorraquídeo de los pacientes con Fibromialgia. Este péptido es responsable de facilitar la transmisión de los estímulos dolorosos ya que favorece la activación de las vías dolorosas por otros neurotransmisores.

- Disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, que a su vez podría provocar una alteración del eje del cortisol y que tendría como consecuencia una mala tolerancia al estrés y la aparición de ansiedad.

- Disfunción del sistema nervioso autónomo, que explicaría la aparición de algunos de los síntomas asociados a la Fibromialgia como son: los trastornos del ritmo intestinal, la sudoración, la taquicardia, las alteraciones digestivas, etc. No obstante, actualmente se piensa que, al igual que las alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, se trata de una de las consecuencias de la alteración de los neuromoduladores del sistema nervioso central.

- Genotipo homocigoto Met/Met, más frecuente en enfermos con Fibromialgia que en controles sanos. El mecanismo de incremento de la percepción del dolor por la reducción de la actividad enzimática de la C-O-Metiltransferasa podría actuar a través de la disminución de la producción de encefalinas en algunas regiones del cerebro, con disminución de la respuesta al estímulo directo de la sustancia P; y mediante la estimulación de los receptores adrenérgicos beta 2 como resultado de valores elevados de catecolaminas en el sistema nervioso central.

d) Trastornos del sueño:

La polisomnografía demuestra que en pacientes que padecen Fibromialgia existen alteraciones en la continuidad, la arquitectura y la estructura del sueño (sueño fragmentado, disminución de las fases profundas del sueño No Rem, entre otras).

El electroencefalograma de algunos pacientes con Fibromialgia presenta intrusiones en el sueño de onda lenta y se ha visto que las circunstancias que interfieren con la etapa 4 del sueño, tales como el dolor, la depresión, la deficiencia de serotonina, ciertos medicamentos o la ansiedad, pueden causar o empeorar el trastorno.

De acuerdo con la hipótesis de la alteración del sueño, un acontecimiento como un traumatismo o una enfermedad puede causar trastornos del sueño de tal manera que inicie el dolor crónico que caracteriza a la Fibromialgia. La hipótesis supone que la etapa 4 del sueño es fundamental para la función del sistema nervioso mediado por la serotonina y el triptófano, ya que es durante esta fase, que algunos procesos neuroquímicos en el cuerpo se "restablecen". En particular, el dolor provoca la liberación de la sustancia P en la médula espinal, que tiene un efecto amplificador del dolor y causando que los nervios próximos a aquellos que inician el estímulo se vuelvan más sensibles al dolor. La teoría entonces supone que la falta de sueño, por cualquier motivo, puede convertirse en una fuente de inicio de la enfermedad y sus síntomas.

e) Factores psiquiátricos:

La Fibromialgia está asociada a patología psiquiátrica (ansiedad y depresión). Dicha asociación puede ser causal, tratarse de una comorbilidad o ser una consecuencia de la

Página 15 de 134 Diseño de un protocolo de valoración de la capacidad funcional en los procesos de Fibromialgia

propia Fibromialgia. Asimismo, influye negativamente en el curso de la enfermedad, retrasando la mejoría del paciente. Se ha descrito una mayor asociación de ambos trastornos con la Fibromialgia. El mecanismo etiopatogénico de dicha asociación no está bien demostrado, pero se han barajado numerosas causas. Tanto la depresión como la ansiedad son patologías muy fuertemente unidas a cualquier tipo de enfermedad crónica y aparecen en un 30% de ellas. Casi un 70% de las personas que padecen dolor crónico presentan alteraciones psicológicas o psiquiátricas. Estas alteraciones psicopsiquiátricas provocan un estado de desánimo y el paciente entra en un círculo vicioso en el que los síntomas de la Fibromialgia incrementan la sensación de desesperación, lo que deriva en un empeoramiento de las alteraciones psicopatológicas e impide sobrellevar la Fibromialgia.

Concluyendo la revisión etiopatogénica podemos decir que la Fibromialgia se ve cada vez más como una enfermedad que comparte mucho con otras enfermedades sistémicas que tienen en común ciertas características clínicas y un mecanismo biofisiológico parecido, lo que se ha llamado Síndrome de Desregulación ("Dysregulation Spectrum Síndrome" -DSS-). Además de la Fibromialgia se incluirían en él los siguientes cuadros: síndrome de fatiga crónica, colon irritable, migrañas, dismenorrea primaria, síndrome de las piernas inquietas, trastorno de movimiento periódico de las extremidades, síndrome de dolor temporomaxilar y síndrome de dolor miofascial. Todos estos síndromes comparten las siguientes características: se encuentran en los mismos grupos de pacientes, tienen síntomas comunes (dolor, fatiga, alteraciones del sueño, etc.), predominan en mujeres, presentan mayor sensibilidad al dolor, no presentan inflamación ni necrosis de tejidos, tienen la misma frecuencia de patología psicológica (ansiedad, depresión, estrés) que otros síndromes crónicos, es probable que compartan un factor genético común, todos pueden explicarse en base a una disfunción neuroendocrina central, y probablemente estos pacientes se beneficiarán de fármacos de acción central. En resumen, para poder comprender la etiopatogenia de la Fibromialgia cabe la necesidad de plantear un modelo biopsicosocial en el que se integren factores fisiológicos (genéticos, víricos, neurológicos, endocrinos, etc) y psicosociales (estrés, traumas, etc), ya que este síndrome presenta una etiología multifactorial, con diversidad tanto en los síntomas

como en la gravedad de los mismos y con tendencia a la cronificación (Donoso y Ruíz, 2016).

3.2.- CLINICA

Entendemos la Fibromialgia como un trastorno de modulación del dolor de etiología desconocida que se caracteriza por dolor músculo esquelético difuso crónico, rigidez matutina, sueño no reparador, fatiga y que se asocia con frecuencia a cefaleas, síndrome de fatiga crónica, colon irritable, fenómeno de Raynaud, síndrome seco y trastornos emocionales. Además, provoca dolores extensos que afectan a la esfera biológica, psicológica y social del paciente, con un alto índice de frecuentación y elevado consumo de recursos sanitarios.

El principal síntoma de esta enfermedad es el dolor crónico generalizado que normalmente está presente en zonas musculares, tendinosas, articulares y viscerales. Además del dolor crónico, la Fibromialgia presenta otros síntomas que pueden darse o no de forma simultánea. Entre ellos encontramos: cuadros psiquiátricos o psicológicos, ansiedad, depresión, agotamiento, síndrome del intestino irritable, anquilosamiento, rigidez articular, dolores de cabeza o de cara, malestar abdominal, mareos, mayor sensibilidad al medio ambiente, espasmos musculares o bandas de tensión muscular, hipersensibilidad al pellizco de la piel, estiramiento doloroso de grupos musculares, alodinia estática y dinámica, dermatografismo, etc. Todos estos síntomas se autoalimentan con el paso del tiempo pudiendo llegar a ser muy intensos, de ahí la importancia de realizar un diagnóstico precoz.

Los síntomas físicos más característicos de la Fibromialgia son el dolor, la fatiga, el trastorno del sueño y la hipersensibilidad sensorial. Además otros múltiples síntomas, habitualmente sin sustrato orgánico visible (síntomas médicamente inexplicables), suelen coexistir en grado variable.

El hallazgo más relevante en pacientes con FM es la detección de un umbral para el dolor patológicamente descendido para diversas estimulaciones, aunque en la práctica clínica se utiliza la estimulación mecánica, mediante la comprobación y cuantificación de los puntos sensibles. Es necesario que la exploración física se haga de forma sistematizada y con precisión, recomendándose seguir el Manual Tender Point Survey.

Si la exploración de los puntos sensibles se realiza de forma correcta, la reproducibilidad inter o intra evaluación es buena.

El dolor afecta a múltiples regiones corporales y, en algunos casos, a absolutamente todo el cuerpo: “desde la punta del pelo de la cabeza hasta las uñas de los pies”, comentan algunos pacientes. Con frecuencia el dolor empieza en una o pocas regiones corporales y, con el tiempo, se va extendiendo hasta generalizarse^(13). El paciente suele definir el dolor como continuo, especialmente en las áreas raquídeas y raíz de extremidades, con oscilaciones a lo largo del tiempo, empeorando por la mañana a la hora de levantarse. Suele presentar una mejoría parcial durante el día y un nuevo empeoramiento por la tarde o por la noche. Los factores más frecuentes que empeoran el dolor son las posiciones mantenidas, las cargas físicas, la activación emocional y los cambios climáticos. El paciente explica con frecuencia que el dolor es insoportable y utiliza para describirlo tanto descriptores sensoriales (tirantez, agarrotamiento, punzadas, finas agujas) como afectivos (deprimente, agotador). Desde la perspectiva de la medicina evaluadora y de acuerdo con la jurisprudencia, la Fibromialgia es una patología cuyo elemento definidor es el dolor generalizado de carácter esquelético-muscular, cuya intensidad no sólo puede variar de una a otra persona en función de los umbrales de sensibilidad al dolor de cada individuo, sino que incluso varía la intensidad en la misma persona en función de los días y de las horas del día. Si bien es cierto que el dolor puede fluctuar a lo largo del tiempo, normalmente no desaparece nunca por completo. De hecho, acostumbra a ser más intenso por la mañana, durante los cambios de clima, durante los episodios de ansiedad y estrés y después de que la persona afectada permanezca inmóvil durante un cierto tiempo, pues los músculos del afectado se vuelven duros y dolorosos.

La fatiga es el segundo síntoma en orden de frecuencia e importancia, hallándose presente en el 95% de los pacientes en nuestro medio. La fatiga puede presentarse en forma de crisis de agotamiento de uno o dos días de duración o, más frecuentemente, de forma continua, mejorando algo con el reposo. Algunos pacientes presentan una astenia profunda, que no mejora en ningún momento, y predomina en el cuadro

clínico por encima del dolor, cumpliendo los criterios diagnósticos de síndrome de fatiga crónica(16).

El trastorno del sueño es el tercer síntoma más frecuente, se correlaciona con la severidad de la enfermedad y puede preceder al inicio del dolor. El más característico es el llamado sueño no reparador que, en ocasiones, puede llegar a ser muy limitante.

La hipersensibilidad sensorial puede manifestarse como intolerancia a ruidos, luces u olores intensos. Suele haber hipersensibilidad al frío y, menos frecuentemente, al calor. Los pacientes presentan frecuentemente parestesias en manos, piernas u otras áreas corporales y con frecuencia les molesta la presión de la ropa o el hecho de recibir un abrazo.

Además, la Fibromialgia suele asociarse a otros síntomas médicamente inexplicables, que se podrían clasificar en: 1) Motores: rigidez generalizada o localizada al levantarse, contracturas en diversos grupos musculares; 2) Vegetativos: sensación de tumefacción en manos y otras áreas corporales, mareo o inestabilidad, hipersudoración, distermias, sequedad de mucosas, palpitaciones, cambios de coloración de la piel de manos (fenómeno de Raynaud); 3) Cognitivos: dificultad de concentración, embotamiento mental, como si tuviera una nube en la cabeza (que se ha dado en llamar fibroniebla, fibrofog en inglés); pérdida de memoria reciente; 4) Afectivos: ansiedad, ánimo deprimido.

La exploración física muestra característicamente la presencia de alodinia que se pone de manifiesto mediante la presencia de numerosos puntos de dolor a la presión en múltiples áreas corporales. Por lo demás, puede mostrar hallazgos inespecíficos como hipertonía muscular, contractura palpable en ciertos grupos musculares (trapecios, cuadrado lumbar) o dolor a la movilización de las regiones más afectadas. Las exploraciones complementarias son característicamente normales. La exploración física detallada y exhaustiva es esencial, tanto para confirmar la Fibromialgia como para descartar otras enfermedades, en especial del sistema osteoarticular y neurológico. La movilidad y el aspecto articular deben ser normales, a menos que coexista con otra enfermedad osteoarticular de cualquier tipo. Es frecuente encontrar

la provocación de dolor a los estiramientos laterales tanto a nivel cervical como a nivel lumbar. También en una parte de los pacientes se detecta alodinia dinámica al roce cutáneo, generalmente en zona de trapecios, parte proximal de brazos y muslos, que estas personas definen como una sensación de ardor o escozor, al realizar la estimulación, entre otros signos neurológicos.

3.3.- DIAGNOSTICO

El diagnóstico es exclusivamente clínico. Se establece la sospecha diagnóstica ante un paciente que acude por dolor musculoesquelético generalizado de evolución crónica, asociando fatiga, sueño no reparador y otros síntomas físicos que le provocan un considerable sufrimiento (14). Y todo ello sin que exista una razón médica aparente que los justifique.

El Colegio Americano de Reumatología (ACR) estableció en 1990 unos criterios de clasificación basados en la presencia de dolor generalizado, de más de tres meses de duración y, al menos, 11 puntos dolorosos a la presión de una lista de 18 (Tabla 1). Se considera dolor generalizado el que aparece en ambos lados del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura, y en el esqueleto axial.

TABLA 1. Puntos dolorosos a la presión* según criterios del ACR de 1990

Explorando al paciente por delante (4 pares de puntos):

- *Trapecio*: punto medio de su borde superior.
- *2ª costilla*: en la 2ª unión costo-condral, justo lateral a la unión.
- *Epicóndilo lateral*: 2 cm distal a los epicóndilos.
- *Rodilla*: sobre la almohadilla grasa medial, proximal a la interlínea.

Explorando al paciente desde atrás (5 pares de puntos):

- *Occipital*: sobre inserción muscular a nivel suboccipital.
- *Cervical bajo*: sobre cara anterior de los espacios intertransversos C5-C7.
- *Supraespinoso*: en su origen, por encima de la espina de la escápula, cerca del borde medial.
- *Glúteo*: cuadrante supero-externo de las nalgas, en el pliegue muscular anterior.
- *Trocánter mayor*: posterior a la prominencia trocánterea.

**Presión de 4 Kg/1,54 cm², lo cual equivale, aproximadamente, a la que hace palidecer el lecho ungueal cuando se presiona con el pulpejo del pulgar o de los dedos 2º y 3º de la mano juntos. Para que un punto se considere "positivo", el paciente debe referir dolor, no basta con que refiera molestias. Se aconseja hacer la presión de manera gradual durante unos pocos segundos en cada punto, ya que una presión más breve puede ser causa de falsos negativos.*

El ACR en 2010 ha publicado unos nuevos criterios preliminares para el diagnóstico de la Fibromialgia que evitan la necesidad de explorar los puntos dolorosos. Estos nuevos criterios se basan en determinar:

a) un índice de dolor generalizado (IDG), (Anexo 1) basado en el número de áreas dolorosas, de una lista de 19;

b) una escala de severidad sintomática (ESS) que pregunta sobre fatiga, sueño no reparador, alteraciones cognitivas y número de síntomas físicos de una larga lista (Anexo 2). La ESS se puntúa de 0 a 12, correspondiendo las puntuaciones más altas a un mayor grado de afectación.

El diagnóstico puede establecerse cuando un paciente presenta un IDG ≥ 7 y una ESS ≥ 5 , o bien un IDG entre 3 y 6 y una ESS ≥ 9 . Usando los criterios de 1990 como patrón oro, con los nuevos criterios de 2010 se diagnosticaron correctamente el 88,1% de los casos de Fibromialgia.

Los nuevos criterios diagnósticos tienen la ventaja de recoger mejor la esencia de la enfermedad, consistente en la presencia compartida de dolor politópico y múltiples síntomas físicos sin aparente base orgánica. Sin embargo, en la práctica clínica, para el reumatólogo habituado a la exploración de los puntos dolorosos del ACR, resulta más eficiente aplicar los criterios de 1990, ya que con muy pocas preguntas y una exploración muy breve se puede confirmar el juicio clínico. Los criterios de 2010 pueden resultar interesantes para médicos de atención primaria u otros especialistas no reumatólogos que no estén habituados a la exploración de dichos puntos dolorosos y para la evaluación funcional.

Las pruebas de laboratorio, como hemograma completo, velocidad de sedimentación globular, factor reumatoide, anticuerpos antinucleares, TSH, T3, T4, CPK, vitamina D, PCR, función renal y pruebas de función hepática son necesarios para descartar otros trastornos. Los rayos X, análisis de sangre, medicina nuclear, tomografía computarizada y la biopsia muscular son normales en los casos de Fibromialgia. (15)

3.4.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La Fibromialgia se asocia con frecuencia a uno o varios de los llamados síndromes somáticos funcionales(16) como el síndrome de fatiga crónica, el síndrome del intestino irritable y otros, así entra los más frecuentemente asociados se encuentran:

- Síndrome de fatiga crónica
- Síndrome del intestino irritable
- Disfunción témporo-mandibular
- Síndrome de piernas inquietas y de movimientos periódicos durante el sueño
- Dolor lumbar crónico idiopático
- Síndrome de dolor miofascial
- Sensibilidad química múltiple
- Síndrome premenstrual

- Cefalea crónica tensional, migraña o mixta
- Dolor crónico pelviano
- Cistitis intersticial

Las alteraciones psicopatológicas constituyen un elemento sustancial tanto en el origen de la enfermedad como en su evolución, ya que pueden actuar tanto como factores favorecedores para el desarrollo de la Fibromialgia, como aparecer como consecuencia del impacto de la misma. Desde un punto de vista clínico, las alteraciones que presentan los enfermos no deben ser consideradas como un diagnóstico homogéneo. Entre los más frecuentes cabe destacar: depresión, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno por estrés postraumático y trastorno límite de personalidad

Existen numerosos cuadros clínicos que pueden manifestarse con dolor generalizado, fatiga y otros síntomas que pueden llegar a confundirse con la Fibromialgia. Entre los más comunes destacan algunas enfermedades reumáticas inflamatorias como la artritis reumatoide, sobre todo en fases iniciales o en aquellos casos en los que los signos físicos o de laboratorio no son muy prominentes.

Otros síndromes dolorosos como las espondiloartropatías o la patología mecánica del aparato locomotor pueden simular o desencadenar cuadros similares a la Fibromialgia, sobre todo cuando su presentación es politópica y los hallazgos exploratorios no resultan evidentes. Menos frecuente es que otras enfermedades sistémicas como el lupus eritematoso sistémico, enfermedades malignas con metástasis óseas o enfermedades neurológicas como la esclerosis múltiple se manifiesten inicialmente como cuadros sugestivos de Fibromialgia. También la osteoporosis cuando se acompaña de aplastamientos vertebrales múltiples puede desencadenar un cuadro de Fibromialgia, que suele mejorar con tratamiento adecuado de su enfermedad de base. Entre las patologías mas frecuente para la realización del diagnóstico diferencial se encuentran⁽¹⁷⁾:

- Enfermedades autoinmunitarias: espondiloartropatías, síndrome de artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, artropatía psoriásica, Sjögren, miopatías inflamatorias, polimialgia reumática.

- Enfermedades malignas: mieloma múltiple, metástasis óseas.
- Enfermedades neuromusculares: esclerosis múltiple, miastenia gravis, neuropatías periféricas y síndromes por atrapamiento, miopatías metabólicas, distrofia miotónica, malformación de ArnoldChiari.
- Alteraciones endocrinas: hiperparatiroidismo primario o secundario, osteodistrofia renal, osteomalacia, hipotiroidismo, hipoadrenalismo.
- Cuadros infecciosos: infecciones virales sistémicas crónicas (como HIV, HTLV, Virus de Epstein Barr), hepatitis, o enfermedad de Lyme.
- Trastornos psiquiátricos: depresión o trastorno de ansiedad generalizada, sobre todo cuando los síntomas somáticos son predominantes.
- Síndrome serotoninérgico en pacientes tratados con inhibidores de la recaptación de serotonina.
- Síndromes somáticos funcionales

Es importante resaltar que la presencia de cualquiera de estas enfermedades no descarta la existencia de una Fibromialgia concomitante. En estos casos es muy importante distinguir la sintomatología de cada una de ellas con objeto de evitar un exceso de exploraciones complementarias y de yatrogenia medicamentosa.

Una de las patologías que conlleva un mayor grado de semejanza con los procesos de Fibromialgia y que siempre se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de la Fibromialgia, es el Síndrome Miofascial^(18). El síndrome de dolor miofascial es un síndrome específico que se define como la manifestación de dolor muscular originado por puntos gatillo miofasciales, que son nódulos dolorosos, sensibles e hiperirritables que se localizan sobre bandas musculares tensas, palpables en el músculo o en sus fascias, que pueden desencadenar una respuesta local contráctil ante la estimulación mecánica, apreciada como una contracción. Si el punto gatillo miofascial es lo suficiente hiperirritable puede originar dolor referido, alteraciones en la sensibilidad y cambios autonómicos en sitios remotos a su ubicación.

En su etiopatogenia se conoce que existe disfunción en la placa motora, alteraciones en la fibra muscular y en las vías nociceptivas periféricas y centrales.

Se caracteriza por:

- 1) dolor espontáneo localizado.
- 2) alteraciones en la sensibilidad, como hiperestesia o alodinia en zonas remotas al punto gatillo miofascial.
- 3) bandas musculares tensas palpables.
- 4) dolor lancinante y localizado al palpar la banda tensa.
- 5) disminución en el rango de movimiento del segmento articular en el que se involucra el músculo
- 6) reproducción del dolor espontáneo percibido por el paciente al presionar el punto gatillo miofascial
- 7) respuesta de contracción con la estimulación mecánica del punto gatillo miofascial;
- 8) disminución del dolor con el estiramiento muscular o con la punción con aguja del punto gatillo miofascial.

las diferencias fundamentales estriban en:

FIBROMIALGIA	SINDROME MIOFASCIAL
DOLOR SIMETRICO Y DIFUZO	DOLOR ASIMETRICO Y LOCAL
95 % EN MUJERES	AMBOS SEXOS
EDAD ENTRE 40 Y 60 AÑOS	CUALQUIER EDAD
18 TENDER POINTS O PUNTOS DOLOROSOS	TRIGGER POINTS O PUNTOS GATILLO
ALGOMETRO 4 KG DE PESO	ALGOMETRO 2 KG DE PESO

3.5.- CLASIFICACION

Tradicionalmente se han establecido tres grupos de clasificación de la Fibromialgia:

Página 24 de 134 Diseño de un protocolo de valoración de la capacidad funcional en los procesos de Fibromialgia

- Fibromialgia primaria, la que se presenta en ausencia de otra patología que permitan explicar los síntomas.
- Fibromialgia concomitante, la asociada a otra patología la cual puede explicar los síntomas solo parcialmente.
- Fibromialgia secundaria, la que ocurre en presencia de una patología subyacente y que es presumiblemente su causa.

En la actualidad, la clasificación de la fibromialgia, planteada por Belenguer,^(19) permite dividir a los pacientes basándose en el perfil psicopatológico y la existencia de enfermedades asociadas, lo que puede resultar de ayuda para entender las diversas maneras prototípicas de cómo puede presentarse la enfermedad.

- Fibromialgia tipo I o primaria. Aquella en la que la fibromialgia no es secundaria a ningún otro tipo de proceso.
- Fibromialgia tipo II. Secundaria a enfermedades del aparato locomotor, inflamatorias (tipo IIa) o no inflamatorias (tipo IIb) o a otras enfermedades no reumatológicas.
- Fibromialgia tipo III. Secundaria a alteraciones psicológicas o enfermedad psiquiátrica. En este caso, la Fibromialgia, no sería más que la somatización de un proceso psicopatológico subyacente.
- Fibromialgia tipo IV. Simuladores, normalmente buscadores de prestaciones de incapacidad u otro tipo de compensaciones, generalmente económicas.

3.6.- TRATAMIENTO

El tratamiento de la Fibromialgia debe ser multidisciplinar y debe permitir planificar las distintas modalidades de tratamiento de forma individual. Los principios básicos del mismo son el conocimiento que el paciente adquiera de su enfermedad, el tratamiento farmacológico, el tratamiento no farmacológico como pueden ser las técnicas de relajación, los ejercicios aeróbicos o físicos moderados diarios y el tratamiento psicológico o terapia conductual.

La European League Against Rheumatism (EULAR) ha publicado en la revista *Annals of Rheumatic Diseases* la actualización de su guía sobre Fibromialgia. Estas nuevas directrices proporcionan recomendaciones basadas en la evidencia, incluyendo intervenciones no farmacológicas y psicológicas para el tratamiento de los pacientes con Fibromialgia. Estas nuevas recomendaciones representan la primera actualización de las directrices EULAR para la gestión de la Fibromialgia en más de una década, e incluyen pruebas, basadas en evidencia científica, para apoyar las medidas farmacológicas, no farmacológicas, así como medicinas/terapias complementarias y alternativas. En la tabla 1 se resumen las principales recomendaciones de dicha actualización (20).

El grupo de trabajo, que incluyó a 18 miembros de 12 países europeos, examinó datos de 107 revisiones sistemáticas y/o metaanálisis. Se encontró la evidencia más fuerte para la educación del paciente y la intervención no farmacológica (ejercicio) como parte del tratamiento inicial. Más allá de esto, las recomendaciones subrayan la necesidad de un enfoque individualizado, que puede incluir tratamiento farmacológico, psicológico y/o intervenciones de rehabilitación, dependiendo del paciente, obteniendo los siguientes resultados.

Recomendación	Nivel de evidencia	Grado	Fuerza	Acuerdo (%)
Principios generales				
El manejo óptimo requiere un diagnóstico precoz. La plena comprensión de la fibromialgia (FM) requiere una evaluación integral del dolor, la función y el contexto psicosocial. Se debe reconocer como una compleja y heterogénea condición donde hay procesamiento anormal del dolor y otras características secundarias. En general, la gestión de la FM debe tomar la forma de un enfoque gradual.	IV	D		100
El tratamiento de la FM debe tener como	IV	D		100

objetivo la mejora de la calidad relacionada con la salud, por lo que el tratamiento, a menudo, requiere un enfoque multidisciplinar con una combinación de modalidades de tratamiento no farmacológico y farmacológico diseñadas, de acuerdo con la intensidad del dolor, función, características asociadas (tales como depresión), fatiga, trastornos del sueño y las preferencias y comorbilidades del paciente. La toma de decisiones debe ser compartida con el paciente. El tratamiento inicial debe centrarse en las terapias no farmacológicas.				
Recomendaciones específicas				
Tratamientos no farmacológicos				
Ejercicio físico aeróbico y ejercicios de fortalecimiento	IA	A	Fuerte	100
Terapias cognitivas conductuales	IA	A	Débil	100
Terapias multicomponentes	IA	A	Débil	93
Terapias físicas definidas: acupuntura o hidroterapia	IA	A	Débil	83
Terapias de meditación en movimiento y reducción del estrés basado en el <i>mindfulness</i>	IA	A	Débil	73
Tratamientos farmacológicos	IA	A	Débil	100
Amitripitilina a dosis bajas	IA	A	Débil	100
Duloxetina	IA	A	Débil	100
Tramadol	IA	A	Débil	100
Pregabalina	IA	A	Débil	94
Ciclobenzaprina	IA	A	Débil	75

Fuente: tomada de Macfarlane et al.⁽²⁰⁾

4.- INCAPACIDAD LABORAL Y DISCAPACIDAD EN LA LEGISLACION ESPAÑOLA

Página 27 de 134 Diseño de un protocolo de valoración de la capacidad funcional en los procesos de Fibromialgia

Los conceptos de discapacidad e incapacidad hacen referencia conjuntamente al menoscabo de una persona por lesiones, enfermedades o deficiencias que limitan su actividad en el ámbito social, personal o laboral, in embargo, ambas situaciones presentan diferencias tanto desde el punto de vista conceptual como legislativo y social.

En el 2001, tras un proceso de revisión y estudio iniciado en 1993, la OMS aprobó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) que vino a sustituir a la anterior Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) que databa de 1980. En la CIF₍₂₁₎ se contempla el problema de la discapacidad entendida globalmente como una interacción multidireccional entre la persona y el contexto socioambiental en el que se desenvuelve, es decir, entre las funciones y estructuras alteradas del cuerpo, las actividades que puede realizar como persona, su participación real en las mismas y las interacciones con los factores externos medioambientales. Se ha abandonado completamente el término “Minusvalía” y se ha reconvertido el de “Discapacidad”, que pasa de usarse como nombre de un componente (las dificultades de un individuo para realizar una actividad) a ser utilizado como un término genérico global en las tres perspectivas: corporal, individual y social, haciendo más referencia a la actividad que a la capacidad.

Así, en la CIF, el término Discapacidad indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo, con una condición de salud dada, y los factores contextuales (ambientales y personales). Es un término genérico, que incluye deficiencias en las funciones y estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Al igual que el funcionamiento, se entiende como una interacción dinámica entre la condición de salud y los factores contextuales.

A pesar de la definición claramente diferenciada de ambos conceptos, los términos “discapacidad” e “incapacidad” han sido tratados como similares, sin distinción entre ellos. Sin embargo, en nuestro ámbito social, laboral y legal sí hay diferencias. Así, para empezar, atendiendo al diccionario de la Real Academia de la Lengua₍₂₂₎, tenemos que DISCAPACIDAD se define como la cualidad de discapacitado, entendiéndose como tal

“Que tiene impedida o entorpecida alguna de las actividades cotidianas consideradas normales, por alteración de sus funciones intelectuales o físicas”. Sin embargo, la definición de INCAPACIDAD se recoge como “Estado transitorio o permanente de una persona que, por accidente o enfermedad, queda mermada en su capacidad laboral.” Incluso se recoge la definición específica de INCAPACIDAD LABORAL como un término de Derecho, siendo ésta: “Situación de enfermedad o de padecimiento físico o psíquico que impide a una persona, de manera transitoria o definitiva, realizar una actividad profesional y que normalmente da derecho a una prestación de la Seguridad Social”.

Podría decirse, por tanto, que la INCAPACIDAD se deriva de la relación entre las condiciones de salud de la persona y el trabajo, mientras que la DISCAPACIDAD lo hace de la relación entre dichas condiciones de salud y el medio ambiente en el que desarrolla su vida.

Concepto de Incapacidad

El término Incapacidad se puede definir como la situación sobrevenida de forma involuntaria e imprevista, y debe tenerse en cuenta que el término opuesto, la capacidad, está determinada por distintos aspectos: culturales, físicos, educacionales, económicos, etc., que de por sí limitan la incorporación laboral de todos los individuos a todos los puestos (es decir, “no todos podemos realizar todas las tareas”). Así, puede decirse que la INCAPACIDAD LABORAL_(23) sería la situación del trabajador que “viniendo realizando una determinada tarea, le sobreviene, de forma involuntaria e imprevisible, una disminución o anulación de su capacidad laboral”. No deben entenderse como incapacidad laboral determinadas situaciones de tipo social o laboral no ligadas a la repercusión que una lesión o enfermedad pueda causar sobre las capacidades del individuo (por ejemplo, desempleo, cierre de la empresa, nuevas tecnologías, cambio de ubicación del puesto de trabajo, etc.).

Conceptualmente la incapacidad laboral puede entenderse como un desequilibrio entre las capacidades funcionales y los requerimientos de un puesto de trabajo, pudiendo ser ese desequilibrio transitorio (incapacidad laboral temporal) o permanente (incapacidad laboral permanente).

Su regulación viene determinada por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (24), en el mismo se distingue el origen común o profesional de la contingencia y los diferentes tipos de la misma:

INCAPACIDAD TEMPORAL: El artículo 169 de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS) enumera las situaciones que se consideran determinantes de Incapacidad Temporal (IT) y, por tanto, por tanto, pueden dar derecho a una prestación económica de la Seguridad Social:

- Las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de trescientos sesenta y cinco días, prorrogables por otros ciento ochenta días cuando se presuma que durante ellos el trabajador pueda ser dado de alta médica por curación.
- Los períodos de observación por enfermedad profesional en los que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos, con una duración máxima de seis meses, prorrogables por otros seis cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.

Así pues, podemos observar cómo es preciso que se cumplan dos condiciones indispensables para que, dentro del marco jurídico de la Seguridad Social, se reconozca la situación de IT:

- Que las consecuencias de la enfermedad o accidente produzcan una alteración de la salud de tal intensidad que, a juicio médico, el paciente esté impedido para el trabajo, de modo que se justifique el alejamiento temporal de su puesto de trabajo. Es decir, cualquier alteración de la salud del trabajador no comporta automáticamente el nacimiento de la prestación por incapacidad temporal.

-Que dichas alteraciones precisen asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Se admite, no obstante, que la asistencia sanitaria se preste por medios privados siempre que el control de la situación se realice por el facultativo del Servicio Público de Salud.

También recoge la LGSS los requisitos para generar el derecho a la prestación económica por encontrarse el trabajador en situación de Incapacidad Temporal, las causas de suspensión, extinción, agotamiento, gestión, etc., del subsidio correspondiente.

INCAPACIDAD PERMANENTE

La Ley General de la Seguridad Social define en su artículo nº 193 la Incapacidad Permanente (IP) como *" la situación del trabajador que, después de haber sido sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral. "*

Se establecen diferentes grados de en función de las limitaciones funcionales de carácter permanente que presente el paciente y de la afectación que supongan para el desempeño de su puesto de trabajo habitual. Cada grado conlleva una prestación económica de diferente cuantía. La incapacidad permanente, cualquiera que sea su causa, se clasificará en los siguientes grados:

- 1.- Incapacidad Permanente Parcial
- 2.- Incapacidad Permanente Total
- 3.- Incapacidad Permanente Absoluta
- 4.- Gran Invalidez

LESIONES PERMANENTES NO INVALIDANTES

En caso de que el trabajador, como consecuencia de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, quede afectado por lesiones, mutilaciones o deformidades de carácter definitivo que, sin llegar a constituir una incapacidad permanente, supongan una disminución o alteración de su integridad física y aparezcan recogidas en el baremo reglamentario correspondiente, recibirán una indemnización con la cantidad a tanto alzada determinada en dicho baremo. Estas indemnizaciones serán incompatibles con la pensión por incapacidad permanente, salvo en el caso de que las

lesiones, mutilaciones y deformidades sean totalmente independientes de las que hayan sido tomadas en consideración para declarar tal incapacidad permanente y el grado de la misma.

Concepto de discapacidad

Hasta la entrada en vigor de la conocida como “Ley de Dependencia” (Ley 39/2006), se utilizaba en España el término Minusvalía, La disposición adicional octava de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, establece el cambio de terminología que debe llevarse a cabo en el RD 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, debiendo sustituirse minusvalía por discapacidad (y sus respectivos derivados), y grado de discapacidad por grado de limitaciones en la actividad, y las disposiciones normativas elaboradas por las Administraciones Públicas deberán utilizar los términos persona con discapacidad o personas con discapacidad. De esta forma se abandona el término de minusvalía por considerar que contiene una connotación peyorativa, y se sintoniza con el concepto recogido en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud (CIF-2001), según la cual el concepto de discapacidad incluye déficits, limitaciones de actividad y restricciones en la participación, es decir, se refiere a los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una determinada condición de salud y sus factores contextuales (ambientales y personales).

En la actualidad, el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre^{6,(25)} por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, define la discapacidad como la situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que los demás, siendo en consecuencia las personas con discapacidad aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, previsiblemente permanentes que, al interactuar con diversas

barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que los demás.

Tienen esta consideración quienes tengan reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33%, considerándose que presentan tal discapacidad los pensionistas de la Seguridad Social que tengan reconocida una incapacidad permanente total, absoluta o gran invalidez, así como los pensionistas de Clases Pasivas que tengan una pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad. No obstante, el reconocimiento de esta condición de discapacitado no comporta automáticamente el derecho a todas las ventajas o beneficios a los que pueden acceder las personas con discapacidad.

La norma que actualmente regula en España el proceso de valoración de la discapacidad es el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre,^(26) de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad (modificado por el R.D. 1856/2009). Dicho R.D. otorga la competencia para la determinación del grado de discapacidad a los equipos técnicos denominados Equipos de Valoración y Orientación (EVO), que estarán formados por, al menos, médico, psicólogo y trabajador social. Se precisa también en este RD que el grado de discapacidad ha de establecerse aplicando los baremos contenidos en la Orden del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de 8 de marzo de 1984, actualizados por el RD 1971/1999 y recogidos en su anexo I, calificándose las situaciones de discapacidad en grados y expresándose el grado de discapacidad en porcentaje.

Para valorar la discapacidad, el proceso patológico que ha originado la deficiencia ha de haber sido previamente diagnosticado por los organismos competentes, han de haberse aplicado las medidas terapéuticas indicadas y debe estar documentado. Así mismo, debe tratarse de deficiencias permanentes, entendiéndose como tales aquellas alteraciones orgánicas o funcionales no recuperables, es decir, sin posibilidad razonable de restitución o mejoría de la estructura o de la función del órgano afectado.

Es importante destacar que el diagnóstico de la enfermedad no es un criterio de valoración en sí mismo, sino que el grado de discapacidad estará basado en la severidad de las consecuencias de la enfermedad, cualquiera que ésta sea.

La calificación del grado de discapacidad será independiente de las valoraciones técnicas efectuadas por otros organismos en el ejercicio de sus competencias públicas; por otra parte, responderá a criterios técnicos unificados, fijados mediante los baremos recogidos en el anexo I del RD 1971/1999, y serán objeto de valoración tanto las discapacidades que presente la persona como, en su caso, los factores sociales complementarios relativos entre otros a su entorno familiar y situación laboral, educativa y cultural que dificulten su integración social.

Con carácter general se establecen 5 categorías o clases de discapacidad, ordenadas según la importancia de la deficiencia y el grado de limitaciones en la actividad que origina:

CLASE I

Encuadra todas las deficiencias que han sido diagnosticadas, tratadas adecuadamente, demostradas mediante parámetros objetivos (datos analíticos, radiográficos, etc., que se especifican dentro de cada aparato o sistema), pero que no producen discapacidad. La calificación de esta clase es 0%

CLASE II

Incluye las deficiencias permanentes que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada aparato o sistema, originan una discapacidad leve.

Le corresponde un porcentaje de entre el 1 y el 25%.

CLASE III

Incluye las deficiencias permanentes que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada aparato o sistema, originan una discapacidad moderada.

Le corresponde un porcentaje de entre el 25 y el 49%.

CLASE IV

Incluye las deficiencias permanentes que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada aparato o sistema, originan una discapacidad grave.

Le corresponde un porcentaje de entre el 50 y el 70%.

CLASE V

Incluye las deficiencias permanentes severas que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada aparato o sistema, originan una discapacidad muy grave. Esta clase, por sí misma supone, la dependencia de otras personas para realizar las actividades más esenciales de la vida diaria, demostrada mediante la obtención de 15 ó más puntos en el baremo específico.

Se le asigna un porcentaje de entre el 75 y el 100%.

De acuerdo a lo reflejado anteriormente podemos restablecer la siguientes diferencias entre los conceptos de incapacidad y discapacidad.

1. La Incapacidad se refiere a la situación que impide desempeñar una actividad laboral, mientras que la Discapacidad se relaciona con la dificultad para desempeñar un rol en la vida diaria que sería el normal en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales.
2. La calificación de incapacitado puede originar derecho a percibir una prestación económica de la Seguridad Social: un subsidio en el caso de incapacidad temporal y una pensión vitalicia en el caso de incapacidad permanente, con independencia de que el incapacitado tenga otros ingresos. La calificación de discapacitado puede originar algún subsidio económico para garantizar ingresos mínimos, ayuda de tercera persona y/o ayuda de movilidad, pero sólo si cumple determinados requisitos de falta de recursos; estos subsidios no se derivan del sistema de Seguridad Social.
3. El organismo competente para calificar la Incapacidad es el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), mientras que para la Discapacidad son organismos dependientes de las Comunidades Autónomas, excepto en Ceuta y Melilla, que los es el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
4. La calificación de un grado determinado de Discapacidad da lugar a beneficios fiscales (sobre el IRPF, IVA, impuesto de matriculación y circulación de vehículos) y sociales (zonas de aparcamiento reservado, bono taxi, material

ortoprotésico,...). La calificación de Incapacitado no conlleva por sí misma este tipo de beneficios.

5. No toda persona discapacitada tiene porqué estar incapacitada laboralmente: muchos discapacitados están desempeñando puestos de trabajo para los que están perfectamente capacitados.

Tabla 3. Similitudes y diferencias entre incapacidad y discapacidad

Similitudes		
Ambas están relacionadas con las limitaciones de las personas		
Ambas evalúan la capacidad funcional		
Ambas se valoran cuando la deficiencia es estable (tras seis meses del diagnóstico o al inicio del tratamiento)		
A ambas les afecta el art. 25 de LPRL: trabajador especialmente sensible		
Diferencias		
	Discapacidad	Incapacidad
Regulación legislativa	RD 1971/1999 Actualización vigente: Ley 26/2011	LGSS Real Decreto Legislativo 1/1994 Actualización vigente: Real Decreto Legislativo 8/2015
Valoración	Grado de limitación en los roles de la vida diaria	Grado de aptitud laboral
Calificación	Porcentaje de discapacidad	Parcial, total, absoluta y gran invalidez
Relacionada con	Actividades de la vida diaria	Capacidad para realizar el trabajo habitual
Equipos de valoración	EVO	EVI
Prestaciones	Beneficios: fiscales, en contrataciones, para aparcar si concurre dificultad para la movilidad, contrataciones en empresas concertadas, cupo específico para oposiciones, etcétera	Compensación económica: IPP: indemnización a tanto alzado IPT: pensión mensual (45 o 75% de la base de cotización) IPA: gratuidad medicamentos y pensión mensual (100% base cotización), con la compensación de ciertas deudas, como seguros privados, hipotecas, etcétera GI: gratuidad de medicamentos; pensión mensual (100% + 50% por ayuda de tercera persona), gratuidad de medicamentos. Exención de pago de hipotecas, pago de seguros privados, etcétera
Interrelación entre ambos conceptos	La discapacidad no implica incapacidad laboral	La incapacidad permanente lleva implícito el reconocimiento de discapacidad (al menos el 33%)
<small>LPRL = Ley de Prevención de Riesgos Laborales; RD = Real Decreto [Legislativo]; EVO = equipos de valoración y orientación; LGSS = Ley General de la Seguridad Social; EVI = equipos de valoración de incapacidades; IPP = Incapacidad Permanente Parcial; IPT = Incapacidad Permanente Total; IPA = Incapacidad Permanente; GI: Gran Invalidez</small>		

Fuente: Vicente-Herrero MT et al. Incapacidad laboral y discapacidad en España

5.- VALORACION DE LA JURISPRUDENCIA ESPAÑOLA EN LOS PROCESOS DE FIBROMIALGIA

La Fibromialgia como cuadro clínico complejo y difícil de valorar y objetivar forma parte de un grupo de patologías con una importante trascendencia médico-legal⁽²⁷⁾.

Uno de los aspectos más controvertidos es la valoración de las limitaciones que implica la enfermedad y la calificación del grado, ya sea con el fin de facilitar la integración laboral del trabajador en puestos exentos de riesgo para sí mismo o para terceros (aptitud laboral), con fines de compensación económica asociada a su menoscabo, o para acreditar una discapacidad o incapacidad, siendo necesario conjugar los aspectos clínicos, sociales y laborales en concordancia con la legislación de nuestro país. Por todo ello, la Fibromialgia es causa común de litigio en las reclamaciones judiciales motivada por la dificultad que supone tanto la confirmación objetiva del propio diagnóstico, como en la cuantificación de las limitaciones asociadas a los aspectos ligados a la vida diaria y a la actividad laboral. Todo esto hace de ello, no solo una cuestión médica, sino médico legal⁽²⁸⁾.

Desde una perspectiva transversal podemos observar como los procesos de Fibromialgia han mantenido un ascenso progresivo en los últimos 30 años⁽²⁷⁾ en la jurisprudencia española, pasando de las 3 sentencias recogidas en el año 1.994 a las 2.270 del año 2.014, con un incremento notable a partir del año 2.000, suponiendo este periodo de tiempo el 99,8% de las sentencias totales, y destacando especialmente el volumen registrado desde 2006, con cifras que superan las 2000 sentencias/año, tal como se reflejan en la tabla 4

AÑO	SENTENCIAS	AÑO	SENTENCIAS	AÑO	SENTENCIAS	AÑO	SENTENCIAS
1994	3	1995	1	1996	1	1997	2
1998	20	1999	25	2000	288	2001	747
2002	810	2003	1190	2004	1565	2005	1776
2006	2014	2007	2802	2008	2889	2009	2904
2010	2360	2011	2422	2012	2231	2013	2005
2014	2270	2015	2207	2016	2293	TOTAL	30301

Tabla 4. Fuente: <https://www.westlawinsignis.es>.

De las mismas, es el área de lo social la que recoge el bloque mayoritario con el 96% del total de sentencias y son los conceptos de incapacidad y de limitación los que con mayor frecuencia se asocian en las sentencias referidas a este síndrome, con una muy

inferior proporción en cuanto a las connotaciones de repercusión social que viene recogida en los términos de discapacidad (tabla 5)

AREA	Nº DE SENTENCIAS	%
CIVIL	495	1.63
CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO	450	1.49
MERCANTIL	29	0.1
PENAL	204	0.67
SOCIAL	29.122	96.11

Tabla 5

Destacando en las mismas los conceptos de incapacidad y aptitud laboral como los de mayor prevalencia (tabla 6)

CONCEPTO	SENTENCIAS	%
INCAPACIDAD	16604	46.63
LIMITACION	12669	37.1
DISCAPACIDAD	3800	11.09
APTITU LABORAL	1024	3
INEPTITUD SOBREVENIDA	47	0.14

Tabla 6

De lo anteriormente expuesto se desprende que la Fibromialgia no es una desconocida en la práctica diaria en la jurisdicción social. También se observa que, mientras hace no demasiados años la Fibromialgia apenas aparecía en las resoluciones judiciales, ahora sí aparece muy frecuentemente, y que esa aparición es especialmente intensa en Cataluña que triplica a Galicia, la segunda en la lista, siendo acaso un factor explicativo la existencia de asociaciones de enfermos/as que fomentan la sensibilización y el estudio de la enfermedad.

No es el objetivo de este trabajo la realización de un análisis específico del estado de la jurisprudencia en relación a la valoración de los procesos de Fibromialgia por lo que para conocer su proceso evolutivo se ha revisado trabajos ya existentes, cuya limitación principal es el entorno temporal hasta el año 2008. Son escasos los estudios que valoran los resultados de las sentencias obtenidas y su relación con las diferentes variables que las conforman y suelen estar restringidos a sentencias derivadas de los recursos interpuestos en los Tribunales Superiores de Justicia.

Si analizamos un estudio realizado sobre la sentencias emitidas por dichos tribunales en el periodo 1978 - 2008⁽²⁹⁾, se identifican 148 sentencias, de estas, 9 se excluyeron por no contener la información completa. Noventa y siete se presentaron ante el TSJ de Murcia, 9 en Cataluña, 6 en Baleares y 6 en Asturias y el resto repartidas entre las diferentes comunidades autónomas. De las mismas, el 89 % corresponden al sexo femenino y un 11 % al masculino y se estudiaron las variables de sexo, edad, profesión, tiempo de evolución, existencia de comorbilidad y puntos gatillo. Del total de la muestra estudiada 75 % de las sentencias son favorables al INSS denegando la incapacidad y el 25 % de las mismas favorables al paciente con la consideración de Incapacidad Permanente, de las cuales el 8.6 % corresponden a Incapacidad Permanente parcial, el 60 % Incapacidad Permanente total, el 8 % Incapacidad Permanente Absoluta y el 3 % a Gran Invalidez. No se observaron diferencias en relación al sexo, edad y profesión, se observa un grado de asociación entre tiempo de evolución y existencia de comorbilidad con el resultado positivo para el paciente y existían diferencias significativas claras en relación a la existencia de puntos gatillo

Un estudio realizado en Canadá , en el que se revisaban las 194 sentencias presentadas en sus tribunales entre 1986–2003 para evaluar el impacto en la percepción de los jueces en las reclamaciones por FM, señalaba que estos perciben la opinión de los especialistas como el argumento más creíble al tomar decisiones⁽³⁰⁾.

De igual forma que los anteriores, un estudio realizado durante los años 1997 al 2008 correspondiente a las sentencias del emitidas por el Tribunal Superior de Justicia de Canarias pone de manifiesto un 55 % de sentencias favorables al reconocimiento de Incapacidad Permanente en los pacientes con Fibromialgia frente al 45 % de los casos

en los que se deniega la misma, si bien se observa un incremento de las sentencias favorables a partir del 2008. Es necesario reseñar que no se ha tenido en cuenta en este estudio la existencia de patología asociada al proceso de Fibromialgia y que pudiera ser determinante en la valoración de la capacidad funcional del paciente.

SITUACION ACTUAL

Del análisis de los datos anteriormente descritos se observa que desde un punto de vista cualitativo, tanto para los órganos judiciales como para los administrativos, evaluar el grado de discapacidad de los pacientes con Fibromialgia resulta una tarea compleja, y quizás derivada del planteamiento de una definición meramente sintomática, por lo cual no resulta fácil ni su valoración médica ni la determinación de su repercusión funcional. En este sentido, se comprueba que, la mera constatación del diagnóstico diferencial no es elemento suficiente para establecer de forma automática el carácter incapacitante de esta enfermedad.

Así pues, la situación actual en relación a la valoración médico - legal la podemos contextualizar partiendo del hecho que los dictámenes de los equipos de valoración de las incapacidades son, la pieza fundamental del proceso de declaración administrativa de incapacidad laboral. En la Guía de Valoración de la Incapacidad Laboral para Médicos de Atención Primaria (31), documento nacido de la colaboración entre la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT), el Instituto de Salud Carlos III y el INSS, a la hora de valorar las limitaciones que sufren los pacientes diagnosticados de Fibromialgia, admite, por ejemplo, que el único instrumento validado suficientemente es el llamado FIQ aunque pueda resultar demasiado subjetivo cuando se utiliza en valoración laboral, de igual forma refleja que el número de puntos dolorosos no es un criterio de gravedad, solo un criterio diagnóstico. Pero lo importante también es que desvincula la gravedad de la Fibromialgia de la utilización de analgésicos o la dosis que recibe el paciente. Se considera asimismo sin trascendencia la evolución hacia la cronicidad cuando ni siquiera la concesión de una pensión por incapacidad parece mejorar la evolución de estos pacientes, y descarta también la presencia de una patología psiquiátrica tipo asociada a la dolencia.

Negada la situación incapacitante, salvo casos excepcionales, en que la sintomatología dolorosa produzca un deterioro del estado general, en general serán pacientes sólo subsidiarios de situaciones de incapacidad temporal, que deberá mantenerse en las fases agudas.

La tendencia aparecida en las mutuas tiene igualmente este contenido restrictivo. Cuando se trata de la incapacidad temporal, recomiendan que la duración sea lo más corta posible. Con especial cautela si existe un contexto médico-legal (tráfico, solicitud de minusvalía, etc.) que pueda recomendar al trabajador la prolongación de la baja. Se utiliza el manual de tiempos estándar publicado por el INSS y que establece una duración promedio de catorce días, el tiempo requerido para descartar otras patologías.

La justificación de que la baja no se alargue se disculpa por los inconvenientes que puede acarrear una situación prolongada como una mayor consciencia del dolor, el sentimiento de aislamiento, de inutilidad, con la pérdida de la autoestima que esto conlleva, así como los problemas económicos que puede suponer una prestación menor o las dificultades que pueden plantearse cuando se suscita la reincorporación, todo en un contexto estadístico de aumento espectacular de casos en los últimos años. La reclamación administrativa posterior se desestima en el 90% de los casos, de manera que queda abierta la única opción, el protagonismo de los jueces de lo social si, cada vez más, estiman la pretensión deducida.

Hasta no hace mucho tiempo, los tribunales de justicia también se resistían a aceptar⁽³²⁾, en el procedimiento de revisión judicial de la decisión administrativa, el reconocimiento de incapacidad porque exigían, siempre, una valoración objetiva de las secuelas, descartando aquellas que no pudieran ser constatadas. Así, el dolor o la fatiga sin causa objetiva constatable era excluido para la calificación de las situaciones determinantes de incapacidad. Hay que tener en cuenta que el artículo 193 de la Ley General de la Seguridad Social declara producida la incapacidad laboral permanente cuando el trabajador presenta reducciones anatómicas graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral. Sin embargo, esta situación ha comenzado a variar en la

jurisprudencia de los Tribunales Superiores de Justicia y de los Juzgados de lo Social en los últimos años. Aunque la regla de la interpretación restrictiva de la declaración de las incapacidades se mantiene, la interpretación de ese artículo 193 de la LGSS parece que comienza a aceptar que los padecimientos que se constatan a través de un diagnóstico puramente clínico, como sucede en el caso de la Fibromialgia, también son padecimientos determinados de una forma objetiva, entendiendo por objetivo lo que es real, lo que pertenece al mundo exterior y que no habita sólo en la mente del paciente.

Además, la nueva jurisprudencia acepta, sin los recelos del pasado, el carácter incapacitante de la Fibromialgia, 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 eficacia” (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)

Con la finalidad de solventar estas dificultades de valoración objetiva de la entidad invalidante de la Fibromialgia, en las sentencias emanadas de los órganos judiciales sociales afloran, en no pocas ocasiones, criterios generales para esa valoración objetiva de la entidad invalidante y, en los que de acuerdo al profesor Lousada, se pueden apuntar los siguientes⁽³³⁾:

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 Fibromialgia 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,

Página 42 de 134 Diseño de un protocolo de valoración de la capacidad funcional en los procesos de Fibromialgia

permite considerar a la Fibromialgia como dolencia invalidante atendiendo al estado actual de la ciencia médica.

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 como una incapacidad permanente absoluta, y otras veces asociadas al dolor, ratifican un diagnostico de Fibromialgia.

Atendiendo a estos criterios objetivos, se debe decidir, en cada concreto caso judicial, si la Fibromialgia es invalidante, y, de serlo, cuál es el grado a que se hace acreedora, a saber incapacidad permanente parcial o total para la profesión habitual, absoluta para toda profesión u oficio, o gran invalidez. Lo más usual, a la vista de las características de la Fibromialgia, es la declaración de incapacidad permanente total para la profesión habitual o absoluta para toda profesión u oficio. Mientras la gran invalidez ,que se califica por la necesidad de asistencia de tercera persona para los actos más esenciales de la vida de la persona, resulta ser generalmente descartable.

Por último, es necesario un breve análisis sobre la valoración de los procesos de Fibromialgia en las situaciones de discapacidad. El Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, sobre procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, sujeta la valoración de la discapacidad a criterios técnicos unificados recogidos en sus Anexos, y en el denominado Anexo I. A se establecen, según literalmente se afirma en su introducción“ las pautas para la determinación de la discapacidad originada por deficiencias permanentes de los distintos órganos, aparatos o sistemas”, o, dicho en términos más asequibles, se establecen, a través de reglas generales y de tablas de valoración aplicables a cada caso individual, el porcentaje de discapacidad consecuente a cada enfermedad padecida por la persona de que se trate.

Aquí es donde surge el problema en relación con la Fibromialgia. Y es que, a pesar de la supuesta exhaustividad del Anexo I.A de dicho Real Decreto, en el sentido de recoger todas las enfermedades invalidante, la Fibromialgia no aparece expresamente recogida como una dolencia de la cual se derive ninguna concreta discapacidad, a pesar de que, a la vista de la fecha del Real Decreto, la Fibromialgia ya era entonces reconocida por la Organización Mundial de la Salud, y a pesar de que, como se reconoce en la introducción a ese Anexo I. A, se ha seguido, para su elaboración, el modelo propuesto por la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la Organización Mundial de la Salud.

Frente a esta laguna, se ha planteado, como solución correctora utilizar las reglas generales y las tablas de valoración atendiendo a la sintomatología de la Fibromialgia, y, en particular, las relativas a dolor o déficit sensorial . Tal circunstancia cubre la laguna normativa. Pero, en su aplicación a los casos individuales, supone, de manera tendencial, una infravaloración de la Fibromialgia como enfermedad causante de discapacidad. En primer lugar, porque la ausencia de contemplación específica impide valorar adecuadamente su entidad discapacitante. Y, en segundo lugar, porque ese vacío de valoración no se cubre totalmente con reglas generales o tablas de valoración pensadas para otras enfermedades.

DIFERENTES SENTENCIAS JUDICIALES

Podríamos distinguir tres grandes grupos de sentencias judiciales según se desestime la declaración de incapacidad permanente, se estime la declaración de incapacidad permanente total para la profesión habitual o se estime la declaración de incapacidad permanente absoluta para toda profesión u oficio.

Un primer gran grupo de sentencias judiciales son desestimatorias de la declaración de incapacidad permanente en supuestos de alegación de una Fibromialgia. Y es que, como se razona en la STSJ/Cataluña 2381/2005, de 16 de marzo, “no todo caso de Fibromialgia determina automáticamente una incapacidad laboral, puesto que al tratarse de una enfermedad cuyo síntoma cardinal es el dolor, variable en intensidad, no sólo de una persona a otra, sino incluso en la misma persona en función de los días u horas del día, ha de analizarse detenidamente y caso por caso, la repercusión

Página 44 de 134 Diseño de un protocolo de valoración de la capacidad funcional en los procesos de Fibromialgia

funcional de esa patología". La existencia de Fibromialgia no determinará, en consecuencia, la declaración de incapacidad permanente. Siguiendo estas premisas sin duda alguna razonables, se ha negado la entidad invalidante de la Fibromialgia cuando la misma no está calificada, ni se acreditan unos síntomas con virtualidad invalidante – STSJ/ Murcia 396/2005, de 4 abril–, o si, aún acreditándose síntomas, los síntomas son leves –STSJ/Murcia 1444/ 2001, de 8 octubre–, no bastando la acreditación de 11 puntos gatillo, sino que es necesario valorar los síntomas con virtualidad invalidante – STSJ/Cataluña 8846/2004, de 10 diciembre–, y no lo son limitaciones leves a la movilidad cervical y de los hombros con un diagnóstico de Fibromialgia sin mayores datos adicionales tomados de informes médicos fehacientes –STSJ/Cantabria 341/ 2007, de 17 de abril–.

Es significativa en este sentido la sentencia de la Sala de lo social del Tribunal Superior de Justicia de Madrid 6982/2018 de 11/07/2018 en los que se deniega el grado de incapacidad a una paciente afecta de Fibromialgia , argumentando de forma detallada lo siguiente " *Debiendo subrayarse asimismo, en lo que respecta a la Fibromialgia, que aunque inicialmente tal padecimiento dio lugar al reconocimiento de numerosas incapacidades, incluso en grado de absoluta, tal tendencia se ha corregido. De modo que tras ese "desconcierto" inicial, se abre paso una doctrina judicial restrictiva que se hace eco del cuestionamiento médico de su etiología reumática -todavía hoy, la oficial- frente a tesis que la vinculan a lo neurológico (serotonina, etc.), e incluso abiertamente a lo psicopatológico, y de los nuevos tratamientos entre los cuales se ha descubierto la mejoría que en estos pacientes genera el ejercicio aeróbico, la natación, etc., conclusiones estas que vienen a contradecir que la actividad laboral esté contraindicada de manera general y han resituado la incapacidad como excepción. Así, en cualquiera de los casos la doctrina hoy sostenida por esta Sala del TSJ de Madrid se apunta a ese criterio restrictivo que considera insuficiente la positividad de los llamados "tender points", sean los que sean y que constituyen condición de diagnóstico, siempre que superen 11/18, y no de gravedad, o el dolor difuso músculo esquelético característico. Así la Sentencia de 22 de Noviembre de 2011 de nuestra Sala (Rec. 4666/2011), a cuyo tenor la declaración de invalidez a resultas de fibromialgia requiere "una seria afectación psíquica que lleve a incluir al paciente en uno de los apartados DSMN IV de trastornos adaptativos o de otras patologías de esta clase, una refractariedad o rechazo claro de los tratamientos médicos y farmacéuticos, incluso los más modernos (como p.e. la medicina*

ortomolecular o tratamientos encaminados a la regulación de la actividad muscular) además de la valoración completa del nivel álgido mediante las pruebas objetivas correspondientes como LOP, termografía o isocinéticos, no bastando que se pueda acreditar un tratamiento en la unidad del dolor, que no se concreta en cada uno de los aspectos necesarios para determinar con la mayor exactitud posible dicho nivel".

Un segundo grupo de sentencias judiciales son estimatorias de la declaración de incapacidad permanente total para la profesión habitual, lo cual depende, no sólo de la gravedad de la Fibromialgia, sino de la profesión habitual de que se trate.

Tendencialmente, la Fibromialgia justifica la incapacidad permanente total más fácilmente para profesiones de requerimiento físico. Así una limpiadora con Fibromialgia severa y afectación lumbosacra, lo que le produce dolores generalizados, astenia intensa y sintomatología depresiva –STSJ/Madrid 114/2002, de 27 de diciembre–.O una auxiliar de la conserva con Fibromialgia severa de larga duración, con dolencias adicionales –STSJ/Murcia 175/2000, de 7 febrero–.

Pero ello no excluye esa declaración para otras profesiones en las cuales, aún sin requerimiento físico, la Fibromialgia pueda interferir, como una dependienta en una sección de pescadería y congelados, obligada a entrar y salir constantemente de ambientes fríos, con puntos fibromiálgicos positivos, dolor articular, parestesias y cefaleas, en tratamiento con antidepresivos tras agotar las posibilidades terapéuticas – STSJ/ Madrid 482/2002, de 17 septiembre–. Incluso en profesiones sedentarias con requerimientos de concentración, siempre que la Fibromialgia se asocie a dolencias psíquicas, como una agente de seguros con distimia crónica y Fibromialgia severa – STSJ/Castilla y León, Burgos, 365/ 2002, de 6 mayo.

Y por último, un tercer grupo de sentencias judiciales son estimatorias de la declaración de incapacidad permanente absoluta para toda profesión u oficio, llegándose a justificar el apartamiento pensionado del mercado de trabajo en diversos supuestos que se pueden concretar en los siguientes: Cuando se objetiva dolor en los 18 puntos gatillo, con una situación de sufrimiento y dolor generalizado que ha somatizado, después de quince años de evolución de la enfermedad, siendo atendida en la unidad del dolor, a lo que se une un trastorno adaptativo que no cede pese a los

tratamientos pautados –STSJ/Madrid 169/2006, de 27 de febrero–, alcanzándose esa conclusión con el argumento –sin duda correcto– de que “(repugna) a nuestra axiología constitucional trabajar con dolor si éste se presenta de manera objetiva, continuada y sujeto a tratamiento en la unidad del dolor, concurriendo incluso en situaciones de sedentarismo y ausencia de cualquier esfuerzo, sin que pueda combatirse con simples analgésicos”. Cuando –y con más motivo– además de objetivarse dolor en los 18 puntos gatillo, se añaden otras dolencias habitualmente asociadas. La sentencia nº 1403/2015, de 24 febrero, de la sala social del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña dispone que el dolor y la fatiga intensa que provocan las dolencias de una trabajadora no permiten apreciar "capacidad laboral alguna en términos de rendimiento, continuidad y eficacia durante toda una jornada laboral, por lo que ha de estimarse correcta la incapacidad permanente absoluta reconocida en la sentencia de instancia". Ya mucho más reciente STSJ ICAN 693/2018 de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de las Palmas de Gran Canaria de fecha 31/07/2018 establece la existencia de Incapacidad Permanente Absoluta en una paciente con "*Síndrome de fibromialgia*"(puntos fibromialgia 18/18), *aunque ello sin perjuicio de tener presentes otras dolencias conectadas a esta dolencia, como es el síndrome de fatiga crónica, vértigos, poliartralgias o ansiedad generalizada, que son dolencias de la actora referidas en los diferentes informes que obran en el propio informe pericial de la actora. Se establece que el grado de incapacidad absoluta no sólo debe ser reconocida al trabajador que carezca de toda posibilidad física para realizar cualquier actividad laboral, sino también valorando la capacidad laboral residual, pues no es obstáculo a que pueda declararse el grado de invalidez postulado el hecho de que puedan realizarse algunas actividades, que no deben comprender el núcleo fundamental de una profesión u oficio, toda vez que la realización de cualquier actividad laboral, por liviana que sea, comporta unas exigencias mínimas de profesionalidad, rendimiento y dedicación*

La realización de una actividad laboral, por liviana que sea, incluso las sedentarias, solo puede consumarse mediante la asistencia diaria al lugar de trabajo, permanencia en el mismo durante toda la jornada laboral, debe poder realizarse con un mínimo de profesionalidad, rendimiento y eficacia, actuando de acuerdo con las exigencias, de

todo orden, que comporta la integración en una empresa, en régimen de dependencia de un empresario dentro de un orden preestablecido y en interrelación con los quehaceres de otros compañeros, por cuanto no es posible pensar que en el amplio campo de las actividades laborales exista alguna en la que no sean exigibles esos mínimos de dedicación, diligencia y atención que son indispensables en el más simple de los oficios y en la última de las categorías profesionales "

Como podemos observar existen sentencias y argumentos conceptuales en los tres sentidos lo que no hace sino complicar el ya de por sí difícil proceso de valoración de la capacidad en los pacientes con Fibromialgia, lo que justifica la necesidad de establecer protocolos de valoración consensuados que permita a la medicina evaluadora su correcta calificación . De igual forma es necesaria la realización de estudios específicos acerca de la jurisprudencia española en los casos de Fibromialgia, analizando de forma cualitativa las variables que entran a formar parte de las decisiones judiciales en torno a la calificación del grado de incapacidad.

6.- PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA VALORACION DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN LOS PROCESOS DE INCAPACIDAD LABORAL

La elaboración de un protocolo médico para la valoración de la capacidad laboral tiene como objetivo relacionar las capacidades psicofísicas de un trabajador en un momento preciso con los requisitos que se necesitan para la realización de una profesión. Para ello se precisa determinar cuáles son las mermas de las capacidades psicofísicas del

individuo y conocer con exactitud los requerimientos específicos de su profesión, y finalmente establecer si puestas en relación estas dos valoraciones se concluye en una situación de capacidad o incapacidad para el trabajo.

El procedimiento en todo caso conlleva relacionar las capacidades psicofísicas del paciente y los requisitos de la ocupación, y en virtud de esta relación determinar si el trabajador está o no capacitado para desarrollar la actividad laboral, y si estuviera no capacitado en qué medida está incapacitado y con qué carácter si temporal o permanente (34). Esto implica establecer una metodología que nos permita valorar la alteración anatómica y/o funcional del trabajador (lesiones que padece), así como las limitaciones objetivas de la integridad psicofísica del sujeto, o lo que es lo mismo las consecuencias de las secuelas producidas como resultado de la enfermedad y todo ello, ponerlo en relación con los requisitos del trabajo(35). Es por tanto que cualquier proceso de evaluación supone identificar, medir y concluir el daño corporal y su impacto en la profesión, siendo las limitaciones funcionales, no los diagnósticos, las que consolidan la situación de incapacidad.

La Incapacidad Permanente, viene definida en nuestra legislación como “la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyen o anulan su capacidad laboral”, en base a esta definición los condicionantes para la valoración de un proceso como incapacidad permanente debe conllevar :

- Que se acrediten las lesiones
- Que estas sean definitivas
- Que sean objetivas (objetivables)
- Que determinen reducciones anatómicas o funcionales graves
- Que disminuyan o anulen la capacidad laboral.

Por tanto en el concepto Legal de incapacidad permanente tenemos; un condicionante previo que es el haber estado sometido a tratamiento y haber sido dado de alta

médicamente o que concurran secuelas definitivas. Tres rasgos configuradores, como son, tener reducciones anatómicas o funcionales objetivables, previsiblemente definitivas y de carácter grave por su incidencia en su trabajo o en todo tipo de trabajo. y por último, una consecuencia, la disminución o anulación de la capacidad laboral.

La elaboración de un protocolo de evaluación debe dar respuesta a los anteriores condicionantes, especialmente al concepto de objetividad y gravedad de las reducciones anatómicas o funcionales. Para ello es necesario establecer que puestas las lesiones en relación al trabajo habitual o todo tipo de trabajo configuren una situación limitante para el ejercicio de la actividad laboral, por lo que ha de conectarse a los requerimientos psico-físicos exigidos por la profesión habitual, en los casos de IPT, o la de cualquier otra, de las ofrecidas en el mercado laboral, caso de IPA. Nuestro Sistema de Seguridad Social es esencialmente "profesional", en el que destaca la valoración no sólo de las lesiones y limitaciones en sí, sino también la incidencia del menoscabo funcional u orgánico puesto en relación con la profesión.

Así pues, para poder calificar las limitaciones de una enfermedad y la capacidad funcional residual del paciente, independientemente del objetivo final, se debe partir de una valoración de inicio con un enfoque global, que integre aspectos clínicos, sociales y laborales y que facilite un resultado lo más homogéneo y objetivo posible. Posteriormente, y en función del destino final de la calificación (aptitud laboral, menoscabo según baremo, discapacidad o incapacidad) ésta se podrá complementar con valoraciones más específicas o mediante pruebas con una orientación más concreta según los requerimientos exigidos.

Para ello y en el caso de la Fibromialgia es fundamental en su valoración la objetivación de la pérdida de capacidad funcional y de forma coincidente, la capacidad funcional residual restante, para lo cual es necesario evaluar cada una de las alteraciones provocadas por la enfermedad utilizando métodos objetivos de valoración, o en su defecto validados, con el objeto de cuantificar dicha capacidad residual que luego

pueda ser puesta en relación con los requerimientos de la profesión habitual de forma particular o con los necesarios para la realización de una cualquier actividad profesional de forma reglada en general.

6.1.- PROTOCOLO DE VALORACION

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 integral de la persona afectada por Fibromialgia 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 Fibromialgia. Los criterios funcionales (valoración de la incapacidad y de los requerimientos laborales) no son muy diferentes a los habitualmente utilizados en la medicina puramente asistencial y se ha intentado que coincidan con los que los Médicos Inspectores del Instituto Nacional de la Seguridad Social vienen utilizando a la hora de determinar los aspectos de la Incapacidad Laboral.

Al realizar la valoración pericial, debemos evitar dos tendencias, muy frecuentes ⁽³⁶⁾:

- 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).
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. No tienen interés, a efectos periciales, los criterios de diagnóstico clínico (los puntos gatillo) ya que son fácilmente simulables.

En el caso de la Fibromialgia, la ausencia de pruebas biológicas o radiológicas que indiquen la gravedad, hace especialmente importante valorar el grado de afectación del estado de salud. En la última década una iniciativa internacional llevada a cabo para resolver los problemas de las medidas de desenlace en las enfermedades reumáticas en los diversos ensayos clínicos, ha centrado su atención en la Fibromialgia. Se han realizado diversos estudios que han establecido los diferentes dominios de interés en la evaluación, a través de ejercicios Delphy en grupos de pacientes, profesionales e investigadores. 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.

Para el protocolo se ha elaborado una historia clínica unificada como punto de partida para la recogida de datos y se definen las variables a incluir en el protocolo diferenciadas en 8 bloques, asignándosele a cada bloque un grado funcional y un noveno en el que se definen los requerimientos de la profesión, de igual forma se definen los test, checklist y cuestionarios a utilizar para valorar cada aspecto concreto.

El procedimiento permite finalmente calificar la Fibromialgia en 4 grados funcionales relacionados con el nivel de limitación que presenta el paciente y que permite confrontarlos con los requerimientos de la actividad laboral desarrollada por el trabajador con la finalidad de valorar de una forma objetiva la capacidad funcional del paciente afecto de Fibromialgia, así como una valoración cuantitativa de la capacidad funcional residual del paciente que pueda ser utilizada como ayuda a la valoración del grado funcional en el que se encuentra el paciente.

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

6.1.1.- ESTUDIO DE LA DOCUMENTACION APORTADA. HISTORIA CLINICA. EXPLORACION FISICA

Tal como hemos visto en capítulos anteriores no es la finalidad del médico evaluador el diagnóstico clínico del proceso de Fibromialgia, este deberá estar refrendado en los diferentes estudios realizados al paciente durante su historiopatobiografía y que deberán ser aportados para el proceso evaluador. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que la anamnesis, historia clínica y exploración física son fundamentales para la correcta evaluación de la Fibromialgia. 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), no teniendo este carácter especializado los informes de Atención Primaria. su contenido deberá estar relacionado con:

- la exploración clínica inicial en la que se basó el diagnóstico.
- las pruebas complementaria 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 (Anexo3):

1º Astenia 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 mas 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.

2º 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.

- 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 (hasta diez deposiciones diarias).

- Intolerancia marcada al alcohol.

3ª 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.

- Cefaleas opresivas fronto-occipitales.

- 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.

- Cambia las palabras al hablar, con ocasionales episodios de afasia nominal o dice palabras cambiadas.

- Algún episodio de descoordinación motora con varias caídas.

4º Clínica Álgida:

- Presenta dificultades para su autoaseo por dolor, con dificultad a los movimientos finos.

- Mialgias como agujetas con debilidad muscular y marcadas caídas 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).

- Marcados dolores en pie por talalgias que le obligan a cambiarse varias veces al día de zapatos (hasta 3 y 4 veces).

5º Alteración en el patrón del sueño

- Insomnio y alteraciones en el ritmo del sueño.

6º 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

La exploración física detallada y exhaustiva nos permitirá confirmar los criterios diagnósticos. Conviene siempre destacar la exploración del aparato locomotor (balance articular, tono, fuerza muscular...) y la exploración neurológica (reflejos, maniobras habituales...). 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 livado reticularis en las extremidades, hiperlaxitud articular, hipertonía muscular, contracturas musculares y estiramiento doloroso de las regiones afectadas.

Las pruebas complementarias solo tienen interés para descartar patología asociada. Son recomendables en la fase de diagnóstico, pero no imprescindible para el proceso de evaluación

6.1.2.- VALORACION DEL DOLOR

R. Melzack, uno de los grandes algiólogos del siglo XX, ya establecía la dificultad de conocer con precisión la intensidad del dolor que padece otra persona, al ser una experiencia personal privada. La IAPS (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) considera el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial. Esta definición reconoce la interrelación entre los aspectos objetivos (fisiológicos sensitivos) del dolor, y los subjetivos (emocionales y psicológicos). La respuesta al dolor es pues variable entre distintas personas e incluso en la misma persona dependiendo del momento.

De acuerdo al sentido conceptual que emana de la propia definición del dolor, tenemos que tener en cuenta que valorar (dando un cifra mensurable), las propiedades de una persona, objeto o un proceso determinado, supone en realidad medir estas propiedades (37). El objetivo es la utilización combinada de una metodología que cuantifique lo más exactamente posible, la intensidad del dolor que experimenta el paciente, combinando la evaluación de la sensación primaria correspondiente a la percepción dolorosa con el estado emocional, para determinar con precisión su grado. Además, todo intento de valoración o cuantificación deberá tener en cuenta la vivencia que de su dolor tiene el paciente, al ser una experiencia subjetiva, asumiendo, por tanto, el sesgo que ello conlleva.

Página 57 de 134 Diseño de un protocolo de valoración de la capacidad funcional en los procesos de Fibromialgia

La “medición ideal del dolor” debe ser sensible, sin sesgos, validable, fiable, exacta y fácilmente accesible. Los instrumentos utilizados deberán proporcionar información inmediata de los sujetos, con exactitud y seguridad para éstos. La medición ideal debe proporcionar valores absolutos que aumenten la validez de las comparaciones del dolor a lo largo del tiempo, tanto entre distintos grupos como dentro de uno sólo (38). Para valorar adecuadamente la severidad del dolor se debe seguir una sistemática de aproximación al problema, que entre otras cosas nos permitirá distinguir entre los componentes sensoriales y afectivos de éste.

La valoración y cuantificación del dolor se llevará a cabo, al igual que en el resto de variables evaluadas mediante:

1. Anamnesis dirigida
2. Metodología objetivable
 - 2.1 Valoración por parte de un observador independiente. Escala de Thierry
 - 2.2 Valoración del dolor AEEMT
3. Escala Multidimensional. Cuestionario de Dolor de McGill
4. Valoración global del dolor

1. Anamnesis sobre las características del dolor(Anexo 4).

Se realizará en base a un esquema establecido.

1. Modo de inicio: si ha sido espontáneo, secundario a una enfermedad anterior, a un accidente, a una intervención quirúrgica, situación de estrés etc.
2. 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
3. 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).
4. Características clínicas:

- Topográficas: Localización, punto de inicio, trayecto de irradiación.
- Cualitativas: Intensidad, modo de comienzo, evolución temporal, ritmo horario.
- Signos asociados: Reacciones vegetativas,
- Factores o circunstancias que modifican su intensidad.

5. Tratamientos anteriores que ha tomado, dosis y efectos secundarios.

6. Evaluación de las consecuencias funcionales y socioprofesionales: insomnio, las faltas repetidas al trabajo, los cambios de humor, la pérdida del apetito.

2. Metodología objetiva

2.1 Valoración por parte de un observador independiente. Escala de Thierry

Aparentemente, la valoración del dolor por parte de un observador independiente aportará una objetividad y precisión muy superior a la estimación subjetiva del propio paciente. El consumo de analgésicos es otra forma de valorar objetivamente el grado de dolor. En general, se acepta que un mayor consumo traduce un mayor grado de dolor.

Se fundamenta más en la objetividad del explorador. Clasifica el dolor según la necesidad de tratamiento analgésico, diferenciando cuatro estadios (**Anexo 5**).

- Dolor poco importante que no precisa de tratamiento.
- Dolor moderado que se controla con analgésicos de uso común (paracetamol, metamizol o AINEs)
- Dolor importante que no responde a analgésicos de uso común y causa un cierto grado de incapacidad.
- Dolor muy importante que provoca una gran incapacidad y precisa de analgésico potentes tipo morfina u otros opioides.

Los diferentes estadios se valoran de menos a más, desde 2 hasta 8 puntos.

2.2 Clasificación funcional. AEEMT

En función de los hallazgos en la anamnesis se podrán establecer una serie de grados funcionales en función de la severidad de las limitaciones, estos serían:

Grado Funcional 0

Dolor leve, soportable, sin necesidad de tratamiento analgésico. Plena capacidad funcional cotidiana.

Grado Funcional 1

Dolor agudo pero que responde a tratamiento (en ocasiones “ascensor analgésico”: puede precisar opiáceos débiles y, cuando el dolor remite, se desciende al 1er escalón). Dolor crónico insidioso, que precisa ocasionalmente analgésicos de 1er escalón, con buena respuesta, o dolor leve continuado. Limitación funcional temporal (hasta que haya una respuesta al tratamiento analgésico) para las actividades que desencadenan o acentúan la sintomatología.

Grado Funcional 2

Dolor moderado, persistente, con respuesta sólo parcial al tratamiento: precisa analgésicos de 2º escalón. Dolor que se intensifica a la movilización. Puede suponer una limitación funcional la realización de actividades con requerimientos físicos moderados o actividades con exigencias sensoriales, como una adecuada capacidad de respuesta en situaciones de alarma.

Grado Funcional 3

Dolor intenso, persistente, puede interferir y dificultar el sueño, sin respuesta eficaz al tratamiento: precisa analgésicos de 3er escalón. Afectación psicológica acusada que puede llevar a deterioro de la vida personal. Limitaciones funcionales para actividades dinámicas. Puede llegar a tener limitaciones para actividades sedentarias.

Grado Funcional 4

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. Limitaciones para llevar a cabo una vida laboral y

personal autónoma: deterioro psíquico importante, síndrome depresivo manifiesto, imposibilidad de adecuado reposo nocturno, dificultad para desplazarse.

3. Escala Multidimensional. Cuestionario de Dolor de McGill (Anexo 6)

Las escalas multidimensionales de dolor pretenden superar las limitaciones de aquéllas que únicamente evalúan un aspecto. La lógica subyacente a su desarrollo parte de que si la experiencia dolorosa está conformada por distintos componentes, será pues necesario evaluarlos conjuntamente.

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 (39) más utilizados en la clínica y la investigación. Se valora la experiencia dolorosa desde una triple perspectiva:

- Sensorial. Descripción del dolor en términos temporo-espaciales.
- Afectivo-motivacional. Descripción del dolor en términos de tensión, temor y aspectos neurovegetativos.
- Evaluativa. Dolor descrito en términos de valoración general (el paciente valora su dolor)

Esta escala fue propuesta y desarrollada por Melzack y Torgerson tras sus investigaciones sobre medición del dolor (49). El instrumento consta de 78 adjetivos distribuidos en 20 grupos, incluyendo cada grupo de 2 a 6 adjetivos que califican la experiencia dolorosa. Cada uno de los términos descriptivos tiene asignado un número o rango que permite obtener una puntuación de acuerdo a las palabras escogidas, con lo que se obtiene el denominado “Pain Rating Index” (PRI) o “Índice de Valoración del Dolor”. Esta puntuación refleja el modo en que el paciente califica su propia experiencia dolorosa, permitiendo al investigador valorar la influencia que sobre esta experiencia ejercen los factores emocionales y sensoriales. Además, contiene un apartado en que el paciente refleja la intensidad del dolor que padece, el “ Present PainIndex ” (PPI) o “Índice de Intensidad del Dolor”.

Esta puntuación refleja el modo en que el paciente califica su propia experiencia dolorosa, permitiendo al valorador cuantificar la influencia que sobre esta experiencia ejercen los factores emocionales y sensoriales. Además, contiene un apartado en que

el paciente refleja la intensidad del dolor que padece, el “Present PainIndex ” (PPI) o “Índice de Intensidad del Dolor”. El cuestionario se divide en 4 partes: Una primera en la que además de los datos de filiación y medicación analgésica consumida por el paciente, se incluye la localización del dolor. Una segunda en la que se intenta describir el dolor utilizando el PRI (índice de valoración del dolor). Como dijimos anteriormente, hay 20 grupos de adjetivos, a su vez ordenados en tres clases de descripciones verbales: sensitivas, afectivas y evaluativas. Cada adjetivo corresponde con un valor numérico progresivo. Una tercera parte en la que se valoran tanto los cambios que experimenta el dolor así como con qué se producen estos. Una cuarta parte en la que se indexa la intensidad del dolor.

En el cuestionario se puntúa:

- El Valor de Intensidad de Dolor Sensorial, que corresponde a los grupos de adjetivos que van del 1 al 10.
- El Valor de Intensidad de Dolor Afectivo, que corresponde a los grupos de adjetivos desde el 11 al 15.
- El Valor de Intensidad de Dolor Evaluativo, que corresponde al grupo 16.
- Hay además una miscelánea que abarca los grupos de adjetivos entre el 17 y el 20.
- La suma de estos cuatro valores de intensidad de dolor, nos da el Valor de Intensidad de Dolor Total.
- Se valora además intensidad del dolor actual: Entre 1 y 5, así como los cambios que experimenta el dolor.

4. Valoración global del dolor

ORIENTACIONES PARA EL DIAGNOSTICO

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 Tierry 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 Tierry 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 Tierry 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 Tierry 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.

6.1.1.3 VALORACION DE LA FATIGA

La fatiga es la sensación de cansancio físico y falta de energía, diferente de la debilidad física, que ocurre como consecuencia de la realización de esfuerzos físicos y mentales o de la existencia de alguna enfermedad. La fatiga puede considerarse como un síntoma o conjunto de síntomas debilitantes e incapacitantes que afectan la calidad de vida, el trabajo y las relaciones sociales y familiares de los que la padecen.

Para su evaluación en el contexto de los procesos de Fibromialgia no existen estudios de laboratorio que permitan su valoración. A nivel neurocognitivo se pueden ver esferas afectadas por la fatiga (memoria de retención, la atención y la concentración entre otras) y se puedan también comparar los resultados de un enfermo con la población afectada de similar edad y género. Se ha intentado visualizar las deficiencias de actividad o de perfusión cerebral con pruebas funcionales como la RNM funcional. Aun cuando en estas pruebas se encuentran alteraciones del funcionamiento cerebral, no son ni específicas para definir la enfermedad ni suficientes como para valorar el grado concreto de afectación.

La principal consecuencia de la fatiga crónica en la Fibromialgia es la pérdida de calidad de vida. Muchos de estos parámetros, antes mencionados, están entre el 20-30% de lo que tiene la población control sana. En teoría, una persona sana, tendría que estar al 100% de estos parámetros. Como peor sea el proceso de fatiga, peor calidad de vida tendrá el paciente (41). Y esto se puede trasladar finalmente aplicando este tanto por ciento de afectación de la calidad de vida a una escalera sencilla de 4 grados sucesivos.

Se han propuesto cuestionarios que evalúan el impacto de la fatiga y de la Fibromialgia, siendo los de uso mas extendido para la valoración de la fatiga, la escala de impacto modificada de fatiga y la escala de fibrofatiga. Ambos son instrumentos validados y exploran diferentes esferas que conforman el proceso de calidad de vida de los pacientes.

1.- Escala modificada de impacto de la fatiga

La Escala Modificada de Impacto de la Fatiga (MFIS) utiliza un enfoque multidimensional con componentes cognitivos, físicos y psicosociales. Ha sido sometida al análisis de Rasch. La dimensión física se asocia mayormente con medidas de discapacidad motriz tales como la Escala Expandida del Estado de Discapacidad (Expanded Disability Status Scale, EDSS).

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 (**Anexo 7**)

2.- Escala de fibrofatiga

Valora 12 parámetros que conforman la calidad de vida del paciente. Las puntuaciones se aplican a síntomas informados y deben ser hechas por un observador formado en medicina. Las puntuaciones deben basarse en una entrevista clínica que se inicia con cuestiones generales para evaluar los síntomas con preguntas que permitan puntuar la gravedad.

El entrevistador tiene que decidir si las puntuaciones se sitúan según las frases definidas en números (0, 2, 4, 6) o puntuaciones medias (1, 3, 5). La escala debe ser usada para cualquier intervalo de tiempo, sea la última semana o cualquier otro, pero se debe registrar el intervalo.

Los parámetros a valorar son : Molestias y dolor. Tristeza. Tensión muscular. Problemas de sueño Fatiga. Molestias vegetativas. Dificultades de concentración. Intestino irritable. Dolor de cabeza. Fallos de memoria. Experiencia subjetiva de Irritabilidad infección. (Anexo 8)

3. Valoración global de la fatiga

ORIENTACIONES PARA EL DIAGNOSTICO

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.

6.1.4.- VALORACION DEL TRASTORNO DEL SUEÑO

Los avances en la investigación de la Fibromialgia y el uso de modelos explicativos de orientación biopsicosocial están permitiendo comprender la importancia del sueño en este síndrome. Múltiples estudios han demostrado interacciones complejas entre la alteración del sueño, las anomalías neuroendocrinas e inmunitarias, y los síntomas clínicos presentes en la enfermedad, que sugieren que las alteraciones del sueño pueden ser tanto causa como consecuencia de esta enfermedad.

Algunas investigaciones demuestran que la perturbación del sueño profundo altera muchas funciones críticas del cuerpo (42), como la producción de sustancias químicas necesarias para reparar el tejido muscular, así como la percepción del dolor por parte de la persona. Así pues, parece claro que los trastornos de sueño, además de constituir síntomas por ellos mismos, pueden agravar los síntomas de la Fibromialgia. Los síntomas clásicos del insomnio están generalmente ausentes (43). La queja principal del paciente gira alrededor de los efectos diurnos de un sueño no reparador, ligero e inestable. La vigilia es vivida como difícil, con dolor y fatiga.

Los estudios polisomnográficos han permitido confirmar estas alteraciones en el sueño del paciente con Fibromialgia. Si se comparan con sujetos normales de igual edad, se observa una disminución del sueño lento y profundo, en particular de la fase 4.

Estas alteraciones son comparables con las que aparecen en los insomnios crónicos excepto en la latencia de sueño que aparece normal en la Fibromialgia.

Respecto a la microarquitectura, la alteración más significativa es la descrita por Moldofsky ya en el año 1975 y que consiste en la aparición en el EEG de actividad alpha normal durante el sueño profundo. Es el llamado patrón “alpha- delta sep” que consiste básicamente en la irrupción de ondas alpha durante el sueño profundo no REM provocando micro-despertadas. Este patrón anormal alpha-delta sleep es característico de la Fibromialgia pero no es específico de ésta. Puede también observarse en los insomnios, pacientes depresivos, pacientes con dolor crónico sea cual sea su etiología (Tabla III). Aproximadamente en el 50-60% de los casos de Fibromialgia, durante el sueño aparecen movimientos periódicos de las extremidades inferiores, mioclonus, que, dependiendo de la intensidad, pueden agravar aún más los problemas de sueño en este grupo de pacientes.

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 estos:

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

1. - Índice de calidad del sueño de Pittsburg (Anexo 9)

Uno de los instrumentos que más se ha empleado en la evaluación del sueño en Fibromialgia es el índice de calidad de sueño de Pittsburgh –Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)– (44). Este cuestionario incluye 19 ítems que exploran siete dimensiones sobre la calidad del sueño en el último mes: calidad subjetiva de sueño, latencia de sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, trastornos del sueño, consumo de medicación para dormir y funcionamiento diurno. El PSQI ha demostrado adecuada consistencia interna, sensibilidad y especificidad para la evaluación del

Página 69 de 134 Diseño de un protocolo de valoración de la capacidad funcional en los procesos de Fibromialgia

sueño (45). Las investigaciones que han analizado el sueño en la Fibromialgia con el PSQI han obtenido evaluaciones de mala calidad subjetiva del sueño en la mayoría de los casos y una importante prevalencia de problemas de sueño en esta población. Osorio et al valoraron el sueño de 30 pacientes con Fibromialgia y 30 controles sanos con este instrumento (46), y destacaron que el grupo con Fibromialgia, además de presentar una baja calidad de sueño, tenía especialmente afectadas las dimensiones del PSQI relacionadas con la latencia del sueño, la existencia de trastornos de sueño y el deterioro del funcionamiento diurno .

2. Índice de gravedad del insomnio (Anexo 10)

Se trata de una escala de uso rápido con 5 items, validada en nuestro medio y que permite establecer un calificación de los trastornos del sueño en función de su gravedad. Establece 4 niveles de severidad diferenciados en ausencia de insomnio clínico, insomnio subclínico, insomnio moderado e insomnio grave.

3. Valoración global del Trastorno del Sueño

ORIENTACIONES PARA EL DIAGNOSTICO

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 mas 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 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 mas de 60 minutos en dormirse tras acostarse mas 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 severo que puede interferir con las actividades diurnas

6.1.5.- VALORACION DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

La Fibromialgia puede ocasionar importantes consecuencias en el estado de salud y la calidad de vida de la persona que la padece. Aunque estado de salud y calidad de vida son conceptualmente diferentes, la mayoría de las veces se utilizan como sinónimos o se hace referencia a la calidad de vida relacionada con la salud. A efectos de práctica evaluativa, más que establecer distinciones conceptuales entre ellos, resulta importante su consideración multidimensional, incluyendo la valoración que el paciente hace de, al menos, tres dimensiones: Percepción de síntomas, impacto físico/funcional e impacto psicológico. Estas dimensiones, además, coinciden en términos generales con las áreas relevantes de impacto identificadas desde la perspectiva de la persona que sufre la enfermedad: síntomas (dolor, fatiga y problemas de sueño), problemas emocionales/cognitivos (depresión y ansiedad, problemas de concentración y problemas de memoria), problemas de actividad y trabajo (reducción de las actividades cotidianas y de ocio, reducción de la actividad física, interrupción de la promoción profesional o educativa) y problemas sociales (relaciones familiares y de amistad alteradas y aislamiento social) ⁽⁴⁷⁾.

La mayoría de los instrumentos disponibles evalúan la capacidad funcional de los pacientes con Fibromialgia en términos de percepción de impacto en la capacidad para realizar una serie de actividades (capacidad funcional percibida). Algunos autores subrayan la conveniencia de utilizar también tests de realización. Consisten en pruebas de funcionamiento físico que el paciente realiza en presencia del evaluador (caminar durante 6 minutos y medir la distancia recorrida, levantarse y sentarse en una silla tantas veces como pueda durante un minuto, subir 5 escalones lo más rápidamente posible y contabilizar el tiempo invertido, etc.), en nuestro protocolo se ha decidido utilizarlos en un apartado específico de valoración tanto de la capacidad física como de la movilidad articular por entenderlo como una variable independiente relacionada con la pérdida de capacidad física específica y por tanto con necesidad de evaluación individualizada.

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 son:

1. Fibromyalgia Impact Questionnaire FIQ (**Anexo 11**)
2. Health Assessment Questionnaire (adaptado a la Fibromialgia) FHAQ (**Anexo 12**)
3. Índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score – SS Score) (**Anexo 2**)

1. FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE. FIQ

En 1994, Burckhardt (48) desarrolla una herramienta específica para medir el impacto de la Fibromialgia en la capacidad funcional y en la calidad de vida de las personas que lo presentan: el Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). El FIQ evalúa el impacto en la capacidad física, la posibilidad de realizar el trabajo habitual y, en el caso de realizar una actividad laboral remunerada, el grado en el que la enfermedad ha afectado esta actividad así como ítems subjetivos muy relacionados con el cuadro de la misma (dolor, fatiga, sensación de cansancio y rigidez) y con el estado emocional (ansiedad y depresión). Sus ítems fueron extraídos de la interacción clínica con los pacientes, de los trabajos preexistentes acerca de la Fibromialgia y de otros instrumentos de valoración del estado de salud de los pacientes reumatológicos. En el trabajo de Burckhardt se compararon las propiedades psicométricas del nuevo cuestionario respecto al AIMS y se concluyó que el FIQ era un instrumento válido para su uso y siendo validado en nuestro país por Monterde en el año 2004 (49).

En nuestro contexto, el “Fibromyalgia Impact Questionnaire” es el instrumento específico más utilizado para evaluar el impacto de la Fibromialgia en la calidad de vida. Existen cuatro versiones adaptadas y validadas del FIQ en población española con diferencias entre sí (50), por lo que, recientemente, se ha propuesto una versión de consenso, el “Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia”. Es un instrumento rápido de cumplimentar (en torno a 3 minutos) y muy utilizado tanto en el contexto clínico como en el investigador. El FIQ como medida de resultado, sería el instrumento de elección para evaluar el impacto global de la enfermedad en el estado de salud.

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%. Además, recientemente, se han establecido los siguientes intervalos de gravedad del impacto de la FM utilizando la puntuación total del FIQ: <39 (impacto leve), ≥39 hasta <59 (impacto moderado), ≥59 (grave). Estos autores plantean que un cambio del 14% en la puntuación total del FIQ constituiría el cambio mínimo clínicamente relevante.

2. HEALTH ASESMENT QUESTIONNAIRE (ADAPTADO A LA FIBROMIALGIA) FHAQ

El FHAQ está compuesto por 8 ítems, todos tomados del HAQ, y se puntúa calculando la media de sus correspondientes ítems., presentando una correlación excelente entre ambos. (51)

3. INDICE DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS (SYMPTOM SEVERITY SCORE – SS SCORE)

El SS-SCORE valora la existencia de fatiga, sueño no reparador, síntomas cognitivos y la existencia de síntomas somáticos. la puntuación es la suma de la gravedad de los tres síntomas mas la puntuación correspondiente a los síntomas somáticos e iría en un intervalo entre 0 y 12 puntos.

4. VALORACION GLOBAL DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

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

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 (absentismo continuado). 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 autónoma

6.1.6.- VALORACION PSICOLOGICA

La patología psiquiátrica es la afectación más frecuente que encontramos de forma comórbida en los procesos de Fibromialgia y en muchas ocasiones va a ser determinante en la capacidad funcional residual del trabajador, de ahí su importancia para una correcta valoración.

En la valoración de la patología psiquiátrica es preciso tener en cuenta que deben diferenciarse dos grupos bien definidos ⁽⁵²⁾:

Aquellas patologías graves y habitualmente crónicas que suelen afectar a las facultades superiores, suelen ser progresivas y alteran el juicio sobre la realidad(esquizofrenia y psicosis de curso crónico y progresivo o con frecuentes recurrencia sy síntomas residuales, trastornos bipolares, trastorno depresivo crónico severo o con síntomas psicóticos, demencias ...).Su presencia determina que, en general, y a no ser que se constate una evolución satisfactoria o al menos estable y sin criterios de severidad

tanto en los informes de atención especializada como en nuestra valoración, la capacidad laboral suele estar mermada de forma, al menos, considerable

El segundo grupo, lo constituyen: síndromes depresivos de mayor o menor entidad, distimias, trastornos de ansiedad, fobias, trastornos de la personalidad, trastornos adaptativos, etc. Es mucho más numeroso, con una frecuencia en aumento y de mucha mayor complejidad en la valoración. En estos, las facultades superiores (pensamiento, juicio, lenguaje) suelen encontrarse intactas y las limitaciones suelen venir dadas más por aspectos clínicos, suelen ser compatibles en muchos casos con una actividad laboral adecuada a expensas de un esfuerzo por parte del paciente, esfuerzo que en los casos de Fibromialgia puede no ser posible por lo que debe ser tenido en cuenta como determinante en la valoración de la capacidad funcional.

En la valoración hemos de tener en cuenta que las limitaciones habrán de ser similares en las tres esferas (laboral, social y familiar) sin diferencias significativas entre ellos. La valoración del enfermo mental tiene que llevarse a cabo por medio de una entrevista clínica, en los trastornos mentales el diagnóstico se basa, prácticamente en exclusiva en una correcta realización e interpretación de los datos obtenidos en la entrevista clínica y en los informes del servicio de Psiquiatría que lo atiende. La objetivación de la situación funcional se realizará, además de por lo que nos refiera el paciente, por las impresiones que saquemos de la entrevista, por las repercusiones somáticas de los procesos (estigmas físicos de ansiedad o depresión) y por los datos sobre su gravedad o evolución (asistencias a urgencias, internamientos, informes de especialista, procedimientos judiciales...). La valoración funcional no está correlacionado con el diagnóstico sino con la repercusión de ese diagnóstico sobre el nivel de funcionamiento de cada individuo, debe ser realizada por tanto, en función no de la patología diagnosticada, sino en relación a la dificultad que presenta el paciente para desempeñar su actividad laboral o las repercusiones negativas que pueda tener ésta sobre su patología.

La valoración de la capacidad laboral va a venir dada por la respuesta a las siguientes cuestiones:

- ¿El diagnóstico realizado se ajusta a criterios diagnósticos?

- ¿Existe una repercusión funcional que impida la realización de su trabajo?
- ¿La terapéutica pautada limita las actividades del enfermo de forma significativa?
- ¿El pronóstico y la naturaleza de la patología indica previsiblemente que las limitaciones sean progresivas o definitivas?

En resumen. ¿Es capaz de realizar su trabajo?.¿Es capaz de realizarlo de la forma (horario y ritmo) que implica su jornada laboral?.¿Es capaz de desarrollarlo en el entorno material y humano en que ha de realizarse?.¿Es capaz de soportar la carga psíquica que supone la realización continuada de trabajo? (decisiones, programación, supervisiones, cumplimentación de tareas y ritmos laborales).

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

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

VALORACION FUNCIONAL DE LA PATOLOGIA PSIQUICA

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 aquéllas 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, perdida 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.

6.1.7.- VALORACION DE LA CAPACIDAD FISICA

En la valoración de la Fibromialgia, un objetivo importante es la evaluación del compromiso de la funcionalidad; por tanto se ha protocolizado una prueba que permita lograr este objetivo.

La caminata de seis minutos (C6 M) se considera como una prueba submáxima, que evalúa la capacidad para realizar una actividad física semejante a la actividad de la vida diaria. Es útil para evaluar la capacidad física en enfermedades crónicas dentro de la cual se encuentra la Fibromialgia (Tabla 7).

La PC6M evalúa, de manera integrada, la respuesta de los sistemas respiratorio, cardiovascular, metabólico, musculoesquelético y neurosensorial que el individuo desarrolla durante el ejercicio. Esta prueba suele considerarse como una prueba submáxima de ejercicio y el propósito de la prueba es medir la distancia máxima que un individuo puede recorrer durante un período de seis minutos caminando tan rápido como le sea posible

Indicaciones de la prueba de la marcha durante 6 minutos (Tabla 7)

1)Comparaciones pre y postratamiento en:

- | |
|-------------------------|
| a) Trasplante de pulmón |
| b) Resección de pulmón |

c) Cirugía torácica de reducción de volumen
d) Rehabilitación pulmonar
e) EPOC
f) Hipertensión pulmonar
g) Insuficiencia cardíaca
2) Evaluación del estado funcional
a) EPOC
b) Fibrosis quística
c) Insuficiencia cardíaca
d) Enfermedad vascular periférica
e) Fibromialgia
f) Pacientes ancianos
3) Predictor de morbilidad y mortalidad
a) Insuficiencia cardíaca
b) EPOC
c) Hipertensión pulmonar

La C6 M, es considerada como una de las pruebas más útiles para evaluar la capacidad funcional de los pacientes con enfermedades crónicas. Es una prueba sencilla, confiable, de gran validez, fácil de aplicar, rápida y de bajo costo, que no requiere tecnología compleja. Permite determinar el impacto de la enfermedad en la calidad de vida porque refleja la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, por lo que junto con el resto de exploraciones utilizadas para valorar la capacidad funcional nos puede permitir objetivar de forma global la capacidad funcional residual de los pacientes con Fibromialgia.

El objetivo primordial es valorar la capacidad y la tolerancia al ejercicio en una prueba de marcha de carga sostenida, limitada por tiempo, cuya variable más importante es la máxima distancia caminada en terreno plano durante seis minutos. En términos fisiológicos, la C6 M sirve para evaluar la respuesta global e integral de todos los sistemas involucrados durante el ejercicio, incluyendo el sistema cardiovascular, la circulación sistémica y periférica, la sangre, las unidades neuromusculares y el metabolismo muscular.

Mide fundamentalmente los metros caminados en una superficie plana, realizando el esfuerzo que mejor se acomode a la condición física y de tolerancia al ejercicio. Sin embargo, se pueden medir otras variables como nivel de disnea, saturación de

oxígeno, frecuencia cardíaca máxima, frecuencia respiratoria, presión arterial sistémica y sensación de fatiga en las extremidades.

La prueba se lleva a cabo en un corredor plano de superficie regular, con una longitud mínima de 30 metros, en lo posible marcado cada metro y preferiblemente no transitado. Debido a que es una prueba que tiene efecto de aprendizaje, en todos los casos se efectúan dos pruebas con 30 minutos a una hora de diferencia entre una y otra, con el fin de que el paciente se familiarice; entre ambas pruebas la frecuencia cardíaca debe alcanzar un valor cercano al estado basal y deben haber desaparecido los síntomas que limitaron la primera. Las dos pruebas se realizan el mismo día para minimizar la variabilidad entre estas y evitar el efecto de entrenamiento. Podría permitirse un descanso menor a 30 minutos para iniciar la segunda prueba si el paciente ya ha recuperado los signos basales.

El informe debe contener la siguiente información: presencia o ausencia de disnea o fatiga de miembros inferiores, SpO₂, FC, presión arterial, frecuencia respiratoria, distancia recorrida, tiempo ejecutado, tiempo de paradas, motivo de parada. Se debe añadir:

1. Describir el total de metros recorridos y expresar la distancia en porcentaje predicho según la ecuación utilizada. Cuando el porcentaje está por encima del 80% de lo esperado o por encima del límite inferior de normalidad, se considera que el paciente caminó lo esperado.

2. Definir si el paciente alcanzó una frecuencia cardíaca máxima o submáxima.

3. Elegir la mejor de las dos pruebas (mayor distancia recorrida) y determinar el porcentaje respecto al esperado según las ecuaciones de predicción de Troosters.

4. Hombres C6M = $218 + (5,14 * \text{talla}) - (5,32 * \text{edad}) - (1,8 * \text{peso}) + (51,31 * 1)$.

5. Mujeres C6M = $218 + (5,14 * \text{talla}) - (5,32 * \text{edad}) - (1,8 * \text{peso}) + (51,31 * 0)$.

VALORACION FUNCIONAL DE LA CAPACIDAD FISICA

GRADOS FUNCIONALES

GRADO1	C6 M: > 80 %
GRADO 2	C6 M: 70 – 80 %
GRADO 3	C6 M: 60 – 69 %
GRADO 4	C6 M: < 60 %

6.1.8.-VALORACION OSTEOMUSCULAR

Para la valoración osteomuscular y partiendo de los datos obtenidos en la exploración física realizada, se propone la utilización de un índice de evaluación global de la movilidad del paciente. Se debe valorar la movilidad global de las cinco regiones anatómicas (extremidades superiores, inferiores y los tres segmentos de columna), calculando el % de pérdida de movilidad global por cada región y considerando como límite de capacidad funcional la pérdida de más del 50 % de movilidad global, estableciendo la siguiente clasificación.

Puntuación	Criterio
0-2	No hay franca limitación de movilidad
3-4	Limitación de movilidad en 1 de las 5 regiones exploradas
5-6	Limitación de movilidad en 2 de las 5 regiones exploradas
7-8	Limitación de movilidad en 3 de las 5 regiones exploradas
9	Limitación de movilidad en 4 de las 5 regiones exploradas
10	Limitación en las 5 regiones exploradas

6.1.9.- VALORACION DE EXISTENCIA DE COMORBILIDAD

La existencia de patología asociada a los procesos de Fibromialgia se debe valorar de forma individualizada con objeto de evaluar la pérdida de capacidad funcional que provoca en el paciente cada una de las patologías asociadas, sin embargo y de forma añadida se debe cuantificar la interrelación que de forma directa afecta al agravamiento de la Fibromialgia derivada de la sinergia del cuadro clínico en el propio desarrollo de la enfermedad.

Las patologías a valorar serían:

- Enfermedades autoinmunes
- Lupus Eritematoso Sistémico

- Artritis Reumatoide
- Esclerodermia
- Enfermedad Inflamatoria Intestinal
- Patología degenerativa de columna
- Patología Psiquiátrica

Grado	Criterio
1	No existencia de patología asociada
2	Existencia de una patología asociada
3	Existencia de dos patologías asociadas
4	Existencia de 3 o mas patologías asociadas

6.2.- VALORACION DE LOS REQUERIMIENTO PROFESIONALES

Para la valoración de los requerimientos profesionales consideramos la utilización de la Guía de Valoración Profesional del INSS como el instrumento más específico para la cuantificación de las tareas fundamentales de las principales profesiones en nuestro entorno

El Instituto Nacional de la Seguridad Social, INSS, publicó en 2009 la primera edición de la Guía de Valoración Profesional, con el objetivo de proporcionar a los médicos inspectores y al Equipo de Valoración de Incapacidades del INSS la información más relevante existente en las diferentes clasificaciones y otras fuentes de información laboral, relativa a las competencias y tareas de cada ocupación, así como los requerimientos teóricos o cualidades psicofísicas que debe poseer un trabajador para realizar una profesión determinada. La tercera edición publicada en el año 2014 abarca 502 profesiones estructuradas en fichas, incluyendo en cada una tres bloques de contenidos:

1. Identificación de la profesión y descripción de competencias y tareas.
2. Requerimientos profesionales.
3. Posibles riesgos y circunstancias especiales.

Cada ficha profesional queda estructurada de la siguiente manera:

1. Identificación de la profesión y descripción de competencias y tareas En este apartado se incluyen el Código CNO-11 de la profesión, la profesión, el GPR (grupo profesional relacionado), el sector de actividad (CNAE), las ocupaciones incluidas, y las ocupaciones afines no incluidas.

2. Requerimientos profesionales

Se recogen los siguientes requerimientos: Carga física, Carga Biomecánica (Columna, Hombro, Codo, Mano, Cadera, Rodilla, Tobillo/pie), Manejo de cargas, Trabajo de precisión, Sedestación, Bipedestación, (Estática, Dinámica), Marcha por terreno irregular, Carga mental (Comunicación, Atención al público, Toma de decisiones, Atención/Complejidad, Apremio), Audición, Visión, Otros órganos de los sentidos (olfato, gusto, tacto), y Dependencia (falta de autonomía).

Cada uno de los requerimientos es graduado en 4 niveles o grados:

Grado 1: Baja intensidad o exigencia.

Grado 2: Moderada intensidad o exigencia.

Grado 3: Media-alta intensidad o exigencia.

Grado 4: Muy alta intensidad o exigencia

3. Posibles riesgos y circunstancias especiales

4. Grupos Profesionales Relacionados (GPR)

Código CNO-11: 6421		TRABAJADORES CUALIFICADOS EN LA ACUICULTURA							
REQUERIMIENTOS	GRADO				REQUERIMIENTOS	GRADO			
	1	2	3	4		1	2	3	4
Carga física			X		Carga mental				
Carga biomecánica					Comunicación		X		
Columna cervical			X		Atención al público	X			
Columna dorsolumbar			X		Toma de decisiones			X	
Hombro			X		Atención/complejidad		X		
Codo			X		Apremio		X		
Mano			X		Dependencia		X		
Cadera			X		Visión				
Rodilla			X		Agudeza visual		X		
Tobillo/pie			X		Campo visual		X		
Manejo de cargas			X		Audición		X		
Trabajo de precisión	X				Voz		X		
Sedestación	X				Sensibilidad				
Bipedestación					Superficial		X		
Estática	X				Profunda			X	
Dinámica			X						
Marcha por terreno irregular			X						

6.3.- VALORACION DE LA CAPACIDAD LABORAL

La legislación española en materia de valoración de incapacidades en el Sistema de Seguridad Social establece que la calificación de una situación de incapacidad, en sus distintas modalidades, tiene que estar referida a la profesión que ejerce el trabajador. Es lo que se denomina la profesión habitual.

La valoración de la capacidad laboral de un trabajador requiere objetivar las limitaciones orgánicas y/o funcionales que una lesión o enfermedad haya originado en el trabajador, pero también resulta imprescindible conocer las competencias y tareas realizadas por el trabajador y los requerimientos del puesto de trabajo, para poder determinar si las limitaciones permiten o impiden al trabajador desarrollar la actividad laboral.

Es evidente que existen determinadas patologías cuya naturaleza y evolución originan una incapacidad para el desarrollo de toda actividad laboral, pero la mayoría de los procesos patológicos inciden en capacidades concretas del trabajador y en estas situaciones es imprescindible conocer las características específicas de cada puesto de trabajo.

Por tanto, para realizar la evaluación de la capacidad / incapacidad laboral, el médico evaluador precisa de la consideración de dos nodos (53): 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 de la valoración funcional realizada para cada una de las variables clínicas que conforman los procesos de Fibromialgia se han conformado cuatro grupos funcionales en función de la capacidad funcional residual del paciente que nos permitirá confrontarlo con las demandas profesionales y así permitirnos una valoración objetiva de la capacidad laboral.

VARIABLES	METODOLOGIA DE VALORACION
DOLOR	- ANAMNESIS DIRIGIDA - ESCALA DE THIERRY - CLASIFICACION FUNCIONAL AEMT - CUESTIONARIO DEL DOLOR DE MCGILL
FATIGA	- ESCALA MODIFICADA DE IMPACTO DE LA FATIGA (MFIS) - ESCALA DE FIBROFATIGA
TRASTORNOS DEL SUEÑO	- ÍNDICE DE CALIDAD DEL SUEÑO DE PITTSBURG - ÍNDICE DE GRAVEDAD DEL INSOMNIO
CAPACIDAD FUNCIONAL	- FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONARIE FIQ - HEALTH ASESMENT QUESTIONNAIRE (ADAPTADO A LA FIBROMIALGIA) FHAQ - INDICE DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS (SYMPTOM SEVERITY SCORE – SS SCORE)
VALORACION PSICOLOGICA	- DIAGNOSTICO CLINICO MEDIANTE ENTREVISTA - ESTABLECIMIENTO DEL GRADO FUNCIONAL
VALORACION DE LA CAPACIDAD FISICA	- PRUEBA DE LA MARCHA DE LOS SEIS MINUTOS
VALORACION OSTEOMUSCULAR	- ESCALA DE PERDIDA DE MOVILIDAD GLOBAL
VALORACION DE LA COMORBILIDAD	- DIAGNOSTICOS CLINICOS
VALORACION DE LOS REQUERIMIENTOS PROFESIONALES	- GUIA DE VALORACION PROFESIONAL DEL INSS

VALORACION FUNCIONAL

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.
- Se presenta fatiga ocasional u oscilante, sin limitación significativa (< 50%) en la actividad laboral y en las actividades de vida cotidiana. Permite hacer una vida casi normal, con algunas limitaciones.
- No refiere clínica compatible con alteración en el sueño.
- Puede realizar las tareas domésticas y actividades sociales sin dificultad, se encuentra mal con poca frecuencia (1 día / semana)
- Valoración de trastorno mental en grado funcional 1
-

Exploración complementaria

- Escala de Tierry con valoración 2. Cuestionario de McGill: PRI – T: 0 – 30
- Escala de MFIS: Valoración entre 0 – 42 puntos. Escala de Fibrofatiga: Valoración entre 0 – 36 puntos
- Puntuación PSQI < 5 puntos. Puntuación ISI: 1
- FISQ: < 39 puntos. FHAQ: 1. SS SCORE: Entre 0-3 puntos
- C6 M > 80 %
- Valoración osteomuscular entre 0 y 4
- Valoración de la comorbilidad en grado 1

ORIENTACION SOBRE CONCLUSIONES: No limitación funcional o limitación temporal mientras es efectivo el tratamiento, en aquellas situaciones que desencadenen 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). Sin alteración psicológica concomitante o con leve afectación con buen control terapéutico.
- Presencia de fatiga persistente, oscilante pero sin mejora, con marcada repercusión (> 50%) en la actividad laboral y también en las actividades cotidianas. Está presente en todo momento y, ocasionalmente, puede ser intensa.
- Paciente con un trastorno del sueño subclínico o leve. (tarda en dormirse en torno a 30 minutos y mas de forma intermitente (1 vez/semana) con una eficiencia del tiempo de sueño del 85 % y sin afectación de la actividad diurna)
- Valoración de la capacidad funcional en grado funcional 2
- Valoración de trastorno mental en grado funcional 2
-

Exploración complementaria

- Escala de Tierry con valoración 4. Cuestionario de McGill: PRI – T: 31 – 46; PPI: 3
- Escala de MFIS: Valoración ENTRE 43 - 67 puntos. Escala de Fibrofatiga: Entre 37 - 57 puntos
- Puntuación PSQI entre 6 y 10 puntos. Puntuación ISI: 2
- FISQ: Entre 40 - 50 puntos. FHAQ: 2. SS SCORE: Entre 4-6 puntos
- C6 M: 70 % - 80 %
- Valoración osteomuscular entre 5 y 6
- Valoración de la comorbilidad en grado 2

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.
- 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%.
- 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 una eficiencia entre el 65 % y el 75 % del tiempo, presentando problemas en el funcionamiento diurno intermitente
- 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). valoración de la capacidad funcional en grado 3.
- Valoración de trastorno mental en grado funcional 3
-

Exploración complementaria

- Escala de Tierry con valoración 6. Cuestionario de McGill: PRI – T: 47 - 63; PPI: 4
- Escala de MFIS: Valoración > 67 puntos. Escala de Fibrofatiga: Valoración > de 57 puntos
- Puntuación PSQI entre 11 y 15 puntos. Puntuación ISI: 3
- FISQ: Entre 50 - 75 puntos. FHAQ: 3. SS SCORE: Entre 7 - 9 puntos
- C6 M: 61 % - 69 %
- Valoración osteomuscular entre 7 y 9
- Valoración de la comorbilidad en grado 3

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

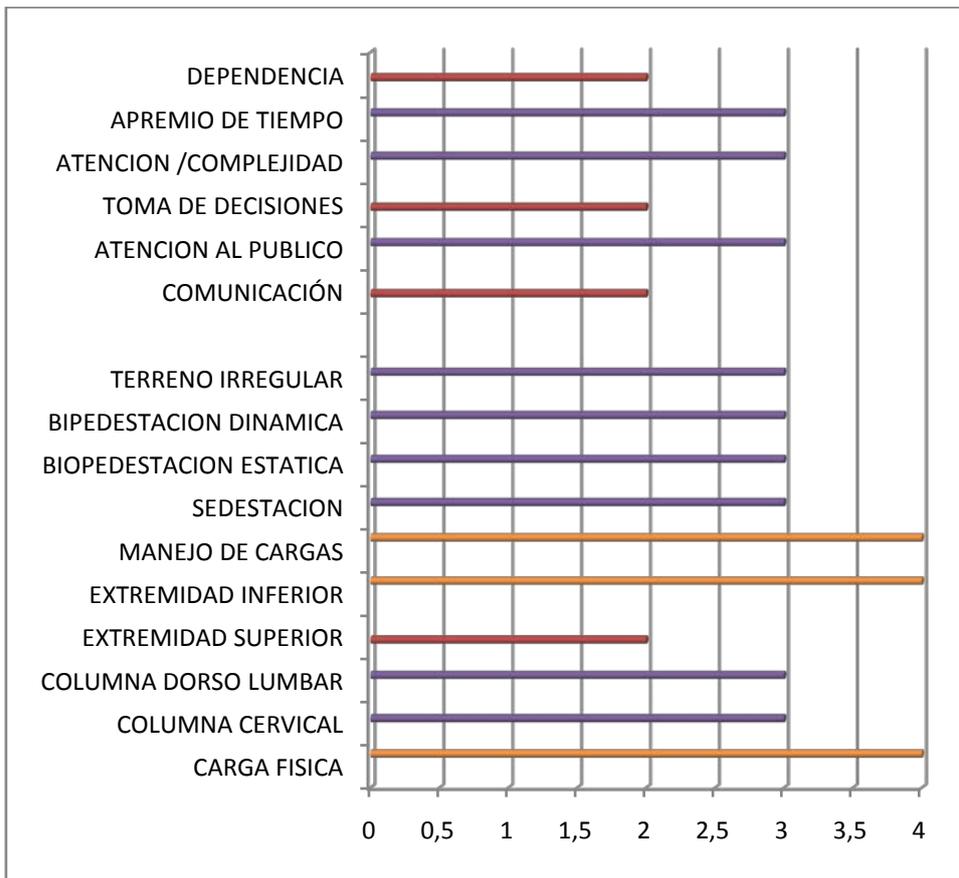
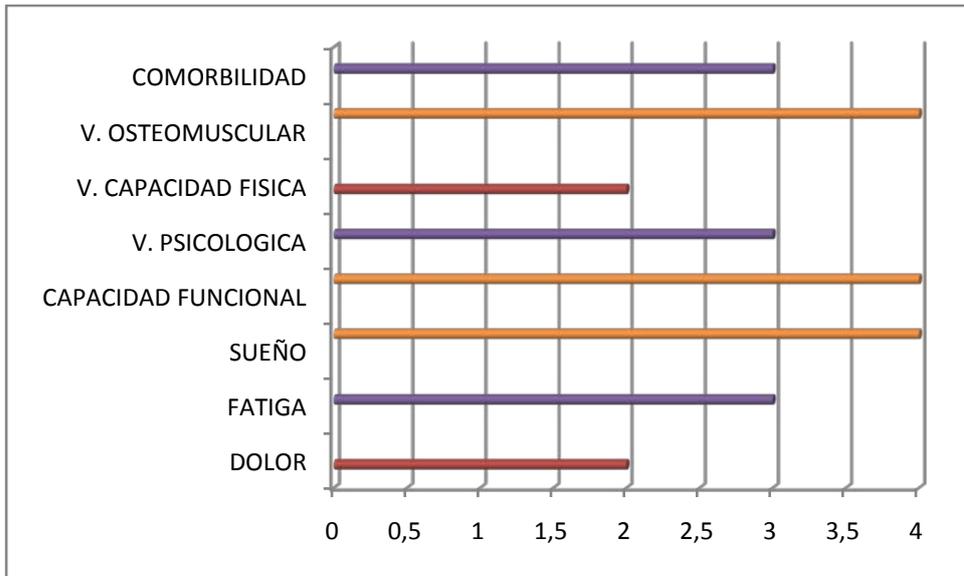
Criterios de inclusión

- 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 severo, imposibilidad de adecuado reposo nocturno, dificultad para desplazarse.
- Presenta fatiga severa con 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. No suele ser una situación fija o permanente. 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
- Paciente que refiere problemas de sueño continuado, es consciente de la existencia de un trastorno del sueño grave, tarda mas de 60 minutos en dormirse tras acostarse mas 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.
- Paciente que no puede realizar las tareas domésticas y actividades sociales de formas habitual, se encuentra mal de forma continuada (6 - 7 días / semana), no puede realizar su actividad laboral. Valoración de la capacidad funcional en grado funcional 4.
- Valoración de trastorno mental en grado funcional 4

Exploración complementaria

- Escala de Tierry con valoración 8. Cuestionario de Mcgill: PRI – T: > 64; PPI: 5
- Puntuación PSQI > 15 puntos. Puntuación ISI: 4
- FISQ: > 75 puntos. FHAQ: 4. SS SCORE: Entre 10 - 12 puntos
- C6 M < 60 %
- Valoración osteomuscular: 10
- Valoración de la comorbilidad en grado 4

ORIENTACION SOBRE CONCLUSIONES: Limitaciones funcionales para llevar a cabo una actividad laboral continuada y / o personal autónoma: Puede presentar limitaciones para actividades básicas de la vida diaria



Si bien se entiende que la metodología desarrollada, en la que se lleva a cabo una valoración y clasificación cualitativa de la capacidad funcional con objeto de confrontarla con los requerimientos profesionales, es la mas adecuada al ordenamiento legal de nuestros entorno, se hace necesario en la medicina evaluadora una valoración cuantitativa expresada en porcentaje de capacidad del trabajador, que nos ayude a objetivar y cuantificar el grado de incapacidad resultante (Tabla 8). Para ello a cada una de las variables estudiadas se le ha asignado un porcentaje de capacidad sobre el total del sujeto que nos permita valorar la capacidad residual y por tanto los grados de limitación que el paciente presenta y que puedan ser confrontados con la valoración cualitativa realizada (Tabla 9).

TABLA 8 : Porcentaje de capacidad asignado a cada variable

VARIABLE	% ASIGNADO DE CAPACIDAD SOBRE EL TOTAL
DOLOR	20 %
FATIGA	20 %
SUEÑO	10 %
CAPACIDAD FUNCIONAL	20 %
V. PSIQUICA	5 %
CAPACIDAD FISICA	10 %
V. OTEOMUSCULAR	10 %
COMORBILIDAD	5 %

Tabla 9: Clasificación del grado de limitación. Asignación del grado de limitación en función del porcentaje global

GRADO DE LIMITACION	% LIMITACION	CAPACIDAD RESIDUAL	ORIENTACION AL DIAGNOSTICO
GRADO 1	0 % - 25 %	100 % - 75 %	No limitante
GRADO 2	26 % - 50 %	74 % - 50 %	No limitante o limitación parcial
GRADO 3	51 % - 75 %	49 % - 25 %	Limitación permanente total
GRADO 4	> 75 %	< 25 %	Limitación permanente con posibilidad de ayuda de tercer persona de ayuda de 3ª persona

VARIABLE		% ASIGNADO DE CAPACIDAD SOBRE EL TOTAL
DOLOR	GRADO 1	20 %
	GRADO 2	15 %
	GRADO 3	10 %
	GRADO 4	5 %
FATIGA	GRADO 1	20 %
	GRADO 2	15 %
	GRADO 3	10 %
	GRADO 4	5 %
SUEÑO	GRADO 1	10 %
	GRADO 2	7.5 %
	GRADO 3	5 %
	GRADO 4	2.5 %
CAPACIDAD FUNCIONAL	GRADO 1	20 %
	GRADO 2	15 %
	GRADO 3	10 %
	GRADO 4	5 %
V. PSIQUICA	GRADO 1	5 %
	GRADO 2	3.75%
	GRADO 3	2.5%
	GRADO 4	1.25%
CAPACIDAD FISICA	GRADO 1	10 %
	GRADO 2	7.5 %
	GRADO 3	5 %
	GRADO 4	2.5 %
V. OTEOMUSCULAR	GRADO 1	10 %
	GRADO 2	7.5 %
	GRADO 3	5 %
	GRADO 4	2.5 %
COMORBILIDAD	GRADO 1	5 %
	GRADO 2	3.75%
	GRADO 3	2.5%
	GRADO 4	1.25%

7.- DISCUSION

Las características clínicas de la Fibromialgia, su etiopatogenia y la investigación médica sobre la misma plantean un difícil ejercicio en la valoración de la enfermedad, siendo un reto en la actualidad para la medicina evaluadora en sus diferentes aspectos; adaptación del puesto de trabajo al trabajador, mantenimiento de la incapacidad temporal, resolución acerca de la incapacidad permanente y valoración del grado de discapacidad del paciente.

La revisión bibliográfica realizada en los últimos 5 años (54), utilizando los descriptores tesaurus desc (55) en ciencias de la salud correspondientes a Fibromialgia y sus aspectos clínicos así como los correspondientes a medicina laboral ponen de manifiesto la diferencia existente en ambos aspectos del proceso, 2.938 artículos en el espectro clínico frente a los 85 correspondientes a medicina evaluadora y 243 correspondientes a Medicina del Trabajo. De la misma se extrae la importancia de huir de los tópicos que rodean la enfermedad tanto en su vertiente médica como social, aceptando plenamente el concepto de enfermedad ya establecido desde 1992 por la OMS y definido en la CIE - 10 y en la CIE 11 de próxima aparición y el reconocimiento de su etiopatogenia que aún en fase de investigación nos relaciona un origen central y periférico, con una base genética y con alteraciones del sistema nervioso central tanto neuroplásticas (alteraciones a nivel del cíngulo, amígdala e hipocampo) como neuroendocrinas y objetivadas mediante técnicas de imagen. En cuanto al componente evaluador resaltamos la escasa investigación existente en las bases de datos bibliográficas y especialmente en nuestro entorno, donde solo los trabajos de Vicente -Herrero, M.T. y colaboradores (56) proponen una metodología de evaluación de la incapacidad permanente en los procesos de Fibromialgia

Se tiene que partir de la base de que la forma de medir o cuantificar las limitaciones relacionadas con una patología supone siempre un aspecto rodeado de controversia y un reto para el valorador, de ahí que se intente en este trabajo el establecimiento de una metodología común que permita que todos los evaluadores consideren los mismos parámetros y utilicen escalas y métodos de evaluación similares, minimizando así las inequidades debidas al sesgo interobservador.

En la metodología planteada se han tenido en cuenta los aspectos clínicos del paciente más allá del propio diagnóstico de la enfermedad, la existencia de comorbilidad, la valoración de las principales variables que conforman la enfermedad, la valoración de la capacidad funcional residual del paciente y los requerimientos fundamentales de la tarea que realiza el sujeto.

Desde el punto de vista médico legal, la propia subjetividad del síntoma básico de la Fibromialgia, el dolor, exige una ponderación y acreditación real y objetivable, tal y como demuestra la adaptación que han sufrido los criterios diagnósticos de consenso, que va más allá de los tradicionales puntos gatillo, con el riesgo que suponen de simulación por parte del paciente. Se requiere también valorar globalmente al paciente con sus antecedentes previos, su situación laboral y personal, la evolución de su proceso y la respuesta obtenida con las terapias, para considerar en su conjunto el impacto de sus limitaciones.

Para ello y con objeto de unificar la metodología con la existente en nuestro entorno por parte de las Unidades Médicas de los Equipos de Valoración de Incapacidades del INSS se han valorado las distintas variables en cuatro grados funcionales que nos permiten concluir con una valoración funcional global y con unas impresiones diagnósticas que nos acerquen a la calificación final una vez puestas en consonancia con los requerimientos fundamentales del puesto de trabajo. Se han seleccionado métodos objetivables y validados en nuestro entorno con la finalidad de objetivar en su mayor grado los resultados obtenidos. Por último se ha considerado necesario cuantificar la capacidad funcional residual del paciente ponderando la importancia de cada variable en el resultado global del paciente con objeto de tener un valor añadido que nos permita confirmar los resultados del grado funcional obtenido.

Se ha puesto de manifiesto a lo largo del trabajo la controversia existente en la medicina evaluadora en relación a la valoración de la capacidad funcional en la Fibromialgia tanto en sus aspectos diagnósticos como jurisprudenciales y especialmente en relación a la objetivación de las variables que componen el proceso. En relación a la valoración realizada de la jurisprudencia en nuestro entorno legislativo es necesario reseñar que al no ser un objetivo del trabajo no se ha llevado a cabo una

valoración que abarque un entorno temporal hasta la actualidad, siendo por tanto una limitación a las conclusiones que se puedan obtener del mismo.

En la revisión realizada en los criterios de valoración de la capacidad funcional en la Fibromialgia, observamos como Vicente -Herrero, M.T. y colaboradores (56) establecen un procedimiento de valoración que incluye la posibilidad de clasificación como gran invalidez en los casos extremos de la enfermedad, frente a ello, los criterios del instituto Nacional de la Seguridad Social, mucho más restrictivos a la hora de valorar las limitaciones que sufren los pacientes diagnosticados de Fibromialgia, en la Guía de Valoración de la Incapacidad Laboral para Médicos de Atención Primaria (31) admite que el único instrumento validado suficientemente es el FIQ aunque resulta subjetivo cuando se utiliza en valoración laboral, de igual forma refleja, se entiende de forma acertada, que el número de puntos dolorosos no es un criterio de gravedad, solo un criterio diagnóstico, desvincula la gravedad de la Fibromialgia de la utilización de analgésicos o la dosis que recibe el paciente y considera asimismo sin trascendencia la evolución hacia la cronicidad. Establece que la principal complejidad para su valoración es la inexistencia de hallazgos objetivos y siendo por tanto una patología de difícil valoración como incapacidad permanente, siendo en la mayoría de los casos pacientes susceptibles de valoración como incapacidad temporal. De igual forma en el Manual de Actuación para Médicos del INSS establece una estratificación en dos grupos en función de la existencia de comorbilidad importante, la evaluación global de la movilidad pasiva del paciente, la existencia de altos requerimientos del puesto de trabajo y la incapacidad para realizar actividades lúdicas y deportivas, criterios que se ha introducido en la propuesta de protocolo con peso específico elevado en los resultados de la valoración final.

Es por tanto necesario a la hora de plantearse la valoración del paciente con Fibromialgia en primer lugar:

- No Considerar el diagnóstico de Fibromialgia como sinónimo de invalidez permanente, teniendo en cuenta que el diagnóstico no es sinónimo de incapacidad
 - Necesidad de realizar una evaluación ajustada individualmente al paciente donde la valoración de la comorbilidad existente al proceso será un elemento fundamental en el
- Página **100** de **134** Diseño de un protocolo de valoración de la capacidad funcional en los procesos de Fibromialgia

criterio de valoración, no solo por la repercusión que sobre el proceso tiene, sino por el efecto sinérgico en la pérdida de capacidad funcional del paciente que puede suponer.

- Tener esencialmente en cuenta:

- La constancia documental del diagnóstico hecho por un reumatólogo.
- La patología asociada (depresión, artrosis,)
- La profesión habitual (profesiones que requieran esfuerzo físico continuado).
- 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.
- Impresión clínica que nos da el paciente cuando le exploramos. Valoramos el grado de afectación, en el momento del reconocimiento.
- No tienen interés, a efectos periciales, los criterios de diagnóstico clínico (los puntos gatillo) ya que son fácilmente simulables.

La elaboración de un protocolo médico para la valoración de la capacidad laboral tiene como objetivo relacionar las capacidades psicofísicas de un trabajador en un momento preciso con los requisitos que se necesitan para la realización de una profesión. Para ello se precisa determinar cuáles son las mermas de las capacidades psicofísicas del individuo y conocer con exactitud los requerimientos específicos de su profesión, y finalmente establecer si puestas en relación estas dos valoraciones se concluye en una situación de capacidad o incapacidad para el trabajo.

8.- CONCLUSIONES

La Fibromialgia viene definida desde 1992 por la OMS como un estado doloroso generalizado no articular que afecta predominantemente a las zonas musculares y el raquis, y que se caracteriza por la existencia de una exagerada hipersensibilidad en la percepción del dolor (alodinia e hiperalgesia), sin que existan alteraciones orgánicas, siendo en la actualidad recogida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 10) de la Organización Mundial de la Salud con el código M79.7, dentro del grupo “Otros trastornos de tejidos blandos”.

Los estudios de investigación llevados a cabo en la últimas décadas establecen una etiopatogenia basada en alteraciones del sistema nervioso central y periférico, constatándose la existencia de alteraciones neuroplásticas y neuroendocrinas a nivel del sistema nervioso central.

La elaboración de un protocolo médico para la valoración de la capacidad laboral tiene como objetivo relacionar las capacidades psicofísicas de un trabajador en un momento preciso con los requisitos que se necesitan para la realización de una profesión. Para ello se precisa determinar cuáles son las mermas de las capacidades psicofísicas del individuo y conocer con exactitud los requerimientos específicos de su profesión, y finalmente establecer si puestas en relación estas dos valoraciones se concluye en una situación de capacidad o incapacidad para el trabajo.

Los procesos de valoración de la capacidad funcional del paciente deben ser individualizados al mismo, el simple diagnóstico de la enfermedad no es sinónimo de pérdida de capacidad y de igual forma no se puede excluir de forma sistemática el menoscabo funcional de la enfermedad.

La comorbilidad que presentan los pacientes con Fibromialgia es una de las variables de mayor importancia a la hora de valorar la capacidad funcional residual de los mismos.

Para el establecimiento del protocolo de valoración de la capacidad funcional se ha elaborado una historia clínica unificada como punto de partida para la recogida de datos y se definen las variables a incluir en el protocolo diferenciadas en 8 bloques,

Página 102 de 134 Diseño de un protocolo de valoración de la capacidad funcional en los procesos de Fibromialgia

asignándosele a cada bloque un grado funcional y un noveno en el que se definen los requerimientos de la profesión, de igual forma se definen los test, checklist y cuestionarios a utilizar para valorar cada aspecto concreto.

El procedimiento permite finalmente calificar la Fibromialgia en 4 grados funcionales relacionados con el nivel de limitación que presenta el paciente y que permite confrontarlos con los requerimientos de la actividad laboral desarrollada por el trabajador con la finalidad de valorar con los medios disponibles en la actualidad la capacidad funcional del paciente afecto de Fibromialgia, así como una valoración cuantitativa de la capacidad funcional residual del paciente que pueda ser utilizada como ayuda a la valoración del grado funcional en el que se encuentra el paciente.

Es necesario, en base a los avances en el terreno de la etiopatogenia de la Fibromialgia, la realización de estudios en el campo de la medicina evaluadora con objeto de establecer herramientas de diagnóstico objetivas que nos permitan valorar con fiabilidad la pérdida de la capacidad funcional del paciente.

9.- BIBLIOGRAFIA

1. Simons DG. Diagnostic criteria of myofascial pain caused by trigger points. *J Musculoskeletal Pain* 1999;7(1-2):111-20.
2. Mas AJ, Carmona L, Valverde M, Ribas B; EPISER Study Group. Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clin Exp Rheumatol.* 2008; 26(4):519-26.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Fibromialgia*. 2011
4. Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A; EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis.* 2001; 60(11):1040-45.
5. Bennett RM. The origin of myopain: An integrated hypothesis of focal muscle changes and sleep disturbance in patients with FMS. *Journal of musculoskeletal pain* 1993;1(3/4):95-112.
6. Hidalgo FJ. *Fibromialgia. Consideraciones etiopatogénicas.* *Revista Sociedad Española del Dolor* 2011; 18(6): 342-350.
7. Roizenblatt S, Tufik S, Goldenberg J, Pinto LR, Hilario MO, Feldman D. Juvenile fibromyalgia: clinical and polysomnographic aspects. *J Rheumatology* 1997;24:579–85.
8. Buskila D, Neumann L, Hazanov I, Carmi R: Familial aggregation in the fibromyalgia syndrome. *Semin Arthritis Rheum* 1996; 26:1-8.
9. Hudson JI, Mangweth B, Pope HG Jr, De Col C, Hausmann S, Gutweniger S, et al. Family study of affective spectrum disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:170-7.
10. Clauw DJ, Arnold LM, McCarberg BH; for the Fibro Collaborative. The Science of Fibromyalgia. *Mayo ClinProc* 2011;86: 907-911.
11. Markus B, Markus G, Carsten K, Marco W, Sebastian H. Decreased Gray Matter Volumes in the Cingulo-Frontal Cortex and the Amygdala in Patients With Fibromyalgia. *Psychosomatic Medicine*. 2009; 71:566-73.
12. Martínez-Lavín M, Hermosillo AG. Autonomic nervous system dysfunction may explain the multisystem features of fibromyalgia. *Semin Arthritis Rheum.* 2000; 29(4):197-99.
13. Watson NF, Buchwald D, Goldberg J, Noonan C, Ellenbogen RG. Neurologic Signs and Symptoms in Fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 2009; 60(9):2839-44.

14. Bidari A, Ghavidel-Parsa B, Ghalehbaghi B. Reliability of ACR criteria over time to differentiate classic fibromyalgia from nonspecific widespread pain syndrome: a 6-month prospective cohort study. *Mod Rheumatol*. 2009; 19(6):663-69.
15. Jahan, F., Kashmira, N., Waris, Q., Rizwan, Q. (2012). Fibromyalgia Syndrome: An Overview of Pathophysiology, Diagnosis and Management. *Oman Medical Journal*,27, 3, 192-195.
16. Ablin K, Clauw DJ. From fibrositis to functional somatic syndromes to a bell-shaped curve of pain and sensory sensitivity: evolution of a clinical construct. *Rheum Dis Clin North Am* 2009;35:233-251.
17. Rivera J, Alegre C, Ballina FJ, Carbonell J, Castel B, Collado A, Esteve JJ, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre fibromialgia. *Reumatología Clínica* 2006;2 (Supl 1):S55-66.
18. Consejería de Sanidad y Consumo. Protocolo de Atención a pacientes con Fibromialgia. 2010.
19. Belenguer R, Ramos-Casals M, Siso A, Rivera J. Clasificación de la Fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura. *Reumatología Clínica* 2009;05:55-62.
20. G.J. Macfarlane,C. Kronisch,L.E. Dean,F. Atzeni,W. Häuser, E. Fluß EULAR revised recommendations fort hemanagement of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*, (2016), <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724>.
21. Organización Mundial de la Salud: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. 2001.
22. Diccionario de la lengua española. Vigésima primera edición. Real Academia Española. Ed Espasa Calpe, S.A. Madrid.1995 .
23. Vicente-Herrero MT, Terradillos García MJ, Aguado Benedí MJ, Capdevila García L, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Aguilar Jiménez E. Incapacidad y Discapacidad. Diferencias conceptuales y legislativas. 2016.
24. Ministerio de Empleo y Seguridad Social (España).Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto de la Ley General de la Seguridad Social. España: Boletín Oficial del Estado, núm. 261; 31 de octubre de 2015. pp:103291-519.
25. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad(España). Real Decreto Legislativo 1/2013, de29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. España: Boletín Oficial del Estado, núm. 289; 3 de diciembre de 2013. pp. 95635-73.

26. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (España). Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. España: Boletín Oficial del Estado, núm. 22; 26 de Enero de 2000.
27. Vicente-Herrero M^ªT, Capdevila-García L, Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre M^ªV, 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.
28. Wolfe F, Potter J. Fibromyalgia and work disability: Is Fibromyalgia a disabling disorder? Rheum Dis Clin North Am 1996; 22(2):369-91.
29. Juan Carlos Restrepo Medrano, Elena Ronda-Pérez, Carmen Vives-Cases , Diana Gil-González b y Fernando Ballester-Laguna. Reumatología Clínica. 2010;6(4):233–235.
30. Le Page JA, Iverson GL, Collins P. The impact of judge's perceptions of credibility in fibromyalgia claims. Int J Law Psychiatry..2008;31:30–4.
31. 14. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Guía de Valoración de la Incapacidad para Médicos de Atención Primaria. 2010.
32. Del Rosal Blanco B. ¿Puede un enfermo de Fibromialgia conseguir una declaración de incapacidad laboral?.Revista Sociedad Valenciana de Reumatología. 2006, 2;1:42-43
33. Lousada Arochena J.F. El tratamiento jurídico de la Fibromialgia en perspectiva de género. Rev. Derecho Español. 2012.
34. Borobia Fernández, Cesar. Valoración médica y jurídica de la incapacidad laboral. El informe pericial. El informe clínico laboral;.2007. Editorial la ley.
35. Criado del Rio, María Teresa. Valoración médico-legal del daño a la persona: civil, penal, laboral y administrativa. Responsabilidad profesional del perito médico. El informe en la jurisdicción laboral. Valoración del daño en el ámbito laboral; . Editorial Colex.
36. Menéndez de Lucas J.A. Miró Seoane A. Medicina del Trabajo Pericial y Forense Editorial Vision Net
37. Melzack R, ed. Pain measurement and assessment. New York: Raven Press, 1983
38. Chapman CR, Casey KL, Dubner R, et al. Pain measurement: an overview. Pain 1985; 22: 1-31.
39. S. Monterdea, I. Salvata, S. Montulla y J. Fernández-Ballartb. Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. Rev Esp Reumatol 2004;31(9):507-13

40. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain* 1975; 1: 277-99 .
41. Collado A, Alijotas J, Benito P, Alegre C, Romera M, Sañudo I, Martín R, Peri JM, Cots JM. Documento de consenso sobre el tratamiento de la fibromialgia en Catalunya. *Med Clin* 2002; 118: 745-749.
42. Çetin B, Güleç H, Toktaş HE, Ulutaş Ö, Yılmaz SG, İsbir T. Res . *Psiquiatría* . 2018 de mayo; 263: 125-129. doi: 10.1016 / j.psychres.2018.02.057.
43. Rizzi M, Radovanovic D, Santus P, Airoidi A, Frassanito F, Vanni S, Cristiano A, Masala IF, Sarzi-Puttini P. *Clin Exp Rheumatol* . 2017 de mayo a junio; 35 Suppl 105 (3): 74-80.
44. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989; 28: 193-213.
45. Backhaus J, Junghanns K, Broocks A, Riemann D, Hohagen F. Test-retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. *J Psychosom Res* 2002; 53: 737-40.
46. Prados G, Miró E. Fibromialgia y sueño: una revisión. *Rev Neurol* 2012; 54: 227-40.
47. Arnold LM, Crofford LJ, Mease PJ, Burgess SM, Palmer SC, Abetz L, Martin S. Patient perspectives on the impact of Fibromyalgia. *Patient Education & Counseling*. 2008; 73:114-20.
48. Burckhardt CS, Clark SR, Bennet RM. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development and Validation. *J Rheumatol*, 18 (1991), pp. 728-33.
49. S. Monterdea, I. Salvata, S. Montulla, J. Fernández-Ballartb. Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rev Esp Reumatol* 2004;31:507-13
50. Esteve-Vives J, Batlle E. Evaluación de pacientes con Fibromialgia. Estudio comparativo de 4 versiones españolas de Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). *Reumatología Clínica*. 2006; 2(6).
51. Esteve-Vivesa , Javier Riverab, Miguel A Vallejoc,. Evaluación de la capacidad funcional en fibromialgia. Análisis comparativo de la validez de constructo de tres escalas. *Reumatol Clin* 2010;6:141-4 - Vol. 6 Núm.3
52. Álvarez-Blázquez Fernández F, Director. Jardon Dato E, Carbajo Sotillo MD, Terradillos García MJ, Valero Muñoz MR, Robledo Muga F, Maqueda Blasco J, Cortés Barragán R, Veiga de Cabo J,. Guía de Valoración de Incapacidad Laboral para Médicos de Atención Primaria. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid. 2009.
53. García Herrera M. Las guías de valoración de los requerimientos laborales en la Incapacidad Laboral: la Guía de Valoración Profesional del INSS, el mercal y la Guía
Página **107** de **134** Diseño de un protocolo de valoración de la capacidad funcional en los procesos de Fibromialgia

Mejorada del Instituto de Biomecánica de Valencia. Med Segur Trab 2014; Suplemento extraordinario n.º 1: 80-91

54. US National Library of Medicine National Institutes of Health Search database.

55. Descriptores en ciencias de la salud. Biblioteca virtual en salud.

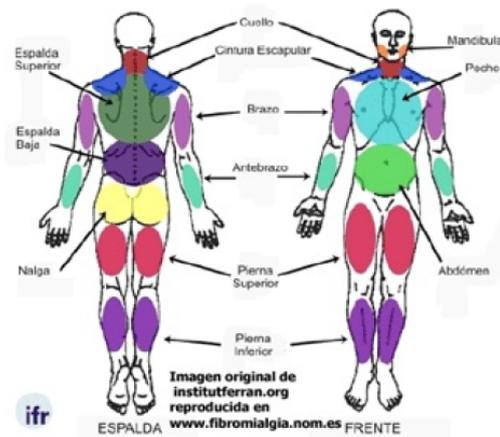
56. Vicente-Herrero MT, Capdevila-García L, Ramírez- Iñiguez de la Torre MV. Diseño de una herramienta para la valoración y clasificación de la limitación en Fibromialgia. Rev Colomb Reumatol 2017; 24(3):131-137

10. ANEXOS

ANEXO 1. INDICE DE DOLOR GENERALIZADO

WPI: ÍNDICE DE DOLOR GENERALIZADO

Toma en consideración las regiones del cuerpo que han sido dolorosas durante la última semana, aun si la persona está tomando analgésicos. Requiere contar (que no explorar). El total de regiones evaluadas es de 19: resultado será entre 0 y 19



Zona dolorosa	Poner una cruz en la zona que le duela
Cintura escapular izquierda	
Cintura escapular derecha	
Brazo superior izquierdo	
Brazo superior derecho	
Brazo inferior izquierdo	
Brazo inferior derecho	
Nalga izquierda	
Nalga derecha	
Pierna superior izquierda	
Pierna superior derecha	
Pierna inferior izquierda	
Pierna inferior derecha	
Mandíbula izquierda	
Mandíbula derecha	
Pecho	
Abdomen	
Cuello	
Espalda superior	
Espalda inferior	

ANEXO 2. ESCALA DE SEVERIDAD SINTOMÁTICA

ESS PARTE 1

SS Score: Índice de Gravedad de los Síntomas (Symptom Severity Score). Se divide en dos partes.
 La primera corresponde a la suma de la severidad de los 3 síntomas príncipes (fatiga, sueño no reparador y síntomas cognitivos)
 la segunda es la valoración de la intensidad de los síntomas somáticos generales que acompañan a la FM.

Aspecto valorado	Puntuación
Fatiga	0
	1
	2
	3
Sueño no reparador	0
	1
	2
	3
Trastornos cognitivos	0
	1
	2
	3

SS1: Para obtener el valor de esta parte en su conjunto se suman los valores de cada categoría el resultado será entre 0 y 9.

SS2: Una vez contados el número de síntomas somáticos referidos, el resultado final será entre 0-40 síntomas.
 Entre 1 y 10, su puntuación es 1
 Entre 11 y 24, su puntuación es 2
 25 o más, su puntuación es 3

ESS PARTE 2

Síntoma	Marcar los síntomas sufridos
Dolor muscular	
Síndrome de colon irritable	
Fatiga/agotamiento	
Problemas de comprensión o memoria	
Debilidad muscular	
Dolor de cabeza	
Calambres en el abdomen	
Entumecimiento/hormigueos	
Mareo	
Insomnio	
Depresión	
Estreñimiento	
Dolor en la parte alta del abdomen	
Náuseas	
Ardedad	
Dolor torácico	
Visión borrosa	
Diarrea	
Boca seca	
Picores	
Pitidos al respirar (sibilancias)	
Fenómeno de Raynaud	
Urticaria	
Zumbidos en los oídos	
Vómitos	
Acidez de estómago	
Aftas orales (úlceras)	
Pérdida o cambios en el gusto	
Convulsiones	
Ojo seco	
Respiración entrecortada	
Pérdida de apetito	
Erucciones /Rash	
Intolerancia al sol	
Trastornos auditivos	
Moretones frecuentes (hematomas)	
Caída del cabello	
Micción frecuente	
Micción dolorosa	
Espasmos vesicales	

ANEXO 3. ANAMNESIS

1º Astenia 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 intolerancia a la deambulación lenta de más de 15 minutos
- 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.

2º 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.
- Intolerancia a los cambios de temperatura y al calor.
- Palpitaciones esporádicas con ocasional dolor torácico; ha precisado varias assistencias en los servicios de Urgencias por esos episodios.
- Clínica de colon irritable (hasta diez deposiciones diarias).
- Intolerancia marcada al alcohol

3ª Sintomatología Neurocognitiva con:

- Desorientación temporo-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.
- Cefaleas opresivas fronto-occipitales.
- 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.
- Cambia las palabras al hablar, con ocasionales episodios de afasia nominal o dice palabras cambiadas.
- Algún episodio de descoordinación motora con varias caídas.

4ª. Clínica algida

- Presenta dificultades para su autoaseo por dolor, con dificultad a los movimientos finos.
- Mialgias como agujetas con debilidad muscular y marcadas caídas 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).
- Marcados dolores en pie por talalgias que le obligan a cambiarse varias veces al día de zapatos (hasta 3 y 4 veces).

5º Alteración en el patrón del sueño

- Insomnio y alteraciones en el ritmo del sueño.

6º Sintomatología Inmunológica en forma de:

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

ANEXO 4. VALORACION DEL DOLOR. ANAMNESIS

4.1.1- Modo de inicio

- Espontaneo
- Secundario a enfermedad
- Secundario a accidente
- Secundario a intervención quirúrgica
- Secundario a situación de estrés
- Otros

Observaciones:

4.1.2.- Antecedentes Patológicos

- Enfermedades Anteriores

- SI
- NO

- Relación con procesos álgicos anteriores

- SI
- NO

Descripción del proceso:

4.1.3.- Evolución Inicial

- Duración
- Circunstancias relacionadas

Observaciones

4.1.4.- Características clínicas

- Topográficas
- Cualitativas
- Signos asociados
- Factores que modifican su intensidad

Observaciones

4.1.5.- Tratamientos anteriores, dosis y efectos secundarios

Observaciones

4.1.6.- Evaluación de las consecuencias funcionales y socioprofesionales

- Insomnio
- Bajas laborales
- Cambios de humor
- Pérdida de apetito

Observaciones

ANEXO 5. VALORACION DEL DOLOR. ESCALA DE TIERRY

4.2. ESCALA DE TIERRY

- Dolor poco importante que no precisa de tratamiento.
- Dolor moderado que se controla con analgésicos de uso común (paracetamol, metamizol o AINEs)
- Dolor importante que no responde a analgésicos de uso común y causa un cierto grado de incapacidad.
- Dolor muy importante que provoca una gran incapacidad y precisa de analgésico potentes tipo morfina u otros opioides.

PUNTUACION FINAL (2 – 8)

ANEXO 6. CLASIFICACION FUNCIONAL AEEMT

- Grado Funcional 0.** Dolor leve, soportable, sin necesidad de tratamiento analgésico. Plena capacidad funcional cotidiana.
- Grado Funcional 1.** Dolor agudo pero que responde a tratamiento (en ocasiones “ascensor analgésico”: puede precisar opiáceos débiles y, cuando el dolor remite, se desciende al 1er escalón). Dolor crónico insidioso, que precisa ocasionalmente analgésicos de 1er escalón, con buena respuesta, o dolor leve continuado. Limitación funcional temporal (hasta que haya una respuesta al tratamiento analgésico) para las actividades que desencadenan o acentúan la sintomatología.
- Grado Funcional 2.** Dolor moderado, persistente, con respuesta sólo parcial al tratamiento: precisa analgésicos de 2º escalón. Dolor que se intensifica a la movilización. Puede suponer una limitación funcional la realización de actividades con requerimientos físicos moderados o actividades con exigencias sensoriales, como una adecuada capacidad de respuesta en situaciones de alarma.
- Grado Funcional 3.** Dolor intenso, persistente, puede interferir y dificultar el sueño, sin respuesta eficaz al tratamiento: precisa analgésicos de 3er escalón. Afectación psicológica acusada que puede llevar a deterioro de la vida personal. Limitaciones funcionales para actividades dinámicas. Puede llegar a tener limitaciones para actividades sedentarias.
- Grado Funcional 4.** 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. Limitaciones para llevar a cabo una vida laboral y personal autónoma: deterioro psíquico importante, síndrome depresivo

manifiesto, imposibilidad de adecuado reposo nocturno, dificultad para desplazarse.

ANEXO 7. CUESTIONARIO DE DOLOR DE MCGILL

Nombre: Edad:
Historia n.º: Fecha:

Categoría clínica (cardíaca, neurológica):
.....

Diagnóstico.....

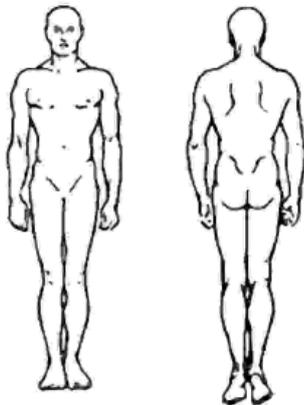
Analgésicos (si ya se han administrado)

1. Clase
2. Dosificación
3. Fecha de administración (en relación con esta prueba)

Inteligencia del paciente: rodear con un círculo el mejor número
1 (baja) 2 3 4 5 (alta)

PARTE I. Localización del dolor

Señalar en el gráfico adjunto la zona donde se localiza el dolor.
Si el dolor es externo: E, Si es interno: I, Si es ambos: EI.



PARTE II. Descripción del dolor (PRI)

Escoger una sola palabra de cada apartado que mejor defina el tipo de dolor que se padece en este momento.

1	2	3	4
Aletea Tiembla Late Palpita Golpea Martillea	Brinco Destello Disparo	Pincha Perfora Taladra Apuñala Lancinante	Agudo Cortante Lacerante
5	6	7	8
Pelizca Aprieta Roe Acalambra Aplasta	Tira Tracciona Arranca	Calienta Quema Escalda Abrasa	Hormigueo Picor Escozor Aguijoneo
9	10	11	12
Sordo Penoso Hiriente Irritante Pesado	Sensible Tirante Áspero Raja	Cansa Agota	Marea Sofoca
13	14	15	16
Miedo Espanto Pavor	Castigador Abrumador Cruel Rabioso Mortificante	Desdichado Cegador	Molesto Preocupante Apabullante Intenso Insoportable
17	18	19	20
Difuso Irradia Penetrante Punzante	Apretado Entumecido Exprimido Estrujado Desgarrado	Fresco Frio Helado	Desagradable Nauseabundo Agonístico Terrible Torturante

PARTE III. Cambios que experimenta el dolor

Escoger la palabra o las palabras que describan el modelo o patrón que sigue el dolor

1	2	3
Continuo	Rítmico	Breve
Invariable	Periódico	Momentáneo
Constante	Intermitente	Transitorio

Factores que alivian el dolor:

Factores que agravan el dolor:

PARTE IV. Intensidad del dolor (PPI)

Elegir la palabra que mejor refleje la magnitud del dolor en este momento

1	2	3	4	5
Ligero	Molesto	Angustioso	Horrible	Atroz

SISTEMA DE PUNTUACIÓN

1. PRI (*Pain rating index* = índice de valoración del dolor)
Sensorial: (1-10)
Afectivo: (11-15)
Evaluativo: (16)
Miscelánea: (17-20)
2. PPI (*Present pain index* = índice de intensidad del dolor)
3. Número de palabras escogidas

ANEXO 7. ESCALA MODIFICADA DE IMPACTO DE LA FATIGA

A causa de mi fatiga, durante las cuatro últimas semanas...

1. he estado menos atento
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre

2. he tenido dificultades para prestar atención durante largos periodos de tiempo
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre

3. he sido incapaz de pensar con claridad
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre

***4. he tenido torpeza y descoordinación**
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre

5. he sido olvidadizo y descuidado
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre

6. he tenido que marcarme mi propio ritmo en las actividades físicas
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre

7. he estado menos motivado para hacer cualquier actividad que requería esfuerzo físico
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre

8. he estado menos motivado para participar en actividades sociales
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre

9. he estado limitado en mi capacidad para hacer cosas lejos de casa
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre

10. he tenido dificultades para mantener mi esfuerzo físico largos periodos de tiempo
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre

11. he tenido dificultad para tomar decisiones

nunca rara vez a veces a menudo casi siempre

12. he estado menos motivado para hacer cosas que requerían pensar

nunca rara vez a veces a menudo casi siempre

13. mis músculos se han sentido débiles

nunca rara vez a veces a menudo casi siempre

14. me he sentido físicamente incómodo

nunca rara vez a veces a menudo casi siempre

15. he tenido dificultades para hacer actividades que requerían pensar

nunca rara vez a veces a menudo casi siempre

16. he tenido dificultades para organizar mi pensamiento cuando hago cosas en el trabajo

nunca rara vez a veces a menudo casi siempre

17. he estado menos capacitado para realizar cosas que requerían un esfuerzo físico

nunca rara vez a veces a menudo casi siempre

18. mi pensamiento ha estado retardado

nunca rara vez a veces a menudo casi siempre

19. he tenido problemas de concentración

nunca rara vez a veces a menudo casi siempre

20. he limitado mis actividades físicas

nunca rara vez a veces a menudo casi siempre

21. he necesitado descansar más a menudo o durante mayores periodos de tiempo

nunca rara vez a veces a menudo casi siempre

• 4 () + 6 () + 7 () + 10 () + 13 () + 14 () + 17 () + 20 () + 21 ()

Subescala cognitiva

– Rango entre 0 y **40**. Se suman los valores de las afirmaciones

• 1 () + 2 () + 3 () + 5 () + 11 () + 12 () + 15 () + 16 () + 18 () + 19 ()

Subescala psicosocial

– Rango entre 0 y **8**. Se suman los valores de las afirmaciones

• 8 () + 9 ()

ANEXO 8. ESCALA DE FIBROFATIGA

Las puntuaciones se aplican a síntomas informados y debe ser hecha por un observador formado en medicina. Las puntuaciones deben basarse en una entrevista clínica que se inicia con cuestiones generales para evaluar los síntomas con preguntas que permitan puntuar la severidad.

El entrevistador tiene que decidir si las puntuaciones se sitúan según las frases definidas en números (0, 2, 4, 6) o puntuaciones medias (1, 3, 5). La escala debe ser usada para cualquier intervalo de tiempo, sea la última semana o cualquier otro, pero se debe registrar el intervalo.

Ítems:

1. Molestias y dolor
2. Tensión muscular
3. Fatiga
4. Dificultades de concentración
5. Fallos de memoria
6. Irritabilidad
7. Tristeza
8. Problemas de sueño
9. Molestias vegetativas
10. Intestino irritable
11. Dolor de cabeza
12. Experiencia subjetiva de infección

1. Molestias y dolor

Representa las quejas de malestar corporal, molestias y dolor. Las puntuaciones deben tener en cuenta la intensidad, frecuencia, duración y búsqueda de alivio. No se debe tener en cuenta ninguna declaración sobre el origen orgánico.

0 Dolores ausentes o transitorios

1

2 Molestias y dolores ocasionales y definidos

- 3
- 4 Molestias y dolores prolongados y molestos; pide analgésicos efectivos
- 5
- 6 Dolores que interfieren gravemente la vida diaria

2. Tensión muscular

Representa la descripción de incremento de tensión en los músculos y la dificultad para relajarse psicológicamente.

- 0 No incremento de la tensión muscular
- 1
- 2 Algún incremento ocasional de la tensión muscular, más evidente en situaciones que requieren esfuerzo físico.
- 3
- 4 Dificultades considerables para encontrar una posición cómoda cuando se sienta o se tumba; tensión muscular molesta.
- 5
- 6 Tensión muscular dolorosa; completamente incapaz de relajarse físicamente

3. Fatiga

Representa la experiencia de fatiga debilitante y falta de energía y la experiencia de agotarse más fácilmente de lo usual

- 0 Permanece la fuerza habitual; no fácilmente agotable
- 1
- 2 Se cansa fácilmente pero no tiene que tomarse un descanso más a menudo de lo habitual
- 3
- 4 Fatiga considerable y falta de energía; fácilmente cansado; frecuentemente forzado a parar o descansar
- 5
- 6 El agotamiento interrumpe casi todas las actividades o incluso las hace imposibles

4. Dificultades de concentración

Representa dificultades en recordar los propios pensamientos debido a una incapacidad para concentrarse. Puntuar de acuerdo a la intensidad, frecuencia y

grado de incapacidad

- 0 Sin dificultades en la concentración
- 1
- 2 Dificultades ocasionales en recordar los pensamientos
- 3
- 4 Dificultades en concentrarse y mantener los pensamientos que interfieren cuando se está leyendo o conversando
- 5
- 6 Falta de concentración incapacitante

5. Fallos de memoria

Representa molestias subjetivas sobre la dificultad para recordar comparado con la habilidad previa

- 0 Memoria como siempre
- 1
- 2 Lapsus de memoria ocasionales
- 3
- 4 Refiere pérdidas de memoria socialmente inoportunas o molestas
- 5
- 6 Quejas de completa incapacidad para recordar

6. Irritabilidad

Representa la experiencia subjetiva de humor irritable (disforia), enfadado y tener "un cortocircuito"; independientemente de que los sentimientos sean mostrados o no. Puntuar de acuerdo a la intensidad, frecuencia y cantidad de provocación tolerada.

- 0 No fácilmente irritable
- 1
- 2 Fácilmente irritable o enfadado; refiere irritabilidad que desaparece fácilmente
- 3
- 4 Sentimientos persistentes de irritabilidad o enfado, puede haber arrebatos
- 5
- 6 Irritabilidad persistente o enfado que es difícil o imposible de controlar

7. Tristeza

Representa la experiencia subjetiva del humor, que puede ser expresado externamente o no; incluye ánimo deprimido, moral baja, desánimo y sentimientos de imposibilidad de ser ayudado y pérdida de esperanza

- 0 Puede haber tristeza en algunas circunstancias
- 1
- 2 Sentimientos predominantes de tristeza pero existen momentos de alegría
- 3
- 4 Sentimientos persistentes de tristeza o melancolía; el humor es fuertemente influenciado por circunstancias externas
- 5
- 6 Experiencia continua de miseria o extrema dependencia

8. Problemas de sueño

Representa la experiencia subjetiva de sueño perturbado comparado con su propia pauta de sueño cuando estaba bien

- 0 Duerme como siempre
- 1
- 2 Ligera dificultad para quedarse dormido, reducción de la duración del sueño, sueño ligero o intermitente o sueños más profundos o largos de lo habitual
- 3
- 4 Frecuentes o intensos trastornos del sueño, sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 horas o varias horas extra de sueño
- 5
- 6 Graves trastornos del sueño; menos de 2 o 3 horas de sueño o pasar una gran parte del día adormilado a pesar de tener un sueño normal o incrementado durante la noche

9. Molestias vegetativas

Representa la descripción de palpitaciones, dificultades para respirar, mareos, incremento de la sudoración, manos y pies fríos, boca seca y aumento de la frecuencia urinaria. Puntuar de acuerdo a la intensidad, frecuencia y duración de uno o más síntomas

- 0 Sin molestias autonómicas

- 1
- 2 Síntomas vegetativos ocasionales que aparecen bajo estrés emocional
- 3
- 4 Frecuentes e intensas molestias vegetativas (dos o más de los síntomas mencionados anteriormente) que son experimentadas con incomodidad o inoportunidad social
- 5
- 6 Síntomas vegetativos muy frecuentes que interrumpen otras actividades o son incapacitantes

10. Colon irritable

Representa la experiencia subjetiva de molestias abdominales o dolor con descripciones de alteración de la frecuencia de ir al baño, con diarrea o estreñimiento, hinchazón o sensación de distensión. Puntuar de acuerdo a la intensidad, frecuencia y grado de la inconveniencia producida

- 0 Sin colon irritable
- 1
- 2 Síntomas ocasionales de colon irritable que ocurren bajo estrés emocional
- 3
- 4 Frecuente o intenso colon irritable, que es experimentado con incomodidad o inoportunidad social
- 5
- 6 Colon irritable muy frecuente, que interrumpe otras actividades o es incapacitante

11. Dolor de cabeza

Representa las quejas de incomodidad, molestias y dolor en la cabeza. Puntuar de acuerdo a la intensidad, frecuencia, duración y petición de alivio. No tener en cuenta cualquier declaración sobre el origen orgánico

- 0 Dolor de cabeza ausente o transitorio
- 1
- 2 Dolor de cabeza ocasional
- 3
- 4 Dolor de cabeza prolongado e inoportuno; pide analgésicos eficaces
- 5
- 6 Dolor de cabeza insoportable o que causa una grave interferencia en las actividades diarias

12. Experiencia subjetiva de infección

Representa la descripción de síntomas (ej. Fiebre suave o resfriado, dolor de garganta, dolor en los ganglios linfáticos) y quejas de infección (ej. Infección en las vías respiratorias altas/bajas, tracto urinario, ginecológico, piel). Puntuar de acuerdo a la intensidad, frecuencia y duración y también la petición del tratamiento

0 Sin síntomas de infección

1

2 Síntomas definidos de infección que aparecen de forma ocasional

3

4 Frecuentes o intensos síntomas de infección; solicita tratamiento

5

6 Síntomas de infección perjudiciales o que causan una grave interferencia en la vida diaria

ANEXO 9. ÍNDICE DE CALIDAD DEL SUEÑO DE PITTSBURG

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

Nombre y apellidos: _____

Sexo: _____ Edad: _____

Las siguientes preguntas hacen referencia a la manera en que ha dormido durante el último mes. Intente responder de la manera más exacta posible lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes. Por favor conteste **TODAS** las preguntas.

1. Durante el último mes, ¿cuál ha sido, usualmente, su hora de acostarse? _____
2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo ha tardado en dormirse en las noches del último mes?
(Apunte el tiempo en minutos) _____
3. Durante el último mes, ¿a que hora se ha estado levantando por la mañana? _____
4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?
(el tiempo puede ser diferente al que permanezca en la cama) (Apunte las horas que cree haber dormido) _____

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Por favor, conteste **TODAS** las preguntas.

5. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:
 - a) *No poder conciliar el sueño en la primera media hora:*
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 - b) *Despertarse durante la noche o de madrugada:*
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 - c) *Tener que levantarse para ir al sanitario:*
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 - d) *No poder respirar bien:*
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 - e) *Toser o roncar ruidosamente:*
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 - f) *Sentir frío:*
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 - g) *Sentir demasiado calor:*
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 - h) *Tener pesadillas o "malos sueños":*
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 - i) *Sufrir dolores:*
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 - j) *Otras razones (por favor descríbalas a continuación):*

6. Durante el último mes ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su dormir?
 - Bastante buena
 - Buena
 - Mala
 - Bastante mala
 7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 9. Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el "tener ánimos" para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?
 - Ningún problema
 - Un problema muy ligero
 - Algo de problema
 - Un gran problema

ANEXO 10. INDICE DE GRAVEDAD DEL INSOMNIO

ISI (Insomnia Severity Index) - Índice de Gravedad del Insomnio
(autoadministrada)

1. Indica la gravedad de tu actual problema(s) de sueño:					
	Nada	Leve	Moderado	Grave	Muy grave
Dificultad para quedarse dormido/a:	0	1	2	3	4
Dificultad para permanecer dormido/a:	0	1	2	3	4
Despertarse muy temprano:	0	1	2	3	4

2. ¿Cómo estás de satisfecho/a en la actualidad con tu sueño?					
Muy satisfecho		Moderadamente satisfecho			Muy insatisfecho
0	1	2	3		4

3. ¿En qué medida consideras que tu problema de sueño interfiere con tu funcionamiento diario (Ej.: fatiga durante el día, capacidad para las tareas cotidianas/trabajo, concentración, memoria, estado de ánimo etc.)?					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	

4. ¿En qué medida crees que los demás se dan cuenta de tu problema de sueño por lo que afecta a tu calidad de vida?					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	

5. ¿Cómo estás de preocupado/a por tu actual problema de sueño?					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	

Fuente: Bastien CH, Vallieres A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. Sleep Med. 2001; 2:297-307

Corrección:
 Sumar la puntuación de todos los ítems:
 $(1a + 1b + 1c + 2 + 3 + 4 + 5) = \underline{\hspace{2cm}}$
 El intervalo de la puntuación total es 0-28.

Interpretación:
 La puntuación total se valora como sigue:
 0-7 = ausencia de insomnio clínico
 8-14 = insomnio subclínico
 15-21 = insomnio clínico (moderado)
 22-28 = insomnio clínico (grave)

ANEXO 11, FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONARIE FIQ

Cuestionario de Impacto de Fibromialgia - FIQ-S

Nombre:

Edad:

Fecha:

Instrucciones: Para las preguntas 1 a 3 señale la categoría que mejor describa sus habilidades o sentimientos **durante la última semana**. Si Vd. nunca ha realizado alguna actividad de las preguntadas, déjela en blanco.

Pregunta 1. ¿Usted pudo...

	Siempre	Casi siempre	Ocasionalmente	Nunca
Ir a comprar?	①	②	③	④
Lavar la ropa usando lavadora y secadora?	①	②	③	④
Preparar la comida?	①	②	③	④
Lavar los platos a mano?	①	②	③	④
Pasar la aspiradora por la alfombra?	①	②	③	④
Hacer las camas?	①	②	③	④
Caminar varios centenares de metros?	①	②	③	④
Visitar a los amigos o parientes?	①	②	③	④
Cuidar el jardín?	①	②	③	④
Conducir un coche?	①	②	③	④
Subir escaleras?	①	②	③	④

Pregunta 2. De los 7 días de la semana pasada, ¿cuántos se sintió bien?

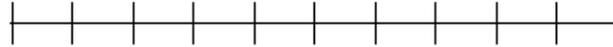
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

Pregunta 3. Cuántos días de trabajo perdió la semana pasada por su fibromialgia? (si no trabaja fuera de casa, no conteste esta pregunta).

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

Instrucciones: Para las preguntas 4 a 10, marque en la línea el punto que mejor indique cómo se sintió usted la última semana.

Pregunta 4. Cuando trabajó (incluyendo las tareas domésticas), ¿cuánto afectó el dolor u otros síntomas de la fibromialgia a su capacidad para trabajar?



No tuve problemas

Tuve grandes dificultades

Pregunta 5. ¿Hasta qué punto ha sentido dolor?



No he sentido dolor

He sentido un dolor muy intenso

Pregunta 6. ¿Hasta qué punto se ha sentido cansado/a??



No me he sentido cansado/a

Me he sentido muy cansado/a

Pregunta 7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por la mañana?



Me he despertado descansado/a

Me he despertado muy cansado/a

Pregunta 8. ¿Hasta qué punto se ha sentido agarrotado/a?



No me he sentido agarrotado

Me he sentido muy agarrotado/a

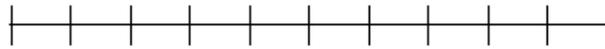
Pregunta 9. ¿Hasta qué punto se ha sentido tenso/a, nervioso/a o ansioso/a?



No me he sentido nervioso

Me he sentido muy nervioso/a

Pregunta 10. ¿Hasta qué punto se ha sentido deprimido/a o triste?



No me he sentido deprimido/a

Me he sentido muy deprimido/a

**ANEXO 12. HEALTH ASESMENT QUESTIONNAIRE (ADAPTADO A LA FIBROMIALGIA)
FHAQ**

Escala de capacidad funcional de pacientes (FHAQ)^{262, 263}

Marque, por favor, con una cruz la respuesta que mejor indique su capacidad para realizar las siguientes actividades durante la **ÚLTIMA SEMANA**. (Sólo debe marcar una respuesta en cada pregunta).

1. Durante la última semana, ¿ha sido usted capaz de ...

	Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de hacerlo
Vestirse solo/a, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantarse de una silla sin brazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavarse y secarse todo el cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coger un paquete de azúcar de 1 kg de una estantería colocada por encima de su cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agacharse y recoger ropa del suelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer los recados y las compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrar y salir de un coche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>