

LA FIBROMIALGIA UNA ENFERMEDAD REAL BAJO SOSPECHA INJUSTIFICADA.

Francisco Javier Yuste Grijalba. Médico de Sanidad Nacional

Francisco Javier Yuste Echarren. Especialista en Anestesiología

A. Vidal. Especialista en Anestesiología y Tratamiento del dolor

Índice.

INTRODUCCIÓN

De la dificultad de demostrar lo obvio.

Breve recorrido histórico.

Una discusión poco científica en The Journal of Rheumatology.

La fibromialgia en el Parlamento.

ELEMENTOS DE EPIDEMIOLOGÍA

Definición y concepto.

Clínica

El estudio EPISER.

Perfil de un paciente de fibromialgia.

La perspectiva de género.

DIAGNOSTICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

EXPLICACIONES PATOGÉNICAS.

TRATAMIENTO.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Principios generales

Dolor

Sueño

Alteraciones del ánimo

Fatiga

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

La acupuntura.

CONCLUSIONES sobre el tratamiento

LA FIBROMIALGIA Y LA INCAPACIDAD LABORAL

Las dificultades declarativas,

Sentencias denegatorias,

Sentencias positivas.

Recomendaciones médico legales.

A MODO DE CONCLUSIÓN.

Reivindicaciones abiertas.

INTRODUCCIÓN

De la dificultad de demostrar lo obvio.

Siempre lo fue, siempre fue difícil demostrar lo obvio. Paradigmas con pretensiones de inmortalidad, hipótesis que quieren ser tesis o simplemente prejuicios, han impedido que la obviedad desterrara a lo establecido. Y sin embargo se mueve... No hay más que mirar por el telescopio para ver a los planetas girar, pero lo que cuesta es que quien tiene que mirar mire. Muchos años ha costado que esa mujer a la que le dolía hasta el alma, no fuera catalogada como histérica, cuando no de simuladora, y aceptada como enferma, como paciente. Pero no estamos hablando solo del pasado, hoy en día la fibromialgia tiene que ser demostrada con mayor rigor que otras dolencias: aún no tiene un cómodo asiento en el lugar de la ciencia, la mayor parte de las veces es juzgada como una somatización o como expresión orgánica de la distimia (17).

El camino que tienen que recorrer, insistimos, aún hoy en día, la fibromialgia (FM) y las personas que la padecen –mujeres de mediana edad en su mayoría (63)- es largo y difícil. Primero para ser diagnosticadas, después para conseguir entender lo que les pasa, finalmente para disponer de una terapéutica que les consuele o para obtener el reconocimiento jurisdiccional de su dolencia.

La demora en el diagnóstico es la primera de las dificultades, por cuanto muchos médicos no aceptan ni el término ni la enfermedad como tales, sosteniendo que no es sino una

agrupación de síntomas frecuentes en la población general, a la que se ha etiquetado por razones no científicas, pero sin responder a una entidad clínica definida.

Sin explicación para su dolor, la paciente puede suponer que su padecimiento es de máxima gravedad y peregrina para recibir tranquilidad o consejos que no llegan, consumiendo recursos sanitarios de mínima eficiencia. El dolor, sin embargo, persiste afectando a toda la persona y a su entorno a quienes deteriora, de tal modo que en el cuadro crónico establecido es difícil separar las alteraciones psicológicas propias del cuadro de las producidas por el deterioro (52).

La calidad de vida de estas pacientes se afecta al no disponer de un tratamiento en el Sistema y acuden a medicinas alternativas a su costa lo que aumenta su deterioro económico.

La dificultad llega al máximo al situar el problema en el ámbito médico legal: después de laboriosas gestiones para conseguir la baja por enfermedad común, nunca profesional, escasísimas demandas de invalidez se consiguen en los Equipos Médicos de Valoración y han de llegar a los Tribunales de lo Social donde, algunas, cada vez más, demuestran que están incapacitadas.

Breve recorrido histórico (75).

Clasificamos como fibromialgia (FM) a los estados de dolor musculoesquelético generalizado y crónico (1, 65, 92), con hipersensibilidad demostrable en la exploración física acompañado en la mayoría de los casos de cansancio y trastornos del sueño, sin hallazgos de laboratorio o de imagen que lo justifiquen. En estos pacientes es común la

depresión o la ansiedad cuando no ambas y los tratamientos no suelen ser muy eficaces para aliviar el dolor (92, 95).

Así las cosas, no es de extrañar que durante muchos años este síndrome fuera utilizado para clasificar cuadros de dolores generalizados en partes blandas de extraña o difícil explicación. Hasta 1976 estuvo incluido dentro de un gran capítulo de límites no definidos denominado reumatismos musculares, e incluso muchos autores lo denominaban reumatismo psicógeno, mioastenia fue la denominación de Beard a finales del XIX.

Asumiendo un posible origen inflamatorio, Gower en 1904 denominó fibrositis (17) a los cuadros de dolor generalizado, difuso y cambiante con o sin base inflamatoria, en los que incluyo, además de la fibromialgia, otras patologías reumáticas claramente inflamatorias.

En los principios de los 50 la profundización en el conocimiento de las enfermedades reumáticas permitieron separar la "fibrositis sine materia" de los otros cuadros reumáticos con base inmunológica u orgánica. Paulatinamente, década de los 70, se va separando la fibromialgia, el "síndrome miofascial" (Hehch 1976) o la "tendomiopatía generalizada" de otros cuadros reumáticos más sustentados en análisis o radiografías (Smythe 1989 (71)).

El término de fibromialgia fue adoptado, finalmente, en 1990 por el American College of de Rheumatology (ACR) en un intento de definir este proceso, normalizar su diagnóstico y determinar los criterios clínicos que deben cumplir los pacientes para ser diagnosticados de fibromialgia, después de realizar un estudio enmascarado con 558 pacientes (265 de ellos controles) en 16 centros estadounidenses y canadienses, concluyendo que la enfermedad podría ser diagnosticada con una historia clínica de dolor generalizado en 11 o mas de 18

puntos específicos en el tejido muscular, distribuidos en 9 pares desde el occipital a las rodillas, acompañándose de fatiga persistente y sueño no reparador (57).

La fibromialgia es, por tanto, un trastorno relativamente reciente, si bien a finales de los años treinta aparecieron dos conceptos relacionados con ella: el Síndrome Doloroso miofascial (36) y el Reumatismo Psicógeno (59). El primer término fue acuñado por Travell y Simons y se caracteriza por la presencia de dolor en uno o más grupos musculares en los que se podía constatar la presencia de puntos gatillo (zona del músculo cuya presión desencadena dolor en el mismo sitio o a distancia). Boland introduce el concepto de reumatismo psicógeno o tensional basado en la ausencia de hallazgos demostrables que justifiquen la sintomatología, por lo que se atribuyó a una psiconeurosis.

Desde 1992, la OMS considera la FM como un diagnóstico diferenciado y la clasifica entre los reumatismos de partes blandas; la FM es la causa más común de dolor osteoarticular generalizado.

En la X Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10, 1992) se asigna el código diagnóstico M79.0 (en la CIE-9-MC era el 729.0). También ha sido reconocida por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) con el código X33.X8a (1994). En el 2º Congreso de Dolor Miofascial y Fibromialgia celebrado en Copenhague (1) en 1992 se estableció la fibromialgia como un diagnóstico diferente, ratificando la opinión de la OMS aunque matizando su rigor a la hora de los juicios clínicos, para los que no exigiría una presencia contable de puntos dolorosos y aceptaría el acompañamiento de otros síntomas como cefaleas, vejiga irritable, fenómeno de Raynaud, dismenorrea o sensibilidad al frío con los que la FM formaría un síndrome más amplio.

Yunus (96) sugirió en 1996 que la FM, junto con otras entidades, se podía englobar dentro del llamado Síndrome Disfuncional (Colon Irritable, Fatiga Crónica, de las Piernas Inquietas, Cefalea Tensional, etc). Se basó en el hallazgo de algunos datos comunes en todos ellos: fatiga, sueño no reparador, predominio en mujeres, ausencia de lesiones macro o microscópicas, y respuesta a agentes de acción central tipo serotoninérgicos o noradrenérgicos. En este sentido, sugirió la hipótesis de que en estos procesos había una disfunción neuroendocrina-inmune (alteraciones de neurotransmisores y hormonas) que hacía de factor de puente entre todas estas afecciones.

Una discusión poco científica en *The Journal of Rheumatology* (40, 44).

Todos estos esfuerzos no son reconocidos de forma universal, de tal modo que existen muchas dudas para muchos autores y para otros tantos es todavía un reto más que una realidad.

Justamente en 2003 varios editoriales de la Revista *Journal of Rheumatology* (JR) ponían el acento, no ya en la subjetividad del diagnóstico de fibromialgia, siempre clínico, sino en su existencia como entidad diferenciada. “El dolor es real; la fibromialgia no lo es” (33, 44) sería el argumento y la conclusión de aquellos por cuanto, se argumenta, la enfermedad acoge bajo su protección a todo síndrome doloroso que no tiene otras razones para justificarse: es una intervención médica la que determina su existencia; como Adán poniendo nombre a las cosas, así el médico pone nombre a una colección de síntomas “medicalizando la miseria”. Más aún, para algunos la sitúa en la ventajista senda de una remunerada industria que bordean abogados y peritos, jaleados por publicaciones irrelevantes y prácticas terapéuticas heterodoxas.

La respuesta a estas opiniones solo tardó un año, y otros tantos editoriales (70, 78, 79, 80), unos amistosos, otros desabridos, pusieron de manifiesto la falta de rigor científico de las mismas y el malestar creado en los especialistas por haberlas visto publicadas en una Revista de Reumatología.

Para nuestro interés directo las razones de los últimos editoriales nos permiten resaltar donde está la justificación de nuestra básica pretensión: demostrar lo obvio, a la vez que impulsar el reconocimiento de la fibromialgia como problema al que el Sistema sanitario debe dar respuesta y el Sistema social aceptarlo como acontecimiento profesional.

Estas son las razones aludidas. Por lo pronto las manifestaciones clínicas básicas de la FM. Son frecuentes en la población de forma separada; no parece explicable que se agrupen en poblaciones definidas –mujeres de mediana edad- a no ser que alguna razón o mecanismo fisiopatológico, hoy parcialmente conocido, lo propicie. Padecer alguno de los síntomas de la dolencia con leve intensidad, no tiene la misma justificación que padecer varios de ellos juntos y de intensidad mayor.

El proceso diagnóstico implica una intervención médica, esto es innegable; la etiqueta con la que el facultativo marca lo que a un sujeto le pasa es clave y, no hay porque negarlo, el bautismo científico del problema. De ahí no se deduce automáticamente que sea un proceso viciado a no ser que, como en el caso de las enfermedades mentales, el etiquetado suponga la exclusión social de una persona más que su aceptación como doliente. La denuncia de la elaboración social de la enfermedad no tiene aplicación en nuestro caso, donde nadie niega que el dolor está presente y la etiqueta no se vive como una descalificación.

Cualquier proceso diagnóstico, por otro lado, comienza con la escucha de los síntomas de los pacientes a la que sigue el intento de objetivación de los mismos, que no se consigue en todos los casos. Pretender descalificar un proceso patológico porque en él los síntomas sean lo determinante, es ignorar que depresión, jaqueca, angina de pecho atípica, colon irritable o síndrome temporomandibular no tienen más fundamento diagnóstico que lo que los pacientes relatan. Es ignorar que, para muchos pacientes, una etiqueta, un nombre, un diagnóstico es útil y necesario.

El dolor como síntoma único o predominante está presente en numerosos cuadros: la tenosinovitis de Quervain, la epicondilitis medial o lateral, la tendinitis del manguito de los rotadores del cúbito, por no citar la neuralgia del trigémino o los cólicos nefríticos sin cálculo o el dolor fantasma de los amputados, no exigen que tengamos ningún reparo en su diagnóstico. La presencia del dolor en determinados lugares permite, al localizarlo, diferenciar la FM de otros cuadros álgidos con toda precisión, no es un mero artificio intelectual.

Sin embargo, el reconocer estas dificultades, y su consecuencia lógica, seguir investigando en el proceso, no quiere decir que no existan datos abundando en la realidad orgánica de la FM, como veremos posteriormente, de base neuroendocrina y neurofisiológica.

Las implicaciones medicolegales de la incapacidad laboral reconocida, la ganancia secundaria del cuadro, no justifican su rechazo desde el momento en que la mayor parte de las pacientes son amas de casa sin posibilidad de entrar en el camino de las compensaciones, en línea con los hallazgos del Estudio en la comunidad Amish (86) que encuentra mayor prevalencia de afectados incluso que en la población general. La FM

tiene una prevalencia similar en todos los países, aun cuando los que la reconocen como motivo de incapacidad tengan un número mayor de pensionistas por esta causa.

La fibromialgia en el Parlamento.

Los afectados por el problema de la FM han conseguido llevarlo al Parlamento español en dos ocasiones. En la primera, fechada en el año 2000 mediante una Proposición no de ley planteando al Gobierno la conveniencia de tomar determinadas medidas de asistencia médica y social con relación a las personas que lo sufren. Sus argumentos consistieron en su carácter de enfermedad generalizada, su consideración como enfermedad reumática y sus dificultades para el diagnóstico.

En la presentación de la Proposición se destacó el itinerario médico que sus características clínicas provoca a menudo, en las personas que tienen esta enfermedad, que están sometidas a peregrinar por las consultas hasta conseguir un diagnóstico, así como las trabas para alcanzar las prestaciones sociales que tienen los enfermos en otros tipos de enfermedad.

Cuatro medidas concretas fueron propuestas en esta Proposición:

Primero, incluir la enfermedad entre las prestaciones de invalidez de la Seguridad Social.

Segundo, mejorar o ampliar los apoyos integrales de asistencia sanitaria a las personas afectadas.

Tercero, realizar esfuerzos de sensibilización y capacitación al personal sanitario en su conjunto para que puedan detectar y hacer un mejor tratamiento a los enfermos.

Cuarto, reforzar y establecer relaciones de colaboración y cooperación más importantes con las asociaciones de afectados que se han creado recientemente.

El resultado final del debate parlamentario consiguió que el Congreso de los Diputados instase al Gobierno, a analizar en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (26) la incidencia y la problemática de la fibromialgia. Aparentemente escaso resultado, pero comienzo de una mayor preocupación por el problema dentro del Sistema.

Cinco años después, cercana la fecha de la conmemoración del Día Mundial de la fibromialgia, otra Proposición de ley planteó en el Congreso de los Diputados, el análisis de la fibromialgia y la fatiga crónica. En lo que a nuestros intereses se refiere el Proponente insistió en que el desconocimiento respecto de la FM, aparte de los peregrinajes ya reseñados, produce una baja autoestima y muchas veces una depresión, deduciendo de ello la necesidad de aumentar la información entre los profesionales de la salud, dado que el diagnóstico se realiza por exclusión de otras enfermedades, y apuntando a la necesidad de invertir en unidades especializadas con profesionales que puedan dar respuesta a estos afectados.

Alguno de los Diputados que intervinieron en el debate calificó la historia de la FM como la historia de una incomprensión debida muchas veces a los propios médicos, que provoca que los enfermos no solo no sufran el dolor físico sino también el dolor moral que les supone aquella de sus propios médicos y del sistema sanitario; quizá lo que más les duele, señalaba el aludido, “es el daño moral que han sufrido por no ver reconocida su enfermedad y que siempre utilizáramos derivaciones al psiquiatra para tratarles, cuando solamente es un componente más de la enfermedad y que posiblemente se derive del dolor y de la incomprensión que genera el desconocimiento de la misma”.

Por no existir un tratamiento farmacológico eficiente, a juicio del Proponente, pero sí otros abordajes terapéuticos que no están en el catálogo de prestaciones de la Seguridad Social, hay una clara discriminación por cuanto los afectados que disponen de recursos económicos pueden llevar la enfermedad con una cierta calidad de vida, pero los otros se ven abocados a soportar en silencio este dolor durante años sin que se les aporte una solución que, se apunta, es aumentar el número de psicólogos en los centros de atención primaria.

Una novedad respecto de la iniciativa parlamentaria del año 2000 fue resaltar el carácter invalidante de la FM, junto a los graves problemas para obtener de los Tribunales el grado de incapacidad correspondiente.

En este sentido se propuso conseguir un mayor conocimiento de la enfermedad, una inversión en investigación, un reconocimiento de terapias alternativas, una aceptación de que la psicología en este caso es imprescindible y, además, abordar el tema de la invalidez, en línea del esfuerzo con una proposición no de ley en el año 2000 que dio lugar a la creación de la subcomisión de prestaciones en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Ciertamente este organismo decidió realizar un análisis de la situación y, a la vista del mismo, la mencionada comisión decidió crear un grupo de trabajo para elaborar un documento de consenso que abordara la problemática y el manejo de la fibromialgia. Este documento fue revisado por cada comunidad autónoma, por las sociedades científicas y por los grupos de afectados y afectadas. Posteriormente se hizo una publicación que fue repartida a lo largo de 2004 a las diferentes instancias del sistema, así como a los profesionales de la salud.

Dadas como insuficientes estas acciones, con el acuerdo de todos los Grupos, se acordó que esta enfermedad se trate como una enfermedad de género y se aborde desde esa perspectiva por cuanto la incidencia del problema es mayoritariamente femenino, su repercusión más allá del propio sufrimiento individual, es familiar, afectando a la mujer en sus aspectos como trabajadora, como madre y como cuidadora.

Igualmente de forma unánime se reconoció la FM como una enfermedad capaz de producir discapacidad, minusvalía e incapacidad laboral, instando al Gobierno a actuar en consecuencia de todo lo acordado.

ELEMENTOS DE EPIDEMIOLOGÍA

Definición y concepto.

La Fibromialgia, como la llamó Hensch en 1975, es un síndrome clínico caracterizado por dolor musculoesquelético generalizado, crónico, difuso y benigno de origen no articular y causa hasta ahora desconocida (1, 41, 54, 92). Podemos afirmar que es una forma de reumatismo de los tejidos blandos, que se presenta con la combinación de varios síntomas y principalmente por la presencia de dolor generalizado, fatiga, rigidez matutina, alteraciones del sueño junto con la presencia de múltiples puntos hiperálgicos a la presión y, típicamente, con pruebas de laboratorio normales.

De acuerdo con su etimología, la fibromialgia, antes conocida por fibrositis (termino acuñado por Gowers en 1904 (90)), afecta principalmente a los tejidos blandos del cuerpo. El nombre de fibromialgia se deriva de “fibro” (tejidos fibrosos como tendones y ligamentos), “mio” (músculos) y “álgia” (dolor). A diferencia de la artritis, la FM no ocasiona dolor ni inflamación articular; más bien, produce dolor en los tejidos blandos periarticulares de forma generalizada.

Clinica (65, 75)

El principal síntoma que caracteriza a la FM es el dolor pero este no es en modo alguno el único síntoma que padecen los pacientes fibromiálgicos. También presentan fatiga, alteraciones del sueño, rigidez, dolor abdominal, cefalea, fenómeno de Raynaud, alteraciones del sistema nervioso, calambres y otros síntomas que forman un síndrome clínico muy florido y complejo.

DOLOR GENERALIZADO

Es el síntoma princeps y su presencia esencial para el diagnóstico (30, 31, 92). El paciente puede presentar dolor, fundamentalmente muscular, generalizado en todo el cuerpo, o en la mitad de este, en la parte derecha o la izquierda, por encima, o más raramente, por debajo de la cintura.

Es variable en intensidad, desde una leve molestia continua a un dolor intenso e incapacitante, y los pacientes lo describen como ardor, pulsátil o punzante. La mayoría de las personas aquejadas de FM afirman que siempre sienten algo de dolor, aunque este puede variar según la hora del día, el nivel de actividad física, el clima, los patrones de sueño y la fatiga nerviosa. Las áreas que presentan más dolor subjetivo son la región lumbar, cervical, hombros, caderas, rodillas, manos y pared costal y en menor porcentaje los codos, los tobillos y las muñecas. El dolor empeora con las posiciones mantenidas, las cargas físicas, la activación emocional y los cambios climáticos.

A la exploración física se localizan zonas musculares sensibles al tacto, puntos hipersensibles (“tender points” (89, 92)), que resultan extremadamente dolorosos cuando se ejerce presión sobre ellos. Estos puntos deben palparse con el pulgar, imprimiendo una fuerza de 4 Kg aproximadamente en adultos y 3 Kg en niños, lo que significa palidecer el pulgar, ya que se considera que este es el límite para sentir dolor.

FATIGA

Cerca del 90% de las personas aquejadas de FM, tanto adultos como jóvenes, experimentan fatiga moderada o severa, menor resistencia al esfuerzo, o el agotamiento típico propios de la gripe o la falta de sueño. El paciente se encuentra cansado, sobre todo por las mañanas al levantarse, aún habiendo pasado la noche durmiendo. A veces la fatiga es más problemática que el dolor.

Debido a la semejanza entre los síntomas que caracterizan a la FM y al Síndrome de Fatiga Crónica (29, 48) algunos autores postulan que las dos dolencias están relacionadas o que representan variaciones de una misma enfermedad. Sin embargo, los estudios realizados no aportan resultados convincentes que sustenten esta teoría.

ALTERACIONES DEL SUEÑO

Las alteraciones del sueño de estos pacientes suelen ser variables de unos a otros, desde la dificultad para conciliarlo, tener sueño agitado y superficial, entrecortado, hasta dormir pocas horas consecutivas de modo que se despiertan cansadas, con sensación de no haber descansado, incluso después de haber dormido toda la noche. Algunos pacientes sufren pausas de apnea durante el sueño. En cualquier caso el sueño no reparador ocurre en casi un 70% de los pacientes con FM (39, 76).

Se desconocen las causas por las que la FM causa que el sueño no sea reparador. Sin embargo, recientes investigaciones en laboratorios del sueño han documentado interrupciones en la etapa más profunda del sueño (la etapa delta). Está bien documentado que la perturbación del sueño profundo altera funciones críticas del organismo tales como la producción de neurotransmisores y la producción de enzimas y proteínas necesarias

para reparar el tejido muscular. Algunos investigadores piensan que los trastornos del sueño pueden ser una de las causas de la fibromialgia y no su efecto.

RIGIDEZ

Que se presenta principalmente por la mañana al levantarse, sobre todo en las manos al realizar movimientos, con sensación de hinchazón limitante. No suele prolongarse más de media hora. También puede aparecer después de haber permanecido sentado por periodos prolongados o de estar de pie sin moverse mucho rato.

CEFALEA

Algo más de la mitad de los pacientes presentan cefalea tensional, migraña o cefalea de tipo vascular. Además, la tercera parte de los pacientes aquejados de FM experimentan dolores y disfunción de la articulación temporomandibular, que provoca cefalea y dolor en la cara y mandíbulas.

MALESTAR ABDOMINAL

En la cuarta parte de los pacientes aparecen trastornos digestivos, dolor abdominal difuso, retorcijones, meteorismo, diarrea y/o estreñimiento todo ello sin presencia de productos patológicos en heces. En conjunto, estos síntomas conforman la entidad clínica del Colón Irritable.

Además, algunos pacientes presentan dificultad para tragar alimentos y se comprueba en ellos tras su estudio una anormalidad objetiva en el músculo liso esofágico.

PROBLEMAS GENITOURINARIOS

Los pacientes con FM pueden quejarse de aumento de la frecuencia o de urgencia para orinar, típicamente sin infección de las vías urinarias. Algunos pacientes pueden presentar una condición más crónica o inflamación dolorosa de la vejiga, que responde a una Cistitis Intersticial.

En las mujeres la fibromialgia puede ocasionar que los periodos menstruales sean más dolorosos o más prolongados. Además, puede presentarse vestibulitis vulvar y vulvodinia, caracterizadas por dolores en la región de la vulva y por dolores durante el coito.

SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS (2, 53, 59, 63)

La FM puede asociarse a parestesias y entumecimiento de las manos y/o los pies así como hipersensibilidad a la temperatura ambiente con sensación de frío o calor exacerbados. Es frecuente, además, que se asocie a fenómenos de Raynaud.

Un 30% los pacientes aquejados de fibromialgia asocian un trastorno neurológico conocido como el Síndrome de las Piernas Inquietas (“Restless leg síndrome” (5)) caracterizado por un impulso incontrolable de mover las piernas, sobre todo cuando se esta durmiendo o en reposo. El síndrome también puede ocasionar movimientos periódicos de las extremidades durante el sueño.

Los pacientes con FM pueden presentar problemas de vértigo y/o desequilibrio probablemente debidos a alteraciones en la coordinación de los músculos esqueléticos oculares y del cuello.

Es frecuente la hipersensibilidad ambiental a la luz, los ruidos, los olores y los cambios del tiempo. Generalmente esta hipersensibilidad se explica como resultado de la hipervigilancia que se observa en el sistema nervioso de los pacientes con FM.

SINTOMAS TORACICOS

Los pacientes fibromiálgicos que desarrollan actividades que les obligan a inclinarse hacia delante (ej. escribir a máquina, sentarse en un escritorio, etc.) pueden presentar dolor torácico que puede confundirse con un angor. Algunos pacientes pueden presentar también una costocondrálgia muy molesta.

SINTOMAS CUTANEOS

Síntomas muy molestos como prurito, sequedad de piel y mucosas o manchas cutáneas pueden acompañar a la FM.

SINTOMAS PSICOLOGICOS

No son infrecuentes cambios de humor: muchos afectados se sienten decaídos, tristes o ansiosos, y en un 25% padecen depresión clínica franca. Se ha intentado establecer un tipo de personalidad característica de los pacientes fibromiálgicos pero los estudios no han sido concluyentes.

Las personas que padecen FM pueden presentar dificultad para concentrarse o realizar tareas mentales sencillas. También pueden aparecer lentitud mental, pérdida de memoria, sentirse fácilmente abrumado, ansiedad, stress, etc.

Como otros síntomas descritos no está determinado más allá de toda duda que estos sean causa de la dolencia y no acompañantes clínicos de la misma.

COMORBILIDAD MÉDICA (23).

Aunque algunos estudios habían encontrado que los pacientes con FM presentaban mayor comorbilidad no reumatológica como la HTA, hipercolesterolemia o alergias, una reciente revisión sistematizada de la Sociedad Española de Reumatología no ha encontrado datos de que la FM se asocie con un aumento de la comorbilidad por enfermedades cardiovasculares o infecciones. Sin embargo, parece que los pacientes con FM pueden tener un riesgo aumentado de muerte accidental y por cáncer, al igual que los enfermos con dolor crónico.

Ya hemos dejado indicado que es frecuente encontrar asociados con la FM varios complejos sindrómicos, como el síndrome de la fatiga crónica, el síndrome del colon irritable, la disfunción temporomandibular, la urgencia miccional, la cefalea crónica (migraña, tensional o mixta), y que se pueden diagnosticar varios de estos procesos en un mismo paciente.

El estudio EPISER (18).

La FM es una enfermedad frecuente; de hecho, constituye la causa más frecuente de dolor crónico en edades medias de la vida.. Se calcula que su prevalencia en la población mayor de 18 años se sitúa entre 1-3%, lo que en España supone entre 400.000 y 1.200.000 personas.

Es 10 veces más frecuente en mujeres que en varones; esto es, el 90% de los pacientes diagnosticados de fibromialgia son mujeres. Además, esta predisposición femenina se mantiene en la presentación infantil de la enfermedad aunque con una proporción más baja, de 3 a 1.

En cuanto a la distribución en grupos de edad, la FM aparece en todos los grupos etarios, con una prevalencia máxima entre los 40 y los 49 años (casi el 5%), mientras que es relativamente infrecuente en personas que superan los 80 años de edad.

En España, se calcula que el 13% de los pacientes que acuden a las consultas de Medicina General padecen este síndrome, disminuyendo a un 10,4% en la consulta de Reumatología, con una incidencia del 4% en mujeres entre 20-40 años y casi el 6% entre 40-60 años (13).

En 1985, Yunus y Masi (97, 98) son los primeros que describen la fibromialgia juvenil en 33 pacientes de edades comprendidas entre 9 y 17 años. Buskila (16) en 1993 encuentra una prevalencia de FM en la edad infantil del 6,2% con una marcada preferencia de la enfermedad por las niñas, un 8,8% en ellas respecto a un 3,9% en niños.

Así, el perfil sociodemográfico y clínico que aparece en los estudios sobre pacientes aquejados de FM presentan que suelen ser mujeres (en casi el 95% de los casos) con una media de edad que oscila entre los 44 y los 52 años, con un tiempo medio de padecimiento del dolor que oscila entre los 6 y 12 años, y con una historia de experiencias de fracasos para conseguir alivio de su principal síntoma.

Por otro lado, White y Harth (82) revisando varios trabajos sobre la prevalencia y el impacto social de la FM en distintos países, encuentran que entre un 15% y un 24% de los pacientes con fibromialgia perciben algún tipo de compensación económica por su problema, y el 50% ha tenido que dejar de trabajar en algún momento de su vida laboral. Sostienen estos autores que la FM es un problema sociolaboral importante y que podría tratarse de una enfermedad de las denominadas profesionales.

El más importante estudio epidemiológico descriptivo de las enfermedades reumáticas realizado en España es, sin duda, el Estudio de Prevalencia de las Enfermedades Reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología, en el que durante los años 1998 y 1999, reumatólogos entrenados encuestaron y exploraron a 2.192 sujetos de más de 20 años representativos de la población española (18).

En lo que afecta a nuestro interés, utilizando los criterios del ACR, 1990 se encontró una prevalencia de FM del 2,4% (Intervalo de confianza del 95% 1,5-3,2), con una distribución por sexos de 4,2 en mujeres y 0,2 en varones, un pico de 4,9% en el tramo de edad de 40-49 años y un acúmulo de casos entre los 40-60 (8,6%); no hay casos por debajo de 29 años ni por encima de 79. Los resultados de los test de calidad de vida aplicados a estas personas estaban en un rango de 1,30 (0-3) el Health Assessment Questionnaire, de 33,9 (0-100) el Short Form-12 físico y de 39,0 (0-100) el psicológico.

La FM, de acuerdo con este Estudio, es el representante mayor del dolor crónico osteomuscular generalizado; otros estudios lo califican como el mayor dolor crónico no oncológico de la población. Estamos hablando de 900.000 personas.

El EPISER coincide en sus líneas generales con otros que se han realizado en ámbitos diferentes, como el London Fibromialgia Epidemiology Study (83, 84, 85, 86) realizado en Ontario entre adultos no institucionalizados por medio de un cuestionario telefónico a una muestra de 3395 sujetos, de los cuales los positivos fueron examinados por un reumatólogo con los criterios de ACR 1990. 100 sujetos fueron identificados como enfermos de FM, correspondiendo a una prevalencia estimada entre 4,7 y 5,1 de intervalo de confianza al 95%.

Igualmente un estudio en 242 miembros la comunidad Amish de Ontario, en el supuesto de que si la ganancia secundaria fuera un elemento determinante en la FM, su prevalencia debía ser menor en la misma, puso de manifiesto cifras más altas que las esperadas de la dolencia: 11 mujeres y 2 varones, es decir una prevalencia entre 5,3 y 9,7 de intervalo de confianza al 95%.

Perfil de un paciente de fibromialgia (74).

Mejor hablaremos de perfil de una paciente porque más del 90% de ellos son mujeres con una relación mujer/varón de 9 a 1 de tal modo que no sería forzar las cosas excesivamente hablar de una enfermedad de género. La edad media de las mismas se sitúa entre 26 y 55 años, siendo los 44 años los más frecuentes de presentación de los primeros síntomas. El EPISER no nos facilita más datos para hacer el retrato del paciente tipo, pero otros

estudios daneses y noruegos nos señalan una mayor distribución de la fibromialgia en la población de niveles de renta y educacionales bajos y su asociación con mujeres que han padecido abusos sexuales en un amplio sentido (57% de las mujeres según Alexander) y con exceso de peso si hacemos caso a González y Alegre.

La perspectiva de género (63 B).

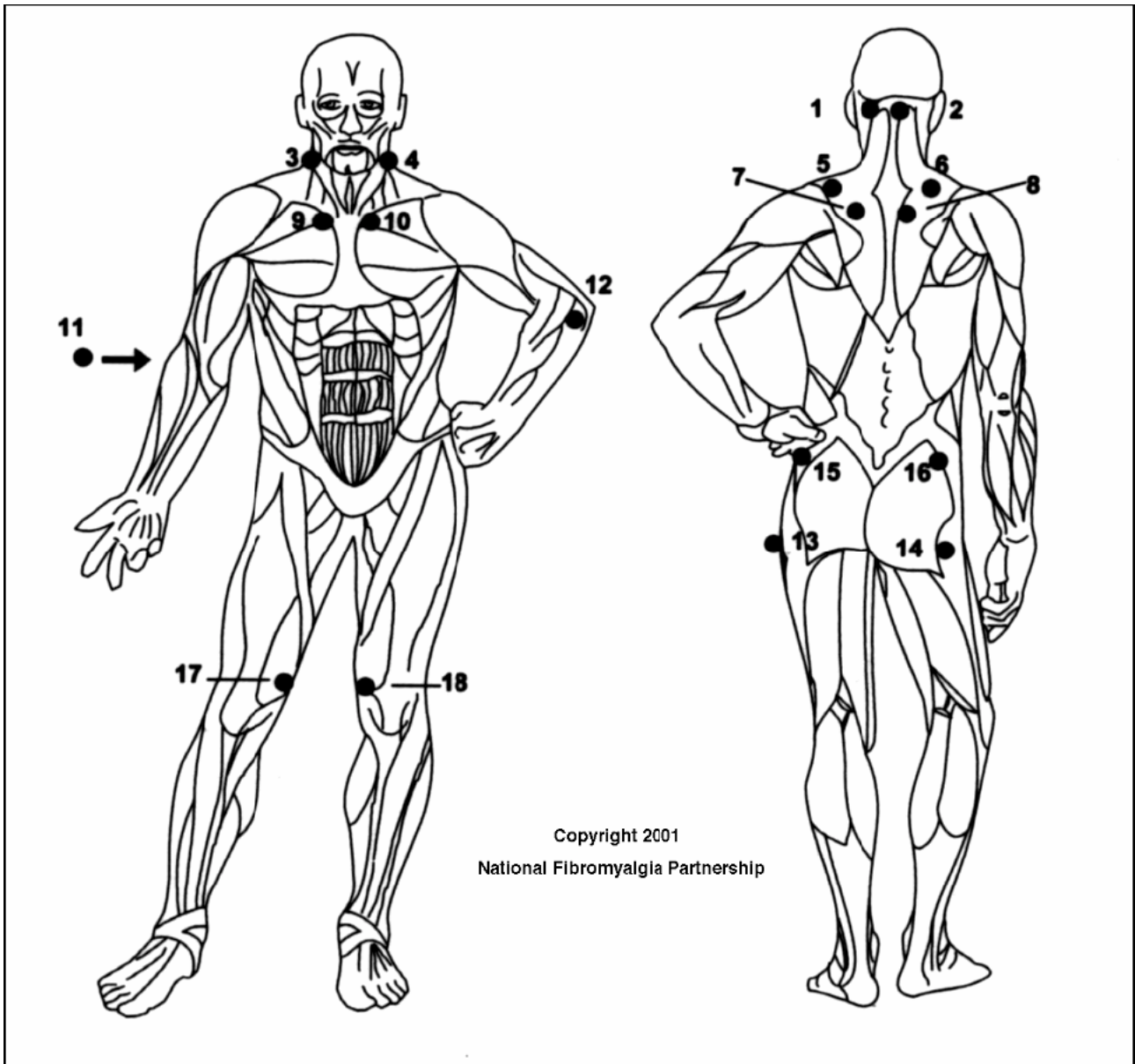
Si a mayor abundamiento, aceptamos, de acuerdo con el London Study que de los 100 casos confirmados de fibromialgia 86 eran mujeres de 49,2 años de edad de media, que presentaban dolores más agudos y mayor número de síntomas, de las cuales la mayoría tenía niveles educativos bajos, ingresos económicos familiares igualmente bajos, estaban divorciadas y severamente incapacitadas, podemos también aceptar que esta dolencia reúne las condiciones para ser clasificada como dolencia de género utilizando las categorías de Krieger (49) al analizar la corporización (embodiment) de las dolencias.

DIAGNOSTICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL (25).

Pese a que se ha admitido la existencia de la Fibromialgia desde hace ya muchos años, aunque bajo distintos nombres, ya hemos señalado que hasta finales del siglo pasado no ha habido ningún criterio oficial para proceder a su diagnóstico por ninguna institución médica solvente.

Hoy en día el diagnóstico es principalmente clínico y se basa en los criterios oficiales desarrollados por el American Collage of Rheumatology (ACR) en 1990 (92):

- 1- Dolor crónico, generalizado, musculoesquelético de más de 3 meses de evolución, de forma continua, en ambos lados del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura, y dolor en el esqueleto axial, raquis cervical o tórax anterior.
- 2- Ausencia de cualquier otra enfermedad que pudiera ser la causa del dolor subyacente (tal como la artritis reumatoide, el lupus, enfermedades tiroideas, etc.).
- 3- Múltiples puntos bilaterales hipersensibles al dolor en lugares característicos y simétricos del cuerpo (occipucio, cuello, trapecios, supraespinosos, costales, epicóndilos, glúteos, trocánteres y rodillas). Conforme a los requisitos de la ACR, para que un paciente se pueda considerar con fibromialgia, debe tener 11 de estos 18 puntos. Se debe aplicar una presión de aproximadamente 4 kilogramos, fuerza necesaria para palidecer la uña del dedo gordo, a un punto sensible y que la paciente se queje de dolor, para considerar que este es un punto hipersensible.



PUNTOS SENSIBLES ANATÓMICOS ESPECIFICAMENTE RELACIONADOS CON LA FM, TAL Y COMO LOS DEFINE THE AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY .

(1,2) Occipucio: bilateral, en los puntos de inserción de los músculos suboccipitales;

(3,4) Cervical inferior: bilateral, en los aspectos anteriores de los espacios intertransversales entre las vértebras C5-C7;

(5,6) Trapecios: bilateral, en el punto medio del borde superior;

(7,8) Supraespinosos: bilateral, en los puntos de origen, supraescapular cerca del borde medio;

(9,10) Segunda costilla: bilateral, en las segundas articulaciones costocondrales, un poco lateral a las articulaciones en las superficies superiores;

(11,12) Epicóndilo lateral: bilateral, 2 cm. distal a los epicóndilos;

(13,14) Glúteo: bilateral, en los cuadrantes superiores externos de las nalgas en el pliegue anterior del músculo;

(15,16) Trocánter Mayor: bilateral, posterior a la protuberancia trocantérica; y

(17,18) Rodilla: bilateral, en la almohadilla medial de grasa cerca de la línea de la articulación.

No hay datos relevantes de laboratorio ni de imagen: el recuento leucocitario y la fórmula son normales, así como la VSG; el factor reumatoide, la T4 libre y la TSH suelen ser normales; sólo en pacientes que presentan fenómeno de Raynaud se ha encontrado la presencia de anticuerpos antinucleares en un 10-20%, pero la investigación del antígeno de histocompatibilidad muestra una mayor frecuencia de HLA DR4 que la población general (15).

Al no existir en la actualidad ninguna prueba específica para el diagnóstico, las exploraciones complementarias de estos pacientes están encaminadas a descartar la posible existencia de otros cuadros clínicos con síntomas similares o estudiar la aparición de comorbilidades que influyan en los síntomas, puesto que la clínica de la fibromialgia se asemeja a otras muchas enfermedades, tanto reumatológicas como metabólicas y

sistémicas, por ello es necesario descartar estas antes de poder diagnosticar aquella. Entre las patologías cuya clínica es semejante a la FM están: Lupus Eritematoso Sistémico, Artritis Reumatoide, Artropatía Psoriásica, Espondilitis Anquilosante, Polimialgia Reumática, Polimiositis, Neuropatía Diabética, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Síndrome de Hiper movilidad Articular, Hiperparatiroidismo, Tendinitis, Síndrome de Agotamiento Crónico, Mieloma Múltiple, Hipoadrenalismo, Esclerosis Múltiple y Miastenia Gravis.

EXPLICACIONES PATOGÉNICAS.

En la actualidad no se conocen con absoluta certeza ni la etiología ni los mecanismos patogénicos de la Fibromialgia. No obstante, hay datos basados en la experiencia y en estudios bien diseñados que están suministrando informaciones muy orientativas acerca de la etiopatogenia de este síndrome.

Entre los familiares de los pacientes con FM se ha podido comprobar que existe una agregación familiar (3), pues el riesgo de padecer la enfermedad entre los familiares de pacientes con FM es 8,5 veces mayor que en otras poblaciones. En este sentido, hay indicios de que algunos fenotipos genéticos, como el gen regulador de la proteína transportadora de la serotonina, son más frecuentes en los enfermos con FM que en la población general. También se ha implicado recientemente al gen Catecol-O-Metiltransferasa situado en el cromosoma 22: el 44,3 de los enfermos estudiados eran portadores de una variante del gen, cuya función inactiva la dopamina y las catecolaminas, disminuída en estos portadores (35).

Más del 50% de los pacientes refieren algún suceso concreto al comienzo de los síntomas: una enfermedad viral suele ser la más frecuente, pero también se comunican traumatismos físicos (46), especialmente accidentes de tráfico, alteraciones emocionales, estrés laboral, intervenciones quirúrgicas y cambios en una medicación habitual como la supresión de esteroides. Entre las infecciones descritas como causa desencadenante, la infección vírica ocupa un lugar preponderante (55%), destacando principalmente el virus Epstein-Barr (14). El 23% de los fibromiálgicos pueden identificar un suceso traumático como desencadenante de su sintomatología.

Los trastornos del sueño pudieran ser un factor patogénico dado que la mayoría de los pacientes no lo tienen reparador y se levantan cansados: la fase 4 del sueño normal (NREM) está interrumpida por numerosos intervalos de ondas alfa (39).

Se han descrito la presencia de grandes concentraciones de citocinas, receptores solubles, péptidos proinflamatorios, reactantes de fase aguda y anticuerpos en algunos pacientes con fibromialgia, lo que apunta la posibilidad de un proceso inflamatorio o autoinmunitario.

En cuanto a los mecanismos patogénicos, se ha investigado en varios campos. Se han encontrado diversas alteraciones morfológicas y funcionales en biopsias de músculo y de tejidos blandos en estos pacientes, pero bastante inespecíficas. Hay algunos datos sobre la existencia de alteraciones del eje hipotálamohipofisoadrenal (HHA) aunque tampoco parecen consistentes.

La disfunción del sistema nervioso autónomo, que se manifiesta en alteraciones de la frecuencia cardíaca, es un hallazgo mucho más consistente y reproducible. Esta alteración podría explicar satisfactoriamente algunas de las manifestaciones clínicas más frecuentes de la fibromialgia como los trastornos del ritmo intestinal, la sudoración, la taquicardia, las alteraciones digestivas, etc.

Sin embargo, tanto las alteraciones del HHA como las del sistema nervioso autónomo se interpretan más como consecuencia de la FM que como su causa, y que la causa última que subyace en este síndrome es una alteración de los neuromoduladores del sistema nervioso central (13). Rusell (66, 67), en el Texas Health Science Center de la Universidad de Texas, encontró que los niveles de Sustancia P, un neurotransmisor cerebral

relacionado con la modulación cerebral del dolor, se encuentran marcadamente más altos en los pacientes con FM que en la población general. Este incremento de la sustancia P en el líquido cefalorraquídeo de los fibromiálgicos se ha visto confirmado por diversos estudios. Este péptido es responsable de facilitar la transmisión de los estímulos dolorosos facilitando la estimulación de las vías dolorosas por otros neurotransmisores.

También se ha podido demostrar que el neurotransmisor cerebral serotonina, que modifica la intensidad de las señales de dolor entrantes en el cerebro) se halla por debajo de los niveles normales en los pacientes con FM. Se cree también que otras neurohormonas producidas por las glándulas del hipotálamo y la hipófisis son también deficitarias. 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.

En último termino, los datos más recientes apuntan que en los pacientes con FM existe una alteración de los mecanismos de procesamiento del dolor, probablemente por el anteriormente citado desequilibrio en los neuromoduladores del SNC. En los estudios de dolor inducido experimentalmente se ha comprobado que estos pacientes tienen un umbral más bajo y se necesitan estímulos de menor intensidad para provocarles dolor (.

Estudios de neuroimagen (45), mediante técnicas de SPECT y PET, muestran una disminución del flujo sanguíneo cerebral en áreas frontales y dorsolaterales de ambos hemisferios, el tálamo, la cabeza del núcleo caudado, el tegmento pontino inferior, el cortex parietal superior y el gyrus rectalis. En la RMN cerebral funcional se ha observado un aumento del flujo sanguíneo cerebral en las áreas activadas por estímulos dolorosos pero

que la cantidad de estímulo necesaria para activar dichas áreas en los pacientes con FM es menor que en personas sanas.

En la actualidad la FM se ve cada vez más como una enfermedad que comparte mucho con otras enfermedades sistémicas, lo que Yunus (94, 95, 96) llamó el “Síndrome de Des-Regulación” (“Dysregulation Spectrum Síndrome” –DSS-). El DSS es un término genérico para un conjunto de patologías relacionadas que tienen en común ciertas características clínicas y un mecanismo biofisiológico parecido.

Además de la Fibromialgia, Yunus incluye en la familia de los DSS 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.

TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA. (7, 25, 26, 37, 38)

El abordaje terapéutico de un síndrome tan complejo como es la fibromialgia debe ser multidisciplinar no existiendo ningún tratamiento completamente eficaz para esta entidad nosológica. De momento, sólo se puede controlar la sintomatología asociada, con resultados no siempre satisfactorios. El manejo correcto, precisa combinar tratamiento farmacológico con una serie de medidas físicas complementarias y en muchas ocasiones el apoyo de tratamientos no convencionales como la acupuntura, que se está postulando como un recurso muy útil en muchos pacientes poco receptivos a otras terapéuticas convencionales.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (24).

Principios generales

El tratamiento farmacológico debe ser una parte del abordaje terapéutico total. El paciente debe ser consciente de que el tratamiento se instaura para implementar su capacidad en la actividad cotidiana y para mejorar la calidad de vida, aunque lo más probable es que sea de forma parcial. Debe obtenerse una implicación completa de los pacientes en el proceso terapéutico, explicando los beneficios que pueden obtener y los posibles efectos secundarios de la medicación. Se iniciará la prescripción con dosis bajas y se procurará la rotación de medicamentos para evitar en lo posible la tolerancia, especialmente en fármacos de acción central. Analizaremos los tratamientos para controlar el dolor, las alteraciones del sueño, el estado de ánimo y la fatiga.

Dolor (28, 60)

En el síntoma cardinal de la fibromialgia, podemos detectar componentes centrales y periféricos; los estímulos nociceptivos resultan amplificadas en el sistema nervioso central por un mecanismo de “sensibilización central” que convierte estímulos poco intensos en muy dolorosos. Por ello, el uso de AINES o paracetamol puede resultar eficaz en las fases iniciales de la enfermedad o para tratar fenómenos asociados como tendinitis, bursitis o artritis previos a la sensibilización central. En todo caso, los estudios como el de Wolfe (93) et al, demuestran que pese al uso generalizado del paracetamol en más del 75% de los pacientes, solo un 24,8% obtuvo beneficio moderado y menos del 2% un beneficio intenso; un tercio de los pacientes no obtuvo ningún beneficio. No existiendo evidencias de componente inflamatorio, el uso de AINES suele ser poco eficaz y siempre mejor asociado a antidepresivos tricíclicos (ADT)

FÁRMACOS DE ACCIÓN CENTRAL (22, 50)

El tramadol solo o asociado con paracetamol ha demostrado su eficacia en varios estudios clínicos (9, 10, 68). El tramadol es un opioide agonista μ débil que incrementa los niveles centrales de serotonina y noradrenalina, y que se suele emplear como primer escalón analgésico de acción central, reservando los opioides mayores para cuadros de dolor más severos, su tolerancia y eficacia le hace muy útil en los primeros estadios de la fibromialgia. Su uso debe comenzar por dosis bajas de 50mg día en forma de liberación sostenida e incrementarse progresivamente, según necesidad, para disminuir los efectos adversos como mareos o náuseas.

El uso de opioides (47, 55) en la fibromialgia, así como en otras patologías no malignas, no está del todo bien definido, aunque progresivamente, se va abriendo camino por los buenos resultados obtenidos. En todo caso, su empleo debe guiarse por la prudencia, seleccionando los candidatos al tratamiento y evitando en lo posible aquellos cuya personalidad pueda abocarlos a la adicción.

Se debe, igualmente, estudiar la eficacia, realizando re-evaluaciones periódicas de su utilización para evitar conductas de abuso (antecedentes de abuso de otras sustancias como benzodiazepinas o alcohol,...) contando con un equipo multidisciplinar que valore el coste eficacia resultante. Pese a los riesgos señalados, con un control adecuado, los pacientes pueden beneficiarse del uso de opioides a dosis pequeñas o moderadas con importante beneficio terapéutico durante largos periodos de tiempo. El fentanilo transdérmico o la morfina de liberación sostenida constituyen alternativas válidas, con un notable nivel de seguridad y escasos efectos secundarios a dosis bajas, lo que los sitúan en un segundo escalón muy eficaz del tratamiento.

El uso de antagonistas de los receptores NMDA como la metadona o la Ketamina no ha podido generalizarse por la poca eficacia y los cuantiosos efectos secundarios observados. Por el contrario, la amitriptilina, usada habitualmente como terapia inicial, se suele mostrar eficaz para potenciar la analgesia, mejorando también la calidad del sueño, el estado de ánimo y la sensación de fatiga (42).

COADYUVANTES

Otros fármacos, como los antagonistas de los receptores 5-HT₃ ondansetrón y tropisetron, que inhiben la liberación de sustancia P y, por tanto, el dolor, pueden ser de utilidad. También el 5-hidroxitriptofano ha demostrado su eficacia frente a placebo en ensayos aleatorizados.

Los antiepilépticos gabapentina, pregabalina (43) o topiramato (20) parecen reducir la severidad del dolor en algunos estudios, incluso la hormona del crecimiento mejoró la situación de aquellos pacientes con niveles disminuidos de la misma.

Sueño (76)

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, sobre todo asociados a los ADT, parecen mejorar globalmente los trastornos del comportamiento.

La L-Dopa / Carbidopa, el clonazepam o dosis bajas de opioides a la hora del descanso, se emplean para el más común de los trastornos del sueño que se producen en la fibromialgia, el síndrome de las piernas inquietas. Este síndrome, relativamente frecuente en estos pacientes afecta a la fase inicial del sueño pudiendo reducir su duración y profundidad. Se han empleado medicamentos como el pramipexol con resultados esperanzadores aunque su uso solo se justifica basado en resultados terapéuticos.

Además de las medidas farmacológicas, se deben seguir unos consejos básicos de higiene para el sueño como evitar las bebidas ricas en cafeína u otros estimulantes en las horas previas al sueño, así como la actividad física intensa, se debe reservar el

dormitorio para el sueño y la practica de sexo, evitándose su uso para ver televisión trabajar u otras practicas. Debe procurarse un ambiente confortable, templado, tranquilo, y con luz suave o penumbra, y, si es posible, la practica de medidas de relajación previas al sueño.

Los fármacos que mejoran el sueño empleados van desde las benzodiazepinas como el temazepam o clonacepam hasta antihistamínicos como la hidroxicina o antidepresivos como la amitriptilina. El uso de uno u otro dependerá del perfil del paciente y del nivel de sedación residual que se produzca con cada uno intentándose siempre evitar aquellos que generen un efecto resaca importante. La tizanidina (, usada como relajante muscular con efecto sedante puede ser de mucha utilidad en esta sintomatología, mejorando también el dolor, aunque debe vigilarse estrechamente la función hepática por el riesgo de secundarismos.

Alteraciones del ánimo

La ansiedad y la depresión suelen acompañar a la fibromialgia junto con otras distimias. Esta indicado el uso de ansiolíticos y antidepresivos, siendo las benzodiazepinas como el alprazolam y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como la fluoxetina (4) o no selectivos como la duloxetina (62) los más empleados, mejorando la ansiedad, la depresión y muchas veces el dolor (aunque más por la mejoría del ánimo que por una acción especifica demostrada sobre el dolor).

Fatiga

Es uno de los síntomas habituales de la fibromialgia, a menudo combatido con dosis altas de cafeína que genera un efecto rebote con cefalea, taquicardias y alteraciones del ritmo intestinal. La utilización de estimulantes como las anfetaminas o el metilfenidato se deben reservar a casos seleccionados y muy bien monitorizados para evitar efectos aditivos. El modafinil (70), fármaco empleado para la narcolepsia reúne el perfil de seguridad adecuado aunque su uso para esta patología aun no esta autorizado de forma rutinario resultando engorroso y costoso su uso.

DISAUTONOMIA (11,19)

Síntomas derivados de la alteración del sistema vegetativo, como la hipotensión ortostática, mareo, temblor o hipersudoración, se pueden manejar con medidas posturales y de educación aunque los betabloqueantes como el propranolol a dosis de 10-60 mg/dia son muy útiles.

Existe una amplia lista de fármacos útiles empleados, sobre todo si es necesario realizar rotación medicamentosa. Entre ellos, venlafaxina, ciclobenzaprina, zolpidem, la S-adenosil-metionina, el selenio, el litio, la toxina botulínica o la melatonina (21) con resultados dispares.

Los corticosteroides no han demostrado mayor eficacia en los ensayos clínicos que se han realizado hasta el momento, por lo que no se aconseja su empleo (8).

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO (12, 77)

Lo primero es explicar a los pacientes la naturaleza de su enfermedad y las dificultades para encontrar un tratamiento eficaz. Pueden ayudar en todo el proceso terapéutico, el ejercicio aeróbico, los programas educacionales, las maniobras para relajación como el yoga y la propia implicación del sujeto. El apoyo psicológico con estrategias cognitivo-comportamentales, el biofeedback, y la terapia física con ejercicios de estiramiento muscular, la acupuntura y la hidroterapia, parecen influir en la intensidad de los síntomas.

El tratamiento debe ser individualizado y adaptado al paciente según el dolor y la impotencia funcional del aparato muscular y siempre introducido de forma lenta y progresiva.

Paciente y médico, deben considerar la actividad y el ejercicio como parte esencial del tratamiento y, regular su dosis, según la eficacia y la tolerancia del paciente, como si de un medicamento se tratase. El inicio del ejercicio puede causar aumento de síntomas por lo que el paciente puede evitarlo dando lugar esta conducta de evitación a un círculo vicioso de inactividad e incapacidad progresiva.

Se debe basar en ejercicios aeróbicos de fortalecimiento y tonificación que mejoran el dolor mejor que otros de estiramiento exclusivamente. Se puede asociar crioterapia local, termoterapia mediante fototerapia, ultrasonidos o diatermia, masoterapia y TENS de baja frecuencia.

El tratamiento educativo y psicológico de apoyo mediante técnicas de modificación del comportamiento, relajación, bio-feedback y terapia cognitiva /87) constituye una herramienta muy útil para la mejoría de los pacientes a largo plazo.

ACUPUNTURA (6, 33, 51, 69, 72, 73)

Si bien la Medicina occidental sigue sin definir claramente la razón de su eficacia, estudios actuales demuestran una utilidad cierta de la acupuntura en la Fibromialgia (33). Para la medicina china es un síndrome doloroso o síndrome Bi debido a la obstrucción de los flujos básicos del ser humano la sangre y la energía vital o Qi.

En la filosofía china el universo esta dividido en opuestos íntimamente conectados, en constante transformación. Este es el ciclo del cosmos, de continuo movimiento (día y noche, yin y yang , arriba y abajo) el cual, también, se manifiesta en el ser humano, que tiene un flujo constante de Qi y sangre en su organismo. Esta sangre y Qi recorren unos canales por todo el organismo, son los meridianos principales y colaterales, la alteración de este flujo puede ocasionar patología.

El proceso diagnostico requiere un concienzudo estudio basado en una serie de cuatro pares opuestos de principios que nos indican si la patología es o no interna, es por exceso o defecto, es por frío o calor, depende del ying o yang. El estudio de la coloración y morfología de la lengua y de los pulsos radiales, determina el origen y localización del cuadro patológico y permite establecer la localización e intensidad de la manipulación que se ha de desarrollar con las agujas, moxas u otros aditamentos.

El tratamiento trata de conseguir el restablecimiento del flujo normal de Qi y sangre estancado o detenido por las diversas causas mencionadas y que se manifiesta por dolor, fatiga, depresión, insomnio o alteraciones de la inmunidad. La acupuntura es la herramienta clave del tratamiento de choque, aunque precisa el apoyo de la medicina herbal para consolidar los resultados a largo plazo.

El masaje Tui Na, que utiliza la manipulación local de los canales energéticos también se utiliza para mejorar los síntomas del dolor, así como los ejercicios de Qi Gong y Tai Chi que se han demostrado útiles en patologías crónicas incluida la fibromialgia (99).

Como el déficit de Qi debido al estancamiento es la clave de la etiología de la fibromialgia, el tratamiento pretende tonificar el Qi y movilizar el Qi y la sangre.

La tonificación del Qi se suele conseguir mediante moxa en puntos de tonificación como el IG4 o con hierbas como el ginseng (ren shen) o el astrágalo (huang Qi) y se puede movilizar con el Bupléurum, el cyperus o el corydalis y ligusticum.

Los puntos de acupuntura tienen una nomenclatura internacional definida por la OMS que hace referencia al nombre del meridiano y al número de orden del punto en el canal. Cada punto tiene un nombre chino que indica su utilidad. Los tratamientos consisten en la actuación simultánea sobre varios puntos, siendo la punción, habitualmente, bilateral. De entre los puntos más empleados, podemos señalar el IG4 o H3 (los cuatro valles), el 36E, 6B y 10B, 3R, 6PC, 17V, 18V 20V, 20DM, 34VB. Esta combinación permite restablecer el flujo de Qi estancado mejorando el dolor y la incapacidad funcional.

Para la fatiga el RM4, RM6, RM8 y el E36 que normalmente no se pinchan sino que se pueden mojar, es decir calentar de forma localizada mediante calor seco, con hojas de artemisa o con alguno de los nuevos sistemas de calentamiento que la pueden sustituir (infrarrojo, láser).

Además de los anteriores se pueden emplear otros muchos puntos incluyendo puntos locales dolorosos o Ashí. El tratamiento debe realizarse una o dos veces por semana durante un periodo de cuatro a diez semana. Cada sesión puede durar de quince a 40 minutos y se debe realizar con el paciente en reposo, evitándose las horas después de la comida o un ejercicio intenso.

Son varios los trabajos prospectivos (34, 56) parcialmente enmascarados, dada la dificultad para el enmascaramiento total de la acupuntura, randomizados y controlados que han dado como resultado la mejoría de los síntomas de la FM no solo del dolor sino de la fatiga, ansiedad de forma significativa.

CONCLUSIONES RESPECTO AL TRATAMIENTO.

- El tratamiento debe poseer un enfoque multidisciplinar.
- Es necesaria una implicación personal del paciente y muchas veces de su entorno
- Suele precisar una instauración progresiva con necesidad de control y recambio periódico de tratamientos
- La terapia farmacológica con analgésicos y coadyuvantes mejorará el dolor, el estado de ánimo y los trastornos del sueño, todos ellos factores de vital importancia en esta entidad.

- El tratamiento no farmacológico con programas de ejercicios aeróbicos y estiramiento y relajación junto a la terapia psicológica, ayudarán a disminuir la intensidad de los síntomas.
- El uso de la acupuntura puede resultar muy eficaz, solo o como complemento a la terapia occidental, con alivios prolongados, aunque precisa un tratamiento continuado durante varias semanas.

LA FIBROMIALGIA Y LA INCAPACIDAD LABORAL

La evaluación de la incapacidad funcional derivada de la FM está sujeta a polémica siendo uno más, y no el menor, de los padecimientos de las afectadas. No pocas de ellas han recorrido un camino lleno de obstáculos hasta ver reconocida una incapacidad, más complicado y difícil del que tuvieron que recorrer para ser diagnosticadas de FM.

El comienzo, una baja que certifica su incapacidad laboral transitoria, después un reconocimiento por un Equipo de Valoración de Incapacidades que tal vez pueda aceptar la existencia de fibromialgia, pero que más bien, de forma casi sistemática, niega la incapacidad, como lo suele, también, hacer la Autoridad de la Seguridad Social que firma y confirma la resolución denegatoria y ante la cual es obligado recurrir (Reclamación Previa) antes de solicitar justicia en los Juzgados de lo Social.

Aquí comienza la segunda etapa del camino, en la más fundada esperanza de conseguir una declaración de incapacidad, para la que los informes médicos y sobre todo el testimonio de peritos especialistas, puedan convencer a un Juez, lego en la materia, de la existencia de una enfermedad incapacitante y, en su caso, irreversible.

Las dificultades declarativas.

No pocos estudios demuestran el potencial incapacitante de la FM, que afecta a las actividades laboral pero también a la vida cotidiana; el problema es, de nuevo, la gran dificultad para evaluar tanto el proceso en si mismo, como ya hemos comentado, cuanto la incapacidad funcional producida. Una y otra radicando en la inexistencia de pruebas

complementarias analíticas, radiológicas o biológicas que objetivasen la realidad sintomática.

A la hora de valorar la incapacidad laboral, supuesta la aceptación del cuadro clínico y su calificación diagnóstica, solo cuestionarios que valoran la calidad de vida están a nuestra disposición, que con excepción del Fibromialgia Impact Questionnaire (FIQ), de la que existe una versión española validada (61, 64), se aplican a todas las enfermedades músculo esqueléticas o a la calidad de vida de las enfermedades crónicas de forma genérica, por lo que son débiles ante los responsables de las declaraciones de invalidez.

El FIQ es un cuestionario específico, único validado para pacientes de FM, que tiene como ventajas su brevedad y sensibilidad a cambios en la gravedad de la enfermedad pero no existe ningún cuestionario que permita hacer una clasificación de los pacientes según el grado de la afección, de acuerdo con el Documento de consenso de la SER (65).

De forma sistemática la declaración de incapacidad es negada por los Equipos Médicos de Valoración de las Incapacidades, de forma cada vez más frecuente su opinión negativa es corregida por los Tribunales de lo Social tanto en primera como en segunda instancia.

No podemos negar que este camino no tenga alguna explicación. Varias razones deben ser recogidas al respecto, que no son diferentes a las que ya hemos comentado sobre la esencia de la enfermedad, entre otras las siguientes.

Primero: Incluso para muchos especialistas (Reumatólogos, Anestesiólogos...) estamos en presencia de un síndrome controvertido sino inexistente como tal.

Segundo: Los síntomas del mismo son múltiples molestias comunes a la población general.

Tercero: La subjetividad del dolor puede fingirse, inclusive más si con ello se busca una invalidez.

Cuarto: No conocemos fehacientemente ni sus causas ni sus mecanismos de acción.

Quinto: No existen alteraciones bioquímicas, ni serológicas, específicas y está definida por consenso con criterios diagnósticos subjetivos.

Sexto: Tampoco disponemos de instrumentos validados para cuantificar la incapacidad o las que existen no tienen un apoyo general.

Todo lo cual lleva a los Órganos evaluadores a no contar con garantías suficientes para emitir un dictamen favorable, exigiendo elementos más objetivos de los que no disponen.

La repetición de expresiones como “reconocimiento del diagnóstico, pero a consecuencia de que no hay hallazgos objetivos, no puede ser una condición incapacitante”, parece una consigna sugerida de lo alto de la Institución médico-legal.

El carácter oficial de los Equipos de Evaluación, que tienen presunción de neutralidad, puede ser aceptado por los Tribunales ante los que se presentan las demandas, pero sin un criterio uniforme y menos unánime, ejemplo de lo cual los dos pronunciamientos que recogemos a continuación que reputamos paradigmáticos.

Sentencias denegatorias.

Las razones que llevan a actitudes y comportamientos denegatorios, que hemos comentado de algún modo anteriormente, son los siguientes:

Presentamos como ejemplo número uno de las sentencias denegatorias, el pronunciamiento del Tribunal Superior de Justicia de Asturias de 31 enero de 2003. En este caso señala la Sala que:

“...es cierto que la fibromialgia es una enfermedad que puede ocasionar incapacidad. También lo es que no resulta fácil su valoración médica y la determinación de su repercusión funcional, de ahí que por lo general, ante la duda, los informes de los especialistas médicos sean o confusos o inespecíficos, resultando difícil al jurista su ponderación a los efectos que aquí interesan, es decir, para determinar si existe o no una incapacidad funcional para el desempeño de la actividad habitual o para todo tipo de actividad.

Al tratarse de una enfermedad de etiología no filiada y cuyo diagnóstico se ha de establecer por las manifestaciones clínicas, es muy importante atender en cada caso concreto a la valoración que se ha realizado, que tiene en cuenta, porque esa es la función de los especialistas médicos, la situación físico- psíquica de la paciente, su evolución y su credibilidad. Es esa valoración la que lleva al Magistrado de instancia a formar su convicción (y rechazar la invalidez) y, sin descartar errores, la Sala aprecia que en el presente caso es acertada, porque no puede variarse su criterio, en un recurso extraordinario, con la aportación de amplia e interesante bibliografía científica ni con las soluciones que otros Órganos Jurisdiccionales hayan dado a supuestos semejantes”.

De forma similar, la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Murcia de 7 julio de 2003 argumenta que:

“...la fibromialgia que padece, no obstante su necesidad de tratamiento por la unidad del dolor, es enfermedad benigna, que no condiciona destrucción esquelética, ni deformidades, ni invalidez, aconsejándose, evitar aislamiento, ejercicio físico, tratamiento farmacológico, y efectuar vida socio-laboral normal, conforme se evidencia por el informe del EVI, de 11-02-2003, emitido por acuerdo en diligencia para mejor proveer”.

Sentencias positivas.

Cada vez con mayor frecuencia los Tribunales aceptan la patología que acompaña a la fibromialgia como fundamento de la invalidez. Los factores que contribuyen a la repercusión laboral son la percepción del dolor y el malestar por los afectados, así como la pérdida de capacidades funcionales, por ello cuando en el proceso estos elementos están suficientemente acreditados los Tribunales suelen declarar la invalidez. Al respecto glosamos alguna de las sentencias que a nuestro juicio son diáfanas y orientativas, por cuanto valoran la sola existencia de la fibromialgia como fundamento del pronunciamiento, que en otras sentencias ocupa un lugar complementario pero no central.

Así, la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (Sala de lo Social, Sección 2ª), de 27 diciembre de 2002, en el caso clínico de una trabajadora que padece fibromialgia severa con afectación lumbosacra, lo que le produce dolores generalizados, astenia intensa y sintomatología depresiva; como factores exacerbantes están la actividad o el reposo continuados, indica el Tribunal que este cuadro médico, “... es determinante de una incapacidad permanente total para una profesión habitual de limpiadora, en la que se exigen unos requerimientos físicos incompatibles con su patología fibromiálgica...”

Los argumentos utilizados por el Juzgado de lo Social de Extremadura en Marzo de 2003, al reconocer la incapacidad de un trabajador que padece fibromialgia, síndrome de dolor crónico osteomuscular en relación con estado depresivo, sin que se objetiven limitaciones orgánicas y funcionales, son similares.

El Juzgado señala que "... La Fibromialgia es una enfermedad de tan reciente descripción que hasta fecha reciente se la denominaba incluso como "la enfermedad sin nombre". "La fibromialgia es 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. Se trata de una enfermedad clasificada actualmente como reumatológica y reconocida como tal por la Organización Mundial de la Salud en el año 1989... Se ha analizado anteriormente como el principal síntoma de la fibromialgia es el dolor músculo esquelético difuso crónico, sin que el enfermo que la padece muestre evidencia alguna de patología orgánica, esto es no existen pruebas médicas objetivas -a salvo los sensibles al dolor de localización característica- para su concreto diagnóstico. Así mismo, se acaba de exponer como resulta preciso, a efectos del reconocimiento de una incapacidad permanente, que las reducciones anatómicas o funcionales sean objetivables (susceptibles de determinación objetiva), es decir, que se puedan constatar médicamente de forma indudable, no basándose en la mera manifestación subjetiva del interesado. Resulta, por tanto, comprensible la enorme dificultad que va a suponer obtener el reconocimiento de cualquier grado de invalidez para estos enfermos en cuyo diagnóstico y sintomatología es esencial y determinante el dolor, pues, éste no es sino una sensación de padecimiento físico o sentimiento anímico de sufrimiento" (La fibromialgia: ¿enfermedad incapacitante? Principales problemas médicos y jurídicos laborales de esta enfermedad y su tratamiento por la Jurisdicción Social. Artículo

publicado en la Revista Social núm. 79, noviembre 2002. Maria Pilar O. L. Abogada). De lo que ha podido conocer el Juzgador, no todas las afirmaciones médicas expresadas en la anterior cita son exactas o se hallan científicamente confirmadas. De una parte porque su causa resulta aún desconocida sosteniéndose por unos que se trata de una enfermedad reumatológica, por otros de una enfermedad neurológica relacionada con la disminución de la serotonina y finalmente para otros se trata de una enfermedad de etiología psicológica y caracterizada por una disminución del umbral del dolor. Tampoco está de acuerdo la literatura médica en si la fibromialgia es o no compatible con el hallazgo de resultados reumatológicos constatados objetivamente, normalmente padecimientos artrósicos. En cualquiera de los casos y en el momento actual de la ciencia médica, la definición de la enfermedad es meramente sintomática (dolor difuso músculo esquelético crónico y síndrome depresivo) y se la considera como enfermedad incapacitante en los casos más graves.

Sí compartimos con la autora de la cita, la enorme dificultad del reconocimiento de Incapacidades Permanentes con fundamento en los padecimientos fibromiálgicos, dado que la tradición doctrinal ha venido exigiendo una valoración objetiva de las secuelas descartando aquellas que no pudieren ser constatadas. Así el dolor sin causa objetiva constatable, ha venido siendo excluido para la calificación de las situaciones determinantes de Incapacidad. Esta situación ha comenzado a ser ya matizada por determinada doctrina menor y está sin duda llamada a desaparecer como consecuencia, entre otras razones, del valor revolucionario que la fibromialgia, que ya padece un 3% de la población, ha de desempeñar en el ámbito de la doctrina jurisprudencial así como por la invención de nuevas tecnologías que permitirán, ya permiten aunque no estén implantadas, tal medición.

La regla de la interpretación restrictiva de la declaración de Incapacidades, que habitualmente choca frontalmente contra las humanas expectativas de los pacientes y los intereses a corto plazo de los mismos y contra los intereses a cualquier plazo de las Empresas en su deseo de no asumir los déficits de productividad y absentismo laboral, ha de ser especialmente ratificada ante esta suerte de padecimientos en los que además la simulación es perfectamente posible. Por razones jurídicas, ya que la declaración de Incapacidad limita el patrimonio jurídico de la persona al limitar o incluso negar el derecho constitucional al trabajo, lo que determina una estricta comprobación de la razón determinadora de tales restricciones personales. Pero también por razones económicas, ante los bajísimos niveles prestacionales de nuestro Régimen de Seguridad Social y la permanente crisis del Sistema de pensiones.

Todo ello no ha de ser óbice al reconocimiento en el caso que nos ocupa de la situación Incapacitante en el grado que solicita. Por varias razones, la primera de ellas que, aunque el Médico evaluador, que reconoce desconocer la patología, pone un signo de interrogación tras «fibromialgia», expresa que se halla «diagnosticado de fibromialgia» y que «de ser cierta la patología descrita por el paciente, su grado de limitación sería muy importante». A ello es preciso añadir el largo tiempo de evolución del problema álgico que se señala en el Informe Propuesta y el nivel de sinceridad que se aprecia por el Juzgador en el demandante, comparecido personalmente a juicio...”

También la Sala de lo social del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Autónoma del País Vasco en Mayo de 2006, declara la incapacidad permanente total de una persona aquejada de fibromialgia, argumentando que “...esta dolencia provoca dolores músculo esqueléticos generalizados a la trabajadora, con astenia que se traduce en poca tolerancia al ejercicio físico, y pérdida de fuerza, lo cual entendemos supone un impedimento en el

desenvolvimiento de su actividad -laboral que le-hace tributaria de este grado de incapacidad permanente...”

El Juzgado de lo Social número 23 de Madrid, por su parte, en Marzo de 2006 declara la incapacidad permanente absoluta, de una paciente en la que “desde el punto de vista de la exploración física destaca la persistencia de puntos dolorosos de fibromialgia positivos, desde el 30 de mayo de 2.005 diagnosticándose la existencia de una fibromialgia” apreciando que “su estado físico se ha menoscabado de manera importante en los últimos años. al desencadenarse un proceso fibromiálgico con dolores generalizados y asociado al mismo. de manera reactiva como suele ser habitual, sobrevinir un cuadro ansioso depresivo, generando el conjunto de todo ello una intensa astenia y cansancio que .limita a la demandante para realizar actividades diarias y un mal descanso nocturno, con mala evolución, padeciendo la demandante de dolor muscular permanente de carácter inespecífico- por no objetivarse ni justificarse mediante la exploración su causa ni tampoco con los medios técnicos de diagnóstico dicha patología neuromuscular orgánica definida como fibromialgia- que no cede con la administración de relajantes o de antiinflamatorios...”

Del mismo modo el Juzgado de lo Social número 4 de Valencia en julio de 2005 declaró la invalidez permanente total de una trabajadora sustentando jurídicamente su declaración, entre otros, en un fundamento cuarto que literalmente recoge todos y cada uno de los síntomas de la afección tal cual pudieran leerse en un tratado de patología médica, señalando además que “ la fibromialgia está reconocida por la Organización Mundial de la Salud como severa e incapacitante” y que a pesar de que “ la causa de la fibromialgia se desconoce, ella misma junto con la depresión crónica y el resto de patologías

degenerativas que lo acompañan pueden determinar por sí solo la calificación de invalidez absoluta”

Como último ejemplo resaltamos que en el Juzgado de lo Social de Ciudad Real en Junio de 2005 se reconoció como única causa de invalidez permanente absoluta la fibromialgia generalizada crónica que se acompaña de dolores regionales y fatiga crónica sin más añadidos, por cuanto una paciente presentaba “puntos fibrosíticos con dolor ante escasa presión”, declarando que “...tales patologías suponen en la actualidad, sin perjuicio de su futura evaluación, un impedimento muy importante para la realización de cualquier actividad laboral...”

Recomendaciones médico legales.

Aun cuando la repercusión del dolor en la calidad de vida de los pacientes de FM es un hecho incontrovertible, no es algo que afecte a todas las afectadas ni a todas por igual; no todas las afectadas ven limitada su capacidad laboral, ni sus limitaciones (25-50% de los casos) son necesariamente progresivas e irrecuperables, por ello la prudencia y el rigor en la valoración pueden ser aceptables, pero no parece excesivo plantear la conveniencia de una mayor flexibilidad para su aceptación como invalidante en los EVI, la unificación de los criterios jurisdiccionales desde las primeras instancias, así como la eliminación de los juicios de valor sobre la tolerancia al dolor como criterios de valoración.

A MODO DE CONCLUSIÓN.

Reivindicaciones abiertas.

No son sino las que han hecho y hacen las Asociaciones de Afectados: HACER VISIBLE LO INVISIBLE.

Consecuentemente con lo anteriormente dicho y con todo lo expuesto en este trabajo, consideramos oportuno insistir en los siguientes puntos.

Si la Fibromialgia es un síndrome calificado de “invisible” por no disponer de un marcador biológico capaz de detectar y cuantificar sus síntomas, deberíamos hacer lo mismo que cuando un enfermo ingresa en un hospital con fiebre alta y se desconoce el motivo, al que se etiqueta como “fiebre de origen desconocido”. Es una expresión más prudente y justa, tanto desde el punto de vista del que diagnostica, como para el paciente.

Atendiendo a los datos epidemiológicos estamos ante un problema de salud pública que requiere atención preferente: las cifras de afectados, entre el 3 y el 5% de la población, lo justifican. Si, además, el problema afecta a un 90% a las mujeres, estamos ante una enfermedad de género y requiere de un abordaje específico, del que las siguientes pueden ser líneas maestras :

-Difundir el conocimiento del problema entre el personal sanitario relacionado con el tratamiento del Síndrome: médicos en atención primaria, médicos especialistas, personal de enfermería, fisioterapeutas, así como cualquier otro personal dedicado a aliviar estas dolencias.

-Organizar campañas de información y sensibilización social.

-Organizar campañas de información en las Empresas, para que comprenda las características de la dolencia y su repercusión en las personas que lo sufren.

-Promover la aplicación y reforma de la legislación vigente, si fuera necesario, con el fin de adecuar los puestos de trabajo a las necesidades del paciente y permitir su integración laboral y social.

-Sensibilizar a las autoridades de la Seguridad Social, para que no exista la necesidad de llegar a los Tribunales de Justicia, en el reconocimiento de los niveles de incapacidad laboral existentes.

-Teniendo en cuenta algunas de las posibles etiologías que la ciencia médica baraja en la actualidad, es igualmente necesario que la Fibromialgia sea reconocida como enfermedad profesional.

-Potenciar el papel de la enfermería especializada en el seguimiento del enfermo.

-Diferenciar específicamente los fondos económicos destinados a realizar proyectos de investigación relacionados con este síndrome, tanto en su vertiente biológica como en sus repercusiones sociales, jurídicas, laborales, económicas, asistenciales y familiares.

-Incorporar al Sistema Sanitario Público la cobertura de todos aquellos tratamientos que muestren un nivel de evidencia suficiente (la acupuntura entre ellos), y mientras no se esté en disposición de hacerlo, reembolsar los gastos que generen a los pacientes.

-Promocionar y desarrollar las técnicas para el diagnóstico precoz y la divulgación de los hábitos de prevención, creando, mediante la participación de expertos de reconocido prestigio, los documentos de consenso necesarios.

-Incorporar a los estudios y formación de los profesionales la adquisición de los conocimientos y las habilidades necesarias para poder afrontar la múltiple problemática que encierra la Fibromialgia.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Anónimo. Fibromyalgia: the Copenhagen declaration. *Lancet* 1992; 340:663-4.
2. Arenas Cabrera C, Bautista Lorite J. "Estudios neuromusculares en la fibromialgia". *Rev Esp Reumatol* 2000; 27:430-437.
3. Arnold LM, Hudson J, et col. "Family study fibromialgia syndrome". *Semin Arthritis Rheum* 2004; 50: 944-952.
4. Arnold LM, Hess EV, Hudson JI, et al.: Randomized, placebo controlled, double-blind, flexible-dose study of fluoxetine in the treatment of women with fibromyalgia. *Am J Med* 2002, 112:191-197.
5. Becker PM, ando W, Sharon D: Encouraging initial response of restless legs syndrome to pramipexole. *Neurology* 1998, 51:1221-1223.
6. Berman BM, Ezzo J, Hadhazy V, Swyers JP. Is acupuncture effective in the treatment of fibromialgia? *J Fam Pract* 1999; 48: 213-8
7. Bennet R: The rational management of fibromialgia patients. *Rheum Dis Clin North Am* 2002; 28: 181-199
8. Bennett RM, Clark SC, Walczyk JA: Randomized, double-blind, placebo-controlled study of growth hormone in the treatment of fibromyalgia. *Am J Med* 1998, 104:227-231.
9. Bennett RM, Kamin M, Karin R, Rosenthal N: Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibromyalgia pain. *Am J Med* 2003,114:537-545
10. Biasi G, Manca S, Manganelli S, Marcolongo R: Tramadol in the fibromyalgia syndrome: a controlled clinical trial versus placebo. *Int J Clin Pharmacol Res* 1998, 18:13-19
11. Blanco LE, De Serres FJ, et col. "Alpha-1-antitrypsin and fibromyalgia: new data in favour of the inflammatory hipótesis of fibromyalgia". *Med Hypotheses* 2005; 64:759-769.
12. Blehm R. Physical Therapy and Other non pharmacologic Approaches to Fibromyalgia Management. *Curr Pain Headache Rep* 2006; 10: 333-338
13. Bradley L. "FM: central factors in its etiopathogenesis". *Fibromyalgia frontiers*. 1995: Vol 3:4.
14. Buchwald D, Goldenber DL: "The cronic active Epstein-Barr virus infection syndrome and primary fibromialgia". *Arthritis Rheum* 1987; 30:1132-1136.
15. Burda CD, Cox FR, et col. "Histocompatibility antigens in fibromialgia syndrome". *Clin Exp Rheumatol* 1986; 4:355-357.

16. Buskila D, Press J, et col. "Assessment of nonarticular tenderness and prevalence of Fibromyalgia in children". *J Rheumatol* 1993; 20:368-370.
17. Calabozo M, Llamazares AI, et col. "Síndrome de Fibromialgia (Fibrositis): tan frecuente como desconocido". *Med Clin* 1990; 94(5):173-175.
- 17 B. Campbell SM, Clark S, et col. "Clinical characteristics of fibrositis. A blinding controlled study of symptoms and tender points". *Arthritis Rheum* 1983; 26:817-824.
18. Carmona L, Ballina FJ, 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;60:1040-5.
19. Caruso I, Sarzi Puttini P, Cazzola M, Azzolini V: Double-blind study of 5-hydroxytryptophan versus placebo in the treatment of primary fibromyalgia syndrome. *J Int Med Res* 1990, 18:201-209.
20. Cevallos J, Somovilla M, Rodríguez C, García Llano JL. Topiramato: una alternativa para pacientes con dolor neuropático de baja respuesta a los opioides y otros anticonvulsivantes. *Rev Soc Esp Dolor* 2005; 12: 93-97
21. Citera C, Arias MA, Maldonado Cocco JA et al. .The effect of melatonin in patients with fibromyalgia: a pilot study. *Clin Rheumatol* 2000; 19: 9-13
22. Clauw D. "New insights into Fibromyalgia: Update on the physiology and management of fibromyalgia Syndrome". *Fibromyalgia frontiers*, 1994; Vol. 2; 4
23. Chamizo E. "¿Existe asociación entre la fibromialgia y el aumento de la comorbilidad: enfermedad neoplásica, cardiovascular e infecciones y de la mortalidad?". *Reumatol Clin* 2005; 1:200-210.
24. Cohen SP, Mullings R, Abdi S. The pharmacologic treatment of muscle pain. *Anesthesiology* 2004; 101:495-526.
25. Collado A, Alijotas JB, Benito P, Alegre C, Romera M, Sañudo I, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña. *Med Clin (Barc)* 2002; 118:745-9.
26. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Fibromialgia. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2003
27. Coward DM: Tizanidine: neuropharmacology and mechanisms of action. *Neurology* 1994, 44: S6-S10.
28. Crofford LJ. "The relationship of fibromyalgia to neuropathic pain syndromes". *J Rheumatol Suppl.* 2005; 75:41-45.
29. Crofford LJ, Demitrack MA. "Evidence that abnormalities of central neurohormonal systems are key to understanding fibromyalgia and chronic fatigue syndrome". *Rheum Dis Clin North Am* 1996; 22:267-284

30. Croft P et col. "Population study of tender points counts and pain as evidence of Fibromyalgia". BMJ 1994; 309:696-699.
31. Dinerman H, Goldenberg DL, et col. "A prospective evaluation of 118 patients with fibromialgia". J Rheumatol 1986; 13:368-373.
32. Ehrlich G. Pain is real. Fibromyalgia isn't. J Rheumatol 2003;30:666-7.
33. Ezzo J, Berman B, Hadhazy VA, Jadad AR, Lao L, Singh BB. Is acupuncture effective for the treatment of chronic pain? Pain 2000; 86: 217-225
34. Ferrandiz M, Villar-Landeira JM: Acupuntura en la clínica del dolor. En : Aliaga L, Baños E y Barutell C. Tratamiento del dolor: Teoría y practica Permanyer Ed Barcelona 2002; p574-580
35. Garcia F. Implicación del gen Catecol-O-Metiltransferasa en la fibromialgia. Jano on line. Doyma. Noticia de 26/01/2005. En espera de publicación en Science.
36. García MA, López-Tofiño A. Fibromialgia y síndrome de dolor miofascial. En Ruiz-Castro M, ed.: Manual práctico de dolor. PBM. Madrid 2003; 176-85.
37. Geenen R, Jacobs JWG. Fibromyalgia: diagnosis, pathogenesis, and treatment. Curr Op Anesthesiol 2001; 14:533-539
38. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Nou model d'atenció a la fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crònica. Catalunya, 2006. Edita: Direcció General de Planificació i Avaluació. Primera edició: Barcelona, abril de 2006.
39. Gilliland B.C. Fibromialgia. Harrison. Principios de Medicina Interna. Edición 16. Pag. 2259 y ss. Interamericana. México. 2006
40. Goldenberg D.L. Fibromyalgia: To Diagnose or Not. Is That Still the Question? J Rheumatol Vol. 31: Nº. 4 April. 2004
41. Goldenberg D, Burckhardt C, Crofford L: Management of fibromyalgia syndrome. JAMA 2004; 292: 2388-2395.
42. Goldenberg DL, Felson DT, Dinerman HA: Randomized, controlled trial of amitriptyline and naproxen in the treatment of patients with fibromyalgia. Arthritis Rheum 1986;29:1371-1377.
43. Gonzalez Escalada JR. Pregabalina en el tratamiento del dolor neuropático periférico. Rev Soc Esp Dolor 2005; 12: 169-180
44. Gordon DA. Fibromyalgia. Real or imagined? J Rheumatol 2003;30:1665.
45. Gracely RH, Petzke F, et col. "Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgia". Rheum Dis Clin North Am 2002; 46:1333-1343

46. Greenfield S, Fitzcharles MA. "Reactive fibromialgia syndrome". *Arthritis Rheum* 1992; Jun; 35(6):678-681
47. Hernández J, Ayuso M. Opiáceos. En Ruiz-Castro M, ed.: *Manual práctico de dolor*. PBM. Madrid 2003; 176-85
48. Holmes G, Kaplan JE et col. "Chronic fatigue Syndrome: a working case definition". *Ann Int Med* 1988; 108:387-388.
49. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology* 2001;30:668-677
50. Kranzler JD, gendreu JF, et col. "The psychopharmacology of fibromyalgia: a drug development perspective". *Psychopharmacol Bull* 2002; 36:165-213.
51. Lafuente Tierra JA, Martín González V, Méndez Montesinos JR, Sibony Gabay L, Vázquez González J, Xu Qizhi. Eds: *Fibromialgia. Su tratamiento en reumatología y acupuntura*. Dilema. Madrid 2005;175-197
52. León Iglesias FJ. *Búsqueda de nuevos criterios de valoración del menoscabo funcional en la Fibromialgia*. Universidad del País Vasco. 2005.
53. Leza JC. Fibromialgia: a challenge for neurosciencie. *REv Neurol*. 2003. Jun 16-30;36(12): 1165-75
54. Lorenzen I. "Fibromyalgia: a clinical challenge.". *J Intern Med*. 1994; 235:199-203.
55. Marco J, Vidal A. Opioides. En: Vidal-Marcos A. *Fármacos en el Tratamiento del Dolor*. Madrid, Janssen-Cilag, 2000;23-42.
56. Martin D.P., Sletten C.D. Williams B.A and Berger I.H. IMporvement in fibromialgia symptoms with acupuncture: result of a radjndomized controlled trial. *Mayo Clin Proc*. 2006. Jun;81(6):749 y ss.
57. Martinez E, Gonzalez O, et col. "Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicologicos, psiquiátricos y terapéuticos". *Salud Globla*. 2005; 2-7.
58. Martinez Lavin M, Hermosillo AG. "Autonomic nervous system disfunction may explain the multisystemic features of fibromyalgia". *Semin Arthritis Rheum* 2000; 29:197-199.
59. Mera VA, Insúa VS. "Fibromialgia. Otros reumatismos asociados a transtornos psicógenos". En SJL Andreu, GP Barceló, et col. *Manual de Enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología*. Ed. Doyma. 1996. 757-764.
60. Molloy RE. Fibromyalgia. En Benzon HT, Raja SN, Molloy RE, Liu SS, Fishman SM, eds.: *Essentials of pain medicine and regional anesthesia*. Elsevier. Philadelphia 2005; 371-75.
61. Monterde S, Salvat I, Montull S, Fernández Ballart J. Validación de la versión española del Fibromialgia Impact Questionnaire. *ReV. Esp. Reumatol* 2004;31(9):507-513

62. Perez-Cajaraville J, Gil-Aldea I. Nuevas perspectivas en el tratamiento del dolor neuropático: duloxetina. *Rev Soc Esp Dolor* 2006; 6: 421-427
63. Price DD, Staud R. "Neurobiology of fibromyalgia syndrome". *J Rheumatol Suppl* 2005; 75:22-28.
- 63 B. Råheim M., Håland W. Lived Experience of Chronic Pain and Fibromyalgia: Women's Stories From Daily Life. *Qualitative health research*, Vol. 16 No. 6, July 2006 741-761
64. Rivera J, Gonzalez T. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: a validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol*. 2004 Sep-Oct;22(5):554-60
65. Rivera J, Alegre C, Ballina FJ, Carbonell J, Carmona L, Castel B, Collado A, Esteve JJ, Martínez FG, Tornero J, Vallejo MA, Vidal J. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica. Volumen 2 - Número Extra.1 p. 55 - 66* Marzo 2006.
66. Russell IJ. "The promise of substance P inhibitors in fibromyalgia". *Rheum Dis Clin North Am* 2002; 28:329-342.
67. Russell IJ. "Elevated cerebrospinal fluid levels of substance P in patients with the fibromyalgia syndrome". *Arthritis Reum* 1994; 37(11):1593-1601.
68. Russell I, Kamin M, Bennet RM, et al.: Efficacy of tramadol in the treatment of pain in fibromyalgia. *J Clin Rheumatol* 2000, 6:250-257.
69. Sing B.B., Wu W.S and others. Effectiveness of acupuncture in the treatment of fibromyalgia. *Altern Ther Health Med*. 2006 Mar-Apr;12(2):34 y ss
70. Smythe HA, Fibromyalgia Among Friends. *J Rheumatol*. Vol. 31: N°. 4 April. 2004
71. Smythe HA. "Non-Articular rheumatism and psychogenic musculoskeletal syndromes" En DJ McCarty. *Arthritis and allied conditions: Textbook of Rheumatology*. Philadelphia, Lea and Febiger 1989: 1241-1245.
72. Taggart HM, Arslanian CL, Bae S, Singh K. Effects of Tai chi exercise on fibromyalgia symptoms and health-related quality of life. *Orthop Nurs* 2003, 22: 353-360
73. Targino MA, Imamura M, Kaziyama HH, Souza LP, Hsing WT, Imamura ST. Pain treatment with acupuncture for patients with fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep* 2002;6: 379-383
74. Ubago Linares M.C., Ruiz Pérez I., Bermejo Pérez M.J., Olry de Labry Lima A. y Plazaola Castaño J. características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia. repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Rev Esp Salud Pública* 2005; 79: 683-695 N.º 6 - Noviembre-Diciembre 2005
75. Uceda J, Gonzalez A, et col. "Fibromialgia: aspectos históricos, definición y clasificación". *Rev Esp reumatol* 2000; 27:10.
76. US Modafinil in Narcolepsy Multicenter Study Group: Randomized trial of modafinil as a treatment for

the excessive daytime somnolence of narcolepsy. *Neurology* 2000, 54: 1166-1175.

77. Vidal A, Sanz M. Medicinas alternativas en el tratamiento del dolor. En Ruiz-Castro M, ed.: *Manual práctico de dolor*. PBM. Madrid 2003; 291-300.

78. Wallace D.J. To Fibromyalgia Nihilists: Stop Pontificating and Test Your Hypothesis. *J. Rheumatol* Vol 31: N°. 4 April. 2004

79. Warren R. Nielson, Harth M. Fibromyalgia: Beyond the Rhetoric *J Rheumatol* Vol 31: N°. 4 April 2004

80. White KP. Fibromyalgia: The Answer Is Blowin' in the Wind *J Rheumatol* Vol 31: N°. 4 April 2004

81. White KP, Carette S, et col. "Trauma and fibromyalgia: is there an association and what does it mean?". *Semin Arthritis Rheum* 2000; 9:200-216.

82. White KP, Harth M, et col. "Work disability evaluation and Fibromyalgia syndrome". *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 1995; 24(6):371-381.

83. White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. The London fibromyalgia epidemiology study: directly health care costs of fibromyalgia syndrome in London, Canada. *J Rheumatol* 1999. 26:885-9.

84. White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. The London Fibromyalgia Epidemiology Study: the prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *J Rheumatol*. 1999 Jul;26(7):1570-6.

85. White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. The London Fibromyalgia Epidemiology Study: comparing the demographic and clinical characteristics in 100 random community cases of fibromyalgia versus controls. *J Rheumatol*. 1999 Jul;26(7):1577-85

86. White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. Comparing self-reported function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario: the London Fibromyalgia Epidemiology Study. *Arthritis Rheum* 1999; 42: 76-83.

87. Williams DA, Cary MA, Groner KH et al. Improving functional status in patients with fibromyalgia: A brief cognitive behavioural intervention. *J Rheumatol* 2002; 29: 1280-6

88. Wolfe F. Stop using the American College of Rheumatology criteria in the clinic. *J Rheumatol* 2003;30:1671-2.

89. Wolfe F et col. "The Fibromyalgia and myofascial pain syndromes: a preliminary study of tender points and trigger points in person with fibromyalgia, myofascial pain syndrome and no disease". *J Rheumatol* 1992; 19:944-951.

90. Wolfe F, Cathey MA. "Prevalence of primary and secondary fibrositis". *J Rheumatol* 1983; 10:965-968.

91. Wolfe F, Michaud K. "Severe rheumatoid arthritis, worse outcomes, comorbid illness, and sociodemographic disadvantage characterize patients with fibromyalgia". *J Rheumatol* 2004; 31:695-700.

92. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72.
93. Wolfe F, Zhao S, Lane N: Preference for nonsteroidal antiinflammatory drugs over acetaminophen by rheumatic disease patients *Arthritis Rheum* 2000; 43: 378-385.
94. Yunus M. "Fibromyalgia and other overlapping syndromes: The concept of dysregulation spectrum syndrome". Seminar presentation hosted by FMAGW on 11/10/97, Bethesda.
95. Yunus M. "What's New in Fibromyalgia syndrome? A review of abstracts presented in the 1996 American College of Rheumatology Annual Scientific Meeting". *The Fibromyalgia Times*, Vol. 1, N° 4, 1997, 4.
96. Yunus M. "Dysfunctional Spectrum Síndrome: A unified concept for many common maladies". *Fibromyalgia Frontiers*, Vol. 4, N° 4, Fall 1996, p. 3.
97. Yunus M, Masi AT, et col. "Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls". *Semin Arthritis Rheum* 1981; 11: 151-171.
98. Yunus M, Masi AT. "Juvenile primary fibromyalgia syndrome". *Arthritis Rheum* 1985; 28:138-145.
99. Zheng L, Faber K. Review of the Chinese Medical Approach to the management of Fibromyalgia *Curr Pain Headache Rep* 2005; 9: 307-312