

**LA FIBROMIALGIA Y SUS
IMPLICACIONES
PERSONALES Y SOCIALES
EN LOS PACIENTES DE LA
COMUNIDAD DE MADRID**

Dra. Dña. Ana M^a Castilla Plaza.
Médico Especialista en Reumatología.

Con la colaboración de:

D. José López Sanz.
Área Jurídica Oficina Defensor del Paciente.

Prólogo:

D. Juan Ignacio Barrero Valverde.
Defensor del Paciente de la Comunidad de
Madrid.

**TRABAJO EDITADO A TRAVÉS DE LA
OFICINA DEL DEFENSOR DEL PACIENTE DE
LA COMUNIDAD DE MADRID**

Defensor
del Paciente 

Edita: El Defensor del Paciente.

Tirada: 500 Ejemplares.

Edición: Junio 2007.

Depósito legal: M-30052-2007.

Imprime: CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO.
Secretaría General Técnica.
Servicio de Asuntos Generales.
Centro Digital de Reprografía.

INDICE

PRÓLOGO :D. Juan Ignacio Barrero Valverde

I PARTE:GENERALIDADES Y ETIOPATOGENIA **Dña. Ana M^a Castilla Plaza**

- I.1.¿QUÉ ES LA FIBROMIALGIA?
CONCEPTO.DEFINICIÓN
- I.2. ANTECEDENTES HISTORICOS.
- I.3. SITUACIÓN ACTUAL EN EE.UU., EUROPA,
ESPAÑA Y EN LA COMUNIDAD DE MADRID.
- I.4. ETIOLOGIA. FACTORES PREDISPONENTES
- I.5. PATOGENIA

II PARTE: MANIFESTACIONES CLINICAS Y DIAGNOSTICO **Dña. Ana M^a Castilla Plaza**

- II.1. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS
- II.2. DIAGNÓSTICO.
- II.3. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

III PARTE: PRONOSTICO **Dña. Ana M^a Castilla Plaza**

- III.1. LA CONTINUIDAD COMO CONSTANTE

IV PARTE: TRATAMIENTO **Dña. Ana M^a Castilla Plaza**

- IV.1. TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS

- IV.2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SISTÉMICO
- IV.3. IMPACTO ECONOMICO.
- IV.4. RELACION MEDICO-PACIENTE
- IV.5. IMPLICACIÓN DE LA MEDICINA PRIMARIA Y ESPECIALIZADA
- IV.6. PROBLEMÁTICA LABORAL
- IV.7. EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS

V PARTE: ASPECTOS JURIDICOS

D. José López Sanz

BIBLIOGRAFÍA

P R Ó L O G O

Junto con la libertad y la vida es la salud nuestro bien máspreciado. No es posible concebir un mínimo estado de felicidad sin ella.

Para quienes padecen fibromialgia a su defecto de salud se añaden otros problemas, como la dificultad de concreción diagnóstica o terapéutica de su enfermedad e incluso la incredulidad de algunos profesionales sobre la realidad de esta dolencia.

¿Sabemos qué es la fibromialgia?

Se trata de un síndrome crónico caracterizado por dolor generalizado, que en algunos casos puede llegar a ser invalidante, de etiología desconocida, evolución variable y que con frecuencia va asociado a otras patologías para el que no existen criterios comunes sobre el diagnóstico y tratamiento. De esta forma tan poco tranquilizadora se refiere el documento "fibromialgia"¹ a la realidad de este padecimiento.

El síndrome fibromiálgico antes conocido como fibrositis o reumatismo de partes blandas, es una dolencia que afecta mayoritariamente a la población femenina y no ha sido incorporado hasta 1992 al catálogo de enfermedades reconocido por la Organización Mundial de la Salud.

¹ Edita Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. P.7

Su repercusión personal

Puede parecernos una enfermedad de escasa extensión, si citamos que afecta aproximadamente a entre un 2% y un 4% de la población pero aplicando este porcentaje al conjunto de la misma percibimos, enseguida, que hablamos de más de un millón de personas en España.

A quienes padecen esta dolencia, a pesar de ser calificada clínicamente como benigna, les causa gran afectación de su cuadro general con sensación de cansancio y agotamiento de energía vital. Esta afectación del estado general se produce por el hecho de que la enfermedad cursa con otros padecimientos, como fatiga, trastornos del sueño o colon irritable.

Desde que se comienza con los primeros síntomas de esta enfermedad hasta que se obtiene un diagnóstico preciso de la misma transcurre mucho tiempo, con frecuencia años, por el hecho de que es frecuente que este trastorno de salud no muestra evidencia en analíticas o en la radiología o se presenta asociado a otros padecimientos.

Una vez obtenido el diagnóstico comienza la fase terapéutica, en la que el adecuado manejo de la depresión frecuente, y de los estados de ansiedad son una cuestión de capital importancia. Es necesario evitar el pensamiento de que el enfermo de fibromialgia ha girado su vida hacia el

dolor y evitar, además, la lógica preocupación por las dificultades y limitaciones que padece.

La realidad normativa

El Congreso de los Diputados, a través de su Comisión de Sanidad y Consumo, aprobó el 19 de septiembre de 2000, una proposición no de ley relativa a la asistencia médica y social de las personas que padecen fibromialgia. En esta proposición se instaba al Gobierno a analizar, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Sanidad, determinadas cuestiones sobre esta enfermedad y a mantener la colaboración con las Asociaciones de Autoayuda en su labor de información y orientación a las personas afectadas y a sus familias.

Reunida la Subcomisión de Prestaciones del citado Consejo Interterritorial decidió crear un grupo de trabajo que se encargara de elaborar un documento de consenso para todo el Sistema Nacional de Salud que abordase la problemática y manejo de la fibromialgia. Este documento vio la luz en el año 2004 y es el citado al comienzo de esta presentación.

La antes referida Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados elaboró nuevamente, en su sesión del 10 de mayo de 2005, otras proposiciones no de ley sobre diversos aspectos de la fibromialgia.

La consolidación de esta enfermedad ha alcanzado ya, pues, no sólo a los Gabinetes

Clínicos o a los despachos de la Administración Sanitaria, sino también a la inquietud de los legisladores.

Reconocimiento social de esta realidad

En febrero de 2005 se inscribía en el registro General de Asociaciones la Coordinadora Nacional e Asociaciones de Fibromialgia y Fatiga Crónica con el objetivo de aglutinar los esfuerzos de todos sus miembros, constituir una voz común y atender a la promoción de cuestiones de la máxima importancia para quienes padecen estas enfermedades, como son la adecuada orientación clínica, fomento de la investigación o integración social y laboral de estas personas.

La Sociedad Española de Reumatología, por su parte, ha emitido un decálogo de consejos útiles a quienes padecen esta enfermedad. Quiero, para concluir esta presentación, dejar mención, aquí, de dos de ellos que me han parecido de sumo interés.

- Aprenda a convivir con su dolor.
- Relacionarse con los demás.

El primer consejo integra una concepción del proceso vital del enfermo, en la consideración de que para ellos, lo normal, lamentablemente, es la situación de enfermedad, en lugar de la de salud. Interiorizar esto, asumirlo y convivir con ello es todo un logro personal, si se consigue.

Pero se completa este consejo, perfectamente, con el que he puesto a continuación. Esta aceptación de uno mismo como sujeto doliente no ha de perjudicar o interferir la relación del enfermo con su entorno. En la forma en la que sea posible es imprescindible sostener la consciencia de aquel como ser social.

Tenemos la esperanza puesta en el futuro en dos direcciones: que el progreso científico alcance cotas suficientes en la concreción diagnóstica y terapéutica de esta enfermedad y que el entendimiento social haga caer los muros de incomprensión que frecuentemente separan a estos enfermos del resto de sus semejantes.

Madrid, septiembre de 2006

Juan Ignacio Barrero Valverde

DEFENSOR DEL PACIENTE DE LA COMUNIDAD DE
MADRID

I PARTE: GENERALIDADES Y ETIOPATOGENIA

LA FIBROMIALGIA ES UNA ENFERMEDAD REAL

El ser humano es tanto mente como cuerpo, no se pueden separar, y todas las enfermedades crónicas tienen un componente físico y mental. Debemos acabar de una vez por todas con la discusión de si la Fibromialgia es un padecimiento físico o mental, para concluir que es un padecimiento real.

INTRODUCCION

Recordando las palabras de nuestro amigo y maestro Dr, Rotés-Querol, en el último siglo, la reumatología ha logrado "vencer" grandes enfermedades que azotaban a la humanidad. La gota es una enfermedad vencida. La Fiebre Reumática, que tantas víctimas ha producido entre la gente joven con sus lesiones cardiacas, ha desaparecido practicamente. Y en nuestros días, incluso la Artritis Reumatoide, el reumatismo inflamatorio más frecuente, más grave y de mayor importancia social está siendo controlada, así como también lo están siendo las espondiloartrítis. Sin embargo, nos sentimos impotentes ante algunas enf reumáticas, y entre éstas destaca la Fibromialgia.

La prevalencia de la Fibromialgia se estima en un 2% de la población general (1), mientras que la de la Artritis Reumatoide es del 0,5-1%. Pero no es la prevalencia lo que hace de la Fibromialgia un gran reto, sino que se trata de una forma de dolor crónico que a pesar de no destruir las articulaciones, de no deformarlas, ni tan siquiera inflamarlas, los enfermos fibromiálgicos valoran a la Fibromialgia como más dolorosa y molesta que la Artritis Reumatoide, basándonos en encuestas de calidad de vida realizadas a los pacientes. Esto hace que haya pasado a constituir un problema de Salud Pública.

1.1. ¿QUE ES LA FIBROMIALGIA? CONCEPTO. DEFINICION

Como antes decíamos, aunque los pacientes con Fibromialgia acuden al médico aquejando dolores similares a los de una enfermedad inflamatoria articular, no existe inflamación en sus articulaciones, no se trata de una forma de artritis, sino que es más bien una forma de reumatismo de tejidos blandos, y se caracteriza por la presencia de dolor generalizado, astenia persistente, rigidez matinal, sueño no reparador, y múltiples puntos dolorosos a la palpación.

La Fibromialgia podría definirse como un trastorno de la percepción dolorosa, de etiología desconocida, de origen no articular pero que ocasiona dolor musculoesquelético generalizado, difuso y muy frecuentemente se acompaña de trastornos psíquicos (2). La Fibromialgia es una

forma específica y la más frecuente de dolor crónico musculoesquelético generalizado.

Para la definición de Fibromialgia se requiere el cumplimentar dos pasos. El primero de ellos supone la presencia de dolor crónico generalizado, y el segundo de ellos requiere la existencia de "puntos dolorosos" ("tender points") en estos pacientes, con dolor crónico generalizado no asociado a enfermedades neoplásicas.

Consideraremos Dolor Crónico Generalizado, cuando existe dolor de más de 3 meses de evolución en el lado izquierdo del cuerpo, lado derecho, por encima y por debajo de la cintura. Y además, existe dolor axial, ya sea en columna (cervical, dorsal o lumbar), o en región anterior del torax.

Consideraremos Fibromialgia, cuando además de dolor crónico generalizado, existe dolor a la presión (ejerciendo una presión de 4 Kg) en 11 de 18 puntos establecidos por el ACR en 1990 (Wolf 1990)(ver posteriormente localización de dichos puntos en Criterios Diagnósticos).

Aunque la Organización Mundial de la Salud reconoce a la Fibromialgia como una entidad diferenciada, para la mayoría de los autores de referencia, la Fibromialgia es un constructo clínico que nos sirve para explicar la existencia de personas con dolor generalizado, persistente e idiopático (3)

I.2. ANTECEDENTES HISTORICOS.

Balfour en 1824 y Valleis en 1841 fueron los primeros en comunicar la relación entre los puntos dolorosos y reumatismo, y fue Frorier quién en 1843 comunicó que los pacientes con "reumatismo" tenían unos lugares "duros" en sus músculos, que eran dolorosos a la presión.

A comienzos del pasado siglo XX, en 1904, Gowers describe con el término "fibrositis" un cuadro de dolor generalizado difuso, que afectaba músculos, articulaciones y vainas tendinosas. Gowers pensó que era de etiología inflamatoria tisular y que se debía a la existencia de nódulos fibrosos muy dolorosos, debido a la coexistencia de tejido colágeno y terminaciones nerviosas. Albee, en 1927, utiliza el término "miofibrositis" o "fibromiositis", para definir idéntico cuadro. Pero Heinch en 1936 y Collins en 1949, tras estudios de biopsias, acabaron con el concepto de nódulos inflamatorios de partes blandas como posible explicación de "fibrositis". A pesar de ello, se aceptó y usó este termino de fibrositis hasta hace relativamente pocos años, en que se suprime el sufijo "itis" y se cambia por "mialgia", propuesto hace tiempo por Lorenz, resultando el termino de "Fibromialgia", aceptado en la actualidad.

Pero fue Steindler, en 1939, quien por primera vez define la existencia de "puntos dolorosos", que serían la respuesta a una afectación miofascial. Y Travell, en 1952, describe el Síndrome miofascial.

TABLA 1 -PERFIL HISTORICO-

- BALFOUR (1824)
- VALLEIX (1841)
- ALBEE (1927)
- STEINDLER (1939)
- TRAVELL(1952)
- MOLDOFSKY (1965), (sueño alfa-delta.Describe que los pacientes con Fibromialgia presentan una alteración en la fase IV del sueño.
- SMYTHE (1972) (establece los primeros criterios diagnósticos. Establece que ciertas localizaciones anatómicas, llamadas "puntos dolorosos" eran más frecuentes y dolorosos en los pacientes que la padecían que en los controles.
- Se postulan los criterios (1981)

Fue en 1990, cuando el Colegio Americano de Reumatología, en una reunión de expertos, publicaron los criterios de clasificación para Fibromialgia (10) La Organización Mundial de la Salud, en 1992 reconoce la Fibromialgia como enfermedad, y es clasificada en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) con el código M79.0 y en la CIE-9-MC es el 729.0

También ha sido reconocida en 1994 por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (I.A.S.P) y clasificada con el código x33x8a.

I.3. SITUACIÓN ACTUAL EN EE.UU., EUROPA, ESPAÑA Y EN LA COMUNIDAD DE MADRID.

La patología del aparato locomotor afecta a un elevado porcentaje de la población general (4) (5). Aproximadamente un tercio de la población adulta sufre artrosis, y un quinto padece dolor de espalda.

Respecto a la Fibromialgia, la prevalencia se establece entre un 1-3% de la población general mayor de 18 años(6). Esta prevalencia aumenta con la edad, siendo del 3,9% en mujeres entre 20-40 años, del 5,8% para mujeres entre 40-60 años y llegando hasta un 7% para mujeres entre 60-79 años.

La incidencia anual de este proceso en un estudio prospectivo de cinco años fue de 0,6% casos nuevos por año (4).

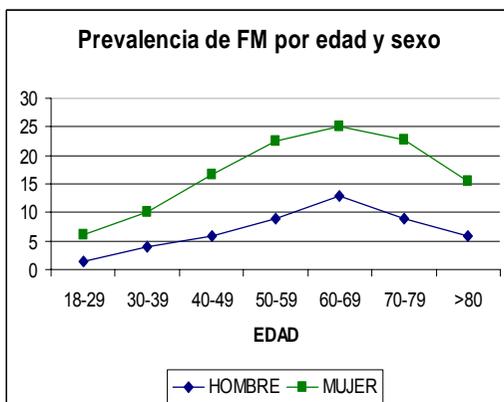
Por otro lado, se considera Dolor Generalizado, aquél que está presente en todos los siguientes puntos: Lado izquierdo del cuerpo, lado derecho del cuerpo, por encima de la cintura, por debajo de la cintura, y además tiene que tener dolor en esqueleto axial (Columna Cervical, cara anterior de torax, Columna Dorsal o Columna Lumbar). En esta definición, el dolor en los

hombros o en las nalgas se considera como dolor independiente para cada lado del cuerpo. Si en los estudios de prevalencia, prescindimos de la existencia de puntos dolorosos, y nos atenemos sólo a la presencia de DCMG, su prevalencia asciende entonces hasta un 11%. (7), (8), (9), (10) y (11).

En las consultas, supone el 2-6% de los pacientes atendidos en Medicina Primaria, y entre un 10-20% en consultas de Reumatología (12), sólo superadas por los pacientes con Artritis Reumatoide, con un 23,78% (13).

Existe una clara predominancia del sexo femenino, en una relación de 21 a 11 (14).

Aunque la edad de aparición más frecuente está situada entre 40-50 años, también se puede ver en niños y ancianos, aunque su aparición en estas edades es muy infrecuente, y la predominancia del sexo femenino en estos grupos de edad no es tan marcada. (15),(16) ,(17).

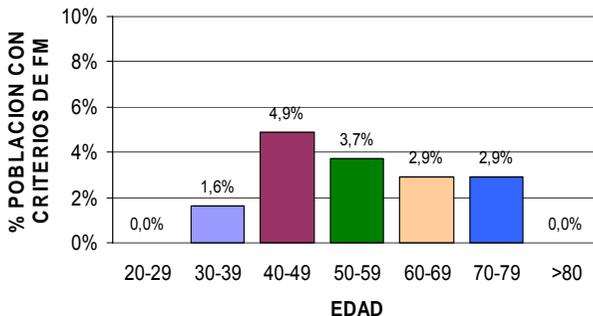


A nivel mundial, la prevalencia de Fibromialgia es de un 2% aproximadamente en población general norteamericana, y parece mantenerse en cifras similares en otras poblaciones.(18), excepto en la raza negra, donde parece rara (19)(20), quizás factores culturales, físicos y psicológicos influyan en su desarrollo.

La prevalencia no parece variar entre el continente europeo y el americano, coincidiendo en cifras de 1-3% de la población adulta.(21),(22),(23),(24),(25) y (26).

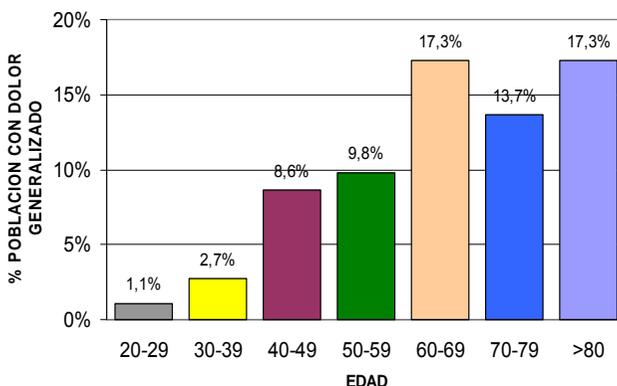
Para la población española, y basándonos en diversos estudios (14),(26),(27), la prevalencia estimada de Fibromialgia es del 2,37% de la población mayor 20 años. Por extrapolación al censo, se estima que alrededor de 1.000.000 españoles mayores de 20 años cumplen criterios de Fibromialgia (28)(29), y la cifra de pacientes afectados de dolor crónico generalizado sería cinco veces mayor.

Frecuencia relativa de la fibromialgia en la población española adulta grupos de edad



En el grupo de pacientes de Dolor Crónico Generalizado, a diferencia de la Fibromialgia, los picos de incidencia no ocurren en la franja de edades medias, sino que su frecuencia aumenta con la edad, posiblemente porque estén implicados varios procesos reumatológicos.

Frecuencia relativa del dolor generalizado en la población española adulta, por grupos de edad



Esta prevalencia, si la desglosamos en cuanto al entorno del paciente, observamos que mientras la prevalencia en el medio urbano es del 1,7% según el estudio EPISER(14), aumenta notablemente en el medio rural, a un 4,11%, independientemente de la clase social.

La relación existente entre la Fibromialgia y el nivel de estudios no está muy clara. En nuestro país, el 56% de la población no tiene estudios o sólo primarios, pero este porcentaje se eleva hasta un 80% si nos centramos sólo en los

pacientes que cumplen criterios de Fibromialgia (14). Es más, entre los individuos de población general con nivel de estudios universitarios, el porcentaje que cumple criterios de Fibromialgia es sólo del 0,6%, mientras que entre los individuos adultos de la población general sin estudios o con estudios hasta los 11-15 años, la prevalencia de Fibromialgia es de un 4,8% y un 3% respectivamente. Pero estos datos son engañosos ya que el nivel de estudios se relaciona con el sexo, clase social y comorbilidad.

La presencia o no de enfermedades crónicas (comorbilidad), parece ser una variable determinante para la Fibromialgia. Hasta un 92,3% de los pacientes con Fibromialgia refieren tener algún trastorno crónico, frente a un 58% de los encuestados que no cumplían criterios de Fibromialgia. Los trastornos crónicos más frecuentemente asociados a la Fibromialgia son la Hipertension Arterial, Hipercolesterolemia y Depresión.

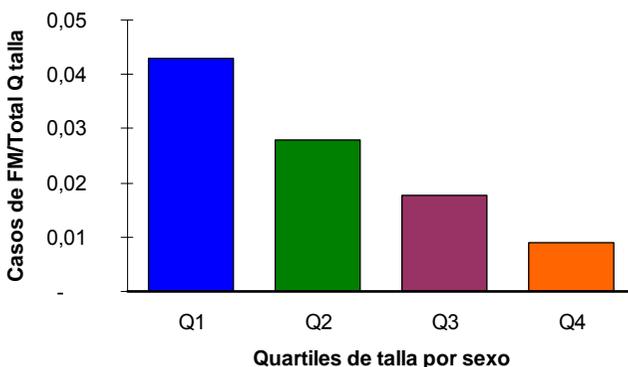
TABLA. FRECUENCIA DE ENFERMEDADES CRONICAS DEPENDIENDO DEL ESTADO FIBROMIALGICO DE LOS SUJETOS (tomada de EPISER 2001 (14))

Enf. Crónic	FM%	No FM%
• Hipertensión Arterial	36,5	16,5
• Hipercolesterolemia	21,2	13,4

- Depresión 11,5 2,8
- Alergias 9,6 8,2
- Enf. Pulmonares 9,6 6,0
- Diabetes 9,6 5,4
- Enf. Digestivas 5,8 9,9
- Enf. Cardiacas 3,8 6,2

La asociación con Fibromialgia más curiosa hasta el momento, es la talla del paciente, se ha comprobado una relación indirecta entre prevalencia de Fibromialgia y talla. Quizás esté relacionado con el déficit de GH existente en la Fibromialgia

Representación gráfica de la relación entre la talla y la FM



También en el estudio de prevalencia de enfermedades reumáticas en la población general española (14), se destacaba la relación existente entre Fibromialgia y situación laboral de desempleo (5,8% frente al 2,9%) y como dato más relevante, destacar que el 11,5% de las personas con Fibromialgia se encontraban en situación de Incapacidad Laboral Temporal o Permanente, frente al 3,2% de la población sin criterios de Fibromialgia.

I.4.ETIOLOGÍA. FACTORES PREDISPONENTES

Se han propuesto muchas etiologías, pero no se ha demostrado que ningún agente etiológico ni ningún mecanismo patofisiológico pueda explicar completamente este síndrome de dolor difuso. Es muy probable que varios fenómenos ayuden en el desarrollo de este síndrome.

No se conoce un factor etiológico de la enfermedad, aunque a menudo (más del 50%), los pacientes refieren que sus síntomas comenzaron a raíz de un suceso particular previo (30), siendo una enfermedad viral la más frecuente, pero también en ocasiones son otro tipo de sucesos, como traumatismos físicos o emocionales, enfermedades previas no virales (SAT), (Enf Lyme (33)(34), trastornos del sueño, o cambios en la medicación prescrita, fundamentalmente esteroides.

Dentro de los virus implicados, merecen mención especial el Cosackie B24 (31), Parvovirus B19 (32), VIH (35),(36), Epstein-Barr (37).

Pero basándonos en los estudios realizados, la Fibromialgia no parece que sea una enfermedad "reactiva", en respuesta a una infección, sino que es la infección previa la que originaría ansiedad al paciente. No hay ningún estudio ni clínico ni serológico que demuestre el papel etiológico de ningún agente infeccioso.

TABLA. EVENTOS RELACIONADOS CON EL COMIENZO DE FIBROMIALGIA

- .Gripe
- .HIV Infección
- .Enf Lyme
- .Síndrome del Aceite Tóxico (SAT)
- .Siliconosis
- .Otros virus: Cosackie
 - Parvovirus B19
 - Herpes-6
 - Epstein Barr
- . Brucelosis
- . Borrelia Burgdoferi
- . Trastorno del sueño
- . Trauma físico
- . Trauma emocional
- . Retirada de esteroides u otra medicación
- . Stress
- . Retirada de Heroína, Cocaína o Alcohol

Otras veces son los traumatismos físicos, o stress emocionales (la muerte de un ser querido,

desempleo, divorcio, abuso físico...) los que pueden ser el factor que predisponga a la Fibromialgia.

No pocos pacientes fibromialgicos refieren un antecedente de traumatismo físico previamente al comienzo de sus síntomas, incluso pequeños traumatismos, aunque la incidencia de traumatismo cervical era mucho mayor. Según un estudio de 1997, la existencia de un traumatismo cervical suponía un riesgo de padecer Fibromialgia 10 veces mayor que otro tipo de traumatismo de igual intensidad (50).

Buskila ha publicado una alta prevalencia familiar de FM (38), lo que supondría predisposición genética o exposición común a algún factor predisponente.

También es frecuente hallarla coincidiendo con otras enfermedades reumáticas (Artritis Reumatoide o Lupus Eritematoso Sistémico).

I.5. PATOGENIA

En la actualidad, en base a los trabajos más recientes, se considera que en la Fibromialgia existe una alteración de la percepción central del dolor, un mal procesamiento de los estímulos nociceptivos. Hay varios trabajos que demuestran que estímulos dolorosos aplicados de forma repetitiva pueden ocasionar una alteración en el procesamiento del dolor del Sistema Nervioso Central, lo que permitiría "extender" la sensación dolorosa inicialmente localizada a una sensación

de dolor generalizado. Pero si se entiende la Fibromialgia como dolor generalizado en respuesta a una alteración en el procesamiento del dolor, por cambios en las vías del dolor del Sistema Nervioso Central, habrá que saber que origina esos cambios. Posiblemente en la Fibromialgia existen cambios neuroquímicos como resultado de estímulos repetitivos tales como drogas, infecciones, stres...(64)(65).

También existe la hipótesis de que la Fibromialgia está causada por una hipersensibilidad genética al estímulo, es decir, serían más sensibles a estímulos dolorosos, es la llamada "hipervigilancia"(66)(67). Se han comunicado varias diferencias en el genotipo de Fibromialgia respecto a la población control. Recientemente, investigadores españoles (Ferán Garcia y colaboradores) han detectado una alteración genética relacionada con la Fibromialgia. La investigación reveló que el 44,3% de los fibromiálgicos son portadores de mutaciones del gen COMT (que fabrica la proteína Catecol-0-metil-transferasa). Dicho gen se localiza en el cromosoma 22 y adquiere 3 formas distintas en función de la presencia de valina o metionina. Y una de esas formas tiene una actividad muy baja. Este gen inactivaría la dopamina, neurotransmisor cerebral. Cuanto menos activo es el gen, más dopamina existe en el cerebro y ésto inhibe las endorfinas, que son sustancias químicas que nos protegen del dolor. La forma del gen COMT menos activa es más frecuente en Fibromialgia (27,53%) que en población sana

control (14,73%). Según este grupo investigador, el 77% de los pacientes fibromiálgicos que no responden al tratamiento habitual, tienen la forma menos activa de COMT. También según Ferán García y su grupo, no se encontró relación entre las alteraciones genéticas del COMT y la fatiga crónica. Otras diferencias en distribución del genotipo en Fibromialgia respecto a controles, explicaría la disminución de niveles de Serotonina (68)(69)(70) de estos pacientes respecto a los controles, pero es que además, en estos pacientes, se han encontrado niveles elevados de anticuerpos contra la Serotonina, en relación 4:1 respecto a controles sanos (71),(72),(73)(74).

Por una parte, podría existir a nivel periférico una hiperalgesia primaria ante estímulos dolorosos y otros, como los auditivos, y a través de citoquinas proinflamatorias se sensibilizaría el asta posterior de la médula (hiperalgesia secundaria).

Así pues, podríamos pensar que diversos estímulos podrían iniciar la Fibromialgia a través de una vía final común, que supondría la sensibilización del asta posterior de la médula(39).

Un tercer mecanismo fisiológico del dolor muscular en Fibromialgia, sería una alteración en los mecanismos inhibitorios nociceptivos supraespinales, lo que complicaría aún más el escenario; en estudios animales, se ha comprobado que a nivel de los cordones

posteriores de la médula están las “vías antinoceptivas”, que disminuirían el grado de respuesta al dolor, sería un mecanismo inhibitorio, y es posible que en la Fibromialgia existiese una alteración o baja actividad de dichos mecanismos(61)(62)(63). Incluso un cuarto mecanismo fisiológico sería una hipersensibilidad supraespinal a la percepción del dolor.

Diversos investigadores han identificado varias alteraciones en los niveles de neurotransmisores en el cerebro y SNC. La sustancia P, que codifica el registro de dolor en el cerebro, es un neuromodulador del dolor, se encuentra en el LCR de los pacientes con Fibromialgia en niveles 3 veces mayor que en controles sanos(46),(47) y (48). Esta elevación también se encuentra en otros tipos de dolor, no sólo en Fibromialgia. Otras sustancias relacionadas con la acción de la sustancia P, tales como IL-6, e IL-8 también se encuentran incrementadas en suero de estos pacientes y serían causantes de la hiperalgesia, hiperactividad de Sistema Nervioso Simpático, fatiga, depresión y trastorno del sueño.

Otro neurotransmisor, la Serotonina, que modifica la intensidad de las señales dolorosas que entran en el cerebro, es deficitaria en la Fibromialgia.

Para Martínez Lavín, la teoría fisiopatológica de Fibromialgia radicaría en un mal funcionamiento del Sistema Nervioso Autónomo,

existiría una hiperactividad del Sistema Nervioso Simpático, llegando a proponer que la Fibromialgia es una distrofia simpática refleja generalizada . Según este grupo de trabajo (40) y otros (41),(42),(43) y (44), todas las manifestaciones de Fibromialgia se podrían explicar por la disfunción del Sistema Nervioso Autónomo (hipotensión ortostática, taquicardia postural...), y el dolor generalizado se explicaría mediante el mecanismo de "dolor neuropático mantenido por el Sistema Simpático".

En el dolor neuropático existe una alteración intrínseca de los nervios transmisores del dolor, los cuales están intrínsecamente irritados y transmiten dolor. Pero además, la hiperactividad simpática existente en estos pacientes, haría que la adrenalina irritase las terminaciones nerviosas de tal forma que el "dolor neuropático fuese mantenido por el Sistema Simpático".

Esta ultima teoría en que el dolor es de origen neuropático y mantenido por hiperactividad simpática, abre nuevos cauces de tratamiento(45).

Además en Fibromialgia, existen múltiples anomalías de significación patogénica incierta:

ALTERACIONES NEUROENDOCRINAS:

- Deficit de GH:

En adultos, se ha demostrado que la GH/Somatomedina C es fundamental en la homeostasis muscular. La GH es un péptido anabólico que estimula la síntesis de DNA, RNA y proteínas. Su efecto es mediado por la Somatomedina C.

Después del ejercicio físico, el dolor que aparece es debido a microtraumatismos musculares. Los pacientes fibromiálgicos localizan el dolor en los músculos y si realizan ejercicio físico empeora y es mucho mayor que en la población control, incluso ante ejercicios físicos mucho menores. Esto podría estar relacionado con niveles bajos de GH, que provocaría microtraumatismos musculares o reparación defectuosa de los microtraumatismos existentes.

La GH juega un papel primordial en la reparación muscular. Un hecho comprobado es que los pacientes fibromiálgicos tienen un nivel sérico de Somatomedina C menor que los controles sanos(46). La Somatomedina C es un péptido relacionado con la GH, pero su estudio tiene la ventaja de que al tener una vida media de 20 horas, nos permite valorar secreciones nocturnas de GH. El 80% de la GH se produce en la fase 4 del sueño, y dado que los pacientes fibromiálgicos tienen el 60% de esta fase de sueño alterada por intrusismo de ondas alfa, no se produciría GH. La vida media de la GH es de sólo 30 minutos por lo que no podríamos analizar secreciones nocturnas.

- Disminucion de Prolactina
- Hiporespuesta de las glandulas adrenales en situaciones de stress

Para Crofford, de la Universidad de Michigan, la Fibromialgia, sería un "síndrome relacionado con el stress", ya que se desencadena tras eventos stresantes (físicos o emocionales), también se exacerba por ellos, con trastornos a nivel de los principales sistemas de respuesta frente al stress: Sistema Nervioso Simpático, Sistema Nervioso Autónomo y eje Hipotálamo-Hipofiso-Suprarrenales.

ALTERACIONES INMUNOLOGICAS:

- Anticuerpos Antinucleares positivos a titulos bajos
- Alteraciones de poblaciones linfocitarias (NK)
- Niveles bajos del péptico de proColageno tipo III

ALTERACIONES DEL RITMO DEL SUEÑO:

La mayoría de los pacientes fibromialgicos refieren tener un sueño no reparador (51),(52),(53). En dichos pacientes existe una alteración en la fase 4 del sueño, la más profunda caracterizada por ondas delta, de baja frecuencia y gran amplitud, pero en estos pacientes, en la fase 4 del sueño irrumpen ondas alfa de baja

amplitud y alta frecuencia, que generalmente sólo se ven en la fase REM. Y se ha comprobado que en voluntarios sanos, cuando se les induce esta anomalía, es decir aparición de ondas alfa en la fase 4 de sueño, se produce un síndrome similar a Fibromialgia (54).

Pero debemos preguntarnos que origina qué, son las alteraciones del sueño las que causan los síntomas de Fibromialgia, o es el dolor generalizado, el que origina las alteraciones del sueño. Por un lado, el dolor se asocia a ansiedad y depresión y ambas se asocian con trastornos del sueño (55), y la calidad del sueño se relaciona directamente con niveles referidos de dolor (56), ya que la privación del sueño de ondas delta provoca una disminución del umbral de dolor (51),(57),(59) (60), e incluso como antes señalábamos, puede desencadenar síntomas que nos recuerdan a la Fibromialgia.

ALTERACIONES PSICOLÓGICAS:

Elevados niveles de: Stress

Ansiedad

Depresión

Hipocondría

ALTERACIONES DEL FLUJO SANGUINEO CEREBRAL:

En estudios de imagen cerebral (RNM y PET) (47),(48),(49), se ha demostrado menor flujo sanguíneo a nivel del Nucleo Caudado y Tálamo,

similar a lo que ocurre en otros cuadros de dolor crónico.

Tanto el Tálamo como el Nucleo Caudado son áreas cerebrales que modulan la nocicepción y entradas dolorosas.

ALTERACIONES BIOPSIAS MUSCULARES:

Pero no son específicas y no incluyen alteración de la inflamación a dicho nivel.

ETIOLOGIAS PROPUESTAS PARA FIBROMIALGIA

(tomada del Kelley, 7th edición. FM, a Chronic Pain Syndrome)

- SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:
 - Disfunción del procesamiento dolor
 - Anomalías genéticas del metabolismo de Serotonina
- DISFUNCION DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO:
 - Disfunción Neuroendocrina
 - Anómala respuesta al stress
- DISFUNCION ENDOCRINA
- TRASTORNO DEL SUEÑO

- MICROTRAUMATISMO MUSCULAR Y/O TENDONES
- TRASTORNO PSIQUIATRICO O PSICOLOGICO
- COMBINACION DE FACTORES BIOLOGICOS, PSICOLOGICOS Y SOCIALES

II. MANIFESTACIONES CLINICAS Y DIAGNÓSTICO

La característica fundamental es la presencia de dolor generalizado, de carácter crónico y que afecta tanto a miembros superiores como inferiores, así como al raquis. No se alivia con el reposo y aumenta con el frío, la humedad, el ejercicio físico y con el stress.

Conjuntamente con el dolor, en el 80-90% de los pacientes se asocia gran astenia(3), con imposibilidad para realizar su trabajo diario(2).

Junto con el dolor, que fundamentalmente afecta partes blandas, pero no quedan excluidas las articulaciones, es muy frecuente que expresen rigidez matinal y sensación subjetiva de tumefacción, todo ello remeda a la Artritis Reumatoide.

- No es raro que el paciente fibromialgico tenga otros síntomas además del dolor y la fatiga, se piensa que es por un proceso sensorial anómalo(75):
- No es extraño la existencia de boca seca, fenómeno de Raynaud, parestesias y disestesias nocturnas en las manos, dolor en articulaciones temporomandibulares, síntomas todos ellos presentes en otros reumatismos.

- Síndrome de las piernas inquietas, en un 31% de los pacientes fibromiálgicos(76), consistentes en parestesias generalmente en miembros inferiores y generalmente nocturnas, y habitualmente se acompaña de trastornos del sueño.
- Síndrome del Colon Irritable, con una frecuencia de un 60% en Fibromialgia respecto a un 20% en población sana (77)(78).
- Síndrome de la vejiga irritable en el 40-60% de los fibromiálgicos(79). Urgencia en la micción en ausencia de infección urinaria, cistitis intersticial, vestibulitis vulvar o vulvodinia.
- Molestias torácicas: Costocondralgias.
- Trastornos cognitivos: Dificultad para concentrarse, confusión, lapsos de memoria, dificultad para la concentración, para evocar palabras o nombres y sensación de estar agobiados cuando realizan varias tareas. Sería como consecuencia del dolor crónico, astenia, fatiga y distress psicológico (80).
- Intolerancia al frío, aproximadamente el 30%. Algunos desarrollan un verdadero fenómeno de Raynaud que puede conducir a un diagnóstico equivocado de Lupus Eritematoso Sistémico o Esclerodermia(81).
- Múltiples sensibilidades. Como resultado de un trastorno del proceso sensorial, muchas

sensaciones son amplificadas en la Fibromialgia y pueden diagnosticarse equivocadamente de múltiples intolerancias a drogas. No es raro la existencia de prurito, piel seca, lesiones inespecíficas en piel.

- Trastorno del equilibrio, por disfunción propioceptiva, hipotensión ortostática y efectos secundarios de fármacos.
- Hipotensión Ortostática, en el 60% de los pacientes fibromiálgicos(82). Es secundaria a un efecto paradójico, cuando el pool venoso disminuye el llenado del corazón derecho, en algunos individuos esto ocasiona una alta concentración de catecolaminas, que produciría una contracción del ventrículo deplecionado, y a través de estímulos cerebrales habría una superestimulación de los receptores mecánicos del ventrículo, y estos receptores mecánicos enviarían señales al cerebro para disminuir el tono simpático y aumentar el tono vagal, resultando en síncope o presíncope.
- Trastornos del sueño. Dificultad para conciliar el sueño y/o sueño no reparador.
- Trastornos psicológicos, en un porcentaje elevado, siendo los mas frecuentes (30-70%) la depresión y la ansiedad.

Pero al igual que el dolor y la fatiga, la gravedad de todos estos signos o síntomas fluctúa a lo largo del tiempo, existiendo una variación

interindividual en cuanto al impacto de la enfermedad en los distintos sujetos.

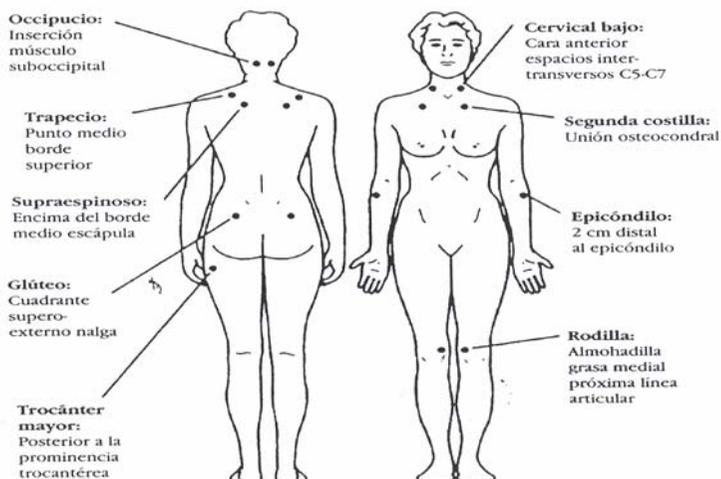
La exploración física es normal, pero debe ser exhaustiva para descartar patología local o sistémica. No existe artritis, bursitis, tenosinovitis, entesitis, hipermovilidad articular, ni deformidades articulares, pero destaca el dolor existente en determinados puntos (tender points), con dolor exagerado a la presión. La palpación, ya sea con el pulpejo o con un dolorímetro, debe realizarse con una fuerza aproximada de 4Kg. La existencia de dolor se acompaña de signos visibles como los gestos faciales o retirada, signo del salto., la simple molestia no debe ser considerada como dolor, para que un punto doloroso sea considerado como positivo, el paciente debe manifestar que dicha palpación es dolorosa.

Aunque posteriormente, en la sección de Diagnóstico, describiremos con exactitud los "puntos dolorosos", éstos se encuentran localizados, en las siguientes zonas:

- .occipucio
- .area cervical inferior
- .trapecios
- .supraespinosos
- .2ª unión condroesternal
- .epicóndilos
- .gluteos
- .trocánteres
- .rodillas

Se localizan somáticamente de la siguiente forma:

Localización de los puntos dolorosos en la fibromialgia



Estos puntos dolorosos se localizan fundamentalmente en las uniones musculotendinosas y serían una manifestación de hiperalgesia secundaria, es decir, áreas que sin tener alteraciones tisulares se hacen dolorosas por hiperexcitabilidad del Sistema Nervioso Central.

Es importante señalar que la Fibromialgia puede asociarse a otros procesos como el Lupus Sistémico, Artritis Reumatoide, Síndrome de Sjogren, Neoplasias..., (en cuyo caso se consideraría Fibromialgia Secundaria frente a la Fibromialgia Primaria que no se asocia a otro

proceso). Esta posible asociación de la Fibromialgia a otros procesos es muy importante tenerlo en cuenta, ya que los síntomas de ésta pueden ser los protagonistas y deteriorar la calidad de vida de estos pacientes, y habrá que detectarlo y no confundirlo con brotes de la otra enfermedad, y tratarlos como tal, y no como reactivación del reumatismo sistémico(83).

II.1. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

No existen alteraciones en la analítica, radiología ni otras pruebas complementarias. Pero siempre debemos pedir las en cada paciente para descartar otras enfermedades que cursan con clínica similar. El caso típico sería el de una mujer de edad media, con buen aspecto general, que aqueja dolor generalizado, con una anamnesis negativa para sospechar cualquier patología, con una exploración clínica normal, excepto la presencia de puntos tremendamente dolorosos, y con una radiología y analítica también normal.

La Fibromialgia es un síndrome de diagnóstico clínico, basado en un espectro clínico característico, junto con ausencia de alteraciones analíticas y radiológicas. Sólo encontraremos alteraciones analíticas y/o radiológicas si la Fibromialgia se asocia a otra enfermedad, siendo los datos de esta última los que hallaremos.

LABORATORIO EN FIBROMIALGIA

(tomada del Kelley's Textbook of Rheumatology, 7th edición. 2005)

❖ Estudios normales:

.Hemograma

.VSG

.Bioquímica (general, hepática, renal,
lipídica)

.Hormonas Tiroideas y TSH

.Serologías reumáticas

❖ Estudios anormales en Fibromialgia (no
diagnóstico y no necesariamente útil en la
evaluación del paciente)

.Niveles de Sustancia P en LCR

.Niveles de Somatomedina C

.Niveles séricos y en LCR de Triptófano

.Aminoácidos biogénicos en LCR

.Eje Hipotálamo-Hipofiso-Suprarrenal

.Flujo Sanguíneo en Tálamo y Nucleo
Caudado

.Estudios del Sueño

.Actividad Electrodermica y Microcirculación

.Ortostatismo

.Termografía

II.2. DIAGNOSTICO

Historicamente se han propuesto diversos criterios diagnósticos y de clasificación (Smythe y Moldosfky, Yunnus, Benett y Clark), todos ellos clínicos, pero fue en 1990 cuando el comité del Colegio Americano de Reumatología (ACR) propuso los criterios que actualmente utilizamos en todo el mundo. Su sensibilidad es del 88,4% y su especificidad del 81%. Son criterios diagnósticos, no de clasificación.

Los criterios diagnósticos de Fibromialgia, de 1990, se publicaron por la ACR para homogeneizar pacientes, con la finalidad de realización de estudios epidemiológicos más que para su diagnóstico, y el comité recomendó que la diferenciación entre Fibromialgia Primaria y Secundaria fuera abolida, es decir, la Fibromialgia existiría independientemente de la coexistencia de otra patología ya fuese musculoesquelética o no.

CRITERIOS PARA LA CLASIFICACION DE FIBROMIALGIA (American College of Rheumatology 1990)

◆ Historia de dolor generalizado

Definición: El dolor se considera como generalizado cuando coexisten: dolor en el lado izquierdo del cuerpo, dolor en el lado derecho del cuerpo, dolor por encima de la cintura, dolor por debajo de la cintura. Adicionalmente, debe existir dolor en el esqueleto axial, tanto en columna cervical como dolor pared torácica anterior o región lumbar. En esta definición, el dolor en hombros y nalgas se considera como dolor

independiente para cada lado del cuerpo. El dolor lumbar se considera como dolor en el segmento inferior.

◆ Once de 18 lugares de dolor exagerado (tender points) a la palpación digital

Definición: El dolor a la palpación digital debe estar presente en, al menos 11 de los siguientes lugares. La palpación digital debe ser realizada con una fuerza aproximada de unos 4 Kg y para que un punto doloroso sea considerado como positivo, el paciente debe manifestar que dicha palpación es dolorosa. La simple molestia no debe ser consierada como dolor.

Occipucio: Bilateral, en la zona de inserción de los musculos suboccipitales.

Area cervical inferior: Bilateral, a nivel de las facetas de los espacios intertransversos entre C5 y C7.

Trapecio: De forma bilateral, en el punto medio del bore superior.

Supraespinoso: Bilateral, en el origen, sobre la espina de la escápula, cerca del borde medial.

Segunda costilla: Bilateral, en la 2ª unión condrocostal, justo lateral a las uniones de las superficies superiores.

Epicondilo: Bilateral, 2 cm distal a la eminencia epicondilea.

Gluteo: Bilateral, en el cuadrante supero-externo de las nalgas, en el pliegue anterior del muslo.

Trocanter mayor: Bilateral, posterior a la eminencia trocantérea.

Rodillas: Bilateral, en la almohadilla adiposa medial y proximal a la línea articular.

A efectos de clasificación los pacientes tendrán Fibromialgia si satisfacen ambos criterios. El dolor generalizado debe estar presente durante al menos 3 meses. La presencia de un segundo cuadro clínico no excluye el diagnóstico de Fibromialgia. (Wolfe F, 1990).

Pero existen numerosas críticas a estos criterios, ya que la presencia o ausencia de los puntos dolorosos puede depender de la presión ejercida, del distress psicológico presente en ese momento, ...y menciono aparte hay que hacer al número exacto de puntos dolorosos presentes, porque 11 y no 10 o 13...No es nada raro encontrar pacientes que sin cumplir los criterios de Fibromialgia, presentan todas las demás manifestaciones de dicho síndrome (84), y por el contrario hay pacientes, que si cumplen con los criterios mientras que sus manifestaciones clínicas no son relevantes.

II.3. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Son múltiples las patologías que deben considerarse para la realización del diagnóstico diferencial de la Fibromialgia, dada la diversidad de síntomas y tan variados que expresan.

.Trastornos afectivos(depresión..): El paciente suele tener trastornos del sueño, reacciona lentamente, presenta anorexia y pérdida de peso.

.Enfermedad Celíaca: Si no se diagnostica y no se trata, esta enfermedad puede originar dolor y fatiga, además de dolor abdominal.

.Costocondritis

.Hepatitis C: Más del 15% de los pacientes, al inicio de la enfermedad hepática presentan criterios de Fibromialgia.

.Hiperparatiroidismo: Dolor difuso muscular y óseo, y si la hipercalcemia es superior a 12mg/dl, también habrá trastornos de consciencia.

.Hipofosfatemia: Por laxantes, antiácidos...Presentan debilidad muscular, pero raramente dolor muscular.

.Hipotiroidismo

.Compresión de alguna raíz lumbar: los síntomas sólo ocurren en un miembro inferior y suelen empeorar con maniobra de Valsalva.

.Meningoencefalitis no virales: con secuelas crónicas, con dolor difuso y cefalea.

.Trastorno del sueño y apnea: Los trastornos del sueño pueden originar dolor y fatiga que pueden mimificar el síndrome de Fibromialgia.

.Enfermedades Paraneoplásicas: Los tumores de pulmón producen de forma significativa, sintomatología neurológica con/sin hipercalcemia,

pero la sintomatología suele aparecer bruscamente, y suele ocurrir en varones, fumadores y de mayor edad.

.Polimialgia Reumatica: Rara en personas menores de 50 años, y la analítica muestra elevaciones de VSG y PCR, y tiene una respuesta espectacular a esteroides.

.Polimiositis: Existe debilidad muscular proximal además del dolor.

.Encefalitis y Meningitis postviral

.Distrofia Simpático Refleja: El dolor se localiza en un miembro y existen síntomas vasomotores.

.Poliartritis(Artritis Reumatoide, Espondiloartritides y otras poliartritis)

.Estenosis de Canal

.Afectacion Articulación TemporoMandibular

.Enfermedades Metabólicas Oseas: Osteomalacia/Osteoporosis

.Coexistencia de varios reumatismos de partes blandas

.Miopatias Metabólicas

.Infecciones virales: Parvovirus B19, Epstein-Bar

.Sindrome de Fatiga Crónica

III. PRONÓSTICO

III.1. LA CONTINUIDAD COMO CONSTANTE

La remisión clínica es rara(85) (86), lo habitual es la presencia de síntomas continuos con fluctuaciones de intensidad.

Wolfe analizó a 1604 pacientes fibromiálgicos que habían sido revisados en centros reumatológicos durante 7 años (87), y se objetivó que el dolor, la fatiga, los trastornos del sueño, el estado funcional, la depresión y ansiedad estaban presentes tanto al inicio como al final del estudio. Según este estudio, los pacientes que son seguidos en Medicina Primaria tienen mejor pronóstico que los que son seguidos en centros especializados(88), llegando a llevar una vida cercana a la normalidad..

También tendrían mejor pronóstico aquellos pacientes que son tratados de forma precoz y los que tienen una actitud optimista.

IV. TRATAMIENTO

Desde luego, hasta el momento, el tratamiento de la Fibromialgia resulta frustrante tanto para el paciente como para el médico. No existe un tratamiento que sea totalmente eficaz. Las modalidades terapéuticas conocidas hasta ahora consiguen pocos éxitos, la mayoría van encaminadas a tratar los síntomas, disminuir el número de puntos gatillo, mejorar la calidad del sueño así como los test de percepción de estado de salud.

Sólo entre un 30-50% de los diversos tratamientos aplicados, han conseguido mejorar la clínica de estos pacientes(89).

Las terapias que se explican a continuación, son eficaces si se aplican de forma conjunta y coordinada(90):

IV.1. TERAPIAS NO FARMACOLOGICAS:

.1.MEDIDAS EDUCACIONALES Y SOCIALES.

El paciente debe ser informado del proceso que padece y de las posibilidades terapéuticas existentes, tratando de adaptar individualmente dichas posibilidades a cada paciente, y potenciando que colabore con dichas terapias(29)(91).

Se debe tranquilizar tanto al paciente como a la familia, pero instándolos a modificar cualquier sobrecarga física o emocional que pueda empeorar el curso clínico de la enfermedad.

Habrá que advertirles, que la Fibromialgia es una enfermedad muy frecuente entre la población general, que en su devenir, no se verán afectados ningún órgano vital, así como tampoco hay afectación articular ni muscular ni futuras deformidades.

.2.EJERCICIO FISICO.

El ejercicio aeróbico es uno de los tratamientos más validados tanto para Fibromialgia como para el Síndrome de Fatiga Crónica (92)(93)(94).

El ejercicio físico debería ser priogresivo y en absoluto fatigante, se comenzaría muy lentamente y se irían incrementando el número de sesiones semanales y el tiempo de duración de éstas, y siempre considerándolo de forma lenta e individual. El paciente podría comenzar con paseos de unos 15 minutos al dia durante una semana, y posteriormente ir aumentando el tiempo de paseo hasta llegar a una hora al dia, para después ir incrementando el esfuerzo de los ejercicios aeróbicos.(95).

Los ejercicios de fortalecimiento y tonificación realizados en condiciones aeróbicas proporcionan mejora del dolor y de la fatiga

superior al proporcionado por ejercicios de estiramiento.

.3. TRATAMIENTO REHABILITADOR

Debe ser individualizado para cada paciente, en función del dolor e impotencia funcional.

◆ Métodos fisioterápicos utilizados en Fibromialgia:

- Fisioterapia activa supervisada
- Crioterapia
- Termoterapia: Ultrasonidos, diatermia, termóforos
- Masajes
- TENS (estimulación eléctrica transcutánea)
- Balneoterapia

Dentro de los posibles beneficios de los masajes, se incluirían la estimulación de terminaciones nerviosas, que conllevaría liberación de endorfinas y aumento de niveles de serotonina. Las respuestas reflejas también podrían disminuir la tensión arterial (96)

Los masajes, además aumentan la circulación local y favorecen el retorno venoso, lo que ayuda a la limpieza de productos de deshecho

metabólico. Además los estímulos que llegan al cerebro a través de receptores de presión estimulados por los masajes, son más rápidos que los estímulos que llegan al cerebro a través de receptores de dolor, y muy posiblemente bloqueen la entrada de estímulos dolorosos, disminuyendo la sensación de dolor.

Por otro lado, los masajes disminuyen la ansiedad y mejoran el estado de bienestar percibido por el paciente. Como antes decíamos, los pacientes fibromiálgicos tienen títulos más elevados de Sustancia P en LCR que los encontrados en la población sana, y autores como Field et al han demostrado que su nivel disminuye de manera significativa con masoterapia realizada 30 minutos, dos veces a la semana durante cinco semanas(97).

Existen muchos tipos de masajes, pero para pacientes con Fibromialgia resulta más aconsejable los masajes menos agresivos, ya que dichos pacientes son más sensibles a la presión.

Numerosos trabajos recogen la eficacia de masajes y tratamientos locales en la reducción del dolor, la fatiga y la mejora del sueño en Fibromialgia (98)(99)(100)(101). Pero también estos estudios demuestran que ese efecto beneficioso no se prolonga en el tiempo, y que es necesario mantener la terapia de masajes si queremos un alivio prolongado de dichos síntomas (102)

Existen programas educativos que combinan información sanitaria, ejercicio aeróbico y técnicas de rehabilitación, con una frecuencia de varias sesiones semanales con excelente aceptación por parte del paciente y buenos resultados.

.4. TRATAMIENTO PSICOLOGICO

Los factores psicológicos son muy importantes en Fibromialgia, de forma bidireccional, tanto al inicio del proceso como en su mantenimiento (103). Y las creencias sobre el dolor (si es curable o no, como poder controlarlo...) influyen notablemente en su percepción y determinan las estrategias de afrontamiento a utilizar y la capacidad de adaptación al mismo.

El tratamiento psicológico del dolor crónico debe incluir la modificación de las conductas desadaptativas, la reducción de las conductas de dolor, el incremento progresivo de la capacidad funcional, modificación de atribuciones, la promoción de estrategias de afrontamiento adaptativo y tratamiento de trastornos psicopatológicos(104).

La terapia cognitiva-conductual está basada en el estudio de la forma de reaccionar del paciente ante diversos estímulos o experiencias para objetivar las posibles alteraciones de conducta y modificarlas.

Se ha demostrado que la terapia cognitivo-conductual es eficaz en el manejo de pacientes

con Artritis Reumatoide, Osteoartritis y Síndrome de Fatiga Crónica(105)(106)(107)(108)(109), igualmente se ha visto el efecto beneficioso en Fibromialgia(110). Este tipo de abordaje se ha incluido en el listado de tratamientos psicologicos basados en la evidencia de la Asociación Americana para el dolor asociado a enfermedades reumatológicas (111).

Los tres grandes grupos de intervenciones en el ámbito psicológico derivan de la teoría cognitiva de la emoción. Una intervención completa debe incluir tres aspectos:

Programas de modificación del comportamiento, para mejorar el nivel funcional para tareas cotidianas.

- a) Relajación y entrenamiento en técnicas de biofeedback. Se recomienda la reducción de la activación emocional y de la tensión muscular excesiva mediante entrenamiento en relajación muscular progresiva. En algunos casos se puede complementar con técnicas de entrenamiento con biofeedback (electromiografía).
- b) Terapia cognitiva. Incluyendo técnicas de distracción y transformación imaginativa del dolor y del contexto. Además estas técnicas ayudarán a modificar las atribuciones negativas del dolor(110).

Las técnicas cognitivas-conductuales han demostrado también mejorar la aceptación y

cumplimentación de otros abordajes terapéuticos de la Fibromialia, como el ejercicio físico.

.5. TRATAMIENTOS LOCALES

Se basa, en que con estas medidas podemos conseguir altas concentraciones del fármaco localmente, en el sitio del dolor y mucho menores concentraciones sistémicas, así como muchos menos efectos adversos de los fármacos. Además con estas medidas no habría el problema de interacción de fármacos(2)

1. Aplicaciones tópicas:

- AINES
- Capsaicina
- Anestésicos locales (Lidocaina)
- Gabapentina
- Antidepresivos locales

2. Infiltraciones de puntos gatillos (sólo en aquellos casos en que el número de puntos gatillos sea escaso):

- Esteroides
- Xilocaina
- Infiltraciones "secas"

Las inyecciones locales, en los puntos hiperdolorosos, "secas", sin ningún producto, o con suero salino unicamente, asi como con anestésicos locales, han demostrado ser efectivas, quizás su explicación radique en "estiramiento muscular"(114)

3. Bloqueo Simpático regional:

Bloqueando el ganglio estrellado, ha disminuido el dolor y el número de puntos dolorosos (112). Igualmente, el bloqueo simpático regional con guanetidina iv, también ha disminuido el número de los puntos gatillo(113).

IV.2. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SISTEMICO

Terapia analgésica

- El **Paracetamol** a dosis de 3-4 gramos diarios puede ayudar, asociándose generalmente a otros fármacos y sólo se usaría cuando el dolor referido es osteomuscular y en periodos cortos.
- Los **AINE** tradicionales no suelen mostrar más efectividad que los analgésicos simples.
- Los **Corticoides** están contraindicados y hay que tener presente que el síndrome de retirada de esteroides, semeja mucho la sintomatología de la Fibromialgia.

- El **Tramadol**, con discreta acción sobre receptores opiáceos, a dosis de 50-400mg/d parece ser eficaz(115)(116).
- Los **Antidepresivos Tricíclicos**, también son eficaces. La **Amitriptilina** ha sido la más ampliamente estudiada, y a dosis de 5-50mg/noche presenta buena respuesta en el 44% de los pacientes. Se debe comenzar lentamente, a dosis de 5-10mg/d en una toma nocturna e ir incrementando 25-50mg.

Otros Antidepresivos tricíclicos como la **Ciclobenzaprina**, a dosis de 10-40mg

Mejora el dolor y el sueño.

- Los **ISRS (Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina)**, parecen ser mucho menos eficaces que los antidepresivos tricíclicos para la Fibromialgia.
- La **Fluoxetina** en dosis matinales de 20mg es la más conocida.

Pero hay estudios recientes que aseguran que el uso conjunto de Fluoxetina y Amitriptilina mejora la eficacia de ésta última, a dosis de 20mg matinales de Fluoxetina y 25mg de Amitriptilina al acostarse (117) (118).

- Otros ISRS: **Imipramina** 25mg/12-8h

Clomipramina 75mg/d

Meprotilina 75mg/d

- **Antiepilépticos**, usados para el dolor neuropático, como la Pregabalina (119)

-Terapia para la alteracion del sueño

Antes de iniciar terapia para el sueño hay que recomendar una serie de medidas como es la de evitar la cafeina en las horas previas, realizar pautas de relajacion ..

- **Zopiclone**, (7,5mg/noche), es un hipnótico no benzodiacepínico, por lo que sería recomendable como inductor del sueño en pacientes fibromiálgicos.
- **Amitriptilina**, es el antidepresivo tricíclico con mayor efecto sedante. Disminuye los periodos de intrusión de onda alfa en el periodo delta del sueño, mejorando así la calidad del sueño(120).
- **Ciclobenzaprina** (10-40 mg), es otro antidepresivo tricíclico con efecto sedante.
- **Clorpromazina**, también mejora la escala del dolor además de mejorar la calidad del sueño.
- **Alfa-hidroxitirato**, mejora el patrón del sueño, disminuye las intrusiones de ondas alfa, mejorando la calidad del sueño y la fatiga referida por los pacientes (121). Igualmente, el ejercicio físico también mejora la calidad del sueño(122).

Terapia para la fatiga

- Los **Antidepresivos Tricíclicos** serían los más eficaces.

Terapia antidepresiva

- Los **ISRS**(inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina), como son la **Fluoxetina** o **Paroxetina** a dosis de 20-40 mg/d. El uso conjunto con un Antidepresivo tricíclico también mejoraría el dolor.

Terapia ansiolítica

- El más conocido es el **Alprazolam** a dosis de 0,25-0,50 mg/8h

Terapia para trastornos del Sistema Nervioso Autónomo

- Son usados los **Beta-bloqueantes**, como el **Propranolol** en dosis de 10-60mg/d (45).

Otras terapias

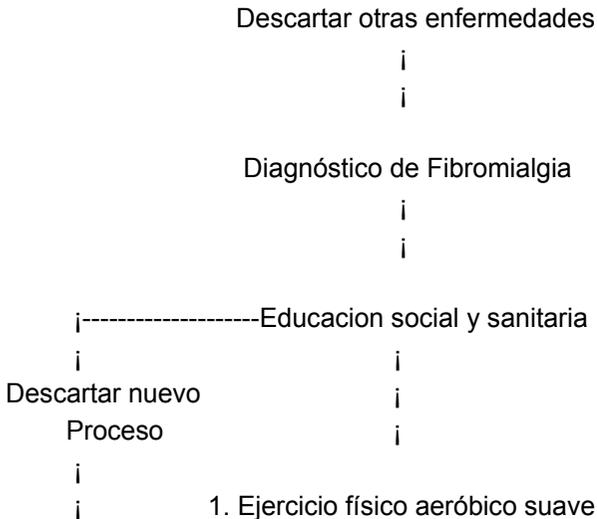
- Aunque se sabe poco acerca de su uso y eficacia, habría que destacar el uso de fármacos **Antagonistas de Receptores 5HT3, Hormona GH iv, Oxibato Na, Calcitonina, Melatonina, Ketamina, Interferon, 5-OH-Triptófano, S-Adenosil-Metionina** (en ensayos clínicos se ha evidenciado una disminución del periodo de latencia en respuesta a los antidepresivos

convencionales en algunos pacientes con depresión mayor), así como el uso de **Opiáceos iv(9)**

Como dijimos al principio, no existe hoy por hoy un tratamiento que cure la Fibromialgia, pero si sabemos que una combinación de ejercicio físico aeróbico suave, masajes, aplicación de calor, terapia psicológica y algunos fármacos para mejorar el sueño y disminuir el dolor, consiguen una mejora en la calidad de vida de los pacientes. Pero insisto que debe ser conjuntamente para que sea eficaz (multidisciplinado). Cada vez son más las unidades donde se realiza este tratamiento multidisciplinario (123).

ALGORITMO PARA EL TRATAMIENTO DE FIBROMIALGIA

(tomado del Kelley's Textbook of Rheumatology, 7th ed)



- i 2. Terapia cognitiva conductual
- i 3. Recomendaciones para conciliar el sueño
- i 4. Considerar Antidepresivos Tricíclicos, incluso con ISRS
- i 5. Considerar Opiaceos
- i 6. Considerar tratamiento rehabilitador y terapias alternativas
- i 7. Tratar sintomas coexistentes (depresión, ansiedad..)
- i
- i Si empeora o
- Nuevos síntomas-----
- |
- |
- Revisones frecuentes hasta estabilizacion
- i
- i
- i
- Revisiones periódicas de apoyo y revisión médica

IV.3. IMPACTO ECONOMICO

La Fibromialgia tiene una prevalencia elevada y su incidencia es mayor en las décadas de edad productiva, por lo que las repercusiones laborales son muy importantes.

El coste de la atención médica de este grupo de población crece de forma exponencial, siendo ya igual o mayor que el de la artrosis(124), y se ha demostrado que el gasto sanitario de pacientes con Fibromialgia es mayor que en pacientes con Síndrome doloroso crónico(24).

La situación laboral de los fibromialgicos varia de unos países a otros, lo que refleja

probablemente diferencias políticas y realidades socioeconómicas.

La Fibromialgia ha alcanzado en algunos países proporciones casi epidémicas en lo que respecta a reclamaciones judiciales de incapacidad, de hecho, el 25% de los pacientes con Fibromialgia ha recibido en EEUU, Canada y algunos países nórdicos, alguna forma de compensación(87)(125)(126)(127)(128), mientras que sólo el 3% de la población general tiene algún tipo de incapacidad laboral. Pero además, como reconocen las autoridades, su crecimiento ha sido explosivo, pasando de un 6% en 1988 (127), a un 26% en 1997(87). En otros países, como Israel y Australia, la incapacidad laboral por Fibromialgia no está contemplada.

ESTUDIOS SOBRE LA SITUACION LABORAL DE FM EN DIFERENTES PAISES(104)

Se menciona el país y la repercusión que tiene esta enfermedad en su situación laboral

Canada.....Entre un 15-50% de los pacientes afectados de Fibromialgia reciben Remuneraciones por incapacidad laboral o bien no pueden realizar. Su jornada habitual, hasta el punto que el 9% de los diagnósticos de IL están relacionados con la Fibromialgia.

EE.UU.....Entre los pacientes con Fibromialgia atendidos en seis servicios de Reumatología, el 11,7% de los pacientes eran pensionistas. El 16,2% de los pacientes FM

estaban recibiendo remuneración de la Seguridad Social, frente al 2,5% de la población general y al 28,9% de los pacientes con Artritis Reumatoide. Considerando todas las posibles fuentes de financiación, hasta un 26,5% de los pacientes habían recibido o recibían algún tipo de compensación por discapacidad(87). En otro estudio, en una serie de 81 pacientes con FM, alrededor del 5% recibía compensación económica por este motivo y no había diferencia entre las pérdidas de días laborables respecto a aquellos con otras enfermedades reumáticas.

Noruega.....La Fibromialgia ha llegado a ser el diagnóstico individual más frecuente en la población femenina como causa de incapacidad permanente(129).

Suecia.....El 24% de los pacientes con Fibromialgia reciben una pensión, frente al 50% de los pacientes con Artritis Reumatoide(130).

Brasil.....En un estudio realizado entre 44 mujeres diagnosticadas de FM, se observó que el 50% de las pacientes habían tenido que abandonar su trabajo y los ingresos familiares disminuyeron un 65%. El 55% recibía algún tipo de ayuda de la Seguridad Social, que en tres casos (15%) era permanente(134).

Israel, Australia....La incapacidad laboral por Fibromialgia no está contemplada(132).

En **España** se hizo un estudio, publicado en el 2000, sobre incapacidad laboral y bajas en la

Comunidad de Madrid, de origen musculoesquelético(131), y se encontraron 16,279 casos de ILT, sólo

57, lo que supone el 0,35% obedecen al diagnóstico de Fibromialgia, y no había casos de Incapacidad Permanente.

Por otro lado, el estudio EPISER (Estudio Epidemiológico de Enfermedades Reumáticas en España)(14), sitúa la tasa de IL en Fibromialgia en un 11,5%, mucho mayor que en la población general que era de un 3,2%.

Si tenemos presente que los estudios de prevalencia de Fibromialgia muestran cifras similares en los distintos países, esa diferencia en la tasa de IL por Fibromialgia en nuestro país, parece relacionarse con la ausencia de diagnóstico de Fibromialgia en los equipos de valoración de incapacidades(133).

Hay diversos estudios de costes económicos de Fibromialgia(124)(135), donde se analizan la repercusión económica de Fibromialgia, evidenciando que los costes directos de Fibromialgia duplican a los generados por otras patologías.

En España, más del 50% de IL responden a una causa musculoesquelética según el estudio EPISER, y además, la duración de la baja es mayor que en cualquier otra causa no musculoesquelética, llegando a superar en un 24% la duración media(132).

Los reumatismos de partes blandas, en los que se incluye la Fibromialgia, son la segunda causa de IL, por delante de las osteoartritis periféricas.

El 78,5% de los pacientes fibromiálgicos con trabajo remunerado, en algún momento habían estado de baja laboral por algún motivo relacionado con la Fibromialgia(136).

El 6,7% de los pacientes fibromiálgicos vistos en consultas de Reumatología son pensionistas por esta causa (136).

Además la coexistencia de un trastorno crónico en Fibromialgia es muy alta respecto a la población general, conllevando mayor número de visitas médicas, gastos sanitarios, medicamentos, intervenciones quirúrgicas(134).

Por otro lado, los pacientes fibromiálgicos suelen ser tratados con varios fármacos, no exentos de efectos secundarios, lo que también aumenta el gasto sanitario. En el estudio EPISER 2000, se hace mención especial a la Fibromialgia, como uno de los trastornos crónicos asociados a mayor consumo de fármacos. El estudio epidemiológico de Fibromialgia de Londres, realizado en población canadiense, estima en el doble el consumo de fármacos y servicios de Salud en pacientes con Fibromialgia respecto a controles sanos(125). Wolfe recoge en sus estudios una media de diez visitas médicas al año por cada paciente fibromiálgico, con un consumo

de 2,7 fármacos relacionados con Fibromialgia en cada periodo de 6 meses.

Wolfe calculó, que el coste económico en 1996, era de 2.274 dolares por paciente y año(124).

IV.4. RELACION MEDICO-PACIENTE

Frustrante, quizás es el término que con mayor precisión describe la relación por ambas partes.

La Fibromialgia, como antes hemos dicho, es un trastorno altamente prevalente, de etiología desconocida, sin marcadores biológicos ni de imagen que la avalen en su diagnóstico, ni en su gravedad, y sin tratamiento conocido. Todo ello conduce a una impotencia, vulnerabilidad y frustración bidireccional.

Los criterios diagnósticos de la ACR no nacieron con fines diagnósticos, sino epidemiológicos, y así poder agrupar enfermos para ensayos clínicos. Pero cada vez surgen más dudas de su utilidad. Los criterios utilizados son totalmente subjetivos, tanto por parte del paciente como del facultativo. Basándose en el síntoma que lleva al enfermo a la consulta, el dolor, se ha establecido un número determinado de puntos dolorosos como cut-off, 11 (y no 8 o 12), de forma arbitraria, lo que sólo resulta en la selección de entre individuos que muestran dolor musculoesquelético generalizado, los peores, los más graves, y so éstos también los que muestran

con mayor frecuencia trastornos psicológicos y también de mayor intensidad.

Siendo así, cada vez son mayores las críticas por parte de numerosos autores, y una gran mayoría de clínicos, de los conocidos criterios diagnósticos de la ACR, y reclaman la revisión de dichos criterios o la instauración, aún mejor de otros nuevos.

Y ello es así, porque para el médico aún no está claro el diagnóstico de Fibromialgia y la etiqueta de "Fibromialgia" en un paciente puede reafirmar al sujeto como enfermo, aumentando su comportamiento de incapacidad y requiriendo más supervisión médica.

Además, como también antes mencionábamos, en estos pacientes, aunque no existe una personalidad específica, sí que es muy frecuente rasgos de meticulosidad, exigencia y perfeccionamiento (133), y ante la ausencia de datos biológicos o de imagen que expliquen sus síntomas, así como la ausencia de terapia "curativa", es habitual el descontento y la falta de confianza respecto al médico, no le cree suficientemente eficaz para su dolencia y acude a otras consultas, reclamando nuevas exploraciones y aumentando su desconfianza de la clase médica. Igualmente, por parte del médico, es altamente frustrante el no encontrar causa a las múltiples quejas de sus pacientes, lo que conduce a un número ingente de exploraciones complementarias e interconsultas, con un elevado

consumo de tiempo sanitario en consultas sobresaturadas, y con pacientes que siguen reclamando mayor atención sanitaria(137)(138).

IV.5. IMPLICACION DE LA MEDICINA PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

En sentido estricto, corresponde al reumatólogo el estudio y tratamiento de la enfermedad médica del aparato locomotor.

Respecto a quien corresponde el seguimiento de los pacientes fibromiálgicos, pienso que en nuestro sistema sanitario debería ser el médico de familia el que en función de los síntomas del paciente, debería llevarlos, evitando la etiqueta diagnóstica, realizando la información adecuada, aconsejando los hábitos de vida como ejercicio físico y evitando que el paciente recorra numerosas consultas médicas. Remitiendo al reumatólogo aquellos con dificultades de diagnóstico o manejo, o en los que existe duda razonable de coexistencia de otros procesos musculoesqueléticos, ya que el seguimiento de pacientes fibromiálgicos por especialistas, hasta la actualidad, y en base a los trabajos publicados es inútil, costoso y consumidor de tiempo(139)

Según Wolfe, después de un seguimiento largo de pacientes con Fibromialgia, objetivó que a los 7 años de seguimiento, los pacientes que habían sido revisados por especialistas no evolucionaban mejor que los seguidos en primaria, el dolor, la fatiga, los trastornos del

sueño y las alteraciones psicológicas no variaban en el tiempo a pesar de haber sido seguidos en centros reumatológicos(134). Pero también es cierto que los pacientes remitidos a centros especializados suelen ser los más severos, o tristemente y para nada sorprendente, los que tienen más síntomas psiquiátricos(140), pero en estos casos sería más adecuado la evaluación psiquiátrica, que identificaría trastornos emocionales y conductas inapropiadas.

IV.6. PROBLEMATICA LABORAL

El dolor y la fatiga influye negativamente en todas las actividades del paciente. Necesitan cada vez más tiempo para efectuar las actividades de la vida diaria, tienen que levantarse más temprano y precisan de periodos de descanso durante el día para poder llevar a cabo las actividades de la vida diaria y sus trabajos, especialmente si son físicos(141). Sus actividades son bien toleradas si acontecen durante cortos periodos de tiempo, pero cuando son prolongados, sobretodo si requieren esfuerzo muscular, aumentan la sintomatología del paciente. Igualmente, se agravan los síntomas ante situaciones de stress y/o condiciones climáticas no confortables(142).

Las adaptaciones que el paciente fibromiálgico tiene que hacer para convivir con su patología, indudablemente, repercute negativamente en sus actividades laborales.

El paciente fibromiálgico presenta una apariencia de “normalidad”, pero tienen dificultad en conservar sus empleos y ser competitivos(143)(144)(145).

Es fundamental recordar que la Fibromialgia es altamente prevalente, especialmente, en décadas de la vida en edad activa, con todo lo que ello supone.

La sintomatología del paciente empeora con el número de horas de trabajo, algunos no pueden finalizar su jornada habitual. Una solución sería disminuir la jornada laboral en aquellos casos en que fuese posible.

IV.7. EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS

Las diversas modalidades terapéuticas disponibles hoy por hoy para Fibromialgia, raramente llevan a la curación, pero desde luego la existencia de equipos multidisciplinarios ayudan al paciente.

Estos equipos estarían basados en la educación sanitaria, terapia ocupacional, tratamiento farmacológico y no farmacológico del dolor, programas de ejercicios físicos, tratamiento de problemas psicológicos, así como tratamiento de aquellos síndromes que se asocian a la Fibromialgia(146)(147)/148)(149)(150).

Estos equipos multidisciplinarios estarían integrados no sólo por facultativos, sino también ATS, fisioterapeutas, psicólogos y asistentes

sociales. Se formarían grupos de pacientes con visitas periódicas semanales de 60-90 minutos de duración, donde además de los objetivos antes reseñados, los pacientes se reúnen con otras personas de similares características a ellos mismos, con sus mismas dudas, sus mismos problemas y donde surgen terapias de modificación de conducta, de ayuda mutua y camaradería. Los resultados obtenidos en grupos ya existentes, han sido muy esperanzadores(151)(152)(123).

V. PARTE: ASPECTOS JURÍDICOS

La Fibromialgia es una enfermedad que ocasiona, en las personas que la padecen, determinados efectos limitativos de su capacidad que, según la intensidad con que se manifiestan, pueden llegar a tener carácter invalidante, lo que en un mayor o menor grado repercutirá en su ámbito personal, social y laboral.

Son muchas las reclamaciones formuladas en el último año por pacientes afectados por Fibromialgia en la Defensoría del Paciente de la Comunidad de Madrid y todas ellas coincidentes en sus pretensiones –mejora en la atención clínica, mayor conocimiento de la enfermedad por parte de los profesionales sanitarios y desprotección socio-laboral -.

Es, en este último aspecto, donde la Fibromialgia adquiere connotaciones de tipo jurídico ya que son los Tribunales de Justicia los que –en caso de resolución denegatoria de la pretensión de la declaración de incapacidad por INSS- a través de sus Resoluciones, determinan si las personas afectadas sufren alguna disminución en su capacidad para desarrollar alguno o cualquier tipo de trabajo y en su caso conceden la prestación solicitada.

Normalmente, la evaluación de la discapacidad de los enfermos afectados por

Fibromialgia da lugar a un proceso controvertido debido, principalmente, a la dificultad de objetivación de su incapacidad, la incredulidad diagnóstica de los agentes evaluadores, la concurrencia de anomalías psíquicas, las deficiencias en los instrumentos de evaluación y la escasa eficacia del tratamiento

1.- LA FIBROMIALGIA COMO CAUSA DE INCAPACIDAD O INVALIDEZ

La invalidez se presenta como un acontecimiento excepcional de la vida laboral (STC (1) 127/2003 [RTC (2) 2003/1978] y STC 78/2004 [RTC 2004/78]). Frente a otras contingencias, como la jubilación, que supone la culminación de la vida activa provocada por el declive natural de las facultades para la realización adecuada del trabajo por razón de edad, la incapacidad es una circunstancia sobrevenida derivada de reducciones anatómicas o funcionales graves que acontece cuando la persona se encuentra en edad de trabajar, produciendo la disminución o anulación de la aptitud laboral.

En todos los casos estudiados que finalmente llegaron a nuestros Tribunales, los

- (1) STC: Sentencia del Tribunal Constitucional.
- (2) RTC: Referencia Aranzadi.

enfermos afectados por la enfermedad habían pasado previamente por una sucesión de bajas laborales de naturaleza transitoria, habiendo agotado muchos de ellos el periodo máximo de permanencia en dicha situación, permitido por la Ley. Es concluyente, en este sentido, el estudio llevado a cabo por D. Francisco Javier León Iglesias (3) sobre 77 casos de Fibromialgia dirimidos ante los Tribunales de Justicia, donde el periodo medio de permanencia en situación de Incapacidad Temporal de los demandantes de Incapacidad Permanente fue de 15 meses.

2.- INCAPACIDAD TEMPORAL:

La Incapacidad Temporal viene regulada en el artículo 128 y siguientes del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por RDLeg. 1/94, de 20 de junio (en adelante LGSS). Es, precisamente en el artículo 128.1 donde se establece que *“Tendrán la consideración de situaciones determinantes de incapacidad temporal las debidas a enfermedad común o profesional y accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia*

- (3) Búsqueda de nuevos criterios de valoración del menoscabo funcional en los procesos de Incapacidad Permanente con causa en la Fibromialgia y/o Síndrome de Fatiga crónica. Un enfoque multidisciplinar. Tesis presentada por D. Fco. Javier León Iglesias. Departamento de Medicina. Universidad del País Vasco. Leioa, Septiembre 2005.

sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de doce meses, prorrogables por otros seis cuando se presuma que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica por curación”.

Aclarando seguidamente el referido precepto que *“agotado el plazo de duración de doce meses previsto en el párrafo anterior, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la incapacidad permanente del trabajador, será el único competente para reconocer la situación de prórroga expresa con un límite de seis meses más , o bien, para iniciar un expediente de incapacidad permanente, o bien, para emitir el alta médica a los exclusivos efectos de la prestación económica por incapacidad temporal (...)”.*

Asimismo, en el artículo 131.1 de la citada LGSS queda determinado que, entre otras razones, *“el derecho al subsidio se extinguirá por el transcurso del plazo máximo fijado establecido para la situación de incapacidad temporal de que se trate (...)”.* Añadiendo que, *“en el supuesto de que el derecho al subsidio se extinga por el transcurso del plazo máximo establecido en el anteriormente mencionado artículo 128 y el trabajador hubiese sido dado de alta médica sin declaración de incapacidad permanente, sólo podrá generarse un nuevo proceso de incapacidad temporal por la misma o similar patología si media*

un periodo de actividad laboral superior a seis meses (...)”.

Es, precisamente en este contexto, en el que se encuentran inmersos todos aquellos pacientes afectados por la enfermedad que han presentado su reclamación en los últimos meses en la Defensoría del Paciente de la Comunidad de Madrid. Todos ellos habían consumido el plazo máximo de permanencia en situación de Incapacidad Temporal fijado por la Ley, algunos con la correspondiente prórroga, y habiendo sido valorados por el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI), se les había denegado su pretensión de Incapacidad Permanente. Es significativo, que solamente en uno de estos casos, se optase por ejercitar su pretensión ante la vía judicial mediante la preceptiva Reclamación Previa. Los demás “interesados” tomaron la decisión, bien de extinguir su contrato laboral por su propia voluntad, bien por solicitar una excedencia voluntaria por un periodo de seis meses para, una vez reincorporado a la actividad laboral, tener una nueva opción a disfrutar de una nueva situación de Incapacidad Temporal en caso de necesidad.

Al constituir la Incapacidad Temporal un proceso por el que, de manera casi sistemática, pasan todos los pacientes afectados por Fibromialgia, la reducción de los tiempos de permanencia en dicha situación debe constituir un objetivo, no solamente en el aspecto meramente economicista, sino también clínico. Es obvio que si

un paciente, después de sufrir un proceso de Incapacidad, se reincorpora al mundo laboral es porque está capacitado para ello, bien por haberse producido la curación, bien porque ha experimentado una sensible mejoría en sus limitaciones funcionales.

La reducción de los tiempos de permanencia en situación de baja laboral es el objetivo que ha servido de guía a los autores de un estudio sobre "*discapacidad laboral aguda de origen musculoesquelético*" Se trata de un programa específico de intervención en el Servicio Madrileño de Salud, que por su metodología y resultados hemos considerado conveniente referenciar y sintetizar en esta publicación.

Programa de intervención sobre Discapacidad Laboral aguda de origen musculoesquelético (4).

Las enfermedades o trastornos musculoesqueléticos (TME), entre las que se encuentra la Fibromialgia, son una de las principales causa de discapacidad laboral a corto y largo plazo, generando pérdidas de productividad en sociedades industrializadas equivalentes al 1,3% del producto nacional bruto.

(4) Juan A, Jover et al. Annals of Internal Medicine. 20 September 2005. Volume143. Number 6.

El objetivo de este programa, cuyos resultados han sido recientemente publicados en la revista *Annals of Internal Medicine*, fue analizar si un programa de intervención específico, ofrecido a pacientes con discapacidad laboral incipiente, era eficaz en cuanto a mejorar la evolución de los pacientes que se encontraban en situación de baja laboral. Además, se llevó a cabo una evaluación económica del Programa desde un punto de vista social.

El estudio se llevó a cabo en tres Áreas Sanitarias de Madrid, sobre pacientes que se encontraban en situación de Incapacidad Temporal por padecer TME—diagnosticados por el Médico de Atención Primaria— no provocados por lesiones, traumatismos ni intervenciones quirúrgicas.

Método del Programa

Consistió en establecer dos grupos de pacientes que participaron de forma voluntaria, uno de control y otro de intervención, asignados de forma aleatoria. El grupo de control recibió el tratamiento habitual a través de su médico de Atención Primaria, siendo derivados hacia la Atención Especializada cuando se considerara necesario. El grupo de intervención, sin embargo, contó con un programa específico, dirigido por médicos Reumatólogos.

El método empleado, en relación a la asistencia médica prestada a los pacientes

incluidos en el grupo de intervención fue el siguiente:

- La atención clínica se llevó a cabo por dos Reumatólogos en cada Área, con dedicación a tiempo completo.
- Durante la primera visita, de duración aproximada de 45 minutos, los pacientes eran diagnosticados clínicamente, una vez descartada la existencia de enfermedades graves.
- Se les pautaba la terapia adecuada a su TME, según protocolos específicos para lumbalgia, cervicalgia, hombros, brazo, mano, rodilla y pie, incluyendo tres niveles diagnósticos y terapéuticos. Estos tres niveles, de complejidad creciente, se llevaban a cabo según la evolución en el tiempo de cada paciente y la presencia o ausencia de signos de alarma.
- Se les proporcionaba información acerca de los aspectos beneficiosos que la vuelta a la actividad laboral les podría suponer para superar su enfermedad.
- Se les proporcionaba instrucciones de autocuidado como: procurar evitar el descanso en cama, movilización temprana de las regiones dolorosas, restringir el uso de vendajes e inmovilizaciones, realizar ejercicios de estiramiento y fortalecimiento, información sobre técnicas de ergonomía y

sobre niveles óptimos de actividad física y entrega de folletos informativos sobre dolor de cuello y espalda.

- Los pacientes con un nivel más alto de discapacidad o de dolor recibieron un tratamiento más intensivo y se les pautaba una llamada telefónica o una segunda visita dentro de las siguientes 72 horas.

Las variables que se utilizaron para analizar la eficacia del Programa fueron: la duración de las bajas, el número de bajas y el número de pacientes que acudieron a evaluación por Invalidez Permanente. Los episodios de baja laboral fueron medidos desde el día en el que se concedió la Incapacidad Temporal hasta el día del alta médica.

Se incluyeron en el estudio 13.077 pacientes; 7.805 en el grupo de control y 5.272 en el grupo de intervención, con un total de 16.297 episodios de Incapacidad Temporal relacionados con TME.

Resultados de eficacia:

Los episodios de Incapacidad Temporal fueron significativamente más cortos en el grupo de intervención que en el de control; mientras en el grupo de intervención la media de permanencia fue de 26 días, en el grupo de control se situó en 41, siendo muy similares los episodios por paciente en ambos grupos. Además, tanto el número de pacientes que fue evaluado para

Invalidez Permanente, como el número de pacientes al que se le concedió dicha invalidez disminuyó a la mitad.

Resultados económicos:

Se tuvieron en cuenta los costes de atención especializada, Servicios de Urgencias y de Admisión, pruebas diagnósticas, fisioterapia, rehabilitación y medicación. Para obtener los costes indirectos se multiplicaron los días de Incapacidad Temporal por el sueldo medio diario, resultando el coste total de la Intervención de 189.314 dólares por Área de Salud.

Conclusiones:

Los resultados muestran que, entre los pacientes con una Incapacidad Temporal iniciada recientemente generada por un TME, aquellos que recibieron un programa específico y especializado de cuidados fueron capaces de volver antes a su trabajo y hubo menos tendencia hacia una Incapacidad Permanente que los que siguieron el tratamiento habitual. Además estos resultados se obtuvieron con un menor uso del sistema sanitario, con mayor satisfacción del paciente y con una ratio coste-beneficio muy favorable a este último.

De hecho, el ahorro generado al reducir la medicación y la fisioterapia fue más que suficiente para financiar el coste del programa. Sumados los costes directos e indirectos se obtuvo un

“beneficio” sobre la inversión inicial de entre el 800 % y el 2000 % en los dos años de duración del programa.

Factores que contribuyeron a la eficacia del programa:

1. El haber considerado la Incapacidad Temporal como un problema de salud importante que requería una intervención temprana y específica.
2. El programa consistía en una simple pero profunda revisión (re-ingeniería) del proceso asistencial, evitando la peregrinación del paciente a través de distintos niveles y especialidades. El programa, llevado a cabo por Reumatólogos, podría ser adaptado e implementado por otros profesionales de la salud, como Atención Primaria, Medicina del Trabajo, Traumatología o Rehabilitación.
3. El programa fue bien aceptado tanto por los profesionales de la medicina como por los pacientes que voluntariamente se sometieron a él.

3.- INCAPACIDAD PERMANENTE:

En cuanto a la Incapacidad Permanente, conforme a lo establecido en el artículo 136,1º de la LGSS, *“en la modalidad contributiva es Incapacidad Permanente la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones*

anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral (...).

Son tres, por tanto, las notas características que definen el concepto de invalidez permanente:

1. 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.
2. Que sean previsiblemente definitivas, esto es, incurables, irreversibles; siendo suficiente una previsión seria de irreversibilidad para fijar el concepto de invalidez permanente, ya que, al no ser la medicina una ciencia exacta, sino fundamentalmente empírica, resulta difícil la absoluta certeza del pronóstico, que no puede emitirse sino en términos de probabilidad.
3. Que las reducciones sean graves desde la perspectiva de su incidencia laboral, hasta el punto de que disminuyan o anulen su capacidad laboral en una escala gradual que va desde el mínimo de un 33 % de disminución de su rendimiento para la profesión habitual -Incapacidad Permanente Parcial- a la que impide la realización de

todas o de las fundamentales tareas de la misma –Incapacidad Permanente Total-hasta la abolición del rendimiento normal para cualquier profesión u oficio que el mercado laboral puede ofrecer –Incapacidad Permanente Absoluta-. (STSJ (5) de Extremadura de 10-06-2005, Recurso 203/2005, STSJ de Navarra de 31-10-2003, Recurso 334/4072, STSJ de Madrid de 25-07/2003, Recurso 2949/2003, STSJ de Castilla La Mancha de 28-12-2001, Recurso 1024/2001, STSJ de Cataluña de 31-01-2000, Recurso 2013/1999, STSJ de Extremadura 13-04-1998, Recurso 216/1998.

Está fuera de toda duda que el dolor es un factor íntimamente relacionado con la incapacidad y que es el factor de mayor importancia en cuanto a la repercusión en la calidad de vida. Al caracterizarse la Fibromialgia por presentar una sintomatología cuyo principal factor es el padecimiento de dolores generalizados, pero sin base objetivable a efectos de prueba, se observa una cautela Judicial máxima a la hora de confirmar el menoscabo funcional manifestado por los demandantes, máxime cuando la literalidad del precepto anteriormente transcrito exige que las lesiones deben contar con un sustrato objetivable, es decir susceptibles de prueba.

(5) STSJ: Sentencia del Tribunal Superior de Justicia

Es ilustrativa, en este sentido, la STSJ del País Vasco de 30/05/00 (Recurso 284/2000), al considerar la Fibromiagia como **“una enfermedad real y no un simple cúmulo de alegación de síntomas carente de base objetiva, caracterizada por dolores musculares, que ha sido diagnosticada a la demandante, como consta en los informes médicos señalados en el recurso, recoge el informe médico de síntesis e, incluso, admite el Juzgado, que únicamente menciona la ausencia de base orgánica objetivable, en craso error que deriva de confundir la falta de conocimiento de la causa que los produce con el carácter ficticio de la enfermedad.** El Tribunal, en este caso, entiende que por el hecho de no poder probar, mediante los correspondiente medios diagnósticos, la concreta reducción funcional sufrida por el paciente, no por ello se puede considerar dicha enfermedad como inexistente.

4.- MEDIOS PROBATORIOS. LOS PUNTOS GATILLO (TENDER POINTS).

Según se declara en el Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la Fibromialgia (6), el

(6) Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la Fibromialgia. I Simposio de dolor en Reumatología. Reumatol Clín. 2006; 2 Supl 1:S55-66.

diagnóstico de dicha enfermedad es exclusivamente clínico y está basado en la presencia de dolor osteomuscular crónico y generalizado de más de 3 meses de duración, de forma continua, en ambos lados del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura, y dolor en el esqueleto, debiendo producirse dolor en la palpación en, al menos, 11 de los 18 puntos simétricos siguientes: occipital, cervical bajo, trapecio, supraespinoso, segundo espacio intercostal en la unión costocondral, epicóndilo, glúteo, trocánter mayor y rodilla. Es necesario precisar que, en estos momentos, el método de diagnóstico antes citado se está revisando, ya que, además se deben valorar otros síntomas como manifestaciones neurológicas, neurocognitivas, psicológicas, del sistema neurovegetativo, endocrinas, etc.

Los tribunales, al cuestionar cada vez más la objetividad de la Fibromialgia, han tratado de buscar la objetividad proclamada en el artículo 136,1º de la LGSS, en los referidos puntos sensibles (*tender points*): *“La Fibromialgia se caracteriza por la **objetivación** de dolor a la palpación en un número concreto y típico de puntos del cuerpo (los puntos gatillo, en este caso 10 sobre los 18 característicos) **no constando patología orgánica concreta y determinada que lo justifique.** STSJ del País Vasco de 11/02/03 (Recurso nº 23/2003).*

La Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña ha declarado reiteradamente,

a través de sucesivos pronunciamientos, que “*la mera constatación del diagnóstico diferencial de Fibromialgia no es elemento suficiente para establecer de forma automática el carácter incapacitante de esta enfermedad, sino que al tratarse de una patología cuyo elemento definidor es el dolor generalizado de carácter esquelético-muscular, cuya intensidad no sólo puede variar de una a otra persona en función de los umbrales de sensibilidad al dolor de cada individuo, sino que incluso varía la intensidad en la misma persona en función de los días y de las horas del día, **es imprescindible que se constate el número de puntos gatillo afectados**, conforme a los criterios diagnósticos establecidos por el American College of Rheumatology en 1990, de manera que cuando existen más de 11 puntos gatillo afectados y síntomas adicionales o acompañantes, habitualmente alteraciones psíquicas, que determinan incapacidad para realizar tareas incluso livianas, la calificación correspondiente es la de Fibromialgia grave e incapacitante, de modo que se atiende, no sólo al número de puntos positivos, sino también y de manera muy especial a las concretas repercusiones funcionales, sin perder de vista que nos hallamos ante una enfermedad crónica, para lo cual en la actualidad sólo existen tratamientos paliativos de los síntomas” (STSJ de Cataluña, de 1 de octubre, Recurso nº. 2706/2004).*

En este mismo sentido se ha pronunciado también la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, según se puede apreciar en

el extracto de las tres siguientes Sentencias recientemente dictadas:

*“La Fibromialgia, como enfermedad crónica y compleja, con presencia calculada entre un 2 y 3 % de la población española, que provoca dolores extensos que afectan a la esfera biológica, psicológica y social del paciente, con un alto índice de frecuentación y elevado consumo de recursos sanitarios, se asienta en dos criterios diagnósticos (documento de consenso sobre el tratamiento y diagnóstico de la Fibromialgia adoptado en conferencia de consenso en Cataluña): Una historia de dolor generalizado en el lado derecho e izquierdo del cuerpo, por encima y debajo de la cintura (cuatro cuadrantes corporales) además de existir dolor en el esqueleto axial. **Dolor a la presión de al menos 11 de los 18 puntos elegidos que corresponden a las áreas más sensibles del organismo. Con el mínimo de 11 puntos de dolor objetivados es posible, valorando las circunstancias concurrentes, reconocer el grado de total**” (STSJ Madrid, de 06-06-2005, Recurso 1345/2005).*

*“Se reputa de grave una fibromialgia de **15 puntos dolorosos en gatillo sobre 18 posibles**, lo que unido al resto de patologías identificadas en la resultancia fáctica por “lumbalgia, depresión, gonartrosis, colon irritable”, hace que “la única conclusión jurídica, humana y equitativa posible” sea reconocer el grado de Incapacidad Permanente Absoluta (STSJ*

Madrid, 6 de junio de 2005, JUR 2005/176966)
(7).

“(…)18 puntos en gatillo sobre 18 puntos posibles de fibromialgia es un cuadro clínico acreedor de Incapacidad Permanente Absoluta” (STSJ Madrid, 30 de mayo de 2005, JUR 2005/187213.

Como se puede constatar a través de las Resoluciones antes mencionadas, parece que la existencia de determinados “*puntos gatillo*” en los demandantes eleva la posibilidad de que la pretensión de su presunta invalidez prospere, sin embargo, las dudas se plantean en relación a los puntos mínimos exigibles para que la sentencia sea estimatoria. Lo que sí se llega a afirmar, inequívocamente, en la SJS (8) nº 2 de Vigo de 9/7/03 es que **“la Jurisprudencia y la doctrina médica sí son unánimes a la hora de determinar que la FM adquiere la categoría de enfermedad invalidante, cuando supera los 18 puntos dolorosos”.**

En el estudio anteriormente citado, sobre los 77 casos de Fibromiálgia que, finalmente, llegaron a nuestros Tribunales y fueron objeto de la muestra, se obtuvo finalmente una media de

(7) JUR/.....: Referencia Aranzadi

(8) SJS: Sentencia Juzgado de lo Social

16,23 tender points (puntos gatillo) por paciente demandante de Incapacidad.

5.- FIBROMIALGIA: MENOSCABO FÍSICO Y PSÍQUICO.

No parece existir controversia alguna sobre la consideración de la Fibromialgia como una entidad multifactorial donde intervienen elementos biológicos, psicológicos, ambientales, y también laborales, cuyo fenómeno central lo constituye una alteración en la modulación del dolor. En el ya mencionado estudio elaborado por F. León Iglesias se puede determinar que en el 65% de los casos la Fibromiálgia aparece en comorbilidad con un trastorno ansioso-depresivo.

Aunque se puede observar que los Tribunales no consideran el trastorno psiquiátrico en sí mismo generador de prestación, sí puede observarse una cierta tendencia a la estimación de sus pretensiones –sin contrastar estadísticamente- cuando el actor presenta en comorbilidad, de menor a mayor, un trastorno ansioso-depresivo, una personalidad obsesiva, un trastorno por somatización o una depresión mayor.

Es, por tanto, el trastorno depresivo mayor la filiación diagnóstica psiquiátrica a la que más habitualmente confieren relevancia los órganos Judiciales a los efectos de acceder a la Invalidez demandada:

(...) Ya no se trata de un trastorno ansioso-depresivo, sino de un trastorno depresivo mayor, con una tendencia a la cronificación, a pesar de la medicación que está tomando, lo que evidencia la existencia de un superior deterioro de sus facultades cognoscitivas, que le hacen tributario de una Incapacidad Permanente Absoluta. SJS nº 9 de Vizcaya de 28/2/02.

(...) Ahora bien, a nivel psiquiátrico presenta un trastorno depresivo mayor asociado al cuadro generalizado de dolores y a una situación de estrés laboral, con una tendencia a la cronicidad y empeoramiento a pesar del tratamiento (...), lo que supone un menoscabo psiquiátrico severo, y provoca deterioro cognitivo, pérdida de contacto con la realidad, razones que determinan la estimación de la demanda en su pretensión principal. SJS nº 4 de Vizcaya de 25/9/02.

También se puede apreciar que algunos Tribunales se cuestionan en sus Resoluciones la naturaleza orgánica o psiquiátrica de la Fibromialgia, expresándose sobre este tema la SJS de Vizcaya de fecha 13-01-2003: *(...) apreciándose únicamente la referencia algica generalizada en toda la anatomía de la paciente que carece de causa orgánica que la justifique, que se ha dado en denominar Fibromialgia por la ciencia médica ante su inconcreción, y que aún está por determinar por dicha ciencia si es consecuencia de padecimientos psíquicos, como en este caso también concurren, o a la inversa,*

los padecimientos psíquicos son efecto secundario de la propia referencia algica.

6.- DETERMINACIÓN DE LA INCAPACIDAD PERMANENTE.

Es necesario aclarar que, aunque la prevalencia de la enfermedad de Fibromialgia en la población general, mayor de 20 años es del 2,4 % -y por tanto la gran mayoría de los sujetos afectados forman parte de la población activa- los supuestos en los que concurre una afectación de su capacidad para el desempeño de una actividad laboral no son superiores a cualquier otra enfermedad cuya sintomatología se caracterice por presentar dolores músculo-esqueléticos.

Aún así, en un estudio realizado por EPISER (9) sobre la prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española en el año 2001 se puso en evidencia que el 11,5 % de las personas con Fibromialgia se encontraban en situación de incapacidad laboral de forma transitoria o permanente. En otro estudio publicado por la Revista Española de Reumatología del año 1999 (10), sobre el impacto

(9) Sociedad Española de Reumatología. Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2001.

(10) Tornero J, Vidal J. Impacto social y económico de las enfermedades reumáticas: la discapacidad laboral. Rev. Esp. Reumatol. 1999.

social y económico de las enfermedades reumáticas, se objetivó que el 5 % de toda la invalidez permanente por enfermedad reumática en España es por Fibromialgia.

Para poder determinar la existencia o no de Incapacidad debe valorarse el binomio LESIONES-FUNCIÓN, de manera que *“la invalidez supone situación individualizada para cada sujeto, dado que se valora una capacidad concreta, para un trabajo concreto, en un sujeto concreto y en un momento concreto”*. (STSJ Valencia 25-02-1992, Recurso nº. 1489/90).

A la hora de llevar a cabo la valoración de las “reducciones anatómicas funcionales graves”, exigidas por el artículo 136.1 de la LGSS, no cabe tener en cuenta otros aspectos ajenos al factor sicofísico de alteración de la salud, como serían por ejemplo, las deficiencias culturales, conflictos familiares o la edad como obstáculo para acceder al mercado de trabajo, ya que *“las dificultades que pueda tener el trabajador para encontrar empleo, por razón de su falta de conocimientos o preparación, ya vienen contempladas en nuestras Leyes, las cuales han establecido que, de concurrir en persona mayor de 55 años y pensionista de Incapacidad Total por un régimen de Seguridad Social protector de los trabajadores asalariados, dé lugar a que, mientras no se tenga empleo, se tenga derecho a cobrar un incremento en la cuantía de esa pensión”* (STSJ de País Vasco, de 20-06-2000, Recurso 839/2000), de tal forma que se percibe calculada en función del 75 % de la

base reguladora, en lugar de hacerlo con el 55 % de la misma (artículo 6 del Decreto 1646/1972, de 23 de junio, en relación con el artículo 139.2 de la LGSS).

A efectos de la calificación del grado de Incapacidad Permanente, lo que se tiene en cuenta no es la lesión en sí misma, sino la repercusión que ésta pueda tener sobre la capacidad de trabajo, pues el riesgo cubierto no es propiamente la salud del trabajador, sino la carencia de rentas que su falta origina (STSJ de Madrid de 27 de febrero, Recurso nº.118/2006).

Eso significa que no basta con que las reducciones anatómicas o funcionales sean graves, sino que además es necesario que, como consecuencia de las mismas, el sujeto se encuentre total o parcialmente incapacitado para trabajar, pues para el reconocimiento del derecho a las prestaciones de Incapacidad Permanente sólo tienen relevancia las lesiones que disminuyan o anulen la capacidad laboral. Y es que, por muy grave que sea el cuadro clínico existente, si este, en relación a los requerimientos que constituyen el núcleo de la actividad profesional, no alcanza relevancia para el desarrollo efectivo de un trabajo, impediría la calificación como Incapacidad Permanente; por el contrario, una dolencia o lesión aparentemente insignificante puede repercutir anulando la concreta realización de una profesión. Por consiguiente, "(...) *más que de incapacidades o enfermedades hay que hablar de incapacitados o*

enfermos. Pérdidas pequeñas de la incapacidad global pueden justificar una Incapacidad Permanente Total, y pérdidas grandes no ser suficiente si la profesión es sedentaria o de gran variedad funcional" (STSJ Madrid, de 29-11-2004, Recurso nº. 2004/3916).

Al considerarse la Fibromialgia como un síndrome en el que pueden llegar a concurrir multitud de síntomas, manifestándose cada uno de ellos con un grado de intensidad diferente, a la hora de valorar la incapacidad demandada habrá que tenerse en cuenta como repercute, precisamente ese síntoma concreto, en la realización de la actividad laboral. Por ello habrá personas afectadas por la enfermedad que estarán impedidas para llevar a cabo profesiones en la que el trabajo se desarrolle fundamentalmente o totalmente de manera sedentaria, mientras que otras no pueden realizar labores de contenido eminentemente físico o en las que predomine una deambulación prolongada.

Hay que señalar, asimismo, que las decisiones en materia de invalidez no son extensibles ni generalizables, dado que lesiones aparentemente idénticas pueden afectar a los trabajadores de distinta manera en cuanto a su incidencia en la capacidad de trabajo. De ahí que el Tribunal Supremo haya declarado no ser esta una materia propia de unificación de doctrina, *"tanto por la dificultad de establecer la identidad del alcance del efecto invalidante, como por tratarse, por lo general, de supuestos en los que*

el enjuiciamiento afecta más a la fijación y valoración de hechos singulares que a la determinación del sentido de la norma en una línea interpretativa de carácter general. Por eso, la determinación del grado de invalidez carece de interés casacional, no importando tanto la incapacidad en sí como el incapacitado, la enfermedad como el enfermo” (STS (11) de 23-06-05, Recurso 3304/2004).

Por lo tanto, es necesario precisar que *“no todas las personas afectadas por Fibromialgia pueden ser clasificadas con un determinado grado de incapacidad, sino que habrá de estarse al caso concreto, al grado de los puntos de dolor detectados, a la concurrencia de otras enfermedades y a la capacidad de esa persona para soportar el dolor”. STSJ de Madrid nº 169/2006. Recurso nº 118/2006.*

De cualquier forma, en la práctica jurídica de nuestro país, lo que está fuera de toda duda es que la contingencia determinante de la Incapacidad Permanente en los supuestos estimados es la de enfermedad común, pues para acreditar la existencia de accidente laboral se viene a exigir una especial rigurosidad en la prueba sobre la relación causa-efecto que, con los

(11) Sentencia del Tribunal Supremo

datos clínicos que a día de hoy nos ofrece la ciencia médica, no estamos en disposición de cumplir.

Sin embargo la literatura extranjera sí informa de que uno de los más importantes motivos de litigio *es aquél en que la invalidez que presentan los sujetos con Fibromialgia está originada por acontecimiento traumático tanto en el lugar de trabajo como en cualquiera otras circunstancias*, citándose como ejemplo la epidemia ocurrida a mediados de la década de los 80 en el sector de operadores de teléfono y teclados -Telecom Australia- resultando que un buen número de personas presentaban menoscabos ocasionados por esfuerzos repetitivos, lo que dio lugar a que se incrementaran las reclamaciones judiciales y, por tanto, los costes para las aseguradoras.

Inciendo sobre este último aspecto, podría presentarse el caso de que a un paciente se le hubiera concedido una Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual derivada de accidente de trabajo y, posteriormente, por vía de revisión llegara a alcanzar el grado de Incapacidad Permanente Absoluta por enfermedad común, al haberse agravado su situación por padecer Fibromialgia.

La solución al problema planteado, nuevamente, ha venido de la mano de la Sala Cuarta del Tribunal Supremo a través de su constante jurisprudencia. Declara, al respecto,

dicho Tribunal que *“el estado de salud del interesado es una situación unitaria a valorar globalmente, por lo que han de ponderarse conjuntamente todas las lesiones, con independencia del origen común o profesional de la contingencia, de ahí que, por ejemplo, no sea correcto calificar la contingencia de la incapacidad en parte de accidente de trabajo y en parte de enfermedad común; para la determinación de la incapacidad, se han de valorar, de forma global y total, el conjunto de las lesiones, y, para la revisión se hará individualizadamente, atendiendo a la causa más relevante de la incapacidad para decidir si proviene de enfermedad común o accidente, en el caso de que concurran. Cuando se trata de dilucidar la entidad aseguradora que debe asumir la responsabilidad del abono de la prestación si, por ejemplo, una incapacidad permanente total derivada de accidente de trabajo, por vía de revisión, llega a alcanzar el grado de incapacidad permanente absoluta por enfermedad común, lo conveniente es proceder a una responsabilidad compartida del abono de la prestación por invalidez permanente absoluta reconocida en la revisión cuando las aseguradoras de los diferentes riesgos son distintas. De este modo, y como regla general, variable según casuística, hasta el importe de la invalidez permanente en el grado de total, por accidente de trabajo, debe ser abonado por la Mutua aseguradora del riesgo, y el resto, hasta el 100 por 100 del importe de la pensión de invalidez permanente absoluta, por el INSS” (TS 20-12-93, Recurso707/93 [RJ 1993, 9975] , TS 6-6-94,*

Recurso 2016/93 [RJ 1994, 6543] , TS 27-7-96, Recurso 711/96 [RJ 1996, 6426].

7.- INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL Y ABSOLUTA

Actualmente, los grados de Invalidez vienen definidos en el artículo 137.1 de la LGSS:

- a. Incapacidad Permanente parcial para la profesión habitual.
- b. Incapacidad permanente total para la profesión habitual.
- c. Incapacidad Permanente Absoluta para todo trabajo.
- d. Gran Invalidez.

De todos ellos son la Incapacidad Permanente Total y la Incapacidad Permanente Absoluta los que habitualmente son objeto de pretensión por parte de los afectados por la enfermedad y sobre los que, finalmente, se han pronunciado nuestros Tribunales, por lo que en este estudio no entraremos a valorar la Incapacidad Permanente Parcial y la Gran Invalidez.

- INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL:

Según lo dispuesto en el artículo 137.4 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por RDLeg. 1/94, de 20 de junio *“Se entenderá por incapacidad permanente total para la profesión habitual la que inhabilite al*

trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta". Entendiéndose por profesión habitual, a efectos de la Fibromialgia, "aquella a la que el trabajador dedicaba su actividad fundamental durante el período de tiempo, anterior a la iniciación de la incapacidad, que reglamentariamente se determine".

En relación al precepto anteriormente citado se ha elaborado una abundante doctrina jurisprudencial, siendo numerosos los pronunciamientos al respecto de los distintos Tribunales Superiores de Justicia.

Amparándose en dicha doctrina, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en su Sentencia de 30 de mayo de 2005 (Recurso nº 1153/2005), manifiesta que, ***"a los efectos de la declaración de incapacidad en el grado de total, ha de partirse de los siguientes supuestos:***

- 1. La valoración de la IP ha de hacerse atendiendo fundamentalmente a las limitaciones funcionales derivadas de los padecimientos del trabajador, en cuanto tales restricciones son las que determinan la efectiva restricción de la capacidad de ganancia.*
- 2. Han de ponerse en relación las limitaciones funcionales resultantes con los requerimientos de las tareas que*

constituyen el núcleo de la concreta profesión.

3. *La aptitud para el desempeño de la actividad laboral habitual de un trabajador implica la posibilidad de llevar a cabo todas o las fundamentales tareas de la misma, con profesionalidad y con las exigencias mínimas de continuidad, dedicación, rendimiento y eficacia, sin que el desempeño de las misma genere "riesgos adicionales o superpuestos" a los normales de un oficio o comporte el sometimiento a "una continuación de sufrimiento" en el trabajo diario.*
4. *No es obstáculo a la declaración de tal grado de incapacidad que el trabajador pueda realizar otras actividades distintas, más livianas y sedentarias, o incluso pueda desempeñar tareas "menos importantes o secundarias" de su propia profesión habitual o cometidos secundarios o complementarios de ésta.*
5. *Debe entenderse por profesión habitual no un determinado puesto de trabajo, sino aquella que el trabajador está cualificado para realizar y a la que la empresa le haya destinado o pueda destinarle en la movilidad funcional (Movilidad Funcional a la que se refiere el artículo 39 del Real Decreto Legislativo 1/1995, por el que se aprueba el*

texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores).

Los dos extractos de las Sentencias que se relacionan a continuación pueden contribuir a aclarar los términos sobre los que debe fundarse este tipo de incapacidad:

STSJ de Asturias, de 19 de octubre de 2000 (Recurso nº 3246/2000): *“La Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual, se caracteriza por un doble elemento: primero, por su carácter profesional lo que implica que, para su calificación jurídica, habrá de valorarse más que la índole y naturaleza de los padecimientos que presenta el trabajador, la limitación que ellos generen en cuanto impedimentos reales, esto es, susceptibles de determinación objetiva y suficiente para dejar imposibilitado a quien los padece, de iniciar y consumir las tareas propias de su oficio, por cuanto son esas limitaciones funcionales las que determinan la efectiva reducción de la capacidad de ganancia; y segundo, por su carácter de permanencia que implica la necesidad de estabilización de su estado residual en el sentido que las patologías o secuelas tengan un carácter previsiblemente definitivo dado que la posibilidad de recuperación clínica se estima médicamente como incierta o a largo plazo.”*

STSJ de La Rioja, de 25 de mayo de 2000 (Recurso nº 147/2000) *“Es preciso realizar un riguroso análisis comparativo de dos términos*

fácticos: el de las limitaciones funcionales y orgánicas que producen al trabajador las lesiones que padece y el de los requerimientos psíco-físicos de su profesión habitual.

- INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA :

Estableciendo una relación entre el artículo 134 y el artículo 137.5 de la LGSS, podemos definir la Incapacidad Permanente Absoluta como ***“la situación de quien, por enfermedad o accidente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que le inhabilitan por completo para toda profesión u oficio”.***

Dicha inhabilitación para el ejercicio de toda profesión u oficio se interpreta jurisprudencialmente a través de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo como *“la pérdida de aptitud psicofísica necesaria para poder desarrollar una profesión en condiciones de rentabilidad empresarial, y, por consiguiente, con la necesaria continuidad, sujeción a horarios, dedicación, rendimiento o eficacia y profesionalidad exigible a un trabajador fuera de todo heroísmo o espíritu de superación excepcional por su parte”* (Sentencias de 15 de diciembre de 1988, RJ (12) 1988/9634; de 13 de junio de 1989, RJ 1989/4576 y de 23 de febrero de 1990, RJ 1990/1219).

(12) RJ/:.....: Referencia Aranzadi.

La prestación del trabajo, como enseña la sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de 3 de febrero de 1986, RJ 1986/698, *“por liviano que sea, incluso sedentario, sólo puede realizarse mediante la asistencia diaria al lugar de empleo, permanencia en él durante toda la jornada, estar en condiciones de consumir una tarea, siquiera sea leve, que ha de demandar un cierto grado de atención, una relación con otras personas y una moderada actividad física; sin que sea pensable que en el amplio campo de las actividades laborales exista alguna en la que no sean exigibles esos mínimos de atención, dedicación y diligencia que son indispensables en el más simple de los oficios y en la última de las categorías profesionales salvo que se dé un verdadero afán de sacrificio por parte del trabajador y un grado intenso de tolerancia en el empresario, pues de no coincidir ambos, no cabe mantener como relaciones laborales normales aquellas en las que se ofrezcan tales carencias.*

Pero no sólo es tenida en cuenta la imposibilidad de realización de aquellas tareas propias de cualquier profesión u oficio con un mínimo de profesionalidad, sino que también se tienen en consideración otros aspectos colaterales como la imposibilidad de desplazarse al lugar de trabajo con un mínimo de *condiciones de seguridad y sacrificio, así por ejemplo, “la limitación provocada por el cuadro clínico con referencia, principalmente, a los miembros inferiores, con dificultad para la deambulación y la utilización de medios de transporte público o*

privado, hace poco menos que utópico pensar que exista actividad que pueda llevarse a cabo "cuando para trabajar es preciso desplazarse al puesto a desempeñar y uno o dos viajes de ida y vuelta diarios" (STSJ Madrid, 22 de noviembre de 2004, JUR 2005/35922).

En relación a la dificultad de llevar a cabo actividades profesionales en presencia de dolor "no es exigible una actitud heroica o un sufrimiento excesivo", como declara la STSJ de Madrid, de 25 de octubre de 2004 (JUR 2005/18767).

Cuando se trata de , trabajar con dolor si este se presenta de manera objetiva, continuada y sujeto a tratamiento en la Unidad del Dolor, concurriendo incluso en situaciones de sedentarismo y ausencia de cualquier esfuerzo, sin que pueda combatirse "con simples analgésicos", ello se revela como incompatible con el desempeño de cualquier trabajo en condiciones mínimas de normalidad, máxime si se exarceba " ante situaciones tan variopintas como los esfuerzos, los golpes directos o indirectos, los movimientos de abducción y extensión amplia de hombros o la movilización cervical extrema" (STSJ País Vasco, 20 de junio de 2000, AS (13) 2000/3090).

(13) AS/.....: Referencia Aranzadi.

Para combatir el dolor –factor característico de esta enfermedad- se tiende a prescribir al paciente dosis elevadas de medicamentos cuya administración, además de prolongada en el tiempo, suele ser generadora de determinados efectos secundarios que limitan aún más la capacidad de aquél. También esta circunstancia ha sido valorada por el Tribunal Autonómico de Madrid para conceder una Incapacidad Permanente Absoluta. *“(…) que el dolor, en su caso, es crónico, continuado y persistente y se materializa en 18 puntos de dolor que se distribuyen homogéneamente por todo el cuerpo, lo que unido a su trastorno adaptativo y a la medicación vitalicia y fortísima a que se encuentra sometida le hace imposible desarrollar cualquier clase de trabajo. Que su enfermedad la viene soportando desde hace quince años.* STSJ de Madrid nº 169/2006. Recurso nº 118/2006.

8.- CONSIDERACIONES FINALES

Tomando en consideración el estudio ya referenciado de D. Francisco Javier León Iglesias y la reciente Jurisprudencia elaborada por los distintos Tribunales Superiores de Justicia –parte de ella aportada en este trabajo- se puede dibujar un retrato robot de los enfermos afectados por Fibromialgia demandantes de una prestación por Incapacidad:

- **Mujer de 46 años.**
- **En un 55 % con desempeño de labores de contenido físico.**

- **Que ha consumido, previamente al procedimiento de invalidez, 15 meses de incapacidad temporal.**
- **Que padece más procesos articulares y síntomas ansioso depresivos.**
- **Que en su historia clínica presenta acontecimientos vitales adversos (69%), disminución de la apetencia sexual (81%) y disfunciones en la atención y concentración (61%).**
- **Que en la exploración física tiene una media de puntos sensibles de 15.**

Como ya se ha puesto de manifiesto a lo largo de esta exposición, el problema más acuciante con el que se encuentran los afectados por esta enfermedad es la dificultad de probar el grado de afectación de su capacidad laboral. Por ello, es fundamental avanzar en la investigación sobre este síndrome, para poder establecer nuevos criterios de evaluación que faciliten la labor de discernir en que supuestos generan algún grado de Incapacidad y en cuales no. Esto generaría seguridad en los agentes evaluadores, sobre todo en los Equipos de Valoración de Incapacidades, evitando, en la mayoría de los casos, acudir a un procedimiento judicial largo, costoso y que suele repercutir de forma negativa en la salud de los demandantes, al estar estos sometidos, a lo largo del mismo, al estrés que supone la controversia generada en la práctica de

la prueba, las dudas sobre la veracidad de la enfermedad y la incertidumbre del resultado.

Es, precisamente, sobre esta necesidad de encontrar nuevas formas probatorias sobre la que se hacen eco los propios Tribunales en sus razonamientos, al echar en falta la acreditación del grado de afectación de las limitaciones funcionales que producen estas patologías.

Como en cualquier procedimiento judicial relacionado con la ciencia médica, para la acreditación y prueba de los hechos alegados, en este caso de la Fibromialgia, es necesario, en primer lugar, **la elaboración de una cuidadosa y completa historia clínica**, incidiendo, fundamentalmente en los factores que influyen en el dolor, con una descripción detallada de dichas manifestaciones álgicas, es decir, su naturaleza, frecuencia –dato este que se deduce como relevante en varias resoluciones judiciales (STSJ del País Vasco de 30/5/00, Recurso nº 284/00 y de 27/3/01, Recurso nº 263/01 y SJS nº 2 de Navarra de 2/10/2003)-, localización, irradiación, ritmo, intensidad (STSJ del País Vasco de 30/5/00, Recurso nº 284/00 y de 8/4/03, Recurso nº 471/03) o situaciones que las empeoran y mejoran, con indicación de las dificultades para permanecer en determinadas posturas de forma prolongada, para la deambulación o para realizar trabajos que impliquen un considerable esfuerzo físico. Es decir, la historia clínica y en su caso el informe médico aportado por el interesado debe

ser exhaustivo, detallado, contundente y sin ningún tipo de resquicios.

Es en este último aspecto, es decir, en la prueba documental y pericial, donde es necesario un verdadero conocimiento de la enfermedad. Cuando la enfermedad aparece en comorbilidad con otras patologías –la fibromialgia sin otros síntomas asociados sólo aparece en un 10 % de los casos enjuiciados - es necesario que cada uno de los médicos especialistas encargados de la atención clínica del paciente elabore su propio informe clínico, pero siempre en coordinación con aquellos otros que también se han encargado de su asistencia –fundamentalmente Psiquiatras y Psicólogos- siendo, en este caso el Reumatólogo el profesional mas idóneo para ejercer dicha coordinación al considerarse la especialidad matriz de esta enfermedad.

Aunque el dolor es difícil de probar por pertenecer al ámbito subjetivo del individuo y percibirse de forma diferente por cada persona, debe cuantificarse en la medida de lo posible. Según refieren especialistas de la Unidad de Dolor, integrantes de la Unidad de Referencia de Fibromialgia del Hospital General de Guadalajara, aunque por el momento no es posible determinar el grado exacto de intensidad con que se manifiesta, si es posible detectar su existencia.

A diferencia de la historia clínica, la exploración física –que representa la segunda parte de la valoración- no siempre se considera de

todo punto necesaria en la bibliografía médica, tal vez por advertirse –conforme se apuntaba en el seminario sobre la Fibromialgia dirigido a los facultativos del Equipos de Valoración de Incapacidades- que llama la atención el buen estado general de este tipo de pacientes. No obstante, como hemos podido constatar a través de las diferentes Resoluciones Judiciales, se puede establecer que es la determinación de los llamados puntos neurálgicos típicos de la Fibromialgia (puntos gatillo o tender points) lo que constituye actualmente el medio de prueba más aceptado y efectivo para la demostración de la existencia de una determinada Incapacidad –con opiniones tanto a favor como en contra de su utilización por parte de la doctrina-. Por tanto, en la actualidad, se sigue apostando por la pericia del facultativo en la digitopresión de dichos puntos neurálgicos, la cual asume un papel protagonista en la exploración física que propone el Protocolo del Ministerio de Sanidad y Consumo (14).

Una parte importante de la Doctrina considera que podría haber supuesto un gran avance hacia una mayor seguridad en la determinación de las pensiones de invalidez lo apuntado en la exposición de motivos de la Ley 24/97, de

(14) Fibromialgía. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud; 2003.

Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social; a tal fin se preveía una lista de enfermedades, y de su valoración a los efectos de la reducción en la capacidad de trabajo y, correlativamente, de la presumible pérdida de la capacidad de ganancia, que sería aprobada por el Gobierno, previo informe del Consejo General del INSS. Dicho desarrollo, todavía no se ha llevado a cabo debido, fundamentalmente, a su indudable complejidad técnica, por lo que, en estos momentos, se puede considerar vigente y aplicable el artículo 137 de la LGSS, anterior a la entrada en vigor de la anteriormente citada Ley 24/97.

Al entrar en conexión la salud de los trabajadores y las relaciones laborales no podemos olvidarnos de algo tan trascendente y fundamental como la prevención de los riesgos laborales que pueda sufrir el trabajador afectado por la enfermedad y al que le ha sido denegado la solicitud de Incapacidad Permanente después de haber agotado el periodo máximo establecido en el artículo 128.1 de la LGSS. Ante esta circunstancia al trabajador afectado por la enfermedad, no le queda otra opción que la incorporación al trabajo, aún no estando en condiciones de poder realizarlo con el mínimo de profesionalidad y productividad que proclaman las Resoluciones de los Tribunales Superiores de Justicia anteriormente citadas.

En este sentido, estableciendo una conexión entre los artículos 22 y el 25 de la Ley 31/1995,

de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, se puede afirmar que el empresario tiene el deber de garantizar a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo, aún en contra de la voluntad del trabajador, cuando sirva para verificar si dicho estado puede constituir un peligro para él mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa. Asimismo, deberá garantizar de manera específica la protección de los trabajadores que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo.

Todos estos factores deberá tenerlos en cuenta a la hora de evaluar los riesgos, adoptando las medidas preventivas y de protección necesarias, entre ellas, no empleando a estos trabajadores en aquellos puestos de trabajo en los que, a causa de sus características personales, estado biológico o por su discapacidad física, psíquica o sensorial debidamente reconocida, puedan ellos, los demás trabajadores u otras personas relacionadas con la empresa ponerse en situación de peligro o, en general, cuando se encuentren manifiestamente en estados o situaciones transitorias que no respondan a las exigencias psicofísicas de los respectivos puestos de trabajo.

Un aspecto muy a tener en cuenta –en este tipo de enfermos- que parece preocupar sobremanera a la doctrina de la Medicina del Trabajo es la tipología de la jornada laboral –especialmente su duración- y más concretamente la turnicidad cuando incluye turnos nocturnos, ya que se ha demostrado a través de la cronobiología –que investiga los ritmos biológicos en las personas sanas que siguen un “ritmo social” habitual comparándolas con quienes lo hacen de forma invertida (trabajadores que desarrollan sus funciones por la noche)- el impacto negativo de las actividades laborales nocturnas sobre la salud –sueño, cansancio, trastornos digestivos- y la vida socio-familiar de los sujetos expuestos a las mismas. Como, dentro de la sintomatología que presentan los enfermos que padecen Fibromialgia, se sitúa en un lugar destacado los trastornos del sueño (afectación de un 90 %), el hecho de trabajar en horario nocturno, bien sea turno fijo o en régimen de turnicidad, puede producir un agravamiento ostensible de su enfermedad. De igual forma puede afectar la duración de la jornada laboral; hay enfermos que se encuentran imposibilitados para realizar trabajos que requieren una bipedestación prolongada o bien la permanencia en una misma postura durante toda o la mayoría de la jornada laboral; en estos casos, el empresario, en atención a las características personales y estado biológico de los trabajadores, estaría obligado a poner los medios a su alcance para adaptar tanto la jornada laboral como el puesto de trabajo a las condiciones del trabajador,

siempre que la estructura de la empresa lo permita.

Hay que tener en cuenta que, actualmente, los esquemas laborales son demasiado rígidos por lo que se requeriría una correcta política de recursos humanos que tuviera en cuenta todo el conjunto de factores potencialmente lesivos para el trabajador. Los Planes de Prevención de Riesgos Laborales deberían incluir, además de los riesgos físicos inherentes al ámbito laboral, los diversos factores psicosociales concurrentes que pueden afectar al bienestar físico y mental de los trabajadores.

Por el momento no se han pronunciado, todavía, nuestros Tribunales sobre la acomodación del puesto de trabajo a las concretas limitaciones funcionales que presentan las personas con Fibromialgia, conforme a aquel aforismo jurídico "*Da mihi factum dabo tibi ius*", por lo que no sería descabellado la inclusión en el petitum de la demanda de incapacidad dicha pretensión, fundada, precisamente, en el articulado anteriormente citado de la legislación vigente.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Carmona L., Ballina J, Gabril R, Laffon A: The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. Ann. Rheum. Dis. 60:1040-1045, 2001.
- 2) Ballina FJ:Fibromialgia. Manual Enfermedades Reumaticas de la Sociedad Española de Reumatología. Ed. Medica Panamericana. 4th ed. 112-115. 2004.
- 3) Hochberg MC. Epidemiology of rheumatic diseases: Rheum. Dis. Clin. North Am 16:499-781, 1990.
- 4) Karin O, Forseth JT, Husby G. A population study of the incidence of fibromyalgia among females aged 26-55 years (abstract). Arthritis Rheum; 40(suppl.9):S44, 1997.
- 5) Wood PHN, Badley EM: Rheumatic disorders. En: Miller DL, Farmer RDT,editores. Epidemiology of diseases. Oxford:Blackwell Scientific Publicarions; 333-346, 1982.
- 6) Wolf F.,Ross K, Anderson J, Russell J, Hebert L.: The prevalence and characteristics of Fibromialgia in the general population.. Arthritis Rheum 38: 19-28. 1995.

- 7) Croft F, Rigby A, Boswell R, Schollum J, Silman A: The prevalence of chronic pain in the general population. *J. Rheumatol.* 20:710-713, 1993.
- 8) Wolf F. Fibromialgia: On criteria and classification. In: Pillemer editor. *The Fibromialgia syndrome: Current research and future directions in epidemiology, pathogenesis and treatment.* New York: The Haworth Press; 23-29, 1994.
- 9) Documento de Consenso de la SER sobre el tratamiento de la Fibromialgia. *Los Reumatismos*, N°13, 15-18. Sept-Oct 2005.
- 10) Wolfe F: The American College of Rheum. 1990. Criterios de clasificación de Fibromialgia: Report of the Multicenter Criterio Commitae. *Arthritis Rheum* 33: 160-172, 1990.
- 11) Yunus MB, Masi AT, Calabro JJ.: Clinical study of 50 patients and matched normal controls. *Semin. Arthritis Rheum* 11:1511-171, 1981.
- 12) Wolfe F: Fibromialgia: the clinical syndrome. *Rheum. Dis. Clin. North Am.* 15:1-18, 1989.
- 13) Maardor WD, Meenan RF, Felson DT et al. The present and future adequacy of Rheumatology manpower. *Arth. Rheum.* 34:1209-1217, 1991.

- 14) Valverde M, Juan A, Rivas B, Carmona L.: Fibromialgia, En Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta Española. Madrid. Edit:MSD y SER, pp 77-91, 2001.
- 15) Yunus MB, Masi AT.: Juvenile primary Fibromialgya syndrome. A clinical study Of thirty-three patients and matched normal controls. Arthritis Rheum 28:138-145,1985.
- 16) Buskila D, Press J, Gedolia A, Klein M, Neumann L, Bohan R, Sukenik S.Assessment of nonarticular tenderness and prevalence of Fibromialgya in children. J. Rheumatol 20: 368-370, 1993.
- 17) Reid G, Lang A, Mcgrath P: Primary juvenile FM. Arth Rheum 40(4):752-760, 1997.
- 18) Nishikai M.: Fibromialgya in japanese. J. Rheumatol. 19:110-114, 1992.
- 19) Lydell C.: The prevalence of Fibromialgya in a South Africa community. Scand. J. Rheumat. 94(Suppl):S143, 1992.
- 20) Silman AJ, Ollier W, Holligan S, Birrell F, Abadajo A, Asuzu MC, Thomson W, Pepper L.: Absence of FM in a rural Nigerian population. J. Rheumatol 20: 618-622, 1993.

- 21) Rheumatism epidemiology in Europe. Scz Praventivmed 37(4):168-178, 1992.
- 22) Schochat T, Craft P, Raspe H.: The epidemiology of Fibromialgia. Workshop of the standing Committee of epidemiology European. League Against Rheumatism. Br. J. Rheumat. Aug 33(8):783-786, 1994.
- 23) Prescott E, Kjoller M, Jacobssen S, Bilow PH.: Fibromialgia in the adult Danish population. A prevalent study. Scand J. Rheumat. 22(5) 233-237, 1993.
- 24) White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T.: The London Fibromialgia epidemiology study: The prevalence of Fibromialgia syndrome in London. J. Rheumatol. Jul 26(7), 1570-1576, 1999.
- 25) Neumann L, Buskila D. Epidemiology of Fibromialgia. Curr. Pain Headache Rep. Oct 7 (5) 362-368, 2003.
- 26) Goldenberg DL.: FM, SFC and myofascial pain. Curr Opin Rheumatol. Mar 8(2) 113-123, 1996.
- 27) Batlle-Gualda E, Jovani Casano V, Ivorra Carter J, Pascual Gomez E.: Musculoskeletal diseases in Spain, magnitude and specialised human resources. Rev. Esp. Reum. 25:91-105, 1998.

- 28) Ballina J. Decalogo de la SER contra Fibromialgia. Los Reumatismos. N°12, Año 3, pag.19-21, Julio-Agosto 2005.
- 29) Ruiz del Moral R, Muñoz M, Perula de Torres L.:Eficacia del Metodo Centrado en el paciente en sujetos con Fibromialgia/Dolor Crónico Musculoesquelético Generalizado no articular en Atención Primaria. Premios de Investigacion en Salud en Andalucía 2001. Accésit. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla,2002.
- 30) Wallace DJ,:The Fibromialgya syndrome. Ann. Med. 29:9-21, 1997.
- 31) Nash P, Chard M, Mazleman B,: Chronic Coxackie B infection mimicking primary Fibromialgya. J. Rheumatol., 16:1506-1508, 1989.
- 32) Leventhag LF, Naides SJ, Freundliccccch B. Fibromialgya and Parvovirus infection. Arthr. Rheum. 34:1319-1324, 1991.
- 33) Hsu VM, Patella SJ, Sigal LH,: "Chronic Lyme disease" as the incorrect diagnosis in patients with Fibromialgya. Arthritis Rheum 36:1493-1500, 1993.
- 34) Dinerman H, Steere AC,:Lyme disease associated with Fibromialgya. Ann. Intern. Med. 117:281-285, 1992.

- 35) Simms RW, Zerbini CA, Ferrante N, Anthony J, Felson DT, Craven DE. Fibromyalgia syndrome in patients infected with human immunodeficiency virus. *Am. J. Med.* 92:368-374, 1992.
- 36) Buskila O, Gladman DD, Langevitz P, Urowitz S, Smythe H. Fibromyalgia in Human immunodeficiency virus infection. *J. Rheumatol* 17:1.202-1.206,, 1990.
- 37) Buchwald D, Goldenberg DL, Sullivan JL, Kopmaford AL,: The "chronic, active Epstein-Barr virus infection" syndrome and primary fibromialgia. *Arth Rheum* 30:1132-1136, 1987.
- 38) Buskila D, Neumann L, Hazanov I, Carm R,:Familial aggregation in the Fibromialgia syndrome. *Semin. Arthritis Rheum.* 26, 605, 1996.
- 39) Watkins LR, Maier SF, Goehler LE,: Imune activation: the role of proinflammatory Cytokines in inflammation illness responses and pathological pain states. *Pain*, 63, 289, 1995.
- 40) Martinez-Lavin M: Is fibromyalgia a generalized reflex sympathetic dystrophy? *Clin. Exp Rheumatol* 19:1-3, 2001.
- 41) Meggs WJ:Neurogenic switching:A hypothesis for a mechanism for shifting the site Of inflammation in allergy and chemical

- sensitivity. Environ Health Perspect 103:54-56, 1995.
- 42) Tougas G: The autonomic nervous system in functional bowel disorders. Can J Gastroenterol 13 (Suppl A):15 A - 17 A, 1999.
- 43) Vaeroy H, Qiao ZG, Morkrid L, Forre O: Altered sympathetic nervous system response in patients with fibromyalgia (fibrositis syndrome). J. Rheumatol 16:1460-1465, 1989.
- 44) Qiao ZG, Vaeroy H, Morkrid L: Electrodermal and microcirculatory activity in patients with fibromyalgia during baseline, acoustic stimulation and cold pressor test. J. Rheumatol 18:1383-1389, 1991.
- 45) Martinez-Lavin M. Management of dysautonomia in fibromyalgia. Rheum. Dis. Clin. N. Am. 28:379-382, 2002.
- 46) Bennett RM, Cook DM, Clark SR . Hypothalamic-pituitary-insulin-like growth factor I axis dysfunction in patients with fibromyalgia. J. Rheumatol 24: 1384-1389, 1997.
- 47) Bradley LA, Mckendree-Smith NL, Alberts KR, et al: Use of neuroimaging to understand abnormal pain sensitivity in

- fibromyalgia. *Curr Rheumatol Rep* 2:141-148, 2000.
- 48) Lekander M, Fredrikson M, Wik G: Neuroimmune relations in patients with fibromyalgia: a positron emission tomography study. *Neurosci Lett* 282:193-196, 2000.
- 49) Mountz JM, Bradley LA, Modell JG and cols. Fibromyalgia in women: abnormalities of regional cerebral flow in the thalamus and the caudate nucleus are associated with low pain threshold levels. *Arth. Rheum.* 38: 926-938, 1995.
- 50) Buskila D, Neumann L, Vaisberg G, et al: Increased rates of fibromyalgia following cervical spine injury: A controlled study of 161 cases of traumatic injury. *Arthritis Rheum.* 40:446-452, 1997.
- 51) Moldofsky H, Scarisbrick P, England R, Smythe H: Musculoskeletal symptoms and non-REM sleep disturbance in patients with "fibrositis syndrome" and healthy subjects. *Psychosom Med* 37:341-351, 1975.
- 52) Branco J, Atalaia A, Paiva T: Sleep cycles and alpha-delta sleep in fibromyalgia syndrome. *J. Rheumatol* 21:1113-1117, 1994.
- 53) Roizenblatt S, Moldofsky H, Benedito-Silva AA, Tufik S: Alpha sleep characteristics

- in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 44:222-230, 2001.
- 54) Bennett RM: Beyond fibromyalgia: ideas on etiology and treatment. *J. Rheumatol Suppl* 19:185-191, 1989.
- 55) Affleck G, Urrows S, Tennen H, et al: Sequential daily relations of sleep, pain intensity and attention to pain among women with fibromyalgia. *Pain* 68:363-368, 1996.
- 56) Totterdell P, Reynolds S, Parkinson B, Briner RB: Associations of sleep with everyday mood, minor symptoms and social interaction experience. *Sleep* 17:466-475, 1994.
- 57) Older SA, Battafarano DF, Danning CL, et al: The effects of delta wave sleep interruption on pain thresholds and fibromyalgia-like symptoms in healthy subjects: Correlations with insulin-like growth factor I. *J. Rheumatol* 25:1180-1186, 1998.
- 58) Anch AM, Lue FA, MacLean AW, Moldofsky H: Sleep physiology and psychological aspects of the fibrositis (fibromyalgia) syndrome. *Can J. Psychol* 45:179-184, 1991.
- 59) Perlis ML, Giles DE, Bootzin RR, et al: Alpha sleep and information processing,

- perception of sleep pain, and arousability in fibromyalgia. *Int J Neurosci* 89:265-280, 1997.
- 60) Lentz MJ, Landis CA, Rothermel J, Shaver JL: Effects of selective slow wave sleep disruption on musculoskeletal pain and fatigue in middle aged women. *J. Rheumatol* 26: 1586-1592, 1999.
- 61) Mense S: Descending antinociception and fibromyalgia. *Z. Rheumatol* 57(Suppl 2); 23-26, 1998.
- 62) Mense S: Neurobiological concepts of fibromyalgia: the possible role of descending spinal tracts. *Scand J. Rheumatol. Suppl* 113:24-29, 2000.
- 63) Rainville P, Bushnell MC, Duncan GH: Representation of acute and persistent pain in the human CNS: Potential implications for chemical intolerance. *Ann N.Y. Acad Sci* 933:130-141, 2001.
- 64) Bell JR, Baldwin CM, Russek LG, et al: Early life stress, negative paternal relationships, and chemical intolerance in middle-aged women. Support for a neural sensitization model. *J. Womens Health* 7: 1135-1147, 1998
- 65) Bell JR, Baldwin CM, Schwartz GE: Illness from low levels of environmental chemicals: Relevance to chronic fatigue

- syndrome and fibromyalgia. *Am. J. Med.* 105:74S-82S, 1998.
- 66) Kosek E, Ekholm J, Hansson P: Sensory dysfunction in fibromyalgia patients with implications for pathogenic mechanism. *Pain* 68:375-383, 1996.
- 67) McDermid AJ, Rollman GB, McCain GA: Generalized hypervigilance in fibromyalgia. Evidence of perceptual amplification. *Pain* 66:133-144, 1996.
- 68) Offenbaecher M, Bondy B, de Jonge S, et al: Possible association of fibromyalgia with polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Arthritis Rheum* 42:2482-2488, 1999.
- 69) Bondy B, Spaeth M, Offenbaecher M, et al: The T102C polymorphism of the 5-HT_{2A} receptor gene in fibromyalgia. *Neurobiol. Dis* 6:433-439, 1999.
- 70) Wolfe F, Russell IJ, Vipraio G, et al: Serotonin levels, pain threshold, and fibromyalgia symptoms in the general population. *J. Rheumatol* 24:555-559, 1997.
- 71) Klein R, Bansch M, Berg PA: Clinical relevance of antibodies against serotonin and gangliosides in patients with primary fibromyalgia syndrome. *Psychoneuroendocrinology* 17:593-598, 1992.

- 72) Klein R, Berg PA: A comparative study on antibodies to nucleoli and 5-hydroxytryptamine in patients with fibromyalgia syndrome and tryptophan-induced eosinophilia-myalgia syndrome. Clin Investig 72:541-549, 1994.
- 73) Klein R, Berg PA: High incidence of antibodies to 5-hydroxytryptamine, gangliosides and phospholipids in patients with chronic fatigue and fibromyalgia syndrome and their relatives: Evidence for a clinical entity of both disorders. Eur. J. Med. Res. 1:21-26, 1995.
- 74) Werle E, Fischer HP, Muller A, et al: Antibodies against serotonin have no diagnostic relevance in patients with fibromyalgia syndrome. J. Rheumatol 28:595-600, 2001.
- 75) Bennett R: The scientific basis for understanding pain in fibromyalgia.....
- 76) Yunus MB, Massi AT. Fibromyalgia, restless leg syndrome, periodic limb movement disorder and psychogenic pain. In McCarthy DJ, Oopman WJ: Arthritis and Allied Conditions. Lea and Seiberger. Philadelphia, 1990.
- 77) Veale D, Kavanagh G, Fielding JF. Fitzgerald O: Primary fibromyalgia and the irritable bowel syndrome: different

- expressions of a common pathogenetic process. *Br. J. Rheumatol*, 30:220, 1991.
- 78) Sivri A, Cindas A, Dincer F, Sivri B: Bowel dysfunction and irritable bowel syndrome in fibromyalgia. *Clin. Rheumatol* 15:283, 1996.
- 79) Clauw D, J.Schmidt M, Radulovic D, Singer A, Katz P, et al: The relationship between fibromyalgia and interstitial cystitis. *J. Psychiatr. Res.* 31:125, 1997.
- 80) Sletuclid H, Stiles TC, Landro NI: Information processing in primary fibromyalgia, major depression and healthy controls. *J. Rheumatol* 22:137, 1995.
- 81) Bennett RM, Clark SR, Campbell SM, Ingram SB, Burckhardt CS et al: Symptoms of Raynaud's syndrome in patients with fibromyalgia. A study utilizing the Nielsen test, digital photoplethysmography and measurements of platelet alpha-2 adrenergic receptors. *Arthritis Rheum* 34:264, 1991.
- 82) Bou-Holaigah I, Calkins H, Flynn JA, Tunin C, Chang HC, et al: Provocation of hypotension and pain during upright tilt table testing in adults with fibromyalgia. *Clin. Exp. Rheumatol.* 15: 239, 1997.

- 83) Hench PK: Evaluation and differential diagnosis of fibromyalgia. *Rheum. Dis. Clin. North. Am.* 15:19-29, 1989.
- 84) Mulero Mendoza J: Fibromialgia, fibromitas y fibronautas. *Rev. Esp. Reumatol.* 25:43-45, 1998.
- 85) Rivera J, de Diego A, Trinchet M, Garcia Monforte A: Fibromyalgia-associated hepatitis C virus infection: *Br. J. Rheumatol* 36:981-985, 1997.
- 86) Kennedy M, Felson DT: A prospective long-term study of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 39:682-685, 1996.
- 87) Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett RM, Caro XJ, et al: Work and disability status of persons with fibromyalgia. *J. Rheumatol.* 24:1171-1176, 1997.
- 88) Granges G, Zilco P, Littlejohn GO: Fibromyalgia syndrome: assessment of the severity of the condition two years after diagnosis. *J. Rheumatol.* 21: 523, 1994.
- 89) Goldenberg DL. Fibromyalgia syndrome a decade later. *Arch. Intern. Med.* 159: 777-785, 1999.
- 90) Yunnus MB. A comprehensive medical evaluation of patients with fibromyalgia

- syndrome. Rheum. Dis. Clin. North. Am 28:201-217, 2002.
- 91) Bosch E, Saenz N, Valls M, Viñolas S. Estudio de la calidad de vida en pacientes con Fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. Atención Primaria 30(1):16-21, 2002.
- 92) Richards SC, Scott DL: Prescribed exercise in people with fibromyalgia: Parallel group randomised controlled trial. BMJ 325:185, 2002.
- 93) Mannerkorpi K, Ahlmen M, Ekdahl C: Six-and24-month follow-up of pool exercise therapy and education for patients with fibromyalgia. Scand. J. Rheumatol. 31:306-310, 2002.
- 94) Busch A, Schachter CL, Peloso PM, Bombardier C: Exercise for treating fibromyalgia syndrome. Cochrane Database Syst Rev CD003786, 2002.
- 95) Burckham J, Harris E: Fibromyalgia: A Chronic Pain Syndrome. In Kelley's textbook of Rheumatology 7th ed. 522-536, 2005.
- 96) Berman BM, Ezzo J, Hadhazy V, Swyers JP: Is acupuncture effective in the treatment of Fibromyalgia? J. Fam. Pract 48:213-218, 1999.

- 97) Field T, Diego M, Cullen C, et al: Fibromyalgia pain and substance P decrease and sleep improves after massage therapy. J. Clin. Rheumatol 8(2):72-76, 2002.
- 98) Pioro-Boisset M, Esdaile J, Fitzcharles M. Alternative medicine use in fibromyalgia Syndrome. Arthritis Care Res. 9(1):13-17, 1996.
- 99) Field T, Diego M, Cullen C, et al. Fibromyalgia pain and substance P decrease and sleep improves after massage therapy. J. Clin. Rheumatol. 8(2):72-76, 2002. 100.
- 100) Field T, Delage J, Hernandez-Reif M. Movement and massage therapy reduce fibromyalgia pain. J. Bodywork Movement Ther 7(1), 49-52, 2003.
- 101) Gam A, Warming S, Larsen L, et al. Treatment of myofascial trigger-points with ultrasound combined with massage and exercise-a randomised, controlled trial. Pain 77:73-79, 1998.
- 102) Sunshine W, Field T, Olga Q, et al. Fibromyalgia benefits from massage therapy and transcutaneous electrical stimulation. J. Clin. Rheum 2(1):18-22, 1996.oo
- 103) Winfield JB: Pain in Fibromyagia. Rheum. Dis. Clin. North Am. 25:55-79, 1999.

- 104) Fibromialgia. Consejo Interterritorial SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2004.
- 105) Sharpe M, Hawton K, Simkin S, et al: Cognitive behaviour therapy for the chronic fatigue syndrome: A randomized controlled trial. *BMJ* 312:22-26, 1996.
- 106) Deale A, Chalder T, Wessely S: Illness beliefs and treatment outcome in chronic fatigue syndrome. *J. Psychosom Res.* 45:77-83, 1998.
- 107) Deale A, Husain K, Chalder T, Wessely S: Long-term outcome of cognitive behavior therapy versus relaxation therapy for chronic fatigue syndrome: A 5-year follow-up study. *Am. J. Psychiatry* 158:2038-2042, 2001.
- 108) Price JR, Couper J: Cognitive behavioral therapy for adults with chronic fatiguesyndrome. *Cochrane Database Syst Rev* CD001027, 2000.
- 109) Akagi H, Klimes I, Bass C: Cognitive behavioral therapy for chronic fatigue syndrome in a general hospital: Feasible and effective. *Gen. Hosp. Psychiatry* 23:254-260, 2001.
- 110) Williams DA, Cary MA, Groner KH, et al: Improving physical functional status in patients with fibromyalgia: A brief cognitive

- behavioral intervention. J. Rheumatol 29:1280-1286, 2002.
- 111) Chambless DL, Baker MJ, Baucom DH, et al. Update on Empirically validated Therapies II. Clinical Psychologist 51:3-16, 1998.
- 112) Bengtsson A, Bengtsson M: Regional sympathetic blockade in primary Fibromyalgia. Pain 33:161-167, 1988.
- 113) Backman E, Bengtsson A, Bengtsson M, et al: Skeletal muscle function in Primary fibromyalgia: Effect of regional sympathetic blockade with guanethidine. Acta Neurol. Scand. 77:187-191, 1988.
- 114) Wilke WS. Treatment of "resistant" Fibromyalgia. Rheum. Dis. Clin. North. Am. 1:247-260, 1995.
- 115) Biasi G, Manca S, Manganelli S, Marcolongo R.:Tramadol in the Fibromyalgia Syndrome: a controlled clinical trial versus placebo. Int. J. Clin. Pharmacol. Res.18:13-19, 1998.
- 116) Russell IJ, Kamin M, Bennett R, et al. Efficacy of tramadol in treatment of pain in Fibromyalgia. J. Clin. Rheumatol. 6:250-257, 2000.
- 117) Goldenberg D, Mayskiy M, Mossey C, et al: A randomized, double-blind Crossover

- trial of fluoxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 39:1852-1859, 1996.
- 118) Ansari A. The efficacy of newer antidepressants in the treatment of chronic pain: a Review of current literature. *Harv Rev. Psychiatry* 7:257-277, 2000.
- 119) Crofford L, Russell IJ, Mease P, Corbing A, Young J, Lamoreaux L et al. Pregabalin improves pain associated with Fibromyalgia syndrome in a multicenter, randomized placebo controlled monotherapy trial. *Arthritis Rheum* 46 Suppl :S613 , 2002.
- 120) Carette S, McCain GA, Bell DA, Fam AG: Evaluation of amitriptyline in primary Fibrositys: A double-blind, placebo-controlled study. *Arthritis Rheum* 29:655-659, 1986.
- 121) Scharf MB, Hauck M, Stover R, et al: Effect of gamma-hydroxy-butyrate on pain, Fatigue, and alpha sleep anomaly in patients with fibromyalgia: Preliminary report. *J. Rheumatol* 25:1986-1990, 1998.
- 122) Granges G, Littlejohn GO: A comparative study of clinical signs in Fibromyalgia/ Fibrositis syndrome, healthy and exercising subjects. *J. Rheumatol* 20:344-351, 1993.

- 123) Turk DC, Okifuji A, Sinclair JD, Starz TW. Interdisciplinary treatment for Fibromyalgia syndrome: clinical and statistical significance. *Arthritis Care & Res.* 11:186-195, 1998.
- 124) Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett RM, Caro XJ, Goldenberg DL, et al. A Longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in Fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 40(9):1560-1570, 1997.
- 125) Boonen A, Heuvel R, Tuberg; Goossens M, Severens JL, Heijde D, Londen. Large differences in cost of illness and wellbeing between patients with Fibromyalgia, chronic low back pain, or ankylosing spondylitis. *Annals Rheum. Dis.* 64:396-402, 2005.
- 126) Cathey MA, Wolfe F, Kleinhelksel SL; Miller S, Pitteti KH. Functional ability and work status in patients with fibromyalgia. *Arthritis Care Res* 1:85-98, 1988.
- 127) Crette S. Fibromyalgia 20 years later: what we have really accomplished? *J. Rheumatol.* 22:590-594. 1995.
- 128) 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. *Arthritis Rheum.* 42:76-83, 1999.

- 129) Bruusgaard D, Rytter A, Bjerkedal T. Fibromyalgia a new cause for disability pension. Scans J. Soc. Med. 2:116-119, 1993.
- 130) Bengtsson A, Henriksson KG, Jorfeldt L, Kagedal B, Lennmarken C, Lindstrom F. Primary fibromyalgia. A clinical and laboratory study of 55 patients. Scand. J. Rheumatol 15:340-347, 1986.
- 131) Blanco M, Candelas G, Molina M, Bañara A, Juer JA. Características de la incapacidad temporal de origen musculoesquelético en la Comunidad de Madrid durante un año. Rev. Esp. Reumat. 27:48-53, 2000.
- 132) Wolfe F. The fibromyalgia problem. J. Rheumatol. 24:1247-1249, 1997.
- 133) Rivera J. Controversias en el diagnóstico de Fibromialgia. Rev. Esp. Reumatol. 31(9):501-506, 2004.
- 134) Martinez JE, Ferraz M, Sato EI, Atra E. Fibromyalgia versus rheumatoid arthritis: a longitudinal comparison of the quality of life. J. Rheumatol. 22:270-274, 1995.
- 135) Robins RL, Birnbaum HG, Morley MA, Sisitsky T, Greenberg PE, Claxton AJ. Economic cost and epidemiological characteristics of patients with fibromyalgia claims. J. Rheumatol, 30:1318-1325, 2003.

- 136) Albornoz J, Povedano J, Quijado J, De la Iglesia JL, Fernandez A, Perez-Vilchez D. et al. Características clínicas y sociolaborales de la Fibromialgia en España: descripción de 193 pacientes. Rev. Esp. Reumat, 24:38-44, 1997.
- 137) Diamond EL, Graver K. The physician's reactions to patients with chronic pain. Am. Fam. Physician 34:117-122, 1986.
- 138) Bennett RM. The rational management of fibromyalgia patients. Rheum. Dis. Clin. North. Am. 28:181-199, 2002.
- 139) Salomon DH, Liang MH. Fibromyalgia :scourge of human-kind of bane of rheumatologist's existence. Arthritis Rheum. 4:1553-1555, 1997.
- 140) Aaron LA, Bradley LA, Alarcon GS, Alexander RW, Triana Alexander M, Martin MY, et al. Psychiatric diagnoses in patients with fibromyalgia are related to health Care-seeking behaviour rather to illness. Arthritis Rheum. 39:436-445, 1996.
- 141) Henriksson CM, Longterm effects of fibromyalgia on everyday life. A study of 56 patients. Scand. J. Rheumatol. 23, 36, 1994.
- 142) Waylonis G, Ronan PG, Gordon C. A profile of fibromyalgia in occupational

- environments. *Am. J. Phys. Med. Rehabil*, 73, 112, 1994.
- 143) Henriksson C, Gundmark I, Bengtsson A. Living with FM. Consequences for everyday life. *Clinical Journal of Pain*, 8, 138, 1992.
- 144) Henriksson CM. Living with cibtubuous muscular pain-patient perspectives. Part I: Encounters and consequences. *Scand. J. Caring. Sci*, 9, 67, 1995.
- 145) Hawley DJ, Wolfe F. Pain, disability and pain/disability relationships in seven rheumatic disorders: a study of 1.522 patients. *J. Rheumatol*, 18, 1552, 1991.
- 146) Goldenberg DL, Kaplan NH, Nadeau MG, Brodeur C, Smith S, et al. A controlled study of a stress-reduction, cognitive-behavioral treatment program in FM. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 2, 53, 1994.
- 147) Martin L, Notting A, MacIntosh BR, Edworthy SM, Butterwick D, et al. An exercise program in the treatment of FM. *J. Rheumatol*, 23, 1050, 1996.
- 148) Wigers SH, Stiles TC, Vogel PA. Effect of aerobic exercise versus stress management treatment in Fibromyalgia. A 4,5 year prospective study. *Scand. J. Rheumatol*, 25, 77, 1996.

- 149) Clark S.R. Prescribing exercise for fibromyalgia patients. *Arthritis Care Res.* 7, 221, 1994.
- 150) Goldenberg D, Mayskiy M, Mossey C, Ruthazer R, Schmid C. A randomized double-blind crossover trial of fluoxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia. *Arthritis Rheum*, 39, 1852, 1996.
- 151) Bennett RM. Multidisciplinary group programs to treat fibromyalgia patients. *Rheum. Dis. Clin. North. Am.* 22,351, 1996.
- 152) Bennett RM; Burckhardt CS, Clark SR, O'Reilly CA, Wiens AN, et al. Group Treatment of fibromyalgia: a 6 month outpatient program. *J. Rheumatol.* 23, 521, 1996.
-

