

FIBROMIALGIA: INCAPACIDAD TEMPORAL EN CONTINGENCIAS COMUNES



(Autor: Giorgio di Chirico, "Orfeo, trovador cansado")

Autores:

Dra. Elena Piqueras Cascante. C.A. Zaragoza. ASEPEYO

Dr. Carlos Marco Landa. C.A. Pamplona. ASEPEYO

Dr. Alejandro Gabás Larruy. C.A. Sabiñánigo (Huesca). ASEPEYO

Correspondencia:

Carlos Marco Landa. C/ Esquiroz 41-43, bjos. 31007-Pamplona

Correo electrónico: cmarcolanda@asepeyo.es

MASTER UNIVERSITARIO EN MEDICINA EVALUADORA - Edición 2008-2009

RESUMEN

La fibromialgia (FM) es un síndrome crónico de etiología desconocida. Consiste en un estado doloroso generalizado no articular. Se le considera como la primera causa de dolor crónico generalizado.

Como no hay pruebas diagnósticas de confirmación, ni criterios de exclusión, al diagnóstico se llega desde una visión basada totalmente en sensaciones subjetivas del paciente, influyendo en la percepción del médico.

Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo de los casos registrados como Fibromialgia en todo el territorio nacional a nivel de los centros asistenciales de ASEPEYO y que han cursado con una incapacidad temporal superior a los 15 días durante los años 2007-08. Así obtuvimos una casuística de 1401 expedientes, que posteriormente debimos depurar.

Los objetivos que a priori nos planteamos fueron los siguientes: Valorar la duración media de las bajas, Comprobar la prevalencia de esta patología según edad, sexo, profesión y autonomía de residencia, Cuantificar según la Base Reguladora Diaria (BRD) el coste medio de esta enfermedad, Diferenciar la duración de las bajas según sean trabajadores autónomos o trabajadores por cuenta ajena, Indagar sobre las especialidades que tratan a estos pacientes y la variedad de síntomas acompañantes que presentan, Ver qué tipo de tratamiento están recibiendo, Investigar las Propuestas de Alta que se hacen desde la Mutua y su eficacia así como las Propuestas de Incapacidad que se realizan con el resultado final de las mismas.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Patología eminentemente femenina (proporción: 20/1)
- Edad media 47 años
- Profesiones de mayor relevancia: administrativas, dependientas, limpiadoras, auxiliares sanitarias,
- Geográficamente hay mayor incidencia en: Cataluña, Andalucía, Madrid y Valencia
- La BRD media de la prestación de incapacidad temporal es 42,52 euros
- La duración media de las bajas es de casi 187 días. No se hallaron diferencias significativas entre la duración de las bajas según fueran trabajadores por cuenta ajena o autónomos
- Los especialistas que atienden mayoritariamente estas bajas son: Reumatología, Psiquiatría y Traumatología
- Hay sintomatología acompañante a la osteomuscular, predominando: psiquiátrica, alteraciones del sueño, endocrinológica
- Los tratamientos farmacológicos que reciben son principalmente: antidepresivos, analgésicos, ansiolíticos y nuevos antiepilépticos
- Gran variedad de tratamientos paliativos que se utilizan
- Escaso uso de las pocas pruebas objetivas de las que disponemos: Valoración Funcional Biomecánica, Termografía
- Eficacia elevada de las propuestas de alta que se hacen desde la Mutua y mínima eficacia de las propuestas de incapacidad que se tramitan ante las diversas inspecciones.

ÍNDICE

1.- Introducción	04
Definición	05
Epidemiología	06
Etiología	07
Clínica	08
Diagnóstico	10
Evolución	13
Tratamiento	14
Evaluación del impacto de la enfermedad	18
Incapacidad Temporal	21
Incapacidad Permanente	22
Tratamiento Jurídico	23
2.- Objetivos	28
3.- Material y métodos	29
4.- Resultados	34
5.- Discusión	49
6.- Conclusiones	54
7.- Bibliografía	56

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es una entidad nosológica con gran controversia a su alrededor e incluso algunos de los especialistas que la tratan dudan del porcentaje de enfermos que acuden a las consultas para su tratamiento.

Desde el año 1992, la OMS considera la FM como enfermedad reumática y la tipifica en el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) con el código 729.1. (1).

Son cada vez más numerosos los especialistas que aconsejan limitar el diagnóstico de Fibromialgia e incluso revisar los criterios diagnósticos de la enfermedad (ACR, American College of Rheumatology). (2)

Algunos especialistas opinan que podría incluso tratarse de un “síndrome único” en el que según primasen los síntomas reumatológicos ahora se llamaría Fibromialgia, o si primasen los síntomas de astenia ahora se llamaría Síndrome de Fatiga Crónica o incluso si primasen los síntomas de hipersensibilidad ante variedad de productos químicos se trataría de un Síndrome de Sensibilidad Química Múltiple. (3)

En cualquier caso, y dada la multiplicidad de síntomas que presenta, fácilmente reproducibles todos ellos y siempre basando el diagnóstico en lo que el paciente subjetivamente nos expresa, creemos que se ha de ser muy cuidadoso a la hora de etiquetar un paciente con el diagnóstico de este síndrome. Sabiendo además de la sensación claramente incapacitante que percibe el paciente una vez se le informa de que tiene esta patología, por lo menos en un porcentaje importante de casos.

DEFINICIÓN

Es una enfermedad crónica, de etiología desconocida, que ocasiona a quien la padece dolor músculo-esquelético en múltiples localizaciones del cuerpo y un cansancio generalizado, en ausencia de alteraciones articulares. Debe afectar al esqueleto axial y al menos a dos cuadrantes contralaterales del cuerpo. Otros síntomas como alteraciones del sueño, parestesias en extremidades, depresión, ansiedad, rigidez, cefaleas y sensación de tumefacción en manos, se encuentran entre las manifestaciones clínicas más comunes.

La enfermedad ha sido reconocida por la OMS en 1992 y tipificada en el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) con el código 729.1 (1). También fue reconocida en 1994 por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) y clasificada con el código X33.X8a. (4)

EPIDEMIOLOGÍA

Es un problema muy frecuente, que tiene una prevalencia del 2% en la población general.

Es más frecuente en la mujer, de tal forma que se diagnostica en un varón por cada 21 mujeres. (5)

Tiene su mayor prevalencia en la edad de 30-50 años, aunque también puede afectar a niños (en este caso la prevalencia femenina no es tan acusada) y personas mayores. (6)

Entre los familiares de pacientes con FM se ha podido comprobar que existe una agregación familiar, pues el riesgo de padecer la enfermedad entre los familiares de pacientes con FM es 8,5 veces mayor que en otras poblaciones. Hay indicios de que algunos fenotipos genéticos son más frecuentes en los enfermos con FM, como es el caso del gen que regula la expresión de la enzima catecol-o-metil-transferasa o el gen regulador de la proteína transportadora de serotonina. (7)

Se puede asociar a artritis reumatoide, lupus eritematoso, osteoartritis y síndrome de Sjögren. (8)

ETIOLOGÍA

Tanto la etiología como la patogenia de la enfermedad son desconocidas.

Los datos sugieren que los síntomas de la fibromialgia probablemente procedan de una alteración central con disminución de la sensibilidad al dolor, más que una disfunción en tejidos periféricos. Podría deberse a una disminución de las sustancias protectoras (serotonina) o aumento de las favorecedoras (sustancia P). (9)

Investigadores de la Universidad de Michigan han profundizado en el origen de la fibromialgia al hallar un vínculo clave entre el dolor y el glutamato. El glutamato es un neurotransmisor encargado de transportar información entre las neuronas del sistema nervioso. Cuando es liberado por una neurona, se expande a través del espacio que hay entre las células y se une a receptores de la siguiente neurona provocando que incremente su actividad. Por ello, los investigadores de Michigan plantearon la hipótesis de que esa sobreexcitación podía deberse al glutamato en esa región. Para comprobarlo utilizaron espectroscopia de resonancia magnética por protones, utilizada en un grupo de pacientes con fibromialgia al tiempo que se sometían a sesiones de acupuntura o falsa acupuntura para reducir el dolor. Tras cuatro semanas de tratamiento, el dolor tanto clínico como experimental disminuyó de manera significativa, pero los autores resaltan el hallazgo de que la reducción del dolor se asoció a los niveles de glutamato en la ínsula. (10)

Existe una reciente teoría que explicaría el origen de la FM de la siguiente manera: existirían lesiones estructurales a nivel de los músculos. En el Hospital del Mar-IMIM, de Barcelona, se ha comprobado mediante biopsias musculares y posterior estudio con microscopio electrónico y uso de la escala de McGowan que la expresión de la interleucina-1 (IL-1) y del factor de necrosis tumoral-alfa (TNF) y de su receptor 1 estaría alterada (muy baja), molécula encargada de reparar la estructura muscular, y que no existiría estrés oxidativo. Los músculos se lesionan y se reparan continuamente, pero estas lesiones sólo son observables a partir de cierto dintel, lo que se ha conseguido con el uso de dicha tecnología. (11)

CLÍNICA

Los síntomas característicos son los siguientes: (12)

- ✓ DOLOR: El principal síntoma es el dolor músculo-esquelético difuso y crónico que aparece en la totalidad de pacientes. Es un dolor mal delimitado y frecuentemente migratorio. En ocasiones aparece de forma generalizada y en otras en un área localizada y posteriormente se va extendiendo. A veces aparece tras procesos puntuales (infección, problemas personales, accidentes) y en ciertas ocasiones poco después de una enfermedad que limite la calidad de vida del paciente (Lupus eritematoso, Artritis reumatoide,...). Suele ser referido como un dolor de mediana o severa intensidad. El dolor se extiende progresivamente a amplias zonas corporales alrededor del raquis y la parte proximal de las extremidades, zona cervical, occipital, trapecios, hombros, parte proximal de los brazos, zona lumbar, trocánteres y muslos, aunque frecuentemente también se sitúa en la parte anterior de las rodillas, los antebrazos, los carpos, las manos (palma y dedos), los tobillos y los pies (tarso, planta y dedos).
- ✓ RIGIDEZ: Se trata de una rigidez articular matutina o tras reposo. Muy frecuentemente referida a las manos y como característica tiene el que no suele prolongarse más de media hora, como ocurre en el resto de enfermedades articulares inflamatorias.
- ✓ FATIGA: Más intensa al levantarse por las mañanas y a última hora de la tarde. Puede empeorar tanto con el ejercicio físico como por la inactividad.
- ✓ SUEÑO NO REPARADOR: Es un sueño de mala calidad, agitado, entrecortado. No logran dormir varias horas consecutivas, con lo que la función reparadora del sueño disminuye y los pacientes se levantan con la sensación de no haber descansado lo suficiente.

El sueño a nivel profundo se ve interrumpido y el dolor se incrementa los días que descansan mal.

Existen además una serie de hallazgos que suelen coexistir con estos síntomas: Dolor Abdominal (retortijones, necesidad imperiosa de ir al servicio, cambios deposicionales frecuentes alternando diarrea/estreñimiento), Alteraciones Psicológicas (Depresión, ansiedad, fobias, trastornos de pánico), Cefaleas (bien de tipo tensional o migrañas), Fenómeno de Raynaud, Parestesias, Disfunción témporo-mandibular, Hipotiroidismo eutiroideo, Pérdida de memoria reciente, Dificultad para concentrarse,...

DIAGNÓSTICO

Los criterios diagnósticos de la Fibromialgia, establecidos en 1990 por el American College of Rheumatology (1), se basan en información exclusivamente clínica, en la que se incluyen las características del dolor (crónico y generalizado), su localización (3 de los 4 cuadrantes del cuerpo), la presencia de problemas asociados y la sensibilidad en 11 de los 18 puntos sensibles de localización definida. Todo ello en un tiempo de evolución de 3 meses y siempre que no haya otro motivo que explique el dolor.

Los puntos dolorosos son 9 pares simétricos localizados en:

- Occipucio: en la inserción de los músculos suboccipitales.
- Cervical bajo: cara anterior de los espacios intertransversos a la altura de C5-C7.
- Trapecio: en el punto medio del borde posterior.
- Supraespinoso: por encima de la espina de la escápula, cerca de su borde medial.
- Segunda costilla: en la unión osteocondral.
- Epicóndilo: distal a 2 cm. y lateralmente al epicóndilo.
- Glúteo: en el cuadrante supero externo de la nalga.
- Trocánter mayor: en la parte posterior de la prominencia trocantérea.
- Rodilla: en la almohadilla grasa medial próxima a la línea articular.

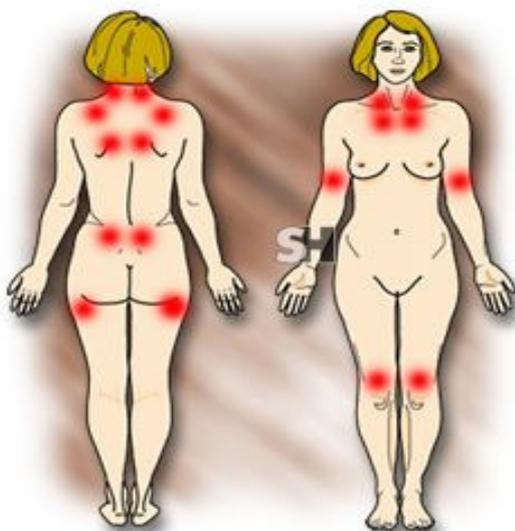


Imagen tomada de: www.famma.org/.../0708087_fibromialgia.jpg

La exploración física es rigurosamente normal, salvo la presencia de excesiva sensibilidad dolorosa a la palpación (una molestia no es considerada como dolor) en los denominados puntos dolorosos, habitualmente simétricos. La palpación debe realizarse aplicando una presión moderada equivalente a la necesaria para blanquear el lecho ungueal del dedo examinador (4 kgrs. de presión por cm²) (13) y los puntos no deben presentar signos inflamatorios en el momento de la exploración.

El balance articular es completo en todas las articulaciones a menos que coexista otra enfermedad articular de cualquier tipo. Igualmente, aunque los pacientes se quejan de debilidad, la exploración del balance muscular es normal.

No hay ninguna prueba diagnóstica de confirmación, ni se han descrito criterios de exclusión.

Es frecuente encontrar pacientes que no cumplen criterios pero que presentan las demás manifestaciones clínicas, de igual forma existen pacientes en los que las manifestaciones clínicas no son relevantes pero que cumplen los criterios; esto ha conducido a la situación de hacer el diagnóstico de FM con excesiva facilidad hasta el punto de diagnosticarse como FM cualquier cuadro de dolor músculo-esquelético mal definido.

Dicho todo lo anterior querríamos remarcar dos pruebas que a nuestro juicio, bien merecen una mención especial: Las Unidades de valoración Funcional y la Termografía.

Mediante la Termografía se aprecian las zonas dolorosas. Termografía infrarroja: el diagnóstico termográfico se basa en el análisis de las asimetrías térmicas que aparecen entre mitades paralelas del cuerpo y en la diferencia de temperatura existente entre una zona determinada y su entorno. Tiene las ventajas de ser un método objetivo, no invasivo, sin limitaciones, rápido, de bajo costo y con un área de aplicación extensa lo que permite su utilización para el diagnóstico de la FM. (14)

En las Unidades de valoración Funcional se realizan pruebas isocinéticas, que dan como resultado unas curvas no consistentes, ya que hay discordancia entre la fuerza en las distintas fases y alteraciones en la velocidad angular. En ellas se pueden detectar cuadros de simulación (curvas

perfectamente organizadas y déficits de movilidad articular, no compatibles con el cuadro de fibromialgia) y se pueden sacar consecuencias en los cuadros de sospecha clínica respecto al déficit funcional y su compatibilidad con el puesto de trabajo. El estudio isocinético permite obtener un valor teórico de menoscabo. El menoscabo global tiene en cuenta la disminución de la movilidad activa y la disminución de la fuerza (capacidad para mover pesos). La utilidad del menoscabo global está de acuerdo con los hallazgos clínicos.
(15)

No existe en la actualidad ninguna prueba específica para el diagnóstico de la FM, por tanto, las exploraciones complementarias de estos pacientes están destinadas a descartar la posible existencia de otros cuadros clínicos con síntomas similares o estudiar situaciones de comorbilidad que influyan en los síntomas.

EVOLUCIÓN

La FM es una enfermedad crónica en la que el dolor persiste generalmente sin cambios durante muchos años; no obstante, la evolución del cuadro clínico depende en gran medida del grado de afección del paciente. Se ha comprobado que los pacientes con manifestaciones clínicas más severas y tratados en clínicas especializadas de dolor tienen un pronóstico menos favorable, mientras que los casos más leves tratados en atención primaria evolucionan mejor. (16)

Un mejor nivel educacional, la profesión remunerada, la ausencia de trastornos psiquiátricos, realizar ejercicio físico, llevar a cabo las tareas habituales de forma sistemática y el sentimiento del control del dolor son variables predictoras de un mejor pronóstico. (17)

TRATAMIENTO

Hay unos aspectos básicos que se consideran de gran importancia: realizar el diagnóstico lo antes posible, evitar la solicitud de pruebas complementarias innecesarias y hacer una aproximación biopsicosocial.

El médico debería realizar un plan de tratamiento que se adapte a las necesidades individuales de cada paciente. Algunas personas presentan síntomas leves y sus necesidades terapéuticas disminuyen una vez que comprenden la dolencia que padecen y lo que les empeora.

Otras personas, sin embargo, necesitan de un programa de cuidado completo, incluyendo medicamentos, ejercicio y entrenamiento sobre técnicas para sobrellevar el dolor.

Para el tratamiento se usan dos tipos de medidas: farmacológicas y no farmacológicas. Con el tratamiento farmacológico se pretende aliviar el dolor, mejorar la calidad del sueño, eliminar la astenia y problemas asociados y restablecer el equilibrio emocional. Con el tratamiento no farmacológico se pretende mejorar la habilidad funcional y la calidad de vida. Incluye medidas tales como: educación del paciente, realización de un programa de ejercicios y estiramientos, y la terapia cognitivo conductual. (17)

En general lo que se recomienda es realizar un tratamiento interdisciplinario combinando diferentes posibilidades terapéuticas. Además es muy importante proporcionar información al paciente y a la familia, aseverando que los síntomas son reales e intentando que asuman una actitud positiva frente a los síntomas. Se debería insistir sobre la benignidad del problema y sobre su evolución en brotes, que no deberían impedir llevar una vida activa y normalizada.

Tratamiento Farmacológico.-

- Antidepresivos tricíclicos:

La *Amitriptilina* es uno de los fármacos más estudiados en la FM. Se ha observado que mejora de forma moderada el sueño, el dolor y la sensación de bienestar, de forma leve la astenia y mínimamente el

número de puntos dolorosos. Se recomienda el uso de dosis bajas, 10-25 mg por las noches, e incrementar según resultados. Si existe depresión incrementar dosis o recurrir a otro antidepresivo más. No debe usarse tras infarto de miocardio, ni en fases maníacas. Como efectos secundarios presenta sequedad de boca, estreñimiento, hipotensión y visión borrosa. Parece no haber diferencias entre amitriptilina y *nortriptilina*.

La *Ciclobenzaprina*, aunque no tiene efectos antidepresivos, es un eficaz relajante muscular. En la FM mejora el dolor, la astenia y el sueño. Se usa en dosis de 20-40 mg al día repartidos en varias tomas.

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): *Fluoxetina, Paroxetina, Citalopram y Sertralina*. Suelen reservarse para aquellos pacientes con patología depresiva asociada. Se suelen administrar por la mañana en dosis 10-80 mg/día. No deben usarse en la manía y con mucha precaución en la disfunción hepática. Los efectos secundarios más frecuentes son la sequedad de boca, cefalea, pérdida de peso, disminución de la libido y la inquietud psicomotora.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSN): *Duloxetina y Venlafaxina*. En FM parece que mejoran el dolor y la sensación subjetiva de bienestar. Precaución en pacientes con insuficiencia renal y hepática. Pueden elevar la tensión arterial. El efecto secundario más frecuente son las náuseas.

El *Milnacipram*, incluido en este grupo, también parece mejorar el dolor, la fatiga y el bienestar. Sus efectos secundarios: náuseas, cefaleas y estreñimiento.

- Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs): No se ha demostrado su efectividad en el tratamiento de la FM, por lo que no se recomienda su uso sistemático. Algunos autores sin embargo refieren que en dosis moderadas puede reducir parcialmente el dolor.
- Relajantes musculares: Deben usarse con precaución por el riesgo de producir dependencia, por ej. *Benzodiazepinas*.
- Analgésicos: *Tramadol y Paracetamol*. El tramadol a dosis de 50-100 mg cada 6-8 horas mejora el dolor y los síntomas funcionales de la FM. Se

recomienda iniciar el tratamiento con dosis de 25 mg cada 6-8 horas e ir incrementando dosis hasta la dosis óptima. Se puede asociar Tramadol y Paracetamol a dosis 37,5/325 mgrs.

- Anticonvulsivos: *Gabapentina* y *Pregabalina*. La gabapentina parece que mejora el dolor y la sensación de calidad de vida en la FM. Su efecto secundario más frecuente es la somnolencia. La pregabalina mejora el sueño, el dolor, el cansancio y la sensación de calidad de vida en la FM. La somnolencia es su efecto secundario más frecuente. (18)
- Otros Fármacos: Están en proceso de investigación para ver la utilidad en FM, Antagonistas de los receptores 5-HT3 (*Tropisetron* y *Ritanserina*), Agonistas de la dopamina (*Pramipexol* y *Pindolol*).
- Fármacos que NO se consideran válidos en FM: Hormona del crecimiento, Corticoides, Hormona tiroidea, Opiáceos, Magnesio, Calcitonina, Melatonina, Carisoprodol.

Tratamiento No Farmacológico.-

- Actividad física: La realización de ejercicio físico en pacientes con FM ha demostrado ser eficaz a corto plazo. Se debe personalizar, actividad 2-3 veces por semana, ser gradual y evitar siempre el dolor localizado en una zona. Es contraproducente llegar al límite del cansancio. El ejercicio físico aeróbico de bajo impacto: natación, danza, gimnasia o hidrogimnasia mejora claramente la clínica dolorosa, la salud mental, el grado de ansiedad y el impacto global de la enfermedad en la vida del paciente. La regla de oro para los pacientes con FM es comenzar el ejercicio de manera lenta e ir aumentando progresivamente la intensidad según la tolerancia. Especialmente se recomienda la realización de piscina de agua caliente, yoga y Tai-Chi. La mayoría de los profesionales de salud además sugieren que los pacientes busquen una forma de ejercicio que les agrade para que sigan practicándola en forma regular. (19)
- Terapia Cognitivo Conductual: El tratamiento cognitivo-conductual es la intervención psicológica que ha demostrado más eficacia para el tratamiento de la ansiedad, la depresión, el dolor y la astenia. El objetivo

de la terapia se basa en cambiar la idea de la persona sobre el dolor, lo que permite una actitud más positiva frente a la enfermedad. Este tratamiento combina técnicas de condicionamiento clásico y operante (extinción, refuerzo positivo, moldeado, etc.), aprendizaje observacional, estrategias de solución de problemas y habilidades de afrontamiento (relajación y técnicas de autocontrol emocional). Incluye una fase educativa que informa al paciente sobre la naturaleza del trastorno y el modo en que lo afronta, una fase de adquisición de habilidades (aumento de actividades, relajación, solución de problemas, higiene del sueño, etc.) y una fase de puesta en práctica en que el paciente comprueba y optimiza los recursos para controlar sus síntomas. (17)

- Retroalimentación: El Biofeedback es un proceso educativo en el que se combina la tecnología y los métodos de retroalimentación con el objetivo de que cada persona conozca sus respuestas fisiológicas a diversos estímulos, con la posibilidad de modificarlas a su favor y aprender a controlarlas mejor.
- Relajación: Estas terapias suelen precisar un aprendizaje inicial, si bien posteriormente el paciente puede ponerlas en práctica sin necesidad de ayuda. Los pacientes con FM no manejan bien el estrés, por ello se les recomiendan programas efectivos enfocados a resolver este problema. No se ha podido demostrar que mejoren el dolor y la capacidad funcional, aunque sí mejoran la sensación de calidad de vida del paciente.
- Acupuntura: Los estudios que proporcionan datos favorables son deficientes desde el punto de vista metodológico, o bien los resultados son contradictorios.
- Nutrición: Los expertos en nutrición generalmente instan a los pacientes con FM a que limiten el consumo de azúcar, cafeína y alcohol. En ocasiones se aconseja el uso de vitaminas y suplementos como reforzadores del sistema inmune.
- Otros: Inyección en puntos sensibles, Estimulación nerviosa transcutánea, Láserterapia,... no han podido demostrar su eficacia. (20)

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA

La fibromialgia suele repercutir negativamente en la vida de los pacientes que la sufren, las personas que les rodean y en el hábitat en el que viven. (5)

Calidad de vida

Para la medición de la calidad de vida existen diversos cuestionarios, que hay que tener en cuenta se tratan de pruebas con un valor subjetivo (son los enfermos los que contestan).

Uno de los más utilizados es el *FIQ* (Fibromyalgia Impact Questionnaire). El FIQ es un instrumento diseñado para cuantificar el impacto global de la FM en varias dimensiones (funcionalidad, percepción de dolor, rigidez y fatiga, trastorno del sueño, depresión, ansiedad y capacidad de trabajo remunerado y doméstico). El FIQ es considerado el “patrón de oro” en la medida del estado funcional de la FM y en la medida de la respuesta terapéutica. (21)

Parece ser que el trabajar fuera del hogar, es un factor que influye positivamente en las enfermas de FM. Así, estas mujeres que reciben un sueldo por trabajar fuera del hogar, sienten menos grado de dolor, discapacidad funcional y fatiga, a diferencia de las amas de casa que no trabajan fuera del hogar en las que la percepción del dolor y de su deterioro de salud se realiza de forma más negativa. (22)

Capacidad funcional

El cuestionario que se emplea con más frecuencia es el Health Assessment Questionnaire (*HAQ*). El HAQ es un cuestionario autoaplicado que evalúa el grado de dificultad física auto percibido para realizar 20 actividades de la vida diaria. La puntuación final del HAQ es una media, por lo que su recorrido varía entre 0 (no discapacidad) y 3 (máxima discapacidad).

Con este cuestionario se vuelve a comprobar que las enfermas que trabajaban fuera de casa obtenían una puntuación menor que las que no lo hacían y dentro de éstas últimas, las que percibían una prestación económica

de la Seguridad Social obtenían una puntuación más alta que las que no la percibían.

Dolor

El dolor se mide por una escala analógica visual (EAV), en la que el paciente señala con una línea perpendicular el lugar en el que considera que se encuentra su grado de dolor (0-10).

Volvemos a intuir el problema general de los cuestionarios, son pruebas subjetivas, en la que es el paciente quien contesta según su percepción particular del dolor: información médica basada en las manifestaciones del paciente.

Existen además de éste, múltiples cuestionarios para la valoración del dolor: El McGill Pain Questionnaire (MPQ), el Multidimensional Pain Inventory (MPI), el Brief Pain Inventory,...

Quizás mediante técnicas novedosas, podamos ir descubriendo la imagen del dolor: Cuando se analiza el cerebro de los pacientes con Fibromialgia mediante SPECT o Tomografía por Emisión de Fotones con Scintigrafía, se observa un déficit en la perfusión sanguínea de ciertas áreas relacionadas con la estructura cerebral asociada al dolor y este déficit es más manifiesto en los pacientes con mayor Discapacidad. (23)

Hiperalgnesia

Se evalúa mediante el recuento de puntos dolorosos establecidos por la ACR y, con menor frecuencia, mediante la determinación del umbral doloroso en esos mismos puntos utilizando dolorímetros especialmente diseñados al efecto.

Ambas medidas se han utilizado tras diversas intervenciones terapéuticas; sin embargo, la magnitud de la mejoría en ocasiones es tan baja que su utilidad clínica está por determinarse.

Aspectos Psicológicos

Está claro que la FM repercute negativamente sobre el componente psicológico de los pacientes. Para valorar esta repercusión se utilizan multitud

de test psicológicos: El General Health Questionnaire (GHQ28), el Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90R) (es el más utilizado), el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI); El Beck Depression Inventory (BDI) y La Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) se utilizan para valorar la depresión; el State-Trait Anxiety Inventory (STAI) y la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) son utilizados para valorar la ansiedad.

Valoración objetiva de la función física

Esta valoración supone para nosotros la más realista dentro de toda esta batería de pruebas usadas para valorar el impacto de la FM. Se pueden utilizar varios métodos. Ya hemos comentado previamente tanto el uso de la Termografía como la gran utilidad de las Unidades de Valoración Funcional.

Además existen otra serie de mediciones que se pueden efectuar: (5)

- Pruebas para determinar la capacidad aeróbica de los pacientes (generalmente mediante tests espiroergométricos) en los que el paciente pedalea en una bicicleta estática mientras se analiza los gases expulsados por la respiración y la frecuencia cardiaca, y se cuantifica el trabajo realizado.
- El test de 6 min. de marcha consiste en hacer andar al paciente durante 6 min. a un ritmo rápido pero cómodo y medir el espacio recorrido.(24)
- Las pruebas de imagen del dolor comienzan a hacerse ya por grupos de investigación españoles. Es una técnica novedosa similar a las resonancias magnéticas que permite visualizar cómo trabaja el cerebro para aplacar el dolor. La comparación de las imágenes en pacientes sanos y enfermos podría permitir localizar las zonas cerebrales activas sólo en casos de fibromialgia o fatiga crónica y crear un tratamiento dirigido.

Valoración del sueño

Se han realizado estudios mediante Polisomnografía. Los resultados ha sido los siguientes: Los pacientes con FM presentan marcados disturbios del sueño y una alta incidencia de sueño alfa-delta en el EEG No REM.

INCAPACIDAD TEMPORAL

En los pacientes con FM, se considera adecuado, en caso de que precisen de una baja laboral, que la duración de la misma sea lo más corta posible, ya que se benefician claramente del mantenimiento de la actividad laboral, influyendo positivamente en su evolución. Se aconseja dar baja sólo en reagudizaciones severas y de forma autolimitada (de antemano) en el tiempo. (25)

Tener cuidado con dar baja si existe un contexto médico-legal (tráfico, solicitud de minusvalía, etc.), porque en ese caso la baja se alargará.

La IT estaría justificada para la realización de los estudios necesarios para descartar otras patologías. El Manual de Tiempos Estándar publicado recientemente por el INSS establece una duración promedio de la FM de 14 días. (1)

La causa para la justificación de una baja no larga es que la situación de IT puede proporcionar resultados adversos, entre otros: Ser más consciente del dolor que produce la inactividad, Sentimiento de aislamiento, Descenso de la actividad con la pérdida de la autoestima que esto conlleva, Problemas económicos, Pérdida de la estabilidad laboral, Temor asociado al regreso al trabajo, Problemas familiares.

Una cuestión importante a tener en cuenta es la insatisfacción laboral: El grado de insatisfacción laboral entre los pacientes suele ser alto; muchos pacientes consideran que sus condiciones laborales no son las adecuadas para su enfermedad, y además perciben un alto grado de rechazo y estrés laboral en su lugar de trabajo debido a su afección.

La estadística nos dice que asistimos a un aumento espectacular de casos en los últimos años y casi siempre en puestos de trabajo poco o nada gratificantes.

INCAPACIDAD PERMANENTE

En la mayoría de las ocasiones el diagnóstico de FM no constituirá una causa de IP, y de existir, será generalmente derivada de la patología acompañante (especialmente osteoarticular y psiquiátrica severas). La FM en sí misma y como cuadro sindrómico no comporta IP.

En estudios recientes se ha comprobado la existencia de “predictores de incapacidad”, es decir, factores que van a dirigir el proceso hacia una IP: Existencia de enfermedades concomitantes, Elevado número de “Tender points”, Limitación en la Evaluación General de la Movilidad del Paciente, Necesidad de tratamiento de los últimos escalones terapéuticos, Actividad laboral con grandes requerimientos físicos, Imposibilidad de realizar actividades lúdico-deportivas.

Una valoración a tener muy en cuenta es la actitud del paciente ante el diagnóstico, por lo que es muy importante la “carga” de información que se le da al paciente sobre su patología y sobre la manera de afrontar esta enfermedad. A pesar de ello muchas veces la información con la que se queda el paciente es que es una enfermedad crónica y por tanto merecedora de IP; otras veces incluso le queda la sensación de incapacidad severa. En escaso porcentaje, por desgracia, el paciente es consciente de la benignidad de la enfermedad y que pese a las dificultades y altibajos se debe seguir el tratamiento aconsejado e intentar realizar una vida normal y activa. A veces queda la duda de si no es un diagnóstico deseado después de un largo camino de pruebas e insatisfacciones, ante la perspectiva de relación FM/IP.

TRATAMIENTO JURÍDICO DE LA FIBROMIALGIA

La evaluación de la incapacidad funcional derivada de FM está sujeta a polémica.

El proceso comienza con una baja que certifica su incapacidad temporal, sigue con un reconocimiento por un Equipo de Valoración de Incapacidades que tal vez pueda aceptar la existencia de fibromialgia, pero que de forma casi sistemática, niega la incapacidad, como lo suele hacer también la Autoridad de la Seguridad Social que firma y confirma la resolución denegatoria y ante la cual es obligado recurrir (Reclamación Previa) antes de acudir a los Juzgados de lo Social. Las reclamaciones previas realizadas al INSS no cambian el dictamen en más de un 90% de los casos.

Aquí comienza la segunda etapa con la esperanza del trabajador de conseguir una declaración de incapacidad, en la que los informes médicos y sobre todo el testimonio de peritos especialistas ganan relevancia en aras de convencer a un Juez, lego en la materia, de la existencia de una enfermedad incapacitante y, en su caso, irreversible.

De forma repetida la declaración de incapacidad es negada por los Equipos Médicos de Valoración de las Incapacidades y de forma cada vez más frecuente su opinión negativa es corregida (Alrededor del 50%, sentencias favorables y en algunas zonas -Valencia- pasan del 60%) por los Tribunales de lo Social tanto en primera como en segunda instancia. Existen leves diferencias entre las sentencias emitidas por el Juzgado de lo Social y las emitidas por el Tribunal Superior de Justicia (Coincidencia cercana al 92% de los casos).

Llama la atención a la vista de las sentencias revisadas, la inclinación de los magistrados hacia la calificación del grado de la IP como IP total y no absoluta.

Varias razones deben ser recogidas al respecto, entre otras las siguientes:

- Para muchos especialistas estamos en presencia de un síndrome controvertido.
- Los síntomas son múltiples molestias comunes a la población general.

- La subjetividad del dolor, que puede fingirse, inclusive más si con ello se busca una invalidez.
- No conocemos con exactitud ni sus causas ni sus mecanismos de acción.
- No existen alteraciones bioquímicas, ni serológicas, específicas.
- Tampoco disponemos de instrumentos validados para cuantificar la incapacidad.

Realizando una revisión de diversas sentencias, analizamos los fundamentos jurídicos en los que los jueces se basaron para resolver las distintas demandas de incapacidad solicitadas.

Las razones que llevan a actitudes y comportamientos denegatorios son los siguientes:

-Dificultades que tiene el jurista para ponderar: “...es cierto que la fibromialgia es una enfermedad que puede ocasionar incapacidad. También lo es que no resulta fácil su valoración médica y la determinación de su repercusión funcional, de ahí que por lo general, ante la duda, los informes de los especialistas médicos sean o confusos o inespecíficos, resultando difícil al jurista su ponderación a los efectos que aquí interesan, es decir, para determinar si existe o no una incapacidad funcional para el desempeño de la actividad habitual o para todo tipo de actividad.” TSJ Asturias 2003

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

-La inexistencia de lesión susceptible de determinación objetiva: “no basta con acreditar un número de puntos gatillo superior a 11, pues es preciso valorar cuál es la repercusión real en la capacidad de trabajo. No hay datos funcionales patológicos, ni se aprecian signos inflamatorios articulares, ni alteraciones en los arcos de movilidad de las articulaciones afectadas por la

sintomatología dolorosa, por lo que está claro que la recurrente posee aptitud física residual para la normal realización de su quehacer laboral habitual, además tampoco se puede apreciar cronicidad por el tiempo de evolución”. TSJ Asturias. 2009.

-Importante peso jurídico del IMS: “Si la Juzgadora a quo hace suyas las conclusiones contenidas en el informe médico de síntesis (IMS) porque le han llevado a la convicción de la certeza y realidad de las mismas, no pudiéndose extraer ninguna otra impresión del contenido inicial del hecho probado sexto de su sentencia al decir: la actora se encuentra aquejada de los padecimientos descritos en el IMS lo que le limita de forma importante para (...). Si después de prácticamente transcribir en su resolución el cuadro clínico, el diagnóstico que de aquélla se hace en este informe y también su apartado de conclusiones en los mismos términos, no parece motivo o razón suficiente para modificarlas cuando se insiste en la importancia, en la relevancia que ha tenido este informe en el proceso de convicción y, además no se contradice con el contenido de otros informes médicos en los que también en el capítulo de conclusiones, se dice: debe procurar mantener su actividad laboral, debe hacer ejercicio físico moderado y practicar natación y otros semejantes.” T S J Madrid 2008.

-Beneficio en cuanto a salud de proseguir su actividad laboral la trabajadora: “En el presente litigio es cierto que la actora padece de fibromialgia agravada con algias generalizadas (poliartrosis) y trastorno ansioso depresivo asociado a su estado físico, pero no obstante, dada la funcionalidad articular conservada que presenta y el trabajo habitual que viene realizando como editora documentalista, exento de grandes esfuerzos físicos, no parece aconsejable, ni objetivamente existen razones limitativas de su capacidad laboral, que permitan acceder a la solicitud de incapacidad permanente que reclama en su demanda, en ninguno de sus grados, pues el apartamiento del mundo laboral en este momento, además de no encontrar justificación clínica, resultaría desaconsejable para su propia recuperación física y psíquica”. J S Madrid 2007.

Pero en cambio también existen razones para sentencias favorables:

-Existencia de dolor muscular permanente que no cede con medicación: “generando el conjunto de todo ello una intensa astenia y cansancio que limita a la demandante para realizar actividades diarias y un mal descanso nocturno, con mala evolución, ... padeciendo la demandante de dolor muscular permanente de carácter inespecífico- por no objetivarse ni justificarse mediante la exploración su causa ni tampoco con los medios técnicos de diagnóstico dicha patología neuromuscular orgánica definida como fibromialgia- que no cede con la administración de relajantes o de antiinflamatorios...”. JS Madrid 2006.

-Necesidad de realizar un trabajo con un mínimo de atención y dedicación: “Pero constando el carácter severo de la fibromialgia, la cronificación del síndrome depresivo, además de las dolencias artrósicas, hernia, tendinitis y bursitis, y síndrome del túnel carpiano bilateral, no es posible concluir que el actor pueda concurrir al mercado laboral pues cualquier trabajo por cuenta ajena a tiempo completo, exige un mínimo de dedicación y atención que no puede prestar”. T S J Madrid 2008.

-Imposibilidad de realizar esfuerzos físicos en el trabajo: “Este cuadro clínico, y las secuelas que conlleva son los que deben ser tenidos en cuenta para valorar la capacidad funcional de la demandante, apreciándose que los dos diagnósticos, esto es, la fibromialgia y el síndrome ansioso depresivo, tienen una repercusión negativa sobre la capacidad de la demandante, puesto que no solo no puede desarrollar funciones que exijan la realización de esfuerzos físicos, que no puede llevar a cabo al estar afectadas prácticamente todas las articulaciones, sino tampoco aquéllos otros que pudieran ser más livianos, pero exijan atención o cierta responsabilidad”. J S Madrid 2009.

-Credibilidad de los informes de Especialistas que tratan al enfermo: “se basa en informes médicos del reumatólogo que trata a la paciente frente al emitido tras una consulta a efectos de preparación de la demanda sin la especificación que se precisa para apreciar la disfuncionalidad que puede producir una enfermedad de la complejidad de la fatiga crónica”. TSJ Cataluña 2009.

-Tratamiento médico infructuoso: “La demandante presenta un cuadro que merece ser calificado de intensidad severa, con nula o escasa respuesta a los tratamientos hasta ahora aplicados, lo que hace que, en términos de rentabilidad empresarial, su capacidad residual esté agotada, por simples o livianos que sean los trabajos a realizar, imponiéndose, por lo expuesto, declarar a la demandante afecta de invalidez permanente absoluta”. J S. Ciudad Real 2005.

-Patología concomitante a la FM: “Las patologías acreditadas eran las siguientes: «exploración radiográfica: trastorno posicional L5-S1, neo articulación lumbosacroiliaca izquierda, apófisis costiformes C7, artrosis interapofisarias posterior, RMN: discopatía crónica L4-L5, artrosis en articulaciones interapofisarias, radiculopatía cervical C6-C7 izq. de carácter moderado severo con signos de actividad degenerativa aguda asociado a un atrapamiento bilateral del nervio mediano a nivel del carpo de carácter leve, refiere dolor e impotencia funcional del msi. Diagnóstico y valoración: poliartralgias secundarias a cifosis dorsal importante, artrosis universal, radiculopatía cervical y fibromialgia,... ». El Tribunal confirma la sentencia del Juzgado de lo Social en la que se reconocía a la trabajadora una incapacidad permanente total para su trabajo de administrativa”. TSJ Canarias 2002.

Respecto a la contingencia, si bien la gran mayoría fueron consideradas como contingencia común, existen varios casos en los que la sentencia determinaba contingencia profesional (accidente de trabajo), algunos de los cuales ya habían sido considerados así en la resolución de EVI. Siempre existía patología concomitante que era la causa del agravamiento por el que se consideraba AT: Síndrome por aceite tóxico, Sensibilidad Química Múltiple,...

OBJETIVOS

Los Objetivos que, previamente a la realización del estudio, nos planteamos en este trabajo fueron los siguientes:

- Comprobar la prevalencia de esta patología según edad, sexo, profesión y autonomía de residencia,
- Valorar la duración media de las bajas,
- Diferenciar la duración de las bajas según sean trabajadores autónomos o trabajadores por cuenta ajena,
- Cuantificar según la Base Reguladora Diaria (BRD) el coste medio de este tipo de enfermedad,
- Indagar sobre las especialidades que tratan a estos pacientes y la variedad de síntomas acompañantes que presentan, especificando si hay algunos que predominan especialmente,
- Ver qué tipo de tratamiento están recibiendo,
- Investigar las Propuestas de Alta que se hacen desde la Mutua para valorar su eficacia,
- Examinar las Propuestas de Incapacidad que se tramitan con el resultado final de las mismas.

MATERIAL Y MÉTODOS

1.- Diseño del estudio

Hemos realizado un estudio de todos los pacientes visitados en los departamentos de Contingencias Comunes de la Mutua Asepeyo diagnosticados de fibromialgia o mialgia, durante los años 2007 y 2008. Todos los pacientes se encontraban en situación de ITCC de más de 15 días de duración.

Los pacientes se localizaron informáticamente a través de los diagnósticos codificados por los médicos de dichos departamentos tras la primera visita, tanto si el diagnóstico de fibromialgia era coincidente con el especificado por el médico del Servicio Público de Salud, como si tras la visita médica el profesional de la Mutua llegaba a la conclusión de que ésta era la causa del proceso de ITCC.

Criterios de selección:

La información se ha recogido de las historias clínicas informatizadas de los pacientes. Los datos obtenidos y reflejados en el presente trabajo han sido extraídos obedeciendo a un criterio único.

Se excluyeron del estudio los casos en que, a la vista del proceso, este no se corresponde con el diagnóstico codificado.

Como criterios mínimos para la inclusión de los pacientes en el estudio se exigió en todos los casos que en la historia médica constara al menos la siguiente información:

- Datos de filiación.
- Ocupación laboral.
- Primera visita y valoración médica.
- Seguimiento médico del paciente durante todo el proceso de ITCC.
- Propuestas de alta o incapacidad tramitadas ante el SPS.

Para la recogida de datos de la historia médica se confeccionó la ficha 1 que se muestra a continuación:

(Ficha 1)

REVISIÓN HISTORIAS DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA

Nº Expediente: _____
Edad: _____ Duración ITCC: _____ días
Sexo: V / M Episodios previos de IT: SÍ / NO
Profesión: C.N.O. _____ BRD: _____
Puesto que desempeña y antigüedad: _____

Sintomatología inicial (Inicio IT):

Otros síntomas:	SÍ / NO	Especialidades:	SÍ / NO
-Músculo-esqueléticos:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-Reumatología:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
-Psiquiatría:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-Traumatología:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
-Endocrino:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-Psiquiatría:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
-Tr. Sueño.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-Urología:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
-Otras patologías simultáneas _____		-U. del Dolor:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		-Otros: _____	

P. Diagnóstico:	SÍ / NO	Tratamientos: Uso / Eficacia
-Exploración:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-Analgésicos: _____ / _____
-R. X:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-AINES: _____ / _____
-RNM:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-ATD / Ansiolíticos: _____ / _____
-EMG:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-RHB: _____ / _____
-TAC:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-U. del Dolor: _____ / _____
-Gammagrafía:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-Actividad Física: _____ / _____
-Otras: _____		-Otros: _____

OBSERVACIONES:

Gestión del proceso

-Propuesta de alta: SÍ / NO
-Propuesta de Incapacidad:
 -Antes de agotar IT: Tipo:
 -Al agotar IT: Tipo:
 -Recurso judicial: Resultado:

A la vista de la gran diversidad de profesiones encontradas, las agrupamos en categorías atendiendo a lo que consideramos requerimientos físicos semejantes o profesiones parecidas.

Así obtuvimos los 10 grupos siguientes:

- Limpieza: limpiadores
- Dependientes: dependientes, cajeros, charcuteros, venta ambulante, peluqueros, escaparatistas, floristería.
- Administración: administrativos, comerciales, gestores, auxiliares administrativos, funcionarios, recepcionistas, teleoperadores
- Camareras: camareras y cocineras
- Auxiliar: auxiliares de clínica, laboratorio, geriátricos, farmacia, podólogos, fisioterapeutas.
- Peón/mozo: peones de construcción, agrícolas, ganaderos, almacén, jardinero.
- Operario: cadenas de producción o montaje, electricista, carpintero, albañil, pintor, mecánico, control de calidad industrial
- Profesión liberal: abogado, arquitecto, médico, informático, profesor, farmacéutico, ingeniero, gerentes, jefes de departamento
- Conductor: camionero, taxista
- Otros: decorador, conserje, tapicero, relojero, enfermera, costurera, óptico, interventor de banco, coordinador de transporte.

Tras la recopilación de los datos a partir de las historias médicas y su introducción en la base de datos, se ha realizado una corrección de los mismos, eliminando aquellos casos que no cumplieran los requisitos de estudio.

Hemos realizado un estudio retrospectivo observacional de tipo descriptivo para analizar en nuestro medio las características personales, profesionales y médicas de los pacientes diagnosticados de fibromialgia, así como la gestión del proceso realizada desde la Mutua.

La muestra analizada está formada por el grupo de pacientes valorados en la Mutua Asepeyo, durante los años 2007 y 2008, por presentar procesos diagnosticados de fibromialgia. Se revisaron un total de 1401 historias médicas. Después de excluir los pacientes que no cumplieron la totalidad de los requisitos, la muestra a estudio ha sido de 1056 pacientes con fibromialgia.

Se analizaron los datos de edad, sexo, duración del proceso de ITCC y existencia de episodios previos de ITCC por el mismo motivo. También se estudió la profesión y la comunidad autónoma de residencia. Se valoró la sintomatología dominante durante el proceso, la existencia de patología asociada, las especialidades médicas que habían diagnosticado y tratado al paciente, las pruebas complementarias que se realizaron y los tratamientos seguidos en cada caso. Por último se ha analizado el resultado de las propuestas de alta y de incapacidad realizadas desde la Mutua.

Cabe destacar que la competencia de la Mutua en la gestión de los procesos de ITCC como entidad colaboradora de la Seguridad Social, está basada en la Ley 42/1994 de 30 de Diciembre, Real Decreto 1993/1995, Reales Decretos 575 y 576 de 1997 y 1117 de 1998.

La función principal de los médicos evaluadores de la Mutua Asepeyo, no es tanto el diagnóstico clínico primario del paciente, que acude como mínimo diagnosticado y tratado por su médico de atención primaria, sino verificar el diagnóstico y valorar la capacidad laboral del paciente para su puesto de trabajo.

En este sentido los datos reflejados en las historias médicas se obtienen tanto de la exploración directa del paciente y de la realización de pruebas complementarias con valor pericial por parte de la Mutua, como de informes de profesionales consultados por el trabajador, tanto procedentes de SPS como de consultas particulares, que aporta el paciente en nuestras visitas.

Los pacientes han sido valorados por numerosos médicos diferentes en todo el territorio nacional. No obstante la muestra puede considerarse homogénea en cuanto que todos trabajan con el mismo programa informático (CHAMÁN), cumplimentan la misma ficha de recogida de información en cada visita y los criterios de trabajo y valoración son los mismos en todos los centros, unificados por la Dirección de Asistencia Sanitaria de la Mutua.

2.- Estudio estadístico.

Para el análisis de las variables cualitativas (categóricas) se han utilizado frecuencias absolutas y porcentajes.

Para estudiar las variables cuantitativas (continuas) se ha calculado la media y desviación estándar.

Se ha correlacionado la emisión de alta médica a instancia de la Mutua con:

- la actividad laboral
- la Comunidad Autónoma de residencia
- la duración del proceso de ITCC
- el número de tratamientos seguidos habitualmente
- la existencia de patología asociada

Se ha correlacionado el reconocimiento de IP con:

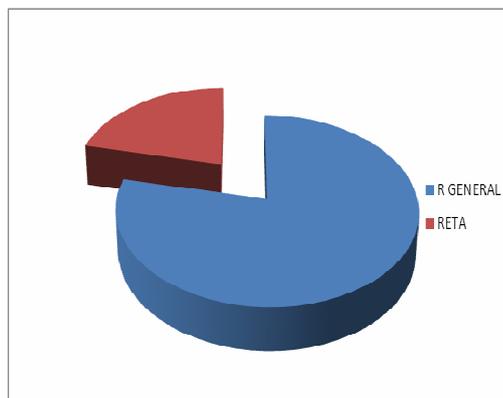
- la actividad laboral
- la Comunidad Autónoma de residencia
- la duración del proceso de ITCC
- el número de tratamientos seguidos habitualmente
- la existencia de patología asociada.

RESULTADOS

Valoración descriptiva:

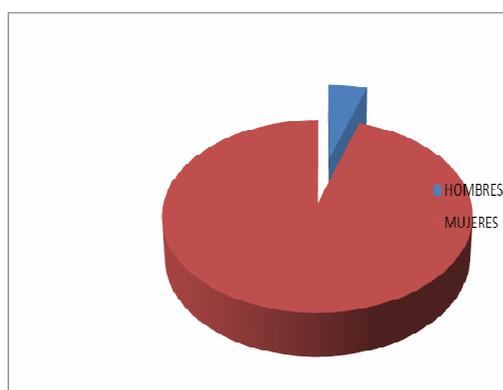
Por régimen de cotización a la Seguridad Social:

R.cotización	Nº	%
R General	829	78,50
Autónomos	227	21,50
Total	1056	100



Por Sexo:

Sexo	Casos	%
Hombres	51	4,83
Mujeres	1005	95,17
Total	1056	100



Se ha realizado un estudio de la edad de los pacientes, sexo, duración de la IT, la existencia de episodios previos de fibromialgia, el estudio de la base reguladora diaria (BRD), la BRD en las personas que se les ha concedido una incapacidad permanente (IP), así como la autonomía a la que pertenecen y la profesión que desarrollan los pacientes.

Se presentan estos datos en las siguientes tablas y gráficos:

Edad Media	Duración IT	Epis.Previos	BRD	BRD de IP
47,11	186,89	32,38 %	42,52 €	45,52 €

La edad media de la muestra ha resultado de 47,11 años.

La duración media de la IT ha sido de 186,89 días con una desviación estándar (DE) de 161,04.

El 32,38 % de los episodios han tenido episodios previos de baja médica.

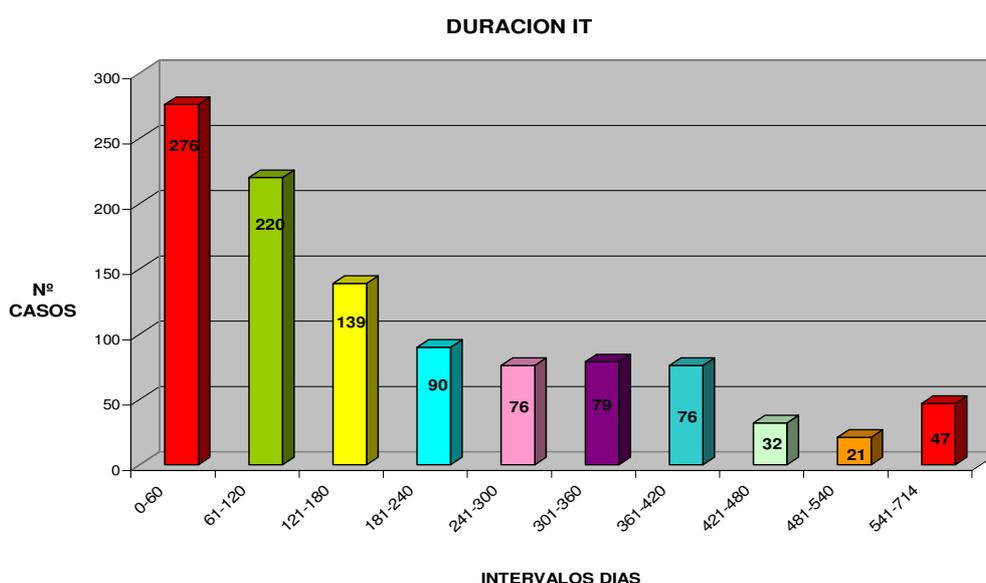
La base reguladora diaria media de la IT ha sido de 42,52 € con una DE de 23,02 y la BRD de las IP ha sido una media de 45,52 € en la muestra estudiada.

Los días de baja en que han estado todos estos pacientes en los 2 años del estudio han dado un resultado de 198.019 días que puesto en relación con la BRD media de 42,52 € resultaría una valoración económica de 7.939,24 € por persona al año.

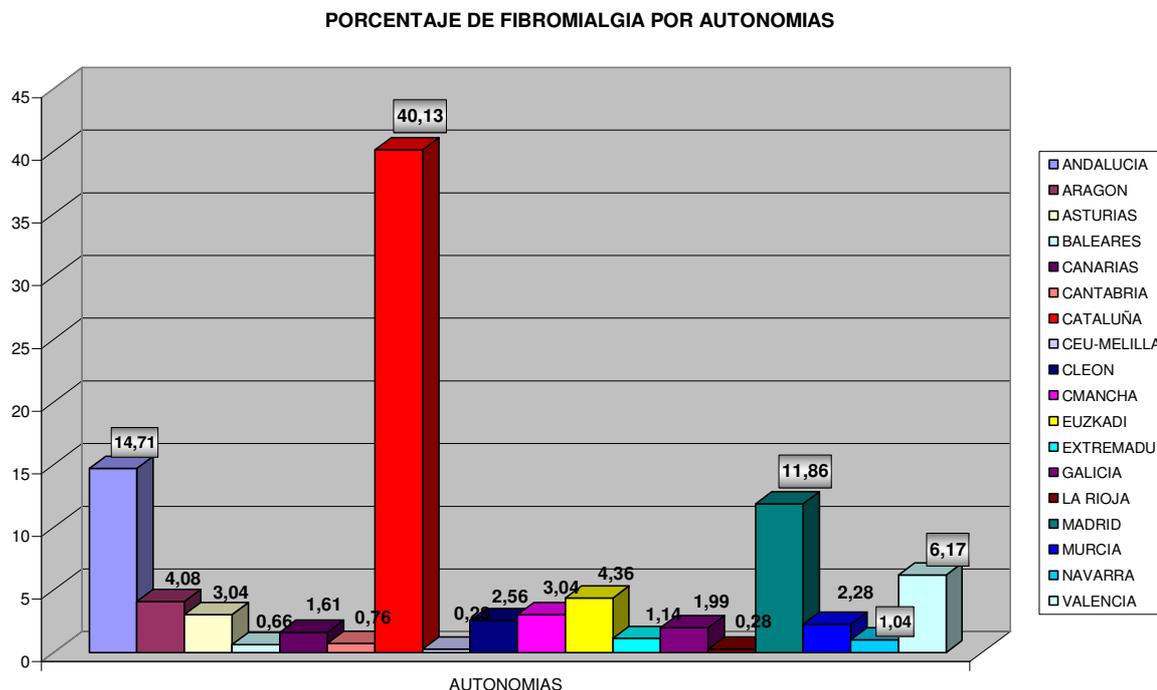
Así mismo hemos apreciado por estudios económicos al respecto, que el gasto medio sanitario estimado de un paciente con fibromialgia es de unos 10.000 €/año.

La variable Duración de IT ha sido cuantificada en días dando un resultado de media de 186,89 días con una DE de 161,04.

En relación a la duración media del proceso de IT, dada la alta desviación estándar que indica una dispersión de los datos alrededor de la media, se ha realizado un agrupamiento de los datos de la variable Duración IT, obteniendo el resultado que se muestra en el siguiente gráfico:

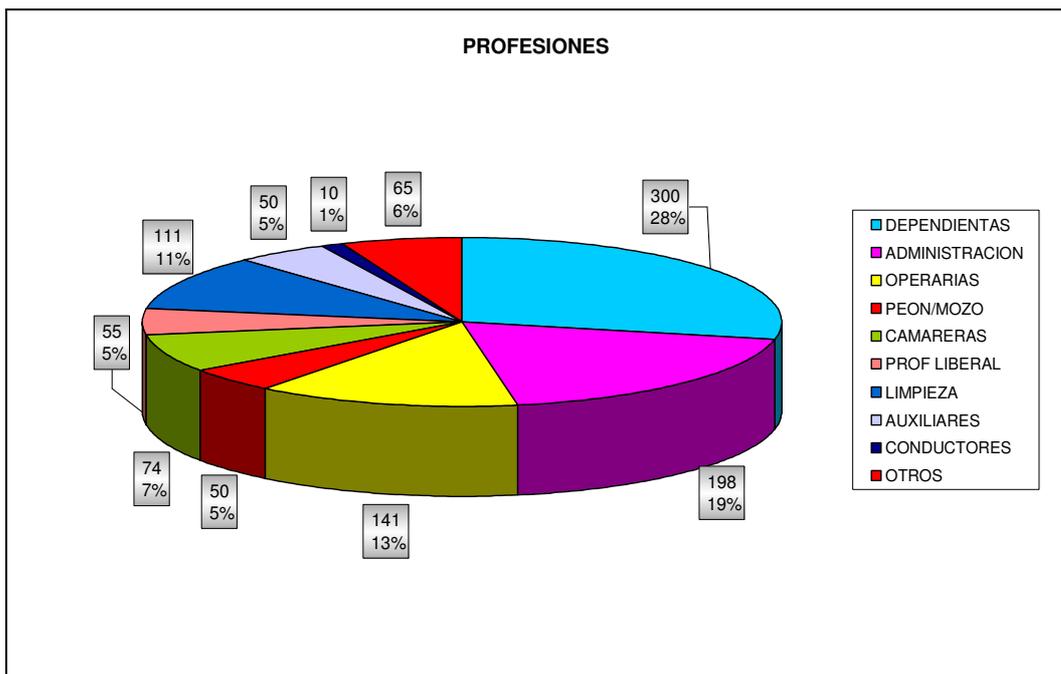


En la variable Autonomía se ha realizado un estudio de la procedencia de los pacientes. Se muestra a continuación:



Como se observa gráficamente el 40,13 % de los pacientes proceden de Cataluña. Es un dato que llama poderosamente la atención: probablemente además de una mayor incidencia epidemiológica, también guarda relación con el porcentaje de población asegurada en la Mutua en esta Comunidad Autónoma.

En relación a las profesiones dada la diversidad de trabajos existentes se ha realizado un agrupamiento de los mismos como se ha explicado anteriormente.



Distribución de las Profesiones en %

Hemos realizado un estudio comparativo entre los pacientes según cotizaban en el régimen general o en el de autónomos

	Nº	Edad	Duración IT	BRD	BRD de IP
General	829	46,37	189,03	45,72	48,24
Autónomo	227	49,84	179,50	31,02	34

En relación a la sintomatología presentada por los pacientes el dolor músculo-esquelético es un síntoma clave de la enfermedad, pero ésta además puede presentar una sintomatología en la esfera psiquiátrica, en la alteración de sueño siendo éste no reparador. También se detectan en estos pacientes diversas alteraciones endocrinas.

Presentamos una síntesis de los datos obtenidos de las historias clínicas revisadas en relación a la sintomatología:

	Musc-esquel	Psiquiatría	Tr. Sueño	Endocrino	Otros
Si	1043	508	165	77	713
No	2	534	878	967	324

Como se refleja en la anterior tabla casi el 100% de los pacientes presentaban síntomas músculo-esqueléticos, el 50% presentaban patología psiquiátrica, fundamentalmente sintomatología depresiva, y el 15 % alteraciones del sueño. En las alteraciones endocrinas fundamentalmente destaca la patología tiroidea.

Hemos estudiado qué especialidades médicas estudian y tratan a estos pacientes.

	Reuma.	Trauma.	Psiquiatría	Neuro.	U Dolor.	Otras
Si	713	202	713	87	69	48
No	324	833	676	943	972	928

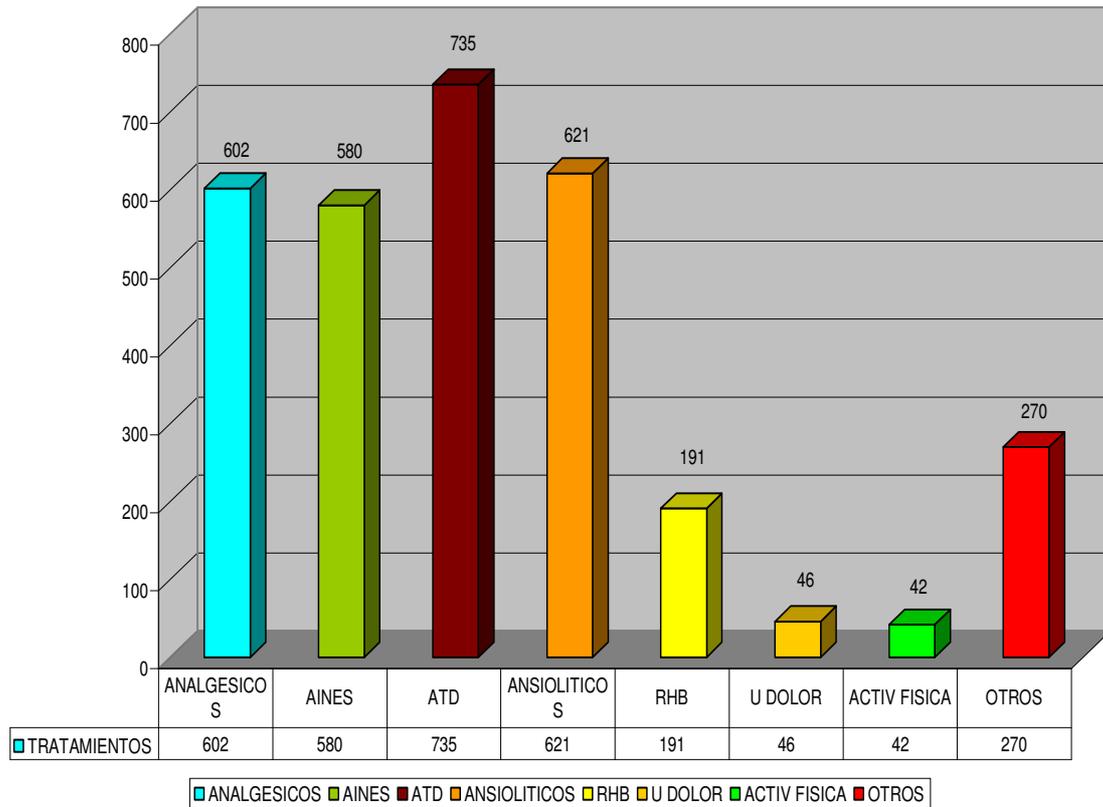
En la siguiente tabla se reflejan el nº de exploraciones realizadas y las principales pruebas diagnósticas que se han realizado por los servicios médicos de Asepeyo o las realizadas en los SPS a los pacientes con fibromialgia.

	Explor	Rx	RMN	EMG	TAC	GGrafía	Otras
Si	793	105	183	62	45	35	36
No	246	934	850	978	995	1003	943

Hemos de recordar que el diagnóstico de la fibromialgia es clínico y que el hecho de pedir una serie de pruebas complementarias como analíticas o las que se reflejan anteriormente es para descartar otras patologías fundamentalmente reumáticas o degenerativas.

En el siguiente gráfico mostramos una relación de los diferentes tratamientos utilizados por los pacientes con fibromialgia.

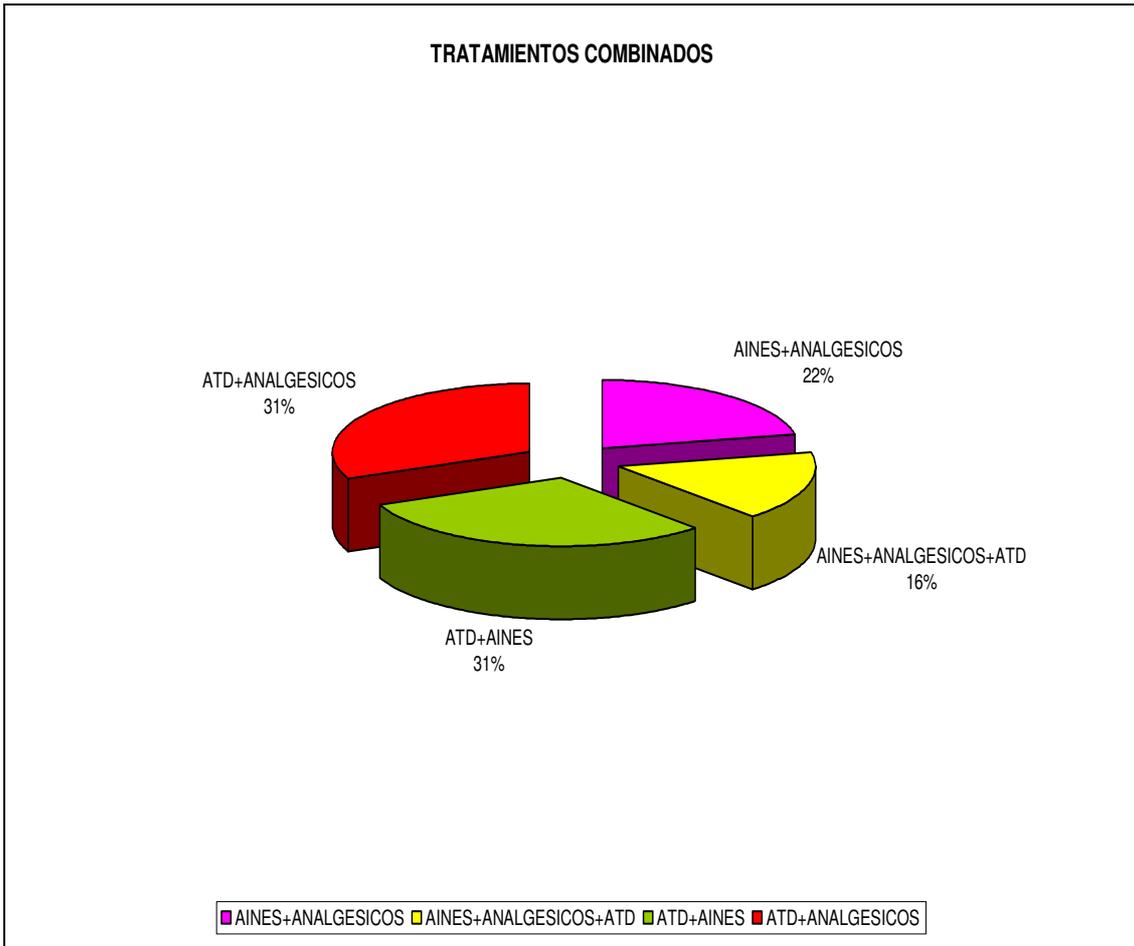
TRATAMIENTOS



Observamos que el tratamiento más utilizado por los pacientes son los antidepresivos, seguidos de los ansiolíticos/relajantes musculares y por analgésicos y AINEs.

En los datos que hemos recogido se detecta la escasa utilización de las Unidades del dolor y también la escasa prescripción de actividad física aunque ésta debe estar incluida en el conjunto del tratamiento de un paciente con fibromialgia.

Se han estudiado las diversas combinaciones de tratamientos que se han utilizado en los pacientes con fibromialgia que se muestran en el siguiente gráfico



Propuestas de alta realizadas durante la IT:

	PA Realizadas	Altas	% Altas
General	293	227	77,47
Autónomo	87	70	80,45
TOTAL	380	297	78,15

A continuación recogemos en una tabla los siguientes resultados:

El número de casos de fibromialgia que se han detectado en cada autonomía,

El número de altas que se han emitido a través de las propuestas de alta (PA) realizadas ante las diversas Inspecciones del territorio nacional,

Rendimiento o eficacia las PA que se ha obtenido en cada autonomía,

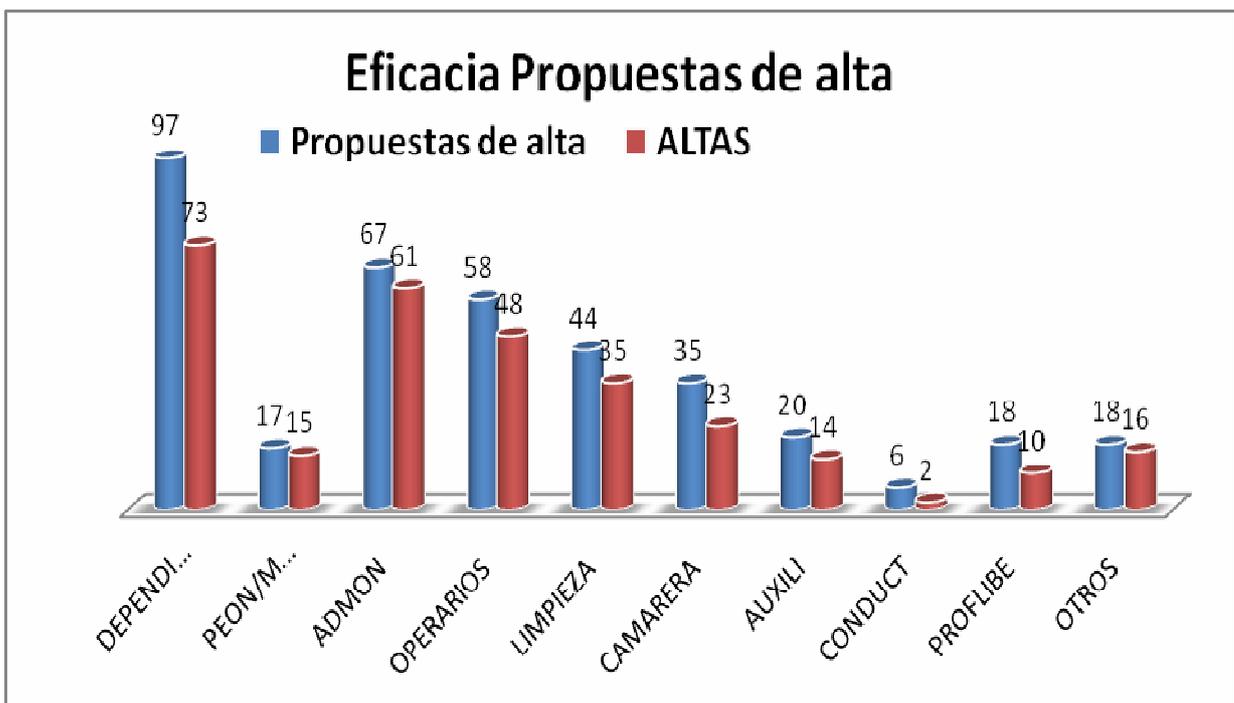
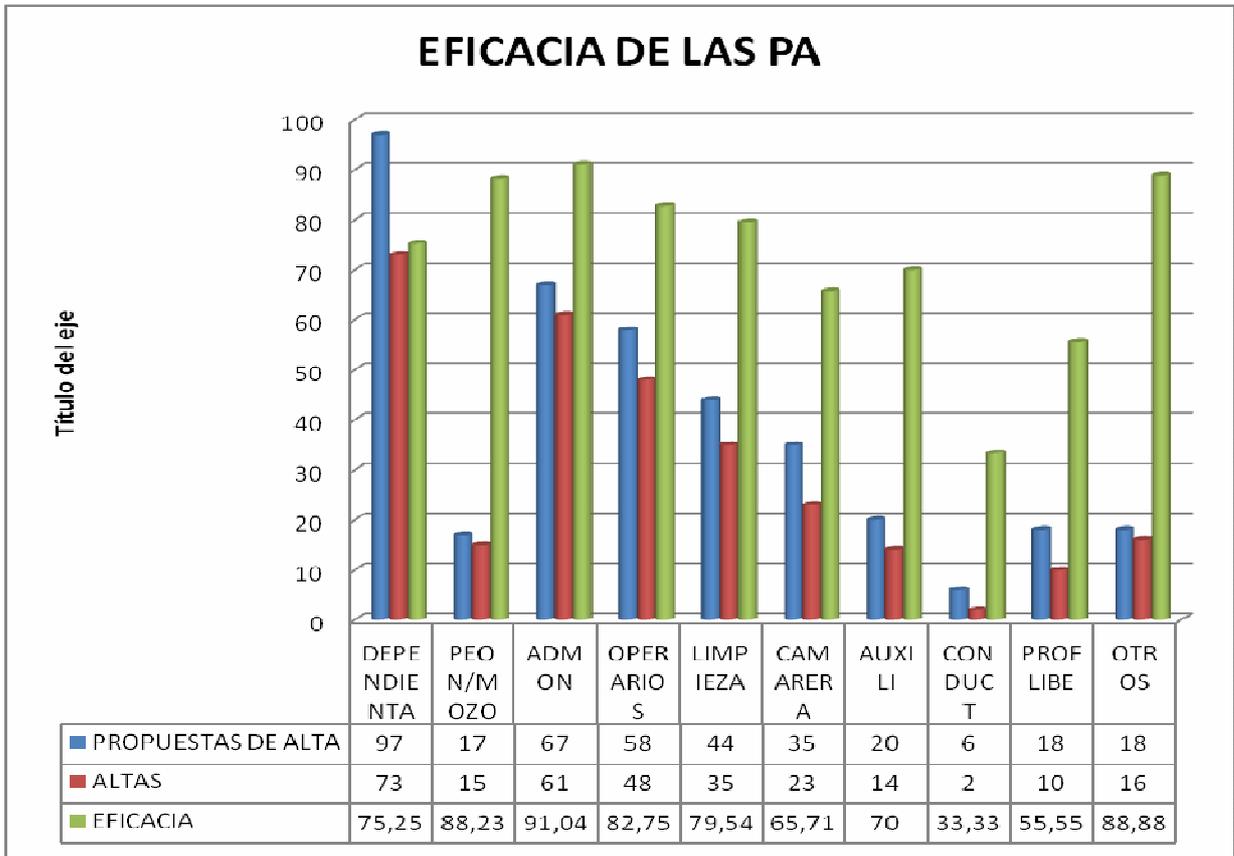
Número de incapacidades denegadas en cada autonomía en relación a los casos de fibromialgia,

El porcentaje de denegación por casos de fibromialgia,

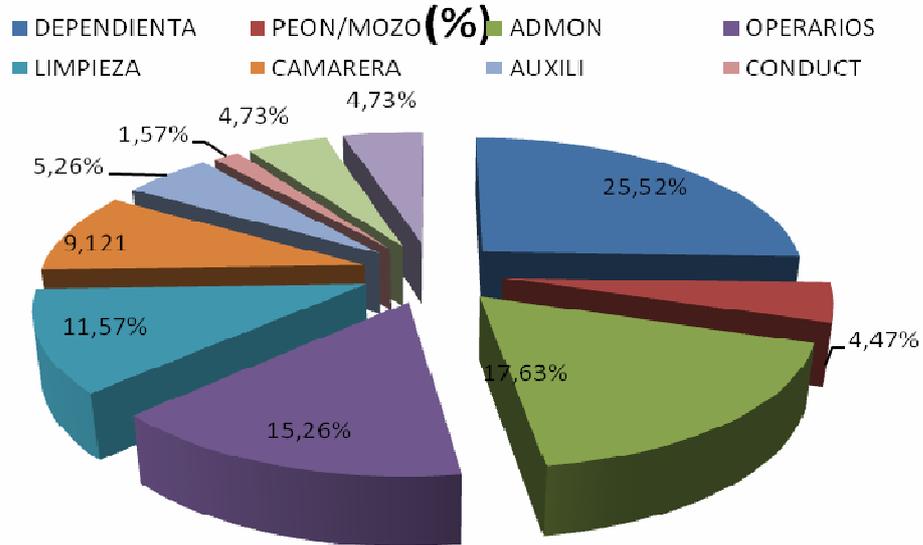
El 28,12 de los pacientes con fibromialgia fueron dados de alta tras las propuestas de alta (PA) realizadas por la Mutua Asepeyo.

	Nº CASOS	Nº ALTAS	%ALTAS/ AUTONOMIAS	INCAPACIDAD DENEGADA	% DENEGACIÓN
ANDALUCIA	157	60	38,21	12	7,64
ARAGÓN	43	5	11,62	11	25,48
ASTURIAS	32	6	18,75	2	6,25
BALERAES	7	1	14,28	1	14,28
CANARIAS	17	4	23,52	0	0
CANTABRIA	8	2	25	0	0
CATALUÑA	423	135	31,92	29	6,85
CEUTA-MELILLA	3	0	0	1	33,33
C-LEON	27	5	18,51	1	3,7
C-LA MANCHA	32	7	21,85	4	12,5
EXTREMADURA	12	5	41,66	2	16,66
GALICIA	21	3	14,28	1	4,76
LA RIOJA	3	0	0	0	0
MADRID	125	31	24,8	8	6,4
MURCIA	24	5	20,83	3	12,5
NAVARRA	11	1	9,09	1	9,05
PAÍS VASCO	46	16	34,78	3	6,52
VALENCIA	65	11	16,92	11	16,92
ESPAÑA	1056	297		90	
		28,12%			

En el siguiente gráfico hemos correlacionado la emisión de alta médica a instancia de la Mutua con la actividad laboral desarrollada por los pacientes con fibromialgia.

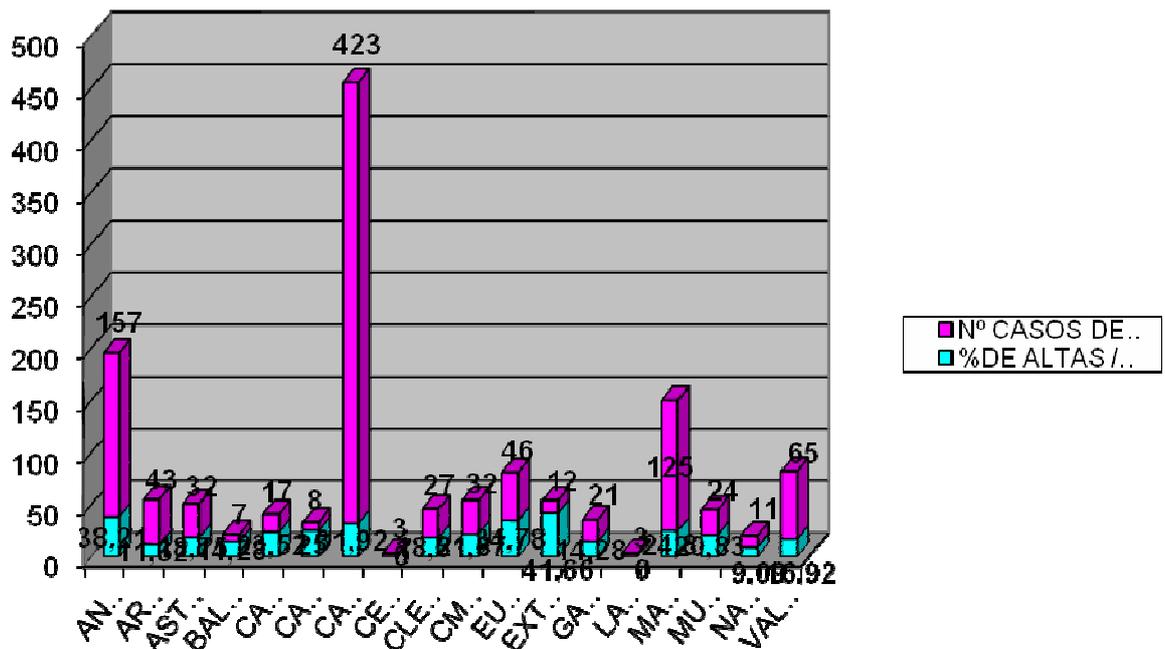


Propuestas de alta realizadas por profesión



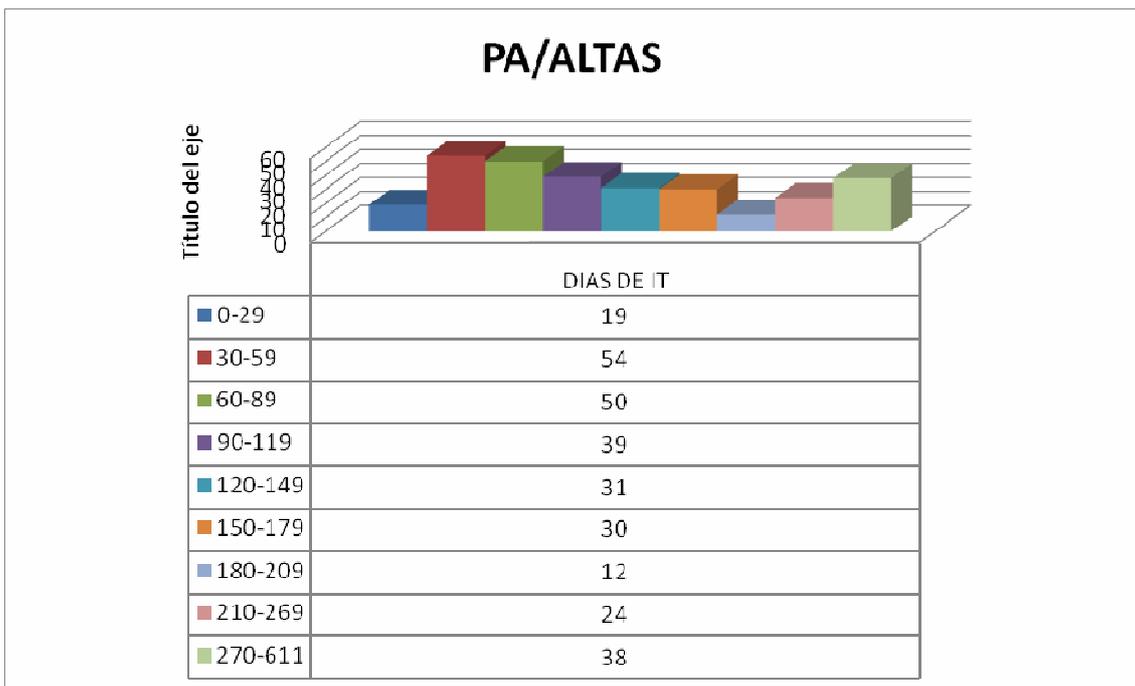
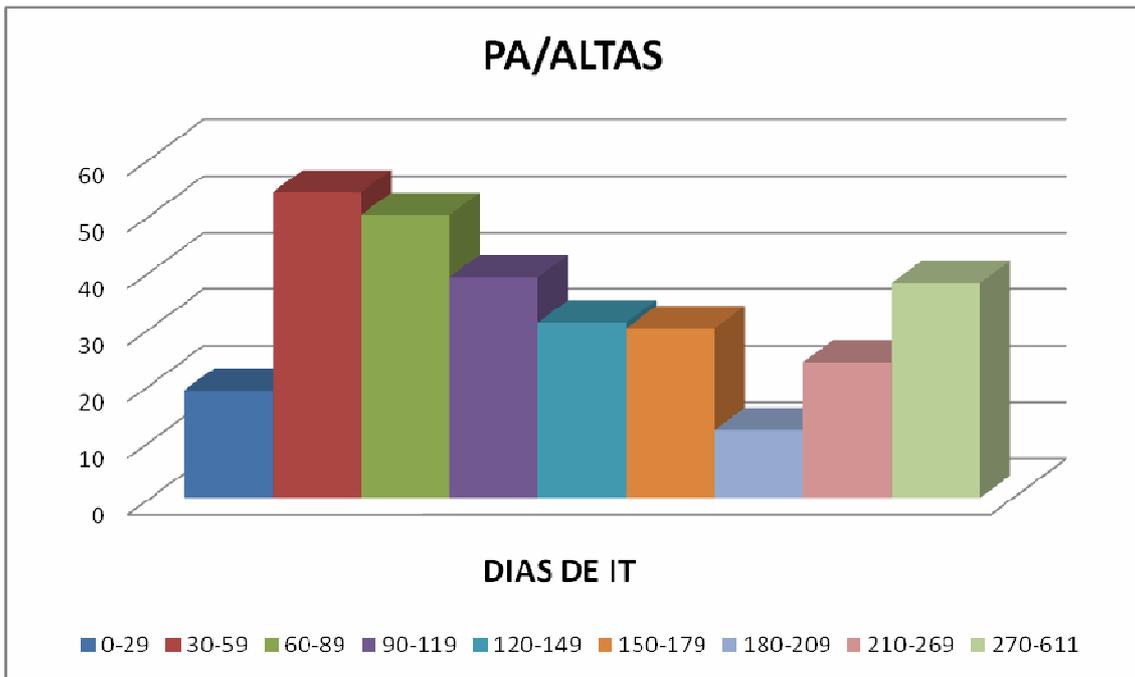
También se ha correlacionado la emisión de alta médica con la Comunidad Autónoma de residencia.

PORCENTAJE DE ALTAS POR AUTONOMIAS

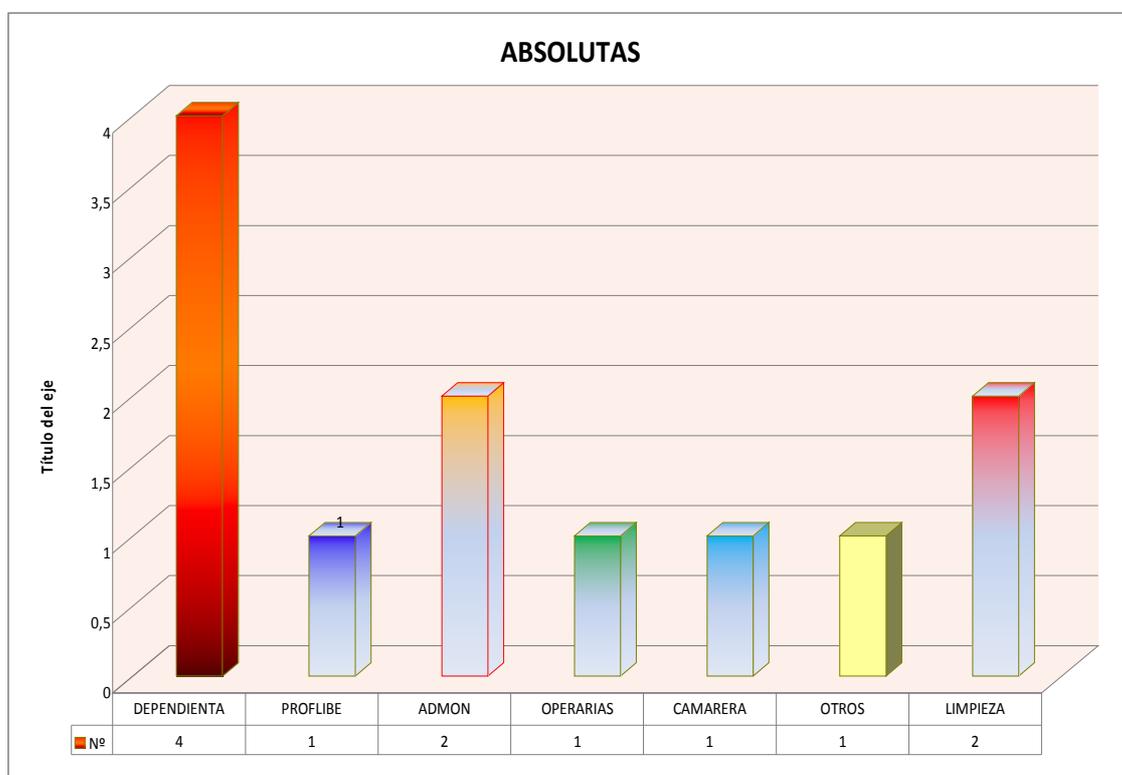
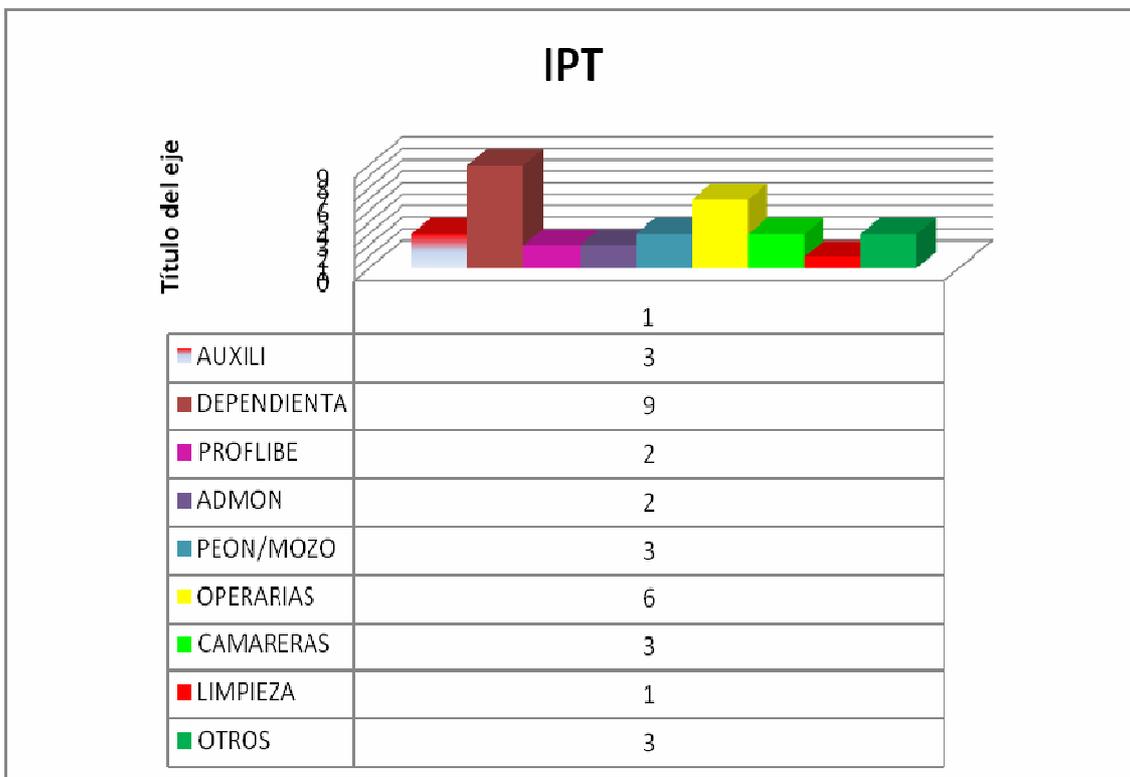


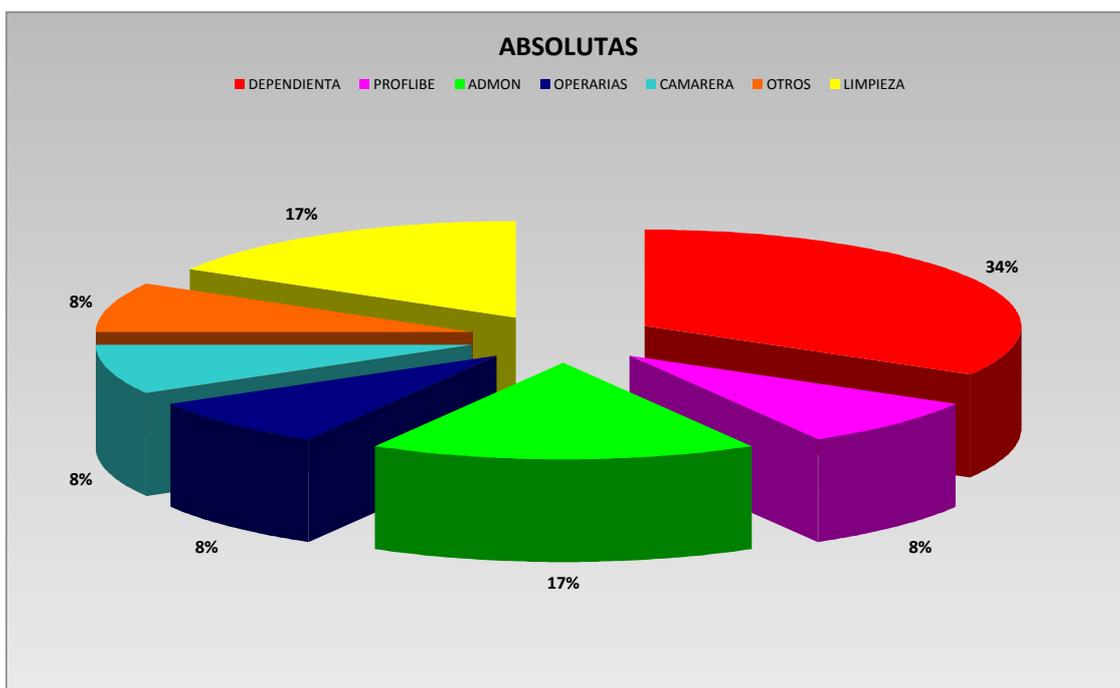
Dentro de las distintas comunidades es Extremadura la que obtiene el más alto % de altas con el 41,66%.

Hemos correlacionado las altas médicas tras las Propuestas de Alta realizadas por la Mutua con la duración del proceso y se presentan en intervalo de días



Respecto al estudio de la Incapacidad Permanente (IP) se han realizado varias correlaciones





Propuestas de Incapacidad realizadas antes de agotar (PIAA) el plazo de IT y resultados obtenidos:

	PIAA	Alta / %	IPT / %	ABS / %	CONTI / %
General	113	65 / 57,52%	10 / 8,84%	3 / 2,65%	33 / 29,20%
Autónomo	42	23 / 54,76%	5 / 11,90%	2 / 4,76%	12 / 28,57%
Total	155	88 / 56,77%	15 / 9,67%	5 / 3,22%	45 / 29,03%

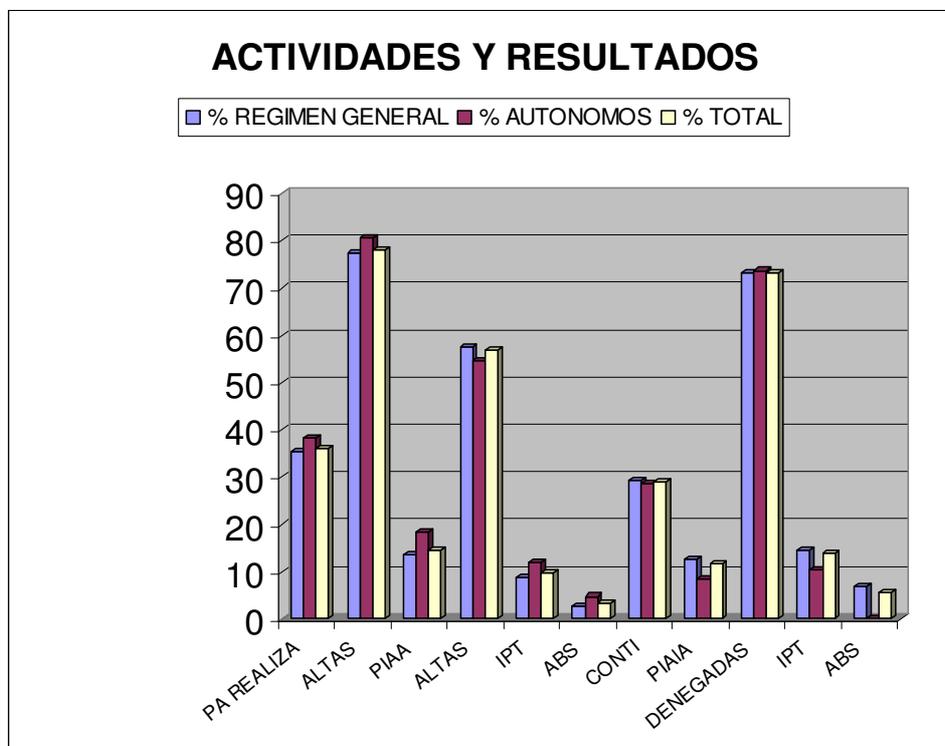
Propuestas de Incapacidad realizadas al agotar el plazo de IT y resultados obtenidos (PIAP):

	PIAP	Denegad / %	IPT / %	ABS / %
General	104	76 / 79%	15 / 15%	7 / 6%
Autónomo	19	14 / 79%	2 / 10,5%	0
Total	123	90 / 73,17%	17 / 13,82%	7 / 5,69%

% ACTIVIDADES REALIZADAS Y RESULTADOS OBTENIDOS

	TOTAL GENERAL	TOTAL AUTONOMO	TOTAL
PACIENTES	829	227	1056
PA REALIZADAS	293	87	380
PIAA	113	42	155
PIAP	104	19	123

	%GENERAL	%AUTONOMOS	TOTAL
PA REALIZADAS	35,34	38,32	35,98
ALTAS	77,47	80,45	78,15
PIAA	13,63	18,5	14,67
ALTAS	57,52	54,76	56,77
IPT	8,84	11,9	9,67
ABS	2,65	4,76	3,25
CONTINUAR IT	29,2	28,57	29,03
PIAP	12,54	8,37	11,64
DENEGADAS	73,07	73,68	73,17
IPT	14,42	10,52	13,82
ABS	6,73	0	5,69



El total de Incapacidades (IPT + ABS) reconocidas al conjunto de pacientes con fibromialgia ha sido de 44, lo cual significa que al 4,16 % de estos pacientes se le ha otorgado una incapacidad.

Del total de Propuestas de Incapacidad realizadas, que han sido 278, al 15% se le ha concedido una incapacidad permanente.

DISCUSIÓN

En este trabajo hemos analizado en profundidad 1056 casos de fibromialgia controlados en todo el territorio nacional en el ámbito de ASEPEYO.

Comenzando con los datos de sexo, no apreciamos diferencias relevantes respecto a la bibliografía y estudios realizados por otras entidades. La proporción mujeres/hombres en nuestro estudio es de 20:1, mientras que el resto de estudios hablan de 21:1.

Respecto a la edad ocurre lo mismo. Todas las series revisadas hablan de la edad de mayor prevalencia entre los 30 y 50 años de edad. En nuestro estudio la edad media es de 47,11 años.

La existencia de episodios previos se confirma en un 32,38 % de los casos y esto teniendo en cuenta que sólo hablamos de los casos que cursan con una IT de más de 15 días. Se confirma una evolución en brotes o recidivas.

La duración media de las bajas es de casi 187 días, muy por encima de los 14 días que estima el Manual de Tiempos Estándar de duración de IT elaborado por el INSS (Para nosotros muy poco objetivo en este caso), pero aún por encima de los 120 días que sugieren otros estudios. Sí apreciamos que un porcentaje importante de casos (26 %) están por debajo de los 60 días y el 50% por debajo de los 120 días. La duración excesiva del resto podría ser achacable a toda la serie de patología acompañante que presenta esta enfermedad y/o a la existencia de un porcentaje de IT injustificada.

Hemos comprobado que no hay diferencia significativa entre la duración media de las bajas según el régimen general (189 días) o el régimen de autónomos (179 días).

Comprobadas las diferentes BRD medias de autónomos y régimen general, hemos calculado que el gasto de la prestación económica para ASEPEYO por cada caso de FM es el siguiente:

$$\text{R.G.} = 5 \times 60\% \text{ BRD} + (\text{DMB}-20) \times 75\% \text{ BRD} = 5.932 \text{ €}$$

$$\text{RETA} = 17 \times 60\% \text{ BRD} + (\text{DMB}-20) \times 75\% \text{ BRD} = 4.024 \text{ €}$$

A estos costes directos económicos, habría que añadir los costes sanitarios, que según estudios recientes cuantifican en un 33% a añadir a los anteriores, lo que nos daría un gasto anual por paciente que se acercaría a los 10.000€.

Respecto a la distribución por Autonomías, en nuestro estudio hay 4 que sobresalen respecto al resto: Cataluña (40,13%), Andalucía (14,71%), Madrid (11,86%) y Comunidad Valenciana (6,17%). Podemos entender estas tres últimas por la proporción de población que representan, pero la prevalencia de FM en Cataluña es altamente significativa.

TRABAJADORES AFILIADOS CC

(BASE DE DATOS DE ASEPEYO DICIEMBRE 2008)

TERRITORIO	Nº TRABAJADORES	%
CATALUÑA	517.251	26,11%
MADRID	382.900	19,33%
ANDALUCIA	251.877	12,71%
COMU. VALENCIANA	170.181	8,59%

Creemos que puede ser debido al número de Unidades de FM que allí existen (Por ley en Cataluña las FM deben tratarse desde estas unidades y además debería existir una por cada área sanitaria establecida) lo que puede repercutir en una mayor frecuencia diagnóstica y/o control médico.

En relación a las profesiones, nuestra causuística establece que las mayoritarias son: Dependientas (28%), Administración (19%), Operarias (13%) y Limpiezas (11%). De aquí podemos deducir que no son las profesiones de esfuerzo físico donde se da la FM, sino más bien las de atención al público (¿carga mental y/o discomfort laboral?).

Llegamos a realizar una diferenciación dentro de las dependientas, para eliminar la influencia de empresas de gran peso dentro del colectivo ASEPEYO y la conclusión fue que éstas no inclinaban la balanza dentro del sector de comercio, sino que eran pequeñas y medianas empresas las que lo hacían.

Los síntomas presentes en la FM son muy diversos. Hemos comprobado en nuestro estudio que prácticamente el 100% de los casos presentaban sintomatología músculo-esquelética (Por definición deben presentarla). Le sigue en orden decreciente la sintomatología psiquiátrica (50% de los casos) y a muy larga distancia los trastornos del sueño (15%) y las alteraciones endocrinas (7%). Se confirman los resultados de otros estudios aunque en menor porcentaje tanto de alteraciones psicológicas (hay series que rondan el 90%) como trastornos del sueño (70-80%). Podría deberse a que no todos los síntomas, quedan reflejados en nuestras historias.

La multitud de pruebas diagnósticas efectuadas nos hace conjeturar que son una de las causas del importante gasto que conlleva esta enfermedad (Se ha llegado a equiparar al gasto del Alzheimer o al del dolor lumbar crónico). Además de la IT que conlleva (porque afecta a personas activas laboralmente), las visitas a especialistas y las pruebas diagnósticas efectuadas hacen de efecto multiplicador del gasto sanitario, amén de la escasa utilidad en el caso particular de la FM, salvo que sea para descartar patología concomitante. En nuestro estudio, las pruebas más utilizadas para el control de esta enfermedad son la RNM y el EMG.

Pensamos que existen pruebas objetivas que podrían ayudar al diagnóstico y valoración de la enfermedad, como son las Unidades de Valoración Funcional y la Termografía, que deberían tomar mayor relevancia en el aporte de la información.

En cuanto a las especialidades que se hacen cargo de esta enfermedad, nuestros resultados nos orientan a que son en la misma proporción Reumatología y Psiquiatría (ambos muy cercanos al 71%) y en menor proporción Traumatología (20%). Consideramos que una vez hecho un correcto diagnóstico inicial el médico que mejor puede tratar a estos enfermos es el más cercano al paciente (el Médico de Atención Primaria) y recurrir a un equipo multidisciplinar (Reumatólogo, Psicólogo, Psiquiatra, Neurólogo, Traumatólogo, Rehabilitador e incluso Internistas) en casos de sintomatología refractaria o complicaciones.

Referente al tratamiento utilizado, hemos podido observar que los fármacos más utilizados son los Antidepresivos (73%), seguidos de los

Ansiolíticos (62%) y Analgésicos (60%) y posteriormente los AINEs (58%). Comprobamos también el pujante avance de los anticonvulsivos, incluidos en el sector de Otros (27%) y formado casi exclusivamente por ellos (Gabapentina y Pregabalina).

Estudiando el tipo de combinaciones medicamentosas que se usan llegamos a la conclusión de que las combinaciones más usadas son: ATD + AINEs (31%) y ATD + Analgésicos (31%). Hacer constar de todas formas que los anticonvulsivantes van ganando terreno en estos últimos años bien solos o en asociación con las combinaciones anteriores.

Es de remarcar la escasa utilización de una medida terapéutica tan sencilla como es la actividad física de baja intensidad, que puede aportar un gran beneficio tanto físico como psicológico al paciente con FM.

En relación a las Propuestas de Alta (PA) efectuadas por la Mutua, hemos de decir que se ha emitido el alta en 297 casos (28,12%) de los 1056 casos con diagnóstico de FM. Además correlacionando con autonomías hemos cotejado que las autonomías que mayor porcentaje de altas han obtenido tras PA son: Extremadura (41% de casos), Andalucía (38,2% de casos), País Vasco (34,78% de casos) y Cataluña (31,9% de casos).

En general la eficacia de las PA es bastante alta (78,15%). Hemos diferenciado incluso entre la eficacia para el Régimen General o el RETA, llegando a la conclusión de que no hay diferencia significativa. Eficacia de PA en RG (77,47%), eficacia de PA en RETA (80,45%).

También hemos relacionado las PA y las profesiones a las que se hace. Lógicamente y por ser más prevalentes, las profesiones con más PA en tanto por ciento son las mayoritarias en nuestra casuística: dependientas y administración. Hemos observado en nuestro estudio que la eficacia de las PA es más elevada para las profesiones de administración (91,04%), otros (88,88%) y peón/mozo (88,23%).

Además hemos intentado relacionar PA e intervalo en días de baja en las que se realizan. Curiosamente detectamos que las PA mayoritariamente se efectúan en los intervalos en días de 30 a 60 y de 60 a 90, descendiendo luego progresivamente conforme la baja se va alargando (quizá por cansancio del caso, percepción de mal pronóstico de cara a la reincorporación al trabajo, o

habituación a la situación), repuntando al final cuando se acerca o pasa del año. Por esto podemos sugerir que ante procesos de IT no justificados médicamente, se deberían realizar PA en fases tempranas de ésta y otras enfermedades dado el alto rendimiento que se obtiene de ellas.

Por último hemos estudiado el tema de la Incapacidad Permanente y la FM. Nuestro estudio nos orienta a que esta enfermedad, por sí misma, no suele incapacitar para el trabajo. Incluso estudios recientes hablan de lo muy positivo para el paciente en seguir ejerciendo la profesión habitual (Mejora sintomática por la autopercepción de ser laboralmente capaz).

En nuestro estudio el porcentaje de Incapacidades concedidas por el INSS es de un 4,16 % (IPT + IPA) de pacientes afectados de FM en baja laboral y de las cuales un porcentaje elevado no se deben a la propia enfermedad sino a patologías concomitantes. Este bajo porcentaje de IP se confirma observando la baja eficacia de las Propuestas de IP (PIP) que se realizan desde la mutua (15,8% de PI solicitadas) y que acaban en IP. Se realizaron 278 PIP y se reconocieron 44 IP.

Desglosando entre IPT e IPA, obtenemos que las IPA fueron 12 (27,27%) y las IPT fueron 32 (72,73%). Concretando, que se conceden pocas IP y las que se conceden son mayoritariamente IPT.

En nuestro estudio y según las PIP realizadas, apreciamos que antes de agotar periodo de IT el % de IP que se reconocen en RETA es más elevado que el R.G. (16,70% / 12,5%). Una vez agotado el periodo los datos se invierten, siendo en el R.G donde se conceden más IP (21% / 10,5%).

Estudiadas las IP según las profesiones ejercidas, lógicamente en las más prevalentes es donde hay más IP (dependientas), pero es curioso el dato de que el sector limpiezas a pesar de no ser tan prevalente tiene un porcentaje exactamente igual de IP que el sector administración y ésto tanto en IPA como en IPT. Comparando con el sector de operarias el % de IPA es incluso mayor, aún siendo en este sector mucho menos prevalente la FM. Nos sugiere que el poco reconocimiento social del trabajo ejercido, puede influir en una evolución desfavorable.

CONCLUSIONES

- Se confirma que la Fibromialgia es claramente una enfermedad de alto predominio femenino.
- La edad media de los pacientes con Fibromialgia ronda los 47 años.
- En la muestra analizada, las profesiones de más alta prevalencia son: dependientas, administración, operarias y limpiezas.
- La sintomatología predominante es la músculo-esquelética, con una importante alteración psicológica y con alteraciones frecuentes del sueño.
- El diagnóstico de la fibromialgia es primordialmente clínico.
- Existen pruebas objetivas que pueden ayudar a la valoración del daño producido por dicha enfermedad, como son las Unidades de Valoración Funcional y la Termografía, que a nuestro juicio deberían ser más utilizadas.
- El tratamiento de la enfermedad va cambiando en los últimos años, con la introducción de nuevos medicamentos: Anticonvulsivantes y Antidepresivos de nueva generación.
- Se debería incidir más en el empleo de la actividad física como parte esencial del tratamiento, por su bajo coste y alto beneficio. El ejercicio físico disminuye el dolor, favorece el sueño, mejora la sensación de fatiga y disminuye la ansiedad y la depresión.
- La eficacia de las Propuestas de Alta es elevada en las fases tempranas de la IT, por lo que es aconsejable realizarlas en los casos de IT no justificada, para intentar disminuir la duración del proceso y evitar su cronificación médica.

- Las escasas Incapacidades Permanentes concedidas iban acompañadas de otras patologías agravantes del cuadro clínico.
- La Fibromialgia, no es una enfermedad incapacitante para los pacientes. Pensamos que no existen enfermedades discapacitantes, sino personas discapacitadas.
- El gasto anual medio por paciente en incapacidad temporal por Fibromialgia se acerca a los 10.000 €.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Instituto Nacional de la Seguridad Social. Tiempos estándar de Incapacidad Temporal. 2ª Edición. 2009.
- 2.- Wolf F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria comitee. *Arthritis Reum* 1990; 33: 160-72.
- 3.- Yunus M. "Dysfunctional Spectrum Síndrome: A unified concept for many common maladies". *Fibromyalgia Frontiers*, Vol. 4, Nº 4, Fall 1996, p. 3.
- 4.- Merskey H, Bogduck N. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms. 2th ed. Seattle: Internacional Association for Study of Pain (IASP Press), 1994.
- 5.- Rivera J, Alegre C, Ballina FJ, Carbonell J, Carmiona L, Castel B y otros. Documento de consenso de la sociedad española de reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol Clin*. 2006;2 Supl 1: S55-66.
- 6.- Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a nacional survey. *Ann Rheum Dis* 2001; 60: 1040-5.
- 7.- Arnold LM, Hudson J, et col. "Family study fibromialgia syndrome". *Semin Arthritis Rheum* 2004; 50: 944- 952.
- 8.- Goldenberg DL. Clinical manifestations and diagnosis of fibromialgia in adults. *UpToDate*, enero 2008 (Citado 1 junio 2008). Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- 9.- Abeles AM, Pillinger MH, Solitar BM, Abeles M. Narrative review. The pathophysiology of fibromyalgia. *Ann Intern Med*. 2007;146:726-34.
- 10.- Harris RE, Clauw DJ, Gracely RH, Kim S. "Dynamic Levels of Glutamate within the Insula are Associated with Improvements in Multiple Pain Domains in Fibromyalgia." *Arthritis and Rheumatism*, March 2008, Volume 58, Issue 3
- 11.- Gea J, Barreiro E, Carbonell J Bases orgánicas de la Fibromialgia. *Correo Médico*, 9-15 Febrero 2009, pág. 16.
- 12.- Martínez E, González O, Crespo JM. Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos. *Salud Global*, año III, número 4 2003; 2-7.

- 13.- Collado A, Alijotas J, Benito P, Alegre C, Romera M, Sañudo I, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña. Med Clin 2002; 118: 745-9.
- 14.- Madrid Arias, J. L.: La Termografía por Cristales Líquidos. Aplicaciones Clínicas. Fundación Mapfre. Pág. 31. 1986.
- 15.- V. M. Idoate García, S. Álvarez Erviti, L. Miralles Martínez-Portillo. La valoración del menoscabo en las fibromialgias. Arch Prev Riesgos Labor 1998;3:103-107.
- 16.- Kennedy M, Felson DT. A prospective long-term study of fibromyalgia syndrome. Arthritis Rheum. 1996;39:682-5.
- 17.- Viana Zulaica C, Díaz Sánchez A. Actualización en el tratamiento de la Fibromialgia. FMC Abril 2009; Vol 16 (4): 242-7.
- 18.- Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <https://sinaem4.agemed.es>.
- 19.- Busch AJ, Barber KA, Overend TJ, Peloso PM et al. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. Cochrane Database Syst. Rev. 2007; 4: CD003786.
- 20.- Nishishinya MB, Rivera J, Alegre C, Pereda C. Intervenciones no farmacológicas y tratamientos alternativos en la fibromialgia. Med Clin (Barc). 2006;127:295-9.
- 21.- Buskila D, Neumann L. Assessing functional disability and health status of women with fibromyalgia: validation of a Hebrew version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. J Rheumatol. 1996;23:903-6.
- 22.- Reisine S, Fifield J, Walsh SJ, Feinn R. Do employment and family work affect the health status of women with fibromyalgia? J. Rheumatol. 2003;30:2045-53.
- 23.- Guedj E, taieb D, Cammilleri S, et al. Tc99m-ECD brain perfusion SPECT in hiperalgesic Fibromyalgia. European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging 2007 34:130-134.
- 24.- Gowans Se, De Hueck A, Voss S, Silaj A et al. Six-month and one-year follow-up of 23 weeks of aerobic exercise for individuals with fibromyalgia. Arthritis Rheum. 2004; 51:890-8.
- 25.- Salido M, Navarro P, Judez E, Hortal R. Factores relacionados con la incapacidad temporal en pacientes con fibromialgia. Reumatol clin. 2007; 3(2): 67-72.

Imagen de portada. Autor: Giorgio de Chirico Título "Orfeo, trovador cansado".
Imagen de puntos gatillo. Origen: www.famma.org/.../0708087_fibromialgia.jpg.