

GUIA DE ACTUALIZACIÓN EN LA VALORACIÓN DE FIBROMIALGIA, SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA, SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE, ELECTROSENSIBILIDAD Y TRASTORNOS SOMATOMORFOS



Segunda Edición



**GOBIERNO
DE ESPAÑA**

**MINISTERIO
DE TRABAJO, MIGRACIONES
Y SEGURIDAD SOCIAL**

**SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL**



Edita: Instituto Nacional de la Seguridad social

NIPO: 271-18-090-7

INDICE

	Página
PRÓLOGO	5
1 - INTRODUCCIÓN	7
2 - FIBROMIALGIA	14
2.I. DEFINICIÓN	14
2.II. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS	15
2.III. CLASIFICACIONES	17
2.IV. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO	18
2.V. FACTORES PRONÓSTICOS	27
2.VI. CRITERIOS TERAPÉUTICOS	28
2.VII. REPERCUSIÓN FUNCIONAL	35
2.VIII. ORIENTACIONES PARA LA VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD	38
2.IX. ANEXOS	41
2.X. BIBLIOGRAFÍA	56
3 - SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA	61
3.I. DEFINICIÓN	61
3.II. DESCRIPCIÓN	65
3.III. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS	66
3.IV. ETIOLOGÍA	66
3.V. CLASIFICACIÓN	67
3.VI. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO	67
3.VII. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	72
3.VIII. FACTORES PRONÓSTICO	72
3.IX. CRITERIOS TERAPÉUTICOS	73
3.X. ORIENTACIONES PARA LA VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD	75
3.XI. ANEXOS	77
3.XII. BIBLIOGRAFÍA	95
4 - TRASTORNOS SOMATOMORFOS	97
4.I. DEFINICIÓN	97
4.II. DESCRIPCIÓN	99
4.III. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS	100

4.IV. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	101
4.IV.A. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO ESPECÍFICOS SEGÚN TRASTORNO	104
4.VI.B. PRIORIDAD DIAGNÓSTICA DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS	111
4.V. ORIENTACIONES PARA LA VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD	115
4.VI. ANEXOS	117
4.VII. BIBLIOGRAFÍA	121
5 - INTOLERANCIA AMBIENTAL IDIOPÁTICA	123
5.I. INTRODUCCIÓN	123
5.A. SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE	123
5.A.I. DEFINICIÓN	123
5.A.II. ETIOPATOGENIA	124
5.A.III. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS	125
5.A.IV. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO	126
5.A.V. CLASIFICACIÓN	129
5.A.VI. CRITERIOS TERAPÉUTICOS	129
5.A.VII. FACTORES PRONÓSTICO	130
5.B. HIPERSENSIBILIDAD ELECTROMAGNÉTICA/ELECTROSENSIBILIDAD	130
5.B.I. DEFINICIÓN	130
5.B.II. ETIOPATOGENIA	132
5.B.III. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS	133
5.B.IV. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO	133
5.B.V. CRITERIOS TERAPÉUTICOS	133
5.B.VI. CRITERIOS PRONÓSTICO	134
5.B.VII. ORIENTACIONES PARA LA VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD	134
5.B.VIII. ANEXOS	137
5.II. BIBLIOGRAFÍA	141
6 - GRUPO DE TRABAJO	144
LISTADO DE ABREVIATURAS	146

PRÓLOGO

El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), para cumplir con su misión de entidad gestora garante de prestaciones del Sistema de Seguridad Social, ha establecido, entre sus principales objetivos estratégicos, la mejora permanente del servicio que presta a los ciudadanos. Para conseguir que este servicio alcance un alto nivel de calidad y eficiencia, es prioritario realizar una actualización permanente de los conocimientos de sus recursos humanos.

Entre los diversos técnicos superiores adscritos al Instituto, se encuentran los Médicos Inspectores del Instituto Nacional de la Seguridad Social, quienes, para realizar su función con el máximo nivel de conocimiento e implicación, apuestan por la formación continua, unida a la innovación. Con ese fin, entre otras actuaciones, este Cuerpo Superior Médico elabora periódicamente manuales de ayuda para la valoración de la capacidad laboral de los trabajadores.

Los manuales para la valoración que han realizado hasta ahora, han conseguido una excelente acogida, no sólo entre los profesionales médicos, sino entre los colectivos afectados por determinadas patologías, ya que proporcionan líneas de trabajo homogéneas, que facilitan la resolución procedente de todos los casos.

El “Manual de Ayuda para la Valoración de Fibromialgia, Síndrome de Fatiga Crónica, Trastornos Somatomorfos, Sensibilidad Química Múltiple y Electrosensibilidad”, cuya segunda edición tengo la satisfacción de prologar, comprende la valoración de patologías que por sus características y a pesar de la evolución de la ciencia médica, no tienen una respuesta unívoca a las demandas de objetivación del diagnóstico, adecuación del tratamiento, y valoración de la capacidad laboral.

La importancia de estas patologías no reside sólo en su frecuencia, sino también en su comorbilidad, sus dificultades diagnósticas, sus complejos y prolongados tratamientos, y, en definitiva, en su repercusión social.

Por todo ello, este Manual pretende ser una guía de orientación a la valoración, ágil, útil, y homogénea, para los facultativos de la entidad, a la vez que contiene una actualización sobre dichas patologías.

La valoración del daño corporal entendida como el estudio de la integridad o alteración de la salud de un trabajador debida a patología común o profesional, durante el periodo de vida laboral, obliga a los médicos inspectores del INSS, y a la entidad en su conjunto, a invertir en formación, investigación y desarrollo científico de sus profesionales, con la finalidad de unificar criterios y difundir conocimiento.

Por otra parte, se observan cambios importantes en la sociedad que se van a ver reflejados en esta Institución, como puede ser la introducción de la CIE-10, como clasificación internacional de enfermedades, con ubicación propia de muchas de las enfermedades objeto de este manual.

El apoyo preciso a las Unidades Médicas y a los Equipos de Valoración de Incapacidades de la entidad es un objetivo permanente, que tiene su traducción en un trabajo profesional de alta calidad.

La revisión de las patologías contenidas en esta guía se ha realizado a través de un grupo de trabajo constituido por médicos inspectores del Instituto Nacional de la Seguridad Social y facultativos de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, llevando a término el nuevo Manual completo que ahora se presenta.

Finalmente, quiero subrayar el alto nivel de conocimiento científico aportado por los autores para la elaboración de este Manual, y expresarles el agradecimiento institucional por ello, y por la dedicación de su tiempo y esfuerzo. Sin duda, este trabajo será de gran utilidad para los médicos que requieran su consulta y orientación, con el fin de contribuir al mejor conocimiento y valoración de estas patologías.

M^a Gloria Redondo Rincón

Directora General del Instituto Nacional de la Seguridad Social

1 - INTRODUCCIÓN

La valoración de la capacidad laboral desde el punto de vista médico, se encuentra mediatizada por múltiples factores ligados a la variedad de presentación de las distintas patologías y a la diversidad de medidas terapéuticas susceptibles de aplicar, pero sobre todo a la distinta forma en que el paciente sufre su enfermedad. De hecho, se ha venido en decir que no existen incapacidades sino incapacitados.

El estudio y la definición de un método adecuado que facilite la valoración de las repercusiones que producen las enfermedades o lesiones en el trabajador, es una constante preocupación en el ámbito de la medicina de evaluación y por tanto representa uno de los objetivos fundamentales del Instituto Nacional de la Seguridad Social, en cuanto organismo responsable de las prestaciones derivadas de incapacidad temporal e incapacidad permanente.

Entre las patologías que se presentan cada día con mayor frecuencia y que son objeto de continuo estudio y frecuente valoración, se encuentran la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica, la sensibilidad química múltiple y la electrosensibilidad.

Todas tienen en común algunas características bien definidas, pero también unas peculiaridades diferenciadoras en las que es conveniente profundizar con el objetivo de encontrar un documento que sirva de guía de referencia para encauzar la actuación de los médicos inspectores del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), procurando siempre un tratamiento homogéneo de la valoración del menoscabo laboral.

La importancia de estas patologías no reside sólo en su frecuencia, sino también en su comorbilidad, sus dificultades diagnósticas, sus complejos y prolongados tratamientos y en definitiva en su repercusión social.

Desde hace años, el INSS viene editando un manual de actuación para sus médicos inspectores en el que se establecen unas líneas de homogeneidad a través de protocolos de valoración de las distintas patologías, sin que ello implique necesariamente una obligación de seguimiento, puesto que como ha quedado reflejado no existen incapacidades sino incapacitados.

Con estas premisas como horizonte, el trabajo elaborado es el fruto del análisis efectuado por un grupo de facultativos médicos inspectores del INSS con amplia experiencia en la medicina de evaluación y, en concreto, en las patologías objeto del estudio.

Con independencia del propio interés de la entidad en la promoción de líneas de trabajo homogéneas, la valoración de la fibromialgia, del síndrome de fatiga crónica, de la sensibilidad química múltiple, y de la electrosensibilidad es una demanda y un compromiso adquirido ante el propio colectivo de afectados y a instancia del Defensor del Pueblo, razones estas que nos impulsan de una manera especial a profundizar en estas patologías en las que, a pesar de la evolución de la medicina, no encontramos respuestas a muchas demandas de objetivación del diagnóstico y adecuación del tratamiento, lo que consecuentemente hace que se dificulte su valoración laboral.

Se ha pretendido enfocar el manual como una guía de ayuda que permita un manejo sencillo y esquemático, haciendo un ejercicio de simplificación que no siempre es fácil en medicina y que resulta especialmente difícil en estas patologías. No se trata de hacer un manual que compendie los estudios y avances que se van produciendo en estas enfermedades, sino que se trata de elaborar un documento para los médicos del INSS, que de una manera sucinta, sencilla y esquemática sirva de guía en la medicina de valoración del menoscabo laboral y actualice los conocimientos respecto a estas patologías.

Para poder valorar el alcance, se ha hecho un estudio de las patologías objeto de incapacidad temporal (IT) en los últimos tres años en todo el territorio nacional, centrándose en la fibromialgia (FM), por condicionar el mayor número de procesos de IT.

La fibromialgia es una de las enfermedades con mayor interés público, y para poder evaluar el impacto de esta, se ha realizado una comparativa entre la fibromialgia y el resto de patologías. Observamos en el gráfico 1 la evolución de la incapacidad temporal (IT) debida a fibromialgia en comparación con el conjunto de la IT, comparando el número de procesos, la duración de los mismos y el coste incurrido en exceso.

Para la obtención del coste incurrido en exceso, se ha procedido a comparar el estándar de duración de la IT con la media de duración de la misma obtenido del estudio y se han utilizado los costes/paciente/mes de la IT del periodo de estudio.

Referente al número de procesos, se comprueba una relación desigual a lo largo de los 3 años de estudio. Así en 2015 se produce una disminución porcentual en el nº de procesos de IT por FM respecto al total de procesos de IT con respecto al año anterior, 2014, del -4,60%. En cambio en 2016 se produce un incremento del +9,51% respecto al año anterior, 2015. En 2017 apenas se produce variación con respecto a 2016 (-0.09%).

El mayor crecimiento se produce en 2016 con un incremento en el número de procesos de un 18,9%.

Respecto al número de días, se observa un crecimiento año a año en la duración de la IT por fibromialgia respecto al duración del conjunto de la IT, pasando del -1,49%, al 8,93% en 2016 respecto a 2015 y del 11,09% en 2017 respecto al 2016. Esto se debe en parte al incremento en la duración de la IT cada año de estudio respecto al inmediatamente anterior por FM y a la tendencia de no incrementar en la misma medida la duración en días del conjunto de la IT.

Así, la duración en el nº de días de la IT por fibromialgia ha variado anualmente con crecimientos del 19,72% en 2015 respecto a 2014, del 16,66% en 2016 respecto a 2015 y del 22,02% en 2017 respecto a 2016. En este mismo sentido y para el conjunto de la IT ha variado anualmente con crecimientos del 7,07% y del 9,83% en 2016 y 2017 con respecto a los años inmediatamente anteriores.

En cuanto al coste, entendido como días en exceso respecto al estándar, el aumento de nº de procesos por fibromialgia y su mayor duración en días traen como consecuencia un incremento de los costes, siendo este mayor en 2017(18,25%).

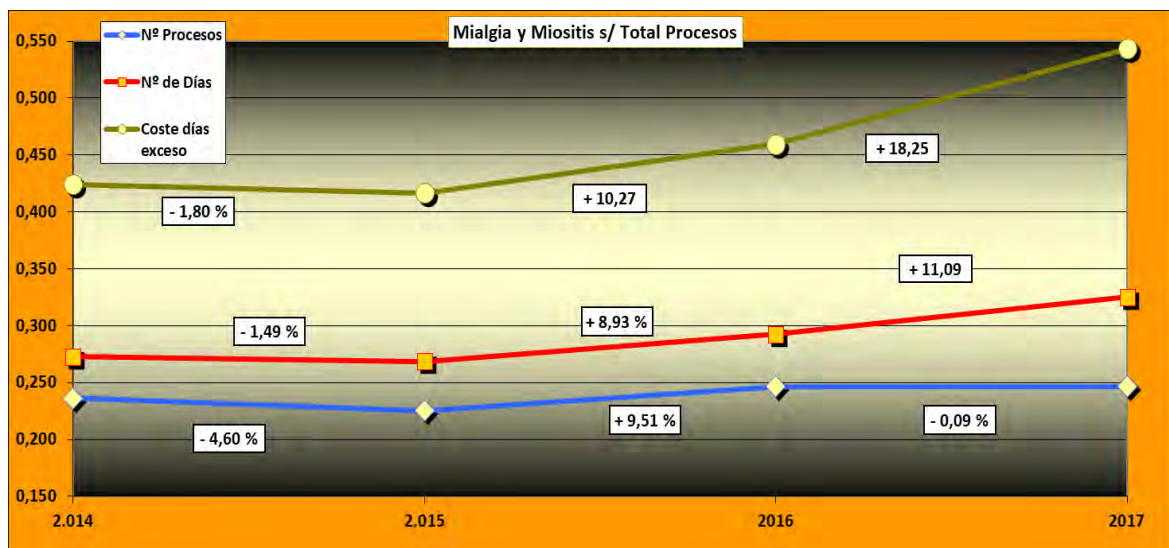


Gráfico 1. Nº de procesos, días de IT y coste en exceso de la fibromialgia con respecto al total de los procesos. (Elaboración propia Dra. Álvarez Gómez)

Cuando hemos analizado los costes desde enero 2014 hasta final de 2017 (Gráfico 2) hemos comprobado oscilaciones en el mismo a en los distintos meses de estudio, pero con una tendencia a incrementarse el coste/paciente/día. El análisis se ha realizado diferenciando el coste de afiliado por régimen general del coste afiliado por cuenta propia.

Se comprueba que el coste de afiliado por cuenta propia es siempre superior al coste por afiliado al régimen general. La tendencia creciente en ambos desprenden unos valores de un coste de 32,4€ afiliado/día régimen cuenta propia y del 23,9€ por afiliado/día régimen general a la finalización del periodo.

Habida cuenta que los coste del primer mes de estudio (enero-2014) era de 26,05€ para régimen por cuenta propia y de 17,045 para régimen general (datos corregidos) se infiere la importancia del crecimiento del gasto.

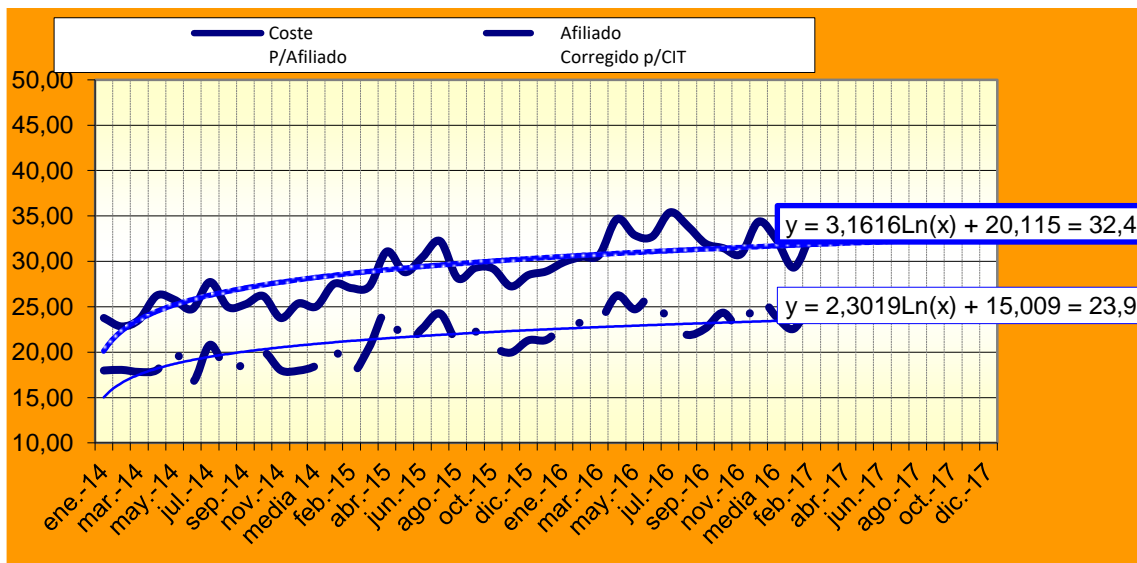


Gráfico 2. Gasto afiliado. (Elaboración propia Dra. Álvarez Gómez)

En el Gráfico 3 hemos comparado el comportamiento de las 3 patologías, códigos CIE-9: 729.1: mialgia o miositis, 780.79: otro malestar y fatiga y 780.71: síndrome de fatiga crónica, respecto a la duración media del proceso de IT y sabiendo que la duración estándar es de 14, 4 y 30 días respectivamente, hemos observado que la duración media a lo largo de los años de estudio (desde 2014 hasta 2017) ha sido la siguiente:

Para la mialgia/miositis (código CIE-9: 729.1) la duración media del proceso de IT ha sido muy homogénea en los cuatro años estando en torno a los 44 días (44,42 en 2014 y 47,15 días en 2017) con una media de 45,51 días.

Del mismo modo y para el diagnóstico de IT de otro malestar y fatiga (código CIE-9: 780.79) el comportamiento en cuanto a la duración media de los procesos ha sido también estable a lo largo del periodo de estudio con valores entre los 29,89 y los días 49,40 días de duración media con una media de duración en el periodo de estudio de 38,73 días.

Por último y para el diagnóstico de IT de síndrome de fatiga crónica (código CIE-9: 780.71) el comportamiento en cuanto a la duración media ha sido muy heterogéneo con duraciones medias de 137,22 días en 2014 o de 68,82 días en 2016.

Aparece igualmente representada en la gráfica la duración media del conjunto de procesos de IT para cada año de estudio destacando una media de días que oscila entre los 36,35 en 2017 y los 38,80 días en 2015, siendo la media de 37,88 días. El estándar calculado para estos años ha sido de 20,87 días en 2017 (el menor) y de 21,54 días en 2014 (la mayor), siendo la media del periodo de 21,24 días.

Esto indica una tendencia a disminuir en el conjunto de procesos de IT la duración media de los mismos y que respecto al estándar agregado para todos los diagnósticos de IT la duración media es bastante cercana al estándar resultante, a diferencia del comportamiento de las 3 patologías motivo del estudio.

Estos datos permiten un mayor ajuste en el cálculo del periodo estándar para cada una de las patologías.

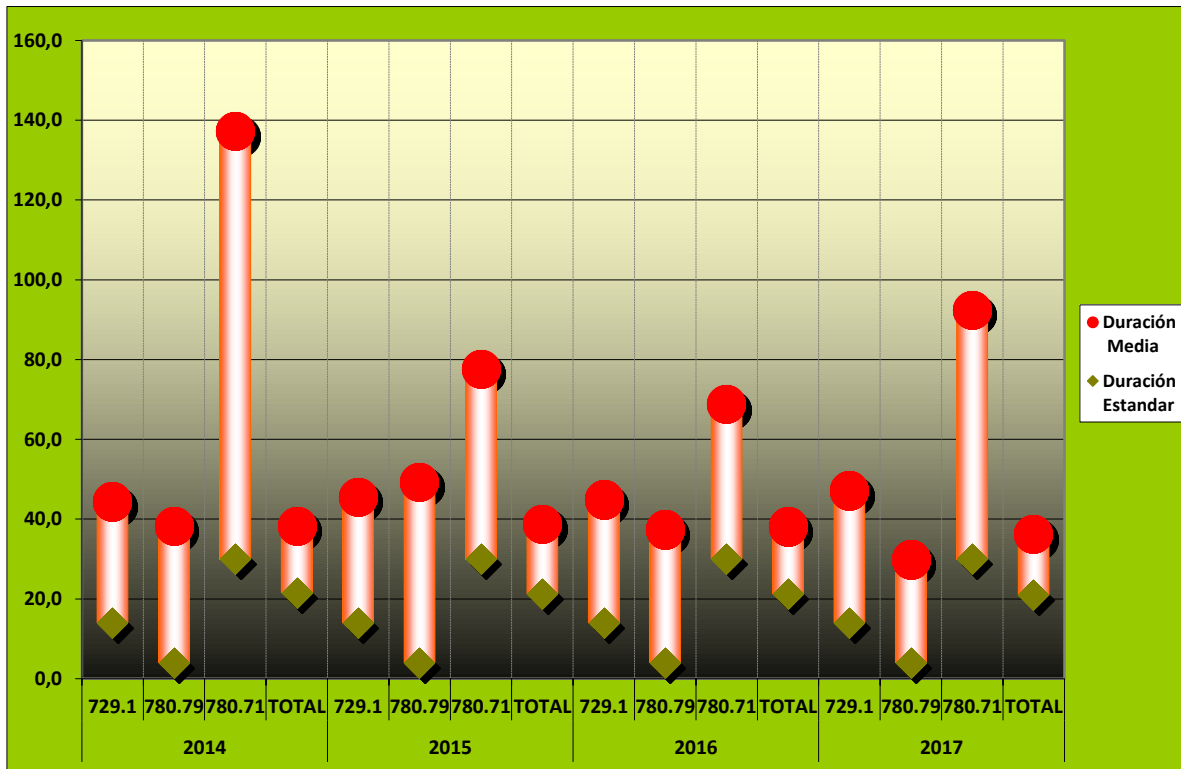


Gráfico 3.- Duraciones medias y su desviación respecto a la estándar en códigos diagnósticos 729.1; 780.79; 780.71 (Elaboración propia Dra. Álvarez Gómez)

En cuanto al comportamiento por sexos tanto en cuanto al nº de procesos como en cuanto a la duración media (en días) y para el periodo de estudio, (Gráfico 5) destaca que para las 3 patologías de estudio, tanto el nº de procesos como la duración en días de los mismos es inferior al hombre respecto a la mujer. Así para la mialgia (código CIE-9: 729.1) el porcentaje de procesos de IT en hombres oscila alrededor del 35% (34,11% en 2014, 36,72% en 2015, 35,96% en 2016 y 34,55% en 2017). Del mismo modo, si analizamos el porcentaje del tiempo total de IT (medido en días) alrededor del 21% del tiempo de IT por este diagnóstico se produce en hombres (21,41% en 2014, 22,88% en 2015, 22,37% en 2016 y 19,27% en 2017) . Para el diagnóstico de IT de “otro malestar y fatiga” (código CIE-9: 780.79) el porcentaje de procesos de IT en hombres oscila alrededor del 29% (29,06% en 2014, 29,27% en 2015, 29,71% en 2016 y 29,22% en 2017) y el tiempo de IT es de un 24% en hombres (25,07% en 2014, 24,33% en 2015, 23,66% en 2016 y 22,66% en 2017). Para el diagnóstico de Síndrome de fatiga crónica (código CIE-9: 780.71) el comportamiento en cuanto a la duración media ha sido muy similar a lo comentado para las otros 2 diagnósticos, siendo menos frecuentes los procesos de IT por esta diagnóstico en hombre, alrededor del 23% (28,91% en 2014, 22,73% en 2015, 24,62% en 2016 y 25,29 en 2017), y un porcentaje del tiempo total de IT por este diagnóstico en hombres del 26% (35,66% en 2014, 25,25% en 2015, 25,33% en 2016 y 20,07% en 2017).

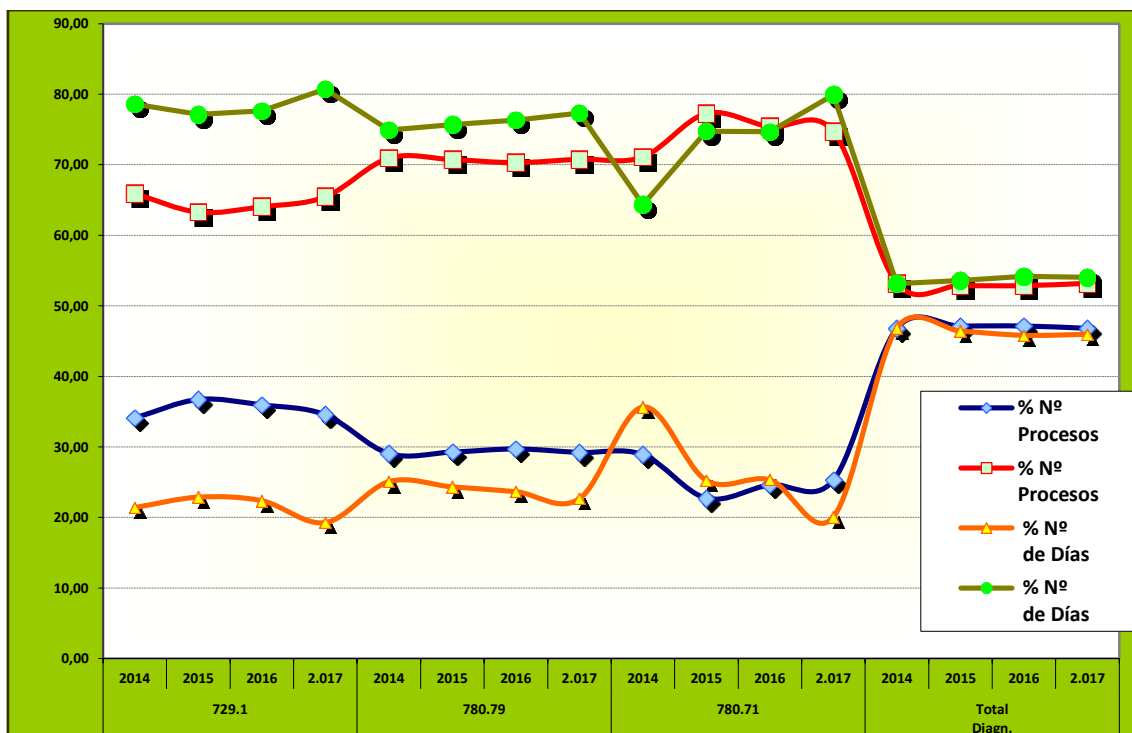


Gráfico 4: Días y tiempos de IT según sexo en mialgias, fatiga crónica y otro malestar o fatiga (Elaboración propia Dra. Álvarez Gómez)

Con respecto al resto de patologías estudiadas en este manual al no estar codificadas no constan entre los diagnosticos de IT por lo que no han podido ser estudiadas de forma específica.

Por último indicar que esta Guía ha sido revisada por la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).

2 - FIBROMIALGIA

2.1. DEFINICIÓN

La fibromialgia (FM) es una enfermedad reconocida por la OMS desde 1992, recogida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) de la Organización Mundial de la Salud con el código 729.1, sin ser código específico, y en la CIE-10: M79.7. La etiología es desconocida, se caracteriza por dolor musculoesquelético difuso junto con la presencia de múltiples puntos dolorosos a la presión, con frecuencia coexiste con alteraciones del sueño, disfunción cognitiva y fatiga, colon irritable, así como disfunción témporo–mandibular (Lorduy 2003) y bruxismo, formando parte de un espectro de síntomas que a menudo se clasifican como trastornos funcionales, término éste que alude a la inexistencia de claras alteraciones anatomopatológicas. La presencia de éstos y otros síntomas, médicamente “inexplicables” se suele asociar con múltiples demandas de atención sanitaria, sin que la medicina actual disponga de remedios eficaces para las manifestaciones de los pacientes. Esta entidad clínica puede repercutir en la calidad de vida de la persona que la padece, en la de su entorno más cercano y llega a afectar a todo el conjunto de la sociedad.

Algunos autores prefieren la denominación de síndrome fibromiálgico, descrito como un trastorno de la modulación del dolor, de etiología desconocida, que se caracteriza por dolor difuso crónico, rigidez matutina, sueño no reparador y fatiga. Por otra parte, la conceptualización de la fibromialgia en el más amplio concepto de Síndrome de Sensibilización Central al Dolor (SSCD), en el contexto de un inadecuado funcionamiento de las estructuras neurológicas del Sistema Nervioso Central (SNC) implicadas en la neuromodulación de la sensación dolorosa, proporciona una visión más amplia del amplio cortejo sintomático que caracteriza a los pacientes (Fleming 2015, Collado 2014).

Históricamente, fue definida en 1992 por la Organización Mundial de la Salud como un estado doloroso generalizado no articular, que afecta predominantemente a las zonas musculares y raquis, y que presenta una exagerada sensibilidad en múltiples puntos predeterminados.

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

2.II. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Su prevalencia varía entre países del 0,4% al 9,3%, con una media de 2,7%. La prevalencia en España es del 2,73% de la población general mayor de 20 años, según el estudio EPISER (Estudio EPISER 2000, Sociedad Española de Reumatología). La prevalencia en España, según datos del estudio EPISER 2000, se sitúa en un 2,4%, con un claro predominio en mujeres (4,2% frente a 0,2% en hombres) y un pico de prevalencia entre los 40 y los 49 años (Carmona L et al).

En cuanto a la distribución por grupos de edad, la prevalencia máxima aparece entre los 40 y los 49 años (4,9%), pero puede afectar a personas desde la adolescencia hasta las últimas etapas de la vida, aunque es relativamente infrecuente en personas ancianas por encima de los 80 años de edad. Es más frecuente en mujeres (90%), entre 20 y 55 años de edad.

Se estima que entre un 5-6% de las consultas de Atención Primaria son debidas a esta patología. En cuanto a su repercusión sobre la capacidad laboral, en España, se han publicado series en las que al 45% de los sujetos diagnosticados de fibromialgia mantenían actividad laboral y un 23% de los pacientes percibía alguna prestación por incapacidad permanente, sin especificar el o los diagnósticos relacionados con esta (Collado A, 2014).

En 2017 en España, el número de episodios cerrados de incapacidad temporal según datos del INSS en los últimos años se han incrementado, así como también el número de días de media, (Tabla 1),

	PROCESOS TERMINADOS			DURACIÓN MEDIA		
	TOTAL	MUJER	HOMBRE	TOTAL	MUJER	HOMBRE
2014	8475	5584	2892	44,48	53,05	27,9
2015	9896	6262	3634	45,60	55,58	28,41
2016	11769	7536	4232	44,73	54,23	27.83
2017	13574	8849	4725	46,63	57,08	27,06

Tabla 1. Valores recogidos por el INSS en los últimos años respecto a mialgias y miositis.
(Elaboración propia, Dra. Aguado).

Hasta la fecha el mecanismo fisiopatológico de la FM resulta desconocido. Se han elaborado múltiples teorías en relación al origen de la enfermedad, pero en la actualidad no hay ninguna completamente aceptada.

Se postulan varios mecanismos cuya alteración podría originar una respuesta de la percepción del dolor por disminución del umbral nociceptivo mediante alteraciones del procesamiento del dolor a nivel central, alteraciones del Sistema Nervioso Autónomo (SNA), o alteraciones del eje

hipotálamo-hipofisario, aunque los datos obtenidos en diversos estudios no permiten extrapolar estos resultados a todos los pacientes diagnosticados de fibromialgia, y su significación es todavía objeto de controversia.

En pacientes con fibromialgia se pueden encontrar asociados trastornos del sueño, con patrón electroencefalográfico alfa-delta. Estos patrones no son característicos, encontrándose también en otras enfermedades con dolor crónico.

También se han descrito en la literatura diversos problemas anímicos, con una prevalencia significativamente mayor que en el resto de la población, un 30% de los enfermos presentan síntomas de depresión y en una proporción aún mucho mayor síntomas de estrés psicológico, ansiedad, distimia, fobia simple, entre otros (Revuelta et al, 2010).

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

Cuando se considera el amplio cortejo sintomático que se presenta en estos pacientes, aparece un característico patrón de solapamiento que conduce a pensar si no se está ante múltiples manifestaciones de una misma disfunción que pudiera explicar los distintos “síndromes funcionales”, caracterizados todos ellos por síntomas “médicamente carentes de explicación” (Wessely 1999). A la hora de proporcionar una explicación al cortejo de síntomas que se presentan en esos pacientes, se ha confeccionado un constructo denominado Síndrome de Sensibilización Central al Dolor (CSS): el síndrome del intestino irritable, la cefalea tensional, los trastornos de la articulación témporo – mandibular, la cistitis intersticial y el dolor miofascial podrían tener un sustrato fisiopatológico común en la alteración funcional de las vías neuromoduladoras de la percepción del dolor, manifestándose el trastorno por una

percepción anormal y más intensa de la sensación dolorosa a nivel del sistema nervioso central (Yunus 2007).

2.III. CLASIFICACIONES

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

- **Fibromialgia tipo I**, pacientes con sensibilidad extrema al dolor, donde no se consigue identificar procesos sistémicos o locales asociados, ni enfermedades psiquiátricas.
- **Fibromialgia tipo II**, pacientes donde la aparición de la FM se considera una consecuencia de una enfermedad de base de carácter crónico, aparece especialmente en enfermedades autoinmunitarias y reumatológicas. El subtipo IIa sería la FM asociada a enfermedades reumatológico/autoinmunitarias. El subtipo IIb sería la FM asociada a enfermedades crónicas loco regionales.
- **Fibromialgia tipo III**, pacientes en la que la FM se considera una manifestación somática de un proceso psicopatológico subyacente, tanto de tipo afectivo, como de personalidad, donde el dolor sería el medio a través del cual los pacientes canalizarían todo su malestar psicológico subyacente.
- **Fibromialgia tipo IV**. Existe en grupo de pacientes capaces de simular los criterios clasificatorios y que requerirán una evaluación pericial objetiva en el ámbito de una unidad altamente especializada.

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

- **Ánimo**: mide la depresión mediante la *Centerfor Epidemiologic Studies Depression Scale* y la ansiedad rasgo evaluada mediante el *State-Trait Personality Inventory*.
- **Aspectos cognitivos**: evalúa el catastrofismo y el control del dolor mediante las subescalas del mismo nombre del *Coping Strategies Questionnaire*.

- **Variables biológicas:** incluye hiperalgesia/sensibilidad al dolor, valorada mediante el dolorímetro y la presión dolorosa aplicada de forma aleatoria a niveles supraumbrales.

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

- **Grupo 1.** Valores moderados de depresión y ansiedad. Valores moderados de catastrofismo y control del dolor. Baja hiperalgesia/sensibilidad al dolor.
- **Grupo 2.** Valores elevados en depresión y ansiedad. Valores más elevados de catastrofismo y más bajos de control percibido sobre el dolor. Valores más altos de hiperalgesia.
- **Grupo 3.** Niveles normales de depresión y ansiedad. Muy bajos niveles de catastrofismo y el más elevado control percibido sobre el dolor. Elevada hiperalgesia y sensibilidad al dolor.

2.IV. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

❖ Anamnesis

La historia clínica es fundamental para el diagnóstico de la FM. La anamnesis debe recoger la presencia o ausencia de sintomatología o características clínicas de esta entidad. El síntoma principal es el dolor musculoesquelético difuso y crónico, aunque variable en intensidad, influido, entre otros por los cambios climáticos, la actividad física, el estrés psicológico o la falta de sueño, y en general referido como moderado o severo. La fatiga es referida por un alto porcentaje de pacientes, suele ser continua y mejorar algo con el reposo. Puede describirse la presencia de alteración del sueño secundario, y manifestarse ésta como sueño no reparador, sueño pobre, no profundo o fraccionado por un frecuente despertar, etc. La rigidez, matutina o posterior, es considerada parte del cuadro de sueño no reparador, y su duración es inferior que la que se presenta en enfermedades inflamatorias articulares.

Con frecuencia aparecen otros síntomas de forma concomitante:

- **Síntomas sensoriales:** parestesias en manos o piernas, hipersensibilidad sensorial (auditiva, etc).
- **Síntomas motores:** rigidez generalizada o localizada al levantarse, contracturas en diversos grupos musculares, temblor de acción.
- **Síntomas vegetativos:** sensación de tumefacción en manos y otras áreas corporales, mareo o inestabilidad, hipersudoración, distermias, sequedad de mucosa, palpitations, etc.

- **Síntomas cognitivos:** alteración de la atención, déficit de memoria reciente, alteración en la expresión verbal.
- **Síntomas afectivos:** ansiedad, alteración del estado de ánimo.

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

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

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

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

Ansiedad	60%	Fenómeno de Raynaud	9-17%
Alteración del sueño	80-90%	Fobias	16%
Artralgias periféricas	54%	Livedo reticularis	15-24%
Cansancio	75-90%	Parestesia y entumecimiento	26-74%
Cefaleas	40%	Rigidez matutina	76-85%
Colon irritable	70%	Sensación de hinchazón	50%
Depresión	40-68%	Síndrome túnel carpiano	70%
Dismenorrea primaria	12%	Síndrome Sjögren	7%
Distimia	10%	Síndrome uretral	12%
Dolor	100%	Trastornos de pánico	16%

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

El diagnóstico es clínico y se puede realizar mediante los criterios diagnósticos de la ACR de 1990. Se define la fibromialgia por la presencia de dos síntomas:

1. **Historia de dolor generalizado.** Se consideró dolor generalizado cuando se presentaba en el lado izquierdo y derecho del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura. Además debía existir dolor en el esqueleto axial. Este síntoma debía estar presente durante al menos tres meses.

2. **Dolor a la presión en al menos 11 de los 18 puntos simétricos** (nueve pares):
 - 2.1. Occipucio: en las inserciones suboccipitales de los músculos.
 - 2.2. Cervical bajo: en la cara anterior de los espacios intertransversos a la altura de C5-C7.
 - 2.3. Trapecio: en el punto medio del borde superior.
 - 2.4. Supraespinoso: en sus orígenes, por encima de la espina de la escápula, cerca del borde medial.
 - 2.5. Segunda costilla: en la unión osteocondral.
 - 2.6. Epicondilo: a 2 cm. distales del epicóndilo.
 - 2.7. Glúteo: en el cuadrante supeoexterno de la nalga.
 - 2.8. Trocánter mayor: en la parte posterior de la prominencia trocantérea.
 - 2.9. Rodillas: en la almohadilla grasa medial próxima a la línea articular.

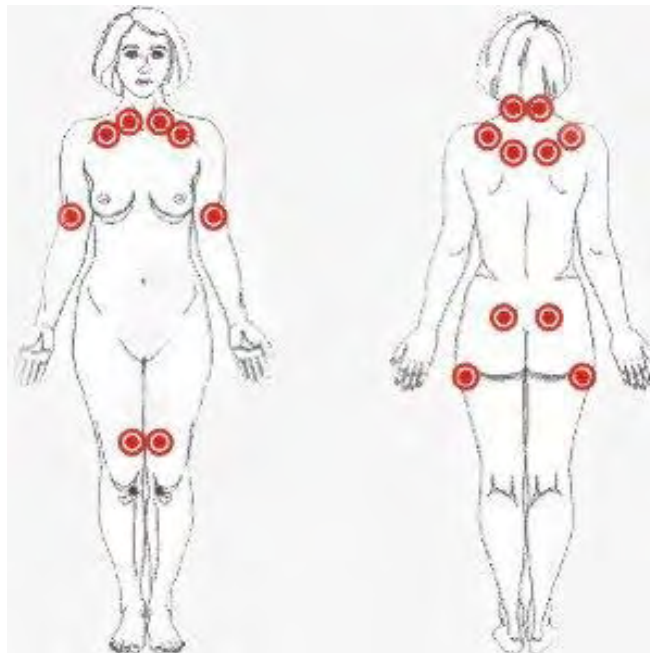


Figura 1.- <http://drloureiro.wordpress.com/fibromialgia>

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

mismos en las consultas evaluadoras por la validez reconocida de la presión digital.

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

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

- 1) Índice de Dolor Generalizado (Widespread Pain Index – WPI) ≥ 7 e índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score – SS Score) ≥ 5 ó WPI 3-6 y SS ≥ 9 .
- 2) Los síntomas han estado presentes, en un nivel similar, durante los últimos tres meses.
- 3) El enfermo no tiene otra patología que pueda explicar el dolor.

Comprobación:

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

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

- 2) SS Score:
 - ✓ Fatiga.
 - ✓ Sueño no reparador.
 - ✓ Síntomas cognitivos.

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

0 = Sin problemas.

1 = Leve, casi siempre leve o intermitente.

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

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

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

0 = Asintomático (0 síntomas).

1 = Pocos síntomas (entre 1 y 10).

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

3 = Un gran acumulo de síntomas (25 o más).

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

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

Estos criterios clasifican correctamente más del 87,033% de los casos que también cumplían los criterios anteriores (ACR-1990). Los criterios de 2010 constituyen una manera simple de evaluar pacientes con FM y permiten una más fácil comprensión y manejo de la patología. Sin embargo, siguen siendo los criterios de ACR de 1990 los aceptados por la comunidad científica para el diagnóstico correcto de la FM. (Moyano et al, 2015). Además el uso de estos nuevos criterios de 2010 es muy discutido por los reumatólogos, ya que prescinde del examen físico y no tiene en cuenta ningún estudio complementario.

No existe hoy en día ninguna prueba específica para el diagnóstico de la FM, por tanto las exploraciones complementarias en estos pacientes están destinadas para descartar la existencia de otras patologías.

❖ **Exploración física y pruebas complementarias**

Es importante la exploración física detallada y exhaustiva que se realiza de rutina en la consulta evaluadora, sobre todo la referida a la valoración de la movilidad (EGMP, Anexo 3). Conviene siempre destacar la exploración del aparato locomotor (balance articular, tono, fuerza muscular...) y la exploración neurológica (reflejos, maniobras habituales...).

Contrastando con esta amplia variedad de síntomas clínicos, la exploración física de estos pacientes es inespecífica, no se objetivan alteraciones estructurales, de la movilidad articular, de la fuerza muscular, ni artritis. La movilidad y el aspecto articular son normales a menos que

exista otra enfermedad osteoarticular. El signo más característico de la exploración clínica es la presencia de múltiples puntos de dolor con aumento de la sensibilidad a la palpación digital, aunque también es posible encontrar livedo reticularis en las extremidades, hiperlaxitud articular, hipertonia muscular, contracturas musculares y estiramiento doloroso de las regiones afectadas.

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

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

- Hemograma.
- VSG.
- Glucemia.
- Urea y creatinina.
- Enzimas hepáticas: AST, ALT, GGT, Fosfatasa alcalina.
- Creatinina (CK).
- Proteína C reactiva (PCR).
- TSH.
- Calcio.
- Fósforo.
- Sistemático de orina.

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

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

❖ Instrumentos de medida y cuestionarios utilizados en la FM

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

- **Fibromyalgia Impact Questionnaire FIQ** (Anexo 1): es un cuestionario realizado específicamente para esta enfermedad y que ha sido adaptado y validado a nuestro país (2004). La puntuación total se sitúa entre 0-100, 0 representa la mejor capacidad funcional y calidad de vida y 100 la peor. Es fácil de aplicar y sensible a los cambios en la enfermedad. Se considera afectación vital leve con puntuaciones inferiores a 50%, moderada con puntuaciones entre 50 y 75% y severa con puntuaciones superiores a 75%.
Este cuestionario determina el impacto que la sintomatología ha tenido durante la última semana en la realización de tareas diarias habituales, valorando aspectos diversos como la función física, estado de trabajo, el bienestar, el dolor, el sueño, la fatiga, la rigidez, la ansiedad y la depresión.
- **Escalas analógicas visuales** (Anexo 2): método sencillo de referir el paciente el dolor padecido.
- **Evaluación global del grado de movilidad pasiva de los pacientes EGMP** (Anexo 3). Es una prueba semiobjetiva.
- **Escala de Depresión de Montgomery y Asberg** (Anexo 4).
- **Escala de Hamilton para la evaluación de la Ansiedad HRSA** (Anexo 5).
- **Índice de calidad del sueño de Pittsburg** (Anexo 6). Es un cuestionario, breve, sencillo, bien aceptado por los pacientes y adecuado para la investigación epidemiológica y clínica de la población española, que permite detectar “buenos” y “malos” dormidores. Es un cuestionario autoadministrado. Consta de 19 ítems autoevaluados por el paciente y 5 cuestiones evaluadas por el compañero/a de cama. Las cinco últimas cuestiones son utilizadas como información clínica, pero no contribuyen a la puntuación total. Los 19 ítems analizan los diferentes factores determinantes de la calidad del sueño, que se agrupan en 7 componentes: calidad del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna. Cada componente se puntúa de 0 a 3. De la suma de los 7 componentes se obtiene la puntuación total que oscila de 0 a 21 puntos (a mayor puntuación peor calidad de sueño). Se

propone un punto de corte de 5 (≥ 5 malos dormidores).

- **La Escala de Catastrofización ante el dolor “Pain Catastrophizing Scale”** (Anexo 7) mide el catastrofismo. Presenta adecuadas propiedades psicométricas y ha sido validada en español. Consta de 3 subescalas: magnificación, rumiación e indefensión. La rumiación se refiere a que el paciente no puede apartar de su mente el dolor, no puede dejar de pensar en él; la magnificación alude a la exageración de las propiedades amenazantes del estímulo doloroso, y la indefensión, a la estimación de no poder hacer nada para influir sobre el dolor.
- **Cuestionario de Sensibilización Central.** Es un instrumento de medida de síntomas en los pacientes con Síndrome de Sensibilización Central al Dolor (Anexo 8).

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

No existe, en la actualidad, ningún cuestionario, prueba analítica o exploración complementaria con evidencia científica suficiente que permita hacer una clasificación de los pacientes con FM según el grado de afección. No obstante lo dicho, sí existen estudios que documentan la existencia, en los pacientes con fibromialgia, de bajos niveles de serotonina sérica (El Shazly 2015, Cordero 2010, Fatima 2013). Estos niveles más bajos de serotonina en suero no obstante no se pueden considerar exclusivos de la fibromialgia, y pueden encontrarse además en otros trastornos en los que se encuentra implicado este neurotransmisor, como es el caso de los trastornos depresivos, y se puede además ver influenciado por la técnica analítica empleada, de forma que se ha documentado una mayor eficacia para detectar diferencias entre casos y controles mediante empleo de ELISA frente a la cromatografía líquida, si bien parece claro que las variaciones observadas no parecen suficientes de cara a establecer el diagnóstico de fibromialgia, ya que las diferencias observadas no permiten la diferenciación, por ejemplo, de los trastornos depresivos. Se han descrito también en relación, niveles reducidos de serotonina en suero y LCR, así como con elevados niveles de sustancia P en LCR (Won 2016).

La Sociedad Española de Reumatología realizó un revisión sistemática que trata de averiguar si existe algún instrumento capaz de discriminar a los pacientes con FM respecto al pronóstico, o

la respuesta clínica. Según esta revisión sistemática, el único instrumento validado suficientemente en estos pacientes es el FIQ, que ayuda en la valoración clínica y se recomienda para los ensayos clínicos.

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

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

❖ **Informes requeridos en la consulta de valoración**

Los informes médicos aportados deberán contener:

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

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

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

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

2.V. FACTORES PRONÓSTICOS

La FM es una afección crónica donde el dolor persiste durante años, aunque no acorta la esperanza de vida. No es una enfermedad degenerativa ni deformante, no tiene por qué ser progresiva y es recuperable.

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

Entre los factores que se encuentran implicados en el mejor pronóstico, cabe destacar una buena actividad física, la edad avanzada, un mejor nivel educacional, la profesión remunerada y la ausencia de trastornos psiquiátricos.

No existen factores objetivos asociados a una evolución negativa, sin embargo en la evaluación de la FM, sí que se podrían considerar los siguientes:

- Estar en la edad media de la vida.
- La puntuación del FIQ (evolutiva y sin finalidad evaluadora).
- Presencia de acontecimientos estresantes previos a la aparición de la FM.
- Realizar trabajos pesados, desmotivación en el trabajo, baja cualificación laboral, imposibilidad de adaptación o cambio de puesto de trabajo.
- Escasos ingresos económicos.
- Estar inmerso en litigios para el reconocimiento de la incapacidad (los pacientes en esta situación podrían no intentar mejorar o exagerar sus síntomas para conseguir la prestación económica).
- Recibir una pensión de incapacidad.
- Catastrofización ante el dolor.

Los pacientes que catastrofizan desarrollan una visión muy negativa sobre su dolor, piensan mucho en él y se sienten incapaces de controlarlo, por lo que presentan un peor pronóstico.

En la actualidad existe evidencia científica (Holt-Lunstad 2010) de que los factores sociales (apoyo social y familiar, empleo, nivel de educación etc) tienen mayor impacto en la calidad de vida de las personas que comportamientos saludables (consumo de tabaco, consumo de alcohol, alimentación, ejercicio físico), mientras que la asistencia sanitaria repercute en menor proporción y el entorno físico en menor medida todavía.

2.VI. CRITERIOS TERAPÉUTICOS

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

La mayor parte de las publicaciones (Guías de Práctica clínica, Documentos de consenso, Protocolos, etc) mencionan que informar correctamente al paciente sobre la FM debe ser el primer paso. El paciente debe ser informado desde el principio sobre las características de la FM, desdramatizando la evolución, aportando expectativas positivas y potenciando su colaboración con las terapias mediante la confianza en una probable mejoría.

❖ Fármacos

El tratamiento farmacológico tiene como objetivo la mejoría de aspectos parciales de la FM y no su curación. No existe ningún medicamento específico para la misma. Los fármacos más utilizados son:

- Analgésicos y antiinflamatorios. Aunque su utilización es mayoritaria en estos pacientes, no existe ninguna evidencia de la eficacia de los antiinflamatorios.
- Relajantes musculares: útiles en la mejoría del dolor y el sueño, pero su efecto se atenúa con el paso del tiempo.
- Antidepresivos tricíclicos: a corto plazo provocan una mejoría en el 30% de los pacientes.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: fármacos como la fluoxetina son útiles para los síntomas depresivos pero apenas eficaces para el dolor.

- Anticonvulsiantes: la pregabalina es utilizada hoy en día en pacientes con FM.
- Otros fármacos: en la actualidad existe un gran número de fármacos que se utilizan en el tratamiento de la fibromialgia, pero ninguno ha demostrado una eficacia superior al resto de los tratamientos.

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

- **Evidencia fuerte:** AD tricíclicos (amitriptilina, imipramina), en cuanto a la mejoría del dolor, sensación en general de bienestar, sueño y fatiga, debido al aumento de las NA y/o 5HT por el bloqueo de la recaptación. Inhibidores duales (SNRI/NSRI—venlafaxina, duloxetina, milnacipran) con menos efectos secundarios y mejoría en el estado físico y la fatiga con milnacipran y del dolor y entumecimiento con duloxetina. Alpha-2-delta ligandos (pregabalina, gabapentina), la PGB ha mostrado eficacia sobre el dolor, sueño y fatiga, es el único fármaco aprobado por la FDA para ser utilizado en FM, la tinazidina reduce los niveles de SP en LCR.
- **Evidencia Moderada:** tramadol con débil acción agonista μ e inhibidor recaptación de 5HT/NA ha mostrado cierta eficacia sólo o combinado con paracetamol en el dolor y la calidad de vida. Inhibidores selectivos de serotonina: SSRIs, fluoxetina, paroxetina a dosis altas ya que se comportan como duales, y citalopram. Agonistas dopaminérgicos. Gamma hydroxybutirato (GHB).
- **Evidencia Débil:** GH, 5-HTP, tropisetron, S-adenosyl-L-methionine (SAME)
- **No efectivos:** opioides (morfina, oxicodona, buprenorfina, fentanilo, no existe ningún ensayo que avale su eficacia), AINES, corticosteroides, benzodiazepinas e hipnóticos no benzodiazepínicos, melatonina, guanifenesina, dehidroepiandrosterona.

❖ Ejercicio físico

El Documento Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia (García Campayo 2010) reconoce que hay un acuerdo prácticamente unánime en que los programas de ejercicios físicos deben ser uno de los tratamientos básicos en todos los pacientes.

Se deben valorar fundamentalmente tres opciones:

- **Ejercicios aeróbicos.** Utilizan grandes grupos musculares involucrándolos en movimientos repetidos, con aumento de la frecuencia cardíaca pero sin superar el

umbral anaeróbico (hasta 70-85% de la frecuencia cardíaca máxima para la edad). Entre ellos se incluyen ejercicios en carga (caminar, danza, etc.) y en descarga (bicicleta, natación, etc.).

- **Ejercicios de fortalecimiento muscular.** Pretenden mejorar la fuerza, resistencia y potencia muscular realizando contracciones musculares contra determinadas resistencias como bandas elásticas, pesas o el propio peso del paciente.
- **Ejercicios de estiramiento o flexibilidad.** Su objetivo es mejorar la flexibilidad muscular y de los tejidos blandos.

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

❖ **Tratamiento psicológico**

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

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

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

❖ **Medicina complementaria y alternativa**

No hay evidencia para la recomendación o no recomendación de otros tratamientos como la acupuntura, homeopatía, la termoterapia superficial, la quiropraxia, los campos electromagnéticos, el oxígeno hiperbárico, la ozonoterapia, la laserterapia, el magnesio o los

suplementos en la dieta de Chlorella pyrenoidosa (alga verde rica en proteínas, minerales y vitaminas).

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

❖ **Decálogo de la Sociedad Española de Reumatología**

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

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

El **Documento Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia establece, basándose en la Clasificación de Giesecke**, una serie de recomendaciones generales para todos los grupos y específicas para cada uno de los grupos de la referida clasificación (Alegre, C. et al,2010).

Recomendaciones generales para todos los grupos:

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

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

Recomendaciones generales para el grupo 1:

- No se recomienda el uso de paracetamol y AINE para el tratamiento de la FM, salvo en el caso de que existan enfermedades asociadas que justifiquen su uso.
- La depresión asociada a la FM puede tratarse con ISRS o con duales IRSN.
- La amitriptilina en dosis bajas (25-50 mg) puede mejorar el dolor, la fatiga, el sueño y la calidad de vida.
- La pregabalina es superior al placebo en la reducción del dolor, la mejora del sueño y la calidad de vida.
- Otras opciones de tratamiento son la ciclobenzaprina, tramadol, gabapentina, pramipexol y oxibato sódico.

Recomendaciones generales para el grupo 2:

- Si existen niveles moderados o graves de depresión se recomienda utilizar un antidepresivo.
- Los antidepresivos de elección son los denominados duales: duloxetina (60-120 mg/día) o milnacipram (100 mg/día). Los antidepresivos tricíclicos son igual de eficaces, pero presentan múltiples efectos secundarios e interacciones medicamentosas, por lo que son peor tolerados en pacientes polimedicados, como es habitual en FM.
- Si existen niveles elevados de catastrofismo, es recomendable usar psicoterapia cognitivo-conductual. No parece que el catastrofismo disminuya con tratamiento farmacológico y es un constructo que empeora notablemente el pronóstico.
- Si existen niveles moderados o graves de ansiedad, se recomienda utilizar un antidepresivo (ISRS, duloxetina o venlafaxina) o pregabalina.
- En caso de niveles elevados de hiperalgesia está indicado el uso de gabapentina o pregabalina.

Recomendaciones generales para el grupo 3:

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

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

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

* **Grado de la recomendación D.**

Tabla 2. Medidas recomendadas por el Ministerio de Sanidad (2011) para el manejo escalonado del paciente con FM.

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

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

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

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

c. Tiende a disminuir con el tiempo.

d. Acción controvertida.

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

f. Se puede utilizar solo o asociado a paracetamol (se comercializa en comprimidos de 37.5 mg de tramadol y 325 mg de paracetamol -dosis 4.0 ± 2 comp./día).

Tabla 3. Tratamiento farmacológico sintomático recomendado, Ministerio Sanidad 2011.

2.VII. REPERCUSIÓN FUNCIONAL

La evaluación objetiva de la repercusión funcional de un trastorno cuya definición asienta sobre la existencia de síntomas para los cuales no se encuentra una explicación orgánica puede presumirse que es compleja. No obstante, tal dificultad no es sinónimo de que no existe repercusión funcional ni de que esta repercusión sea irrelevante desde el punto de vista de la capacidad laboral. En ocasiones estos enfermos podrían considerarse como beneficiarios de prestaciones debido a limitaciones motivadas por FM y en un no despreciable número de casos dentro de estos, la causa es la asociación con alta comorbilidad. No obstante esta realidad, y ante las dificultades para trasladar a lo objetivo las manifestaciones que narran los pacientes, lo cierto es que el evaluador tendrá que basar sus decisiones en el juego equilibrado (siempre de forma fundamentada) entre lo plausible y lo probable más que tratar de alcanzar la certeza (Harth 2014).

La evaluación funcional del trastorno, no puede ni debe circunscribirse al dolor crónico, por importante que éste sea. El conjunto de síntomas que presentan los pacientes en asociación con el dolor crónico puede tener entidad suficiente como para ser responsable de un menoscabo funcional significativo, y de hecho, cuestionarios validados en su versión española como el FIQR (Cuestionario Revisado sobre el Impacto de la Fibromialgia) evalúan aspectos como las alteraciones del sueño, los problemas de memoria o el “nivel general de energía” (Salgueiro 2013). No obstante lo dicho, lo cierto es que cuestionarios como el mencionado u otros que se emplean a la hora de evaluar la repercusión funcional de la fibromialgia son frecuentemente cuestionados en cuanto a su utilidad en el ámbito de la evaluación médica realizada en un contexto médico - legal, como es el de la evaluación de la discapacidad laboral (Fitzcharles 2014), ya que estos cuestionarios descansan en buena parte en los datos que informa el propio paciente, datos que en el referido contexto han de ser considerados de forma limitada.

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

- **Intensidad del dolor.** El dolor generalizado es el síntoma cardinal del trastorno. Si bien el recurso a escalas de evaluación de la intensidad dolorosa o de cuestionarios sobre impacto funcional del dolor pueden dar una información artefactada dado el contexto médico - legal en el que se produce la evaluación, pueden resultar de interés para efectuar una aproximación a la intensidad percibida del dolor la cronicidad del mismo (inicio de los síntomas, historia del seguimiento médico, necesidad del concurso de unidades del dolor o dispositivos semejantes, escala analgésica de la OMS).
- **Fatiga.** La fatiga, al igual que el dolor, vuelve a ser un síntoma habitual. No obstante, esta realidad no puede restar relevancia a un síntoma que está presente en la fibromialgia y en relación con el cual se reconoce su trascendencia funcional, hasta el punto de que los criterios diagnósticos de la ACR de 1990 fueron criticados, entre otras causas, por no contemplar la presencia de la fatiga o el sueño no reparador (Crofford 2017) aspectos éstos que, por lo demás, pueden encontrarse muy relacionados desde el punto de vista de la causalidad: un sueño no reparador contribuirá a una mayor fatigabilidad. Algunas publicaciones llegan a identificar la presencia de fatiga y sueño no reparador en la práctica totalidad de los pacientes

con fibromialgia (Nalkamura 2014): fatiga que se puede presentar bien en forma de crisis de agotamiento de uno o dos días de duración o, más frecuentemente, de forma continuada, pudiendo mejorar con el reposo, describiéndose además en algunos pacientes una fatiga profunda que no mejora en ningún momento, y que predomina sobre el dolor e incluso llegando a verificar los criterios diagnósticos de un síndrome de fatiga crónica (Rivera 2006).

- **Alteraciones del sueño.** En los problemas de sueño en los pacientes con fibromialgia, además de su plausible relación con la fatiga que refieren y de ser uno de los síntomas que habitualmente se encuentran en el síndrome fibromiálgico, no hay estudios polisomnográficos diferenciales de otras patologías que cursan con dolor crónico. En estos pacientes se observa la presencia de mayor número de despertares, así como una duración más prolongada de los mismos.
- **Disfunción cognitiva.** Los pacientes con fibromialgia refieren frecuentemente problemas de memoria y concentración. La existencia de estas manifestaciones subjetivas de disfunción cognitiva ha llevado a la acuñación del término anglosajón “fibrofog” (“fibroniebla”). Se encuentran en los pacientes con fibromialgia alteraciones en la atención, con dificultades para evitar distracciones (Glass 2009). No obstante, algunos autores señalan que la sensación subjetiva de afectación cognitiva parece estar más relacionada con elementos subjetivos que objetivos, si bien estas dificultades subjetivas sí parecen relacionarse con una mayor intensidad de los síntomas (Wallit 2016), debiéndose considerar que evaluaciones neuropsicológicas efectuadas mediante estudios más específicos informan que entre el 20 y el 40% de casos presentan alteraciones en la memoria, la atención o la velocidad de procesamiento, así como de la función ejecutiva (Borchers 2015). A pesar de los estudios, no hay relación con la demencia y no hay indicación expresa para la realización de estudios neuropsicológicos para el diagnóstico clínico, que no muestran datos específicos y si una relación importante con la existencia de trastorno depresivo (S García Blanco¹, 2018).
- **Sintomatología depresiva y ansiedad.** La presencia de un síndrome depresivo no sólo puede influir en la percepción de la intensidad dolorosa, sino que se relaciona con la fatiga, la mala calidad del sueño, los problemas cognitivos y, en general, con una mayor repercusión funcional de los síntomas presentes en la fibromialgia y una menor participación en el mercado laboral; de forma característica además, la ansiedad se asocia con los síntomas depresivos, de forma que síntomas ansiosos y depresivos contribuirían a un peor rendimiento físico y social (Borchers 2015).

2.VIII. ORIENTACIONES PARA LA VALORACION DE LA INCAPACIDAD

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

En general, los pacientes suelen describir una sensación de discapacidad, semejante a la que describen los pacientes afectados por una artritis reumatoide pero sin presentar alteraciones orgánicas objetivas (Raftery 2339).

Un adecuado programa con terapia física, tratamiento del dolor y reeducación del paciente puede favorecer una notable mejoría de la capacidad funcional del paciente y la reincorporación al mundo laboral.

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

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

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

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

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

Realizar una actividad laboral es beneficiosa en el curso de la FM (como por otra parte sucede, en términos generales, en toda enfermedad crónica), ya que contribuye a evitar el aislamiento social y puede reducir el impacto de la enfermedad en su calidad de vida y está descrita la

existencia de asociación entre un mejor perfil clínico y evolutivo y el mantenimiento de la actividad laboral (Reisine 2004).

En este sentido, el documento sobre FM elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo recoge que: *“El mantenimiento de una actividad laboral compatible con la evolución de la FM es de gran ayuda para el paciente en el curso del proceso. La conservación de la máxima integración en las empresas de estos pacientes requiere de una estrecha coordinación de los servicios asistenciales con los servicios de salud laboral y los servicios de recursos humanos de las empresas para evitar que una falta de comunicación origine un prematuro e inadecuado cese en la actividad laboral, que, lejos de facilitar la evolución de la FM, empeore su pronóstico, cuando un ajuste adecuado a su debido tiempo de la actividad puede contribuir decisivamente a una mejoría en el pronóstico”*.

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

❖ **Valoración de la incapacidad**

La valoración de la discapacidad en un paciente con el diagnóstico de FM es un proceso en el que confluyen muchos factores, debiéndose tener en cuenta de forma importante la comorbilidad.

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

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

No existen métodos o cuestionarios objetivos validados en el ámbito de la evaluación de la discapacidad laboral que permitan una clasificación de los pacientes según el grado de afectación. Existe una clara discrepancia entre lo que el paciente percibe y lo que realmente es capaz de hacer.

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

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

❖ **Criterios para la contingencia**

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

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

2.IX. ANEXOS

ANEXO I

CUESTIONARIO DE IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA. ADAPTACIÓN VALIDADA EN CASTELLANO DEL FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE (FIQ) (Validada por la Sociedad Española de Reumatología para fibromialgia)

1. ¿Usted pudo?

	¿Ha sido usted capaz de?	Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones	Nunca
A	<i>Hacer la compra</i>	0	1	2	3
B	<i>Hacer la colada con lavadora</i>	0	1	2	3
C	<i>Preparar la comida</i>	0	1	2	3
D	<i>Lavar a mano los platos y los cacharros de cocina</i>	0	1	2	3
E	<i>Pasar la fregona, la mopa o la aspiradora</i>	0	1	2	3
F	<i>Hacer las camas</i>	0	1	2	3
G	<i>Caminar varias manzanas</i>	0	1	2	3
H	<i>Visitar a amigos o parientes</i>	0	1	2	3
I	<i>Subir escaleras</i>	0	1	2	3
J	<i>Utilizar transporte público</i>	0	1	2	3

En las siguientes preguntas, marque con un círculo el número que mejor indique cómo se sintió en general DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA

2. ¿Cuántos días de la última semana se sintió bien?

0 1 2 3 4 5 6 7

3. ¿Cuántos días de la última semana dejó de hacer su trabajo habitual, incluido el doméstico, por causa de la fibromialgia?

0 1 2 3 4 5 6 7

4. En su trabajo habitual, incluido el doméstico, ¿hasta qué punto el dolor y otros síntomas de la fibromialgia dificultaron su capacidad para trabajar?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sin dificultad

Mucha dificultad

5. ¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sin dolor

Dolor muy fuerte

6. ¿Cómo se ha encontrado de cansada?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada cansada

Muy cansada

7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Descansada

Muy cansada

8. ¿Cómo se ha notado de rígida o agarrotada?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada rígida

Muy rígida

9. ¿Cómo se ha notado de nerviosa, tensa o angustiada?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada nerviosa

Muy nerviosa

10. ¿Cómo se ha sentido de deprimida o triste?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada deprimida

Muy deprimida

ANEXO 2

ESCALA VISUAL ANALOGICA DE DOLOR (EVA) (ORIENTATIVA)

Indique cuánto dolor tuvo durante las últimas 48 horas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No dolor Dolor insoportable

ANEXO 3

EVALUACIÓN GLOBAL DE LA MOVILIDAD DEL PACIENTE (EGMP)

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

ANEXO 4

ESCALA DE DEPRESIÓN DE MONTGOMERY Y ASBERG

ESCALA DE MONTGOMERY-ASBERG PARA LA DEPRESIÓN (MADRS)

(Montgomery y Asberg 1979)

Versión validada al castellano (Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Re R, Badia X, Baro E. *Med Clin* (Barc). 2002)

Es un instrumento muy útil, válido y fiable para evaluar la depresión. Constituye un apoyo para confirmar la sospecha de diagnóstico. Es especialmente sensible para detectar los cambios del estado depresivo, si se pasa con intervalos de tiempos diferentes. El clínico debe decidir si la evaluación se amolda a los niveles definidos en la escala (2, 4, 6) o a los niveles intermedios (1, 3, 5).

Instrucciones para su administración

- Es una escala heteroadministrada, mediante entrevista.
- La prueba consta de 10 ítems.
- Cada ítem se puntúa de 0 (ausencia de síntomas) a 6 (máximo nivel de gravedad).
- El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 60 puntos.
- En los estudios se suele utilizar puntuación igual o superior a 18 puntos como confirmación de depresión, pero no hay un punto de corte establecido.
 - > Una puntuación inferior a 10 indica ausencia del trastorno.
 - > El orden de gravedad es creciente.

- 1. Tristeza observada.** Representa el abatimiento, la melancolía y la desesperación (algo más que una simple tristeza normal y pasajera) que se refleja en la manera de hablar, la expresión facial y la postura. Evalúe el grado de incapacidad para animarse.
0 Sin tristeza
1
2 Parece decaído pero se anima sin dificultad
3
4 Parece decaído la mayor parte del tiempo
5
6 Parece siempre desgraciado. Extremadamente abatido.
- 2. Tristeza declarada por el paciente.** Representa un estado de ánimo depresivo que se siente, sin tener en cuenta si se refleja en la apariencia o no. Incluye tristeza, abatimiento o el sentimiento de que no hay esperanza y nada ni nadie puede ayudarlo. Evalúe de acuerdo con la intensidad, la duración y la medida en que el estado de ánimo se ve influido por los acontecimientos.
0 Tristeza esporádica según las circunstancias
1
2 Triste o decaído pero se anima sin dificultad.
3
4 Sentimientos generalizados de tristeza o melancolía. El estado de ánimo todavía se ve influido por circunstancias externas.
5
6 Abatimiento, desdicha o tristeza continuada o invariable.
- 3. Tensión interna.** Representa sentimientos de malestar mal definidos, irritabilidad, confusión interna y tensión mental hasta llegar al pánico, terror o angustia. Evalúe de acuerdo con la intensidad, frecuencia, duración y la medida en que se busca consuelo.
0 Apacible. Sólo tensión interna pasajera.
1
2 Sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido.
3
4 Sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente que el sujeto sólo puede dominar con alguna dificultad.
5
6 Terror o angustia tenaz. Pánico irresistible.
- 4. Sueño reducido.** Representa la reducción de la duración o profundidad del sueño comparada con las pautas normales del sujeto cuando se encuentra bien.
0 Duerme como siempre
1
2 Ligera dificultad para dormirse o sueño ligeramente reducido, sueño ligero o perturbado.
3
4 Sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 horas.
5
6 menos de 2 ó 3 horas de sueño
- 5. Apetito reducido.** Representa la sensación de pérdida de apetito comparada con la que tiene cuando se encuentra bien. Evalúe según la pérdida del deseo por la comida o la necesidad de forzarse a sí mismo para comer.
0 Apetito normal o aumentado.
1
2 Apetito ligeramente reducido
3
4 Sin apetito. La comida es insípida.
5
6 Necesita persuasión para comer algo.
- 6. Dificultades para concentrarse.** Representa las dificultades para centrar los pensamientos en algo hasta llegar a la falta de concentración incapacitante. Evalúe según la intensidad, frecuencia y grado de incapacidad resultante.
0 Ninguna dificultad para concentrarse.
1
2 Dificultades ocasionales para centrar los pensamientos
3
4 Dificultades para concentrarse y seguir una idea que reduce la capacidad de leer o mantener una conversación.
5
6 Incapaz de leer o mantener una conversación si no es con gran dificultad.
- 7. Lásitud.** Representa la dificultad para empezar algo o la lentitud para iniciar y realizar las actividades diarias.
0 Casi sin dificultad para empezar algo. Sin apatía.
1
2 Dificultades para empezar actividades.
3
4 Dificultades para empezar actividades rutinarias sencillas que se llevan a cabo con esfuerzo.
5
6 Lásitud total. Incapaz de hacer nada sin ayuda.
- 8. Incapacidad para sentir.** Representa la experiencia subjetiva de un menor interés por el entorno o por actividades que habitualmente dan placer. La capacidad para reaccionar con la emoción adecuada a las circunstancias o personas se ve reducida.
0 Interés normal por el entorno y por otras personas.
1
2 Menor capacidad para disfrutar de las cosas que normalmente le interesan.
3
4 Pérdida de interés por el entorno. Pérdida de sentimientos respecto a los amigos conocidos.
5
6 La experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapacidad para sentir enfado, pena o placer y una total o incluso dolorosa falta de sentimientos hacia los parientes próximos y amigos.
- 9. Pensamientos pesimistas.** Representa los pensamientos culpabilidad, inferioridad, autoreproche, pecado, remordimiento y ruina.
0 Sin pensamientos pesimistas
1
2 Ideas variables de fracaso, autoreproche o autodesprecio.
3
4 Autoacusaciones persistentes o ideas definidas. Pero aún racionales, de culpabilidad o pecado. Cada vez más pesimistas respecto al futuro.
5
6 Alucinaciones de ruina, remordimiento o pecado irredimible. Autoacusaciones que son absurdas o inquebrantables.
- 10. Pensamientos suicidas.** Representa el sentimiento de que no vale la pena vivir, que desearía que le llegara una muerte natural, pensamientos suicidas y preparativos para el suicidio. Los intentos de suicidio en sí no deberán influir en la evaluación.
0 Disfruta de la vida o la acepta tal como viene
1
2 Cansado de vivir. Sólo pensamientos suicidas pasajeros.
3
4 Probablemente estaría mejor muerto. Los pensamientos suicidas son habituales y se considera el suicidio como una posible solución, pero sin ninguna intención o plan específico.
5
6 Planes explícitos de suicidio cuando se presente una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio.

PUNTUACIÓN TOTAL

ANEXO 5

ESCALA DE HAMILTON PARA LA EVALUACION DE LA ANSIEDAD

ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD (HARS)

(Versión adaptada al castellano por Carrobbes y cols.)

La HARS examina y cuantifica la intensidad de la sintomatología ansiosa. Evalúa categorías de síntomas, tanto psíquicos como somáticos. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o después de recibir tratamiento, por lo que podemos usarla en estudios de seguimiento.

Instrucciones para su administración

- Es una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista.
- La prueba consta de 14 ítems.
- Se pueden obtener dos puntuaciones que se corresponden con ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) o con ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).
- Es sensible a las variaciones a través del tiempo o después de recibir tratamiento, por lo que podemos usarla en estudios de seguimiento.
- Deben puntuarse todos los ítems acorde a los siguientes criterios:
 - > 0 Ausente.
 - > 1 Intensidad ligera.
 - > 2 Intensidad media.
 - > 3 Intensidad elevada.
 - > 4 Intensidad máxima (invalidante).
- Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación.
- Sume la totalidad de los 14 ítems.
- Las definiciones que siguen al enunciado de cada ítem son ejemplos que pueden servir de guía.
- El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 56 puntos.
 - > Una puntuación mayor o igual a 15 corresponde a **ansiedad moderada/ grave**.
 - > Una puntuación de 6 a 14 corresponde a **ansiedad leve**.
 - > Una puntuación de 0 a 5 corresponde a **ausencia o remisión del trastorno**.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	0	1	2	3	4
1. HUMOR ANSIOSO: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad.					
2. TENSIÓN; Sensaciones de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.					
3. MIEDOS: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.					
4. INSOMNIO: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.					
5. FUNCIONES INTELECTUALES (COGNITIVAS): Dificultad de concentración. Mala memoria.					
6. HUMOR DEPRESIVO: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
7. SÍNTOMAS SOMÁTICOS MUSCULARES: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.					
8. SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).					
9. SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).					
10. SÍNTOMAS RESPIRATORIOS: Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).					
11. SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Borborigmos. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.					
12. SÍNTOMAS GENITOURINARIOS: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del periodo menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.					
13. SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.					
14. CONDUCTA EN EL TRANSCURSO DEL TEST: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tíc, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.					
Ansiedad Psíquica (1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14)					
Ansiedad Somática (7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13)					
PUNTUACIÓN TOTAL					

ANEXO 6

INDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURG

Nombre y Apellidos:	
Sexo:	Edad:

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

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

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

5. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:

a) *No poder conciliar el sueño en la primera media hora:*

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

b) *Despertarse durante la noche o de madrugada:*

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

c) *Tener que levantarse para ir al sanitario:*

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

d) *No poder respirar bien:*

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

e) *Toser o roncar ruidosamente:*

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

f) *Sentir frío:*

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

g) *Sentir demasiado calor:*

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

h) *Tener pesadillas o “malos sueños”:*

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

i) *Sufrir dolores:*

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

j) *Otras razones (por favor, descríbalas a continuación):*

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

6. Durante el último mes ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su dormir?

- Bastante buena
- Buena
- Mala
- Bastante mala

7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?
- Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
9. Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el “tener ánimos” para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?
- Ningún problema
 - Un problema muy ligero
 - Algo de problema
 - Un gran problema

Instrucciones para calificar el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg

Componente 1: Calidad de sueño subjetiva

Examine la pregunta 6, y asigne el valor correspondiente.

Respuesta	Valor
Bastante buena	0
Buena	1
Mala	2
Bastante mala	3

Calificación del componente 1:

Componente 2: Latencia de sueño

1. Examine la pregunta 2, y asigne el valor correspondiente.

Respuesta	Valor
<15 minutos	0
16-30 minutos	1
31-60 minutos	2
>60 minutos	3

2. Examine la pregunta 5a, y asigne el valor correspondiente.

Respuesta	Valor
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

3. Sume los valores de las preguntas 2 y 5a.
4. Al valor obtenido asigne el valor correspondiente.

Suma de 2ª y 5ª	Valor
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Calificación del componente 2:

Componente 3: Duración del dormir

Examine la pregunta 4 y asigne el valor correspondiente.

Respuesta	Valor
>7 horas	0
6-7 horas	1
5-6 horas	2
<5 horas	3

Calificación del componente 3:

Componente 4: Eficiencia de sueño habitual

1. Calcule el número de horas que se pasó en la cama, en base a las respuestas de las preguntas 3ª (hora de levantarse) y pregunta 1ª (hora de acostarse).
2. Calcule la eficiencia de sueño (ES) con la siguiente fórmula:
[Núm. horas de sueño (pregunta 4) ÷ Núm. horas pasadas en la cama] × 100 = ES (%).
3. A la ES obtenida asigne el valor correspondiente.

Respuesta	Valor
>85%	0
75-84%	1
65-74%	2
<65%	3

Calificación del componente 4:

Componente 5: Alteraciones del sueño

1. Examine las preguntas 5b a 5j y asigne a cada una el valor correspondiente.

Respuesta	Valor
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

2. Sume las calificaciones de las preguntas 5b a 5j.
3. A la suma total, asigne el valor correspondiente.

<i>Suma de 5b a 5j</i>	Valor
0	0
1-9	1
10-18	2
18-27	3

Calificación del componente 5:

Componente 6: Uso de medicamentos para dormir

Examine la pregunta 7 y asigne el valor correspondiente.

<i>Respuesta</i>	Valor
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Calificación del componente 6:

Componente 7: Disfunción diurna

1. Examine la pregunta 8 y asigne el valor correspondiente.

<i>Respuesta</i>	Valor
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

2. Examine la pregunta 9 y asigne el valor correspondiente.

<i>Respuesta</i>	Valor
Ningún problema	0
Problema muy ligero	1
Algo de problema	2
Un gran problema	3

3. Sume los valores de la pregunta 8 y 9.

4. A la suma total, asigne el valor correspondiente.

<i>Suma de 8 y 9</i>	Valor
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Calificación del componente 7:

Calificación global del ICSP

(Sume las calificaciones de los 7 componentes)

Calificación global:

ANEXO 7

ESCALA PARA VALORAR EL PENSAMIENTO CATASTROFISTA ANTE EL DOLOR ESCALA DE CATASTROFIZACIÓN ANTE EL DOLOR (*)

Nombre:

Edad:Sexo:Fecha:.....

Todas las personas experimentamos situaciones de dolor en algún momento de nuestra vida. Tales experiencias pueden incluir dolor de cabeza, dolor de muelas, dolor muscular o de articulaciones. Las personas estamos a menudo expuestas a situaciones que pueden causar dolor como las enfermedades, las heridas, los tratamientos dentales o las intervenciones quirúrgicas.

Estamos interesados en conocer el tipo de pensamientos y sentimientos que usted tiene cuando siente dolor. A continuación se presenta una lista de 13 frases que describen diferentes pensamientos y sentimientos que pueden estar asociados al dolor. Utilizando la siguiente escala, por favor, indique el grado en que usted tiene esos pensamientos y sentimientos cuando siente dolor.

0: Nada en absoluto; 1: Un poco; 2: Moderadamente; 3: Mucho; 4: Todo el tiempo

Cuando siento dolor...

1. Estoy preocupado todo el tiempo pensando en si el dolor desaparecerá
2. Siento que ya no puedo más
3. Es terrible y pienso que esto nunca va a mejorar
4. Es horrible y siento que esto es más fuerte que yo
5. Siento que no puedo soportarlo más
6. Temo que el dolor empeore
7. No dejo de pensar en otras situaciones en las que experimento dolor
8. Deseo desesperadamente que desaparezca el dolor
9. No puedo apartar el dolor de mi mente
10. No dejo de pensar en lo mucho que me duele
11. No dejo de pensar en lo mucho que deseo que desaparezca el dolor
12. No hay nada que pueda hacer para aliviar la intensidad del dolor
13. Me pregunto si me puede pasar algo grave

..... Total

(*) Valoración: No hay un punto de corte específico validado. Para su uso en la práctica clínica se puede considerar un paciente como de mal pronóstico con puntuaciones por encima de 35.

ANEXO 8

Cuestionario de Sensibilización

Parte A

Nombre: _____

Fecha: _____

Por favor rodee la respuesta correcta para cada uno de los enunciados.

1. Me siento cansado y desanimado cuando me levanto por las mañanas.
2. Mis músculos están tensos y doloridos.
3. Tengo ataques de pánico.
4. Rechino los dientes o aprieto la mandíbula.
5. Tengo problemas de diarrea o estreñimiento.
6. Necesito ayuda para realizar mis actividades diarias.
7. Soy sensible a la luz brillante.
8. Me canso fácilmente cuando estoy físicamente activo.
9. Siento dolor en todo mi cuerpo.
10. Tengo dolores de cabeza.
11. Tengo molestia en mi vejiga o sensación de quemazón al orinar.
12. No duermo bien.
13. Tengo dificultad para concentrarme.
14. Tengo problemas en la piel como resequedad, picor o sarpullido.
15. El estrés hace que mis síntomas físicos empeoren.
16. Me siento triste o deprimido.
17. Me siento con poca energía.
18. Tengo tensión muscular en mi cuello y hombros.
19. Tengo dolor en mi mandíbula.
20. Algunos olores, como perfumes, me hacen sentir mareado y con náuseas.
21. Tengo que orinar frecuentemente.
22. Mis piernas se sienten incómodas e inquietas cuando intento dormir por la noche.
23. Tengo dificultad para recordar cosas.
24. Sufrí algún trauma cuando era niño(a).
25. Tengo dolor en mi zona pélvica

	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Continuamente	Siempre
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
TOTAL:					

Parte B

Nombre:

Fecha:

¿Ha sido usted diagnosticado por algún médico con alguna de las siguientes enfermedades?

Por favor indique a la derecha de cada casilla si ha tenido alguno de los siguientes diagnósticos y escriba el año en que se le diagnosticó.

1. Síndrome de Piernas Inquietas.
2. Síndrome de Fatiga Crónica.
3. Fibromialgia.
4. Trastornos Temporomandibulares.
5. Migrañas o Cefalea Tensional.
6. Síndrome de Colon Irritable.
7. Sensibilidad Química Múltiple.
8. Latigazo o Lesión en el Cuello (incluir la lesión de Whiplash).
9. Ansiedad o Ataques de Pánico.
10. Depresión.

NO	SÍ	Año del diagnóstico

2.X. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar del Río Javier. Fibromialgia. En Valoración de la discapacidad en enfermedades reumáticas. Ediciones Aljibe 2005.
- Alegre C.; García Campayo J., M. Tomás, José María Gómez Argüelles, Emilio Blanco Tarrío, Milena Gobbo Montoya, Alvaro Pérez Martín, Antonio Martínez Salio, Javier Vidal Fuentes, E. Altarriba Alberch, Agustín Gómez de la Cámara, "Documento de consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia "; Actas españolas de psiquiatría, ISSN 1139-9287, Vol. 38, Nº. 2, 2010, págs. 108-121.
- Belenguer R. Utilidad de la clasificación de la fibromialgia. Jano 31 de octubre-6 de noviembre de 2008. Nº 1.713: 28-33.
- Belenguer R, Ramos-Casals M, Siso A, Rivera J. Classification of fibromyalgia. A systematic review of the literature. Reumatol Clin. 2009 Mar-Apr; 5(2):55-62.
- Bennet RM. Fibromyalgia and the disability dilemma. A new era in understanding a complex, multidimensional pain syndrome. Arthritis Rheum. 1996 Oct; 39(10):1627-34.
- Boomershine CS. A comprehensive evaluation of standardized assessment tools in the diagnosis of fibromyalgia and in the assessment of fibromyalgia severity. Pain Res Treat. 2012; 2012:653714. doi: 10.1155/2012/653714.
- Borchers AT, Gershwin ME. Fibromyalgia: A Critical and Comprehensive Review. Clin Rev Allergy Immunol. 2015 Oct; 49(2):100-51.
- Bruce m. Carruthers, MD. Síndrome de Fibromialgia: definición clínica y recomendaciones para médicos. Visión general del documento Canadiense de consenso sobre Fibromialgia. 2006.
- Carmona L, Ballina FJ, Gabriel R, Laffon A, EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: Results from a nationwide study. Ann Rheum Dis.2001; 60:1040---5.
- Clauw D. Fibromyalgia A Clinical Review, JAMA 2014; 311(15)1547-1555.
- Ceron AM. Fibromialgia y trastornos de personalidad. Semergen 2010; 36(9):501-506.
- Cohen M, Quintner J, Buchanan D, Nielsen M, Guy L. Stigmatization of patients with chronic pain: the extinction of empathy. Pain Med. 2011 Nov; 12(11):1637-43.
- Collado A. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña. Med Clin (Barc) 2002; 118(19):745-9.
- Collado A, Gomez E, Coscolla R, Sunyol R, Solé E, Castells X, et al. Work, family and social environment in patients with Fibromyalgia in Spain: an epidemiological study: Epiffac study. BMC Health Services 2014; 14(1): 513-534.
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). Guías de práctica clínica sobre Fibromialgia. 2016.
- Cooper T, et al. Gabapentina para el dolor de la fibromialgia en adultos. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017 Issue 1. Art. No.: CD012188. DOI: 10.1002/14651858.CD012188.
- Cordero MD, Alcocer-Gómez E, Cano-García FJ, de Miguel M, Sánchez-Alcázar JA, Moreno Fernández AM. [Low levels of serotonin in serum correlates with severity of fibromyalgia]. Med Clin (Barc). 2010 Nov 13;135(14):644-6.
- Crofford L. Fibromyalgia in Gary S. Firestein, Ralph C. Budd, Sherine E. Gabriel, Iain B. McInnes, and James R. O'Dell, eds. Philadelphia: Elsevier, 2017; 768-78. <https://www.uptodate.com.mergullador.sergas.es/contents/pathogenesis-of-fibromyalgia/abstract/25>" Desmeules JA, Cedraschi C, Rapiti E, Baumgartner A, Finckh A, Cohen P, Dayer P, Vischer TL. Neurophysiologic evidence for a central sensitization in patients with fibromyalgia. Arthritis Rheum 2003; 48:1420.

- Departamento de Salud y Consumo. Protocolo para el abordaje de la fibromialgia. Edita Gobierno de Aragón, Departamento de Salud y Consumo. 2006.
- Departamento de Sanidad del Servicio Vasco de Salud. Documento para el manejo de la fibromialgia en atención primaria.
- Estudio EPISER 2000-2016. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Sociedad Española de Reumatología.
- El Shazly N Z, Sheir S F, Moustfa S M, Debala SH. Fibromyalgia: Clinical Evaluation, Electrophysiological Assessment and Serum Serotonin Level Measurement. *Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry & Neurosurgery* 2015; 52(2): 101-109.
- Fatima G, Das S K, Khan F H, Mahdi A A, Verma N S. Circadian variations of 5-hydroxytryptamine in female with fibromyalgia syndrome: A case control study. *Sleep and Biological Rhythms* 2013, 11(4), 261-267.
- Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Mailis A, Shir Y. Adjudication of fibromyalgia syndrome: challenges in the medicolegal arena. *Pain Res Manag.* 2014 Nov-Dec; 19(6):287-92.
- Fitzcharles MB, et al. Fibromyalgia: evolving concepts over the past 2 decades. *CMAJ*, September 17, 2013, 185(13).
- Fleming KC, Volcheck MM. Central sensitization syndrome and the initial evaluation of a patient with fibromyalgia: a review. *Rambam Maimonides Med J.* 2015 Apr 29; 6(2):e0020. doi: 10.5041/RMMJ.10204.
- Galiano Orea D, ET AL. Aplicaciones de ejercicio físico como terapia en medicina del trabajo para pacientes con fibromialgia. *Rev Med y Seg en el Trabajo.* Vol 59, nº 2332, jul-set.2013.
- García DA. Abordaje clínico de la fibromialgia: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia, una revisión sistemática. *Reumatol Clin.* 2016; 12:65-71.
- García-Campayo J, Rodero B. La catastrofización ante el dolor en la fibromialgia. *www.jano.es.* Junio 2011; 59-61.
- García-Campayo J et al. Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Med Clin (Barc).* 2008; 131(13):487-92.
- García-Campayo. Documento Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas Esp Psiquiatr* 2010; 38(2):108-120.
- Giesecke T, Gracely RH, Williams DA, Geisser ME, Petzke FW, Clauw DJ "https://www.uptodate.com.mergullador.sergas.es/contents/pathogenesis-of-fibromyalgia/abstract/35". The relationship between depression, clinical pain, and experimental pain in a chronic pain cohort. *Arthritis Rheum* 2005; 52:1577.
- Giesecke T, Williams DA, Harris RE, Cupps TR, Tian X, Tian TX, Gracely RH, Clauw DJ. Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. *Arthritis Rheum.* 2003 Oct; 48(10):2916-22.
- Giesecke T. Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain threshold and psychological factors. *Arthritis Rheum* 2004; 50:2716-7.
- Glass JM. Review of cognitive dysfunction in fibromyalgia: a convergence on working memory and attentional control impairments. *Rheum Dis Clin North Am* 2009; 35(2):299-311.
- Gutiérrez Polo R. "Fibromialgia". *BIT de Navarra* 2006; 14, (3):18-25.
- Harth M, Nielson WR. Fibromyalgia and disability adjudication: no simple solutions to a complex problem. *Pain Res Manag.* 2014 Nov-Dec; 19(6):293-9. Review. Erratum in: *Pain Res Manag.* 2015 Jan-Feb; 20(1):56.
- Häuser W. Review of pharmacological therapies in fibromyalgia syndrome. *Arthritis Research&Therapy* 2014, 16:201. <http://arthritis-research.com/content/16/1/201>.

- Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med* 7(7):2010 e1000316. doi: 10.1371/journal.pmed.1000316.
- Jensen KB, Kosek E, Petzke F, Carville S, Fransson P, Marcus H, Williams SC, Choy E, Giesecke T, Mainguy Y, Gracely R, Ingvar M. <https://uptodate.com.mergullador.sergas.es/contents/pathogenesis-of-fibromyalgia/abstract/27>. Evidence of dysfunctional pain inhibition in Fibromyalgia reflected in raCC during provoked pain. *Pain* 2009; 144:95. <https://uptodate.com.mergullador.sergas.es/contents/pathogenesis-of-fibromyalgia/abstract/75>.
- Kadetoff D, Kosek E. The effects of static muscular contraction on blood pressure, heart rate, pain ratings and pressure pain thresholds in healthy individuals and patients with fibromyalgia. *Eur J Pain* 2007; 11:39.
- Kamping S, Bomba IC, Kanske P, Diesch E, Flor H [HYPERLINK "https://www.uptodate.com.mergullador.sergas.es/contents/pathogenesis-of-fibromyalgia/abstract/50"](https://www.uptodate.com.mergullador.sergas.es/contents/pathogenesis-of-fibromyalgia/abstract/50) . Deficient modulation of pain by a positive emotional context in fibromyalgia patients. *Pain* 2013; 154:1846.
- Khosro F, Oaklander AL. Fibromyalgia and Small-Fiber Polyneuropathy: What's in a name? (editorial). *Muscle Nerve* 2018; 58: 611-613.
- López-Solà M, Woo CW, Pujol J, Deus J, Harrison BJ, Monfort J, Wager TD ["https://www.uptodate.com.mergullador.sergas.es/contents/pathogenesis-of-fibromyalgia/abstract/56"](https://www.uptodate.com.mergullador.sergas.es/contents/pathogenesis-of-fibromyalgia/abstract/56) . Towards a neurophysiological signature for fibromyalgia. *Pain* 2017; 158:34.
- Lorduy KM, Liegey-Dougall A, Haggard R, Sanders CN, Gatchel RJ. The prevalence of comorbid symptoms of central sensitization syndrome among three different groups of temporomandibular disorder patients. *Pain Pract.* 2013 Nov;13(8):604-13
- Lorenzo Santander MA. Fibromialgia. Consideraciones Médico-legales. Curso postposición Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social. Madrid 2007.
- Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Flub E, Choy E, Kosek E, Amris K, Branco J, Dincer F, Leino-Arjas P, Longley K, McCarthy GM, Makri S, Perrot S, Sarzi-Puttini P, Taylor A, Jones GT. EULAR Revised Recommendations for the Management of Fibromialgia. *Ann Rheum Dis* 2017; 76: 318-328.
- Mannerkopi K, Gard G. Hinders for continued work among persons with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2012; 13(1): 96-103. ["https://www.uptodate.com.mergullador.sergas.es/contents/pathogenesis-of-fibromyalgia/abstract/5"](https://www.uptodate.com.mergullador.sergas.es/contents/pathogenesis-of-fibromyalgia/abstract/5) Meeus M, Nijs J. Central sensitization: a biopsychosocial explanation for chronic widespread pain in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Clin Rheumatol* 2007; 26:465.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Fibromialgia Ordenación de prestaciones. Ediciones Ministerio de Sanidad y Consumo 2003.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Ediciones Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Fibromialgia. 2011.
- Monterde S. Validación de la versión española del Fibromialgia Impact Questionnaire. *Rev Esp Reumatol* 2004; 31(9): 507-13. <https://www.uptodate.com.mergullador.sergas.es/contents/pathogenesis-of-fibromyalgia/abstract/29>.
- Montoya P, Sitges C, García-Herrera M, Rodríguez-Cotes A, Izquierdo R, Truyols M, Collado D. Reduced brain habituation to somatosensory stimulation in patients with fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2006; 54:1995.

- Moyano,S.;Kilstein, J.G.; Alegre, C" Nuevos criterios diagnósticos de la fibromialgia: ¿Vinieron para quedarse?" ;Reumatol Clin 2015;11:210-4 - Vol. 11 Núm.4
- Müller W, Schneider EM, Stratz T. The classification of fibromyalgia syndrome. Rheumatol Int. 2007 Sep; 27(11):1005-10.
- Munguia D. Guía de práctica clínica sobre el síndrome de Fibromialgia para profesionales de la salud. Ediciones Elsevier 2007.
- Nakamura I, Nishioka K, Usui C, Osada K, Ichibayashi H, Ishida M, Turk DC, Matsumoto Y, Nishioka K. An epidemiologic internet survey of fibromyalgia and chronic pain in Japan. Arthritis Care Res (Hoboken). 2014 Jul; 66(7):1093-101.
- Olalla T. Espectro ansioso-depresivo-somatizador, fibromialgia y síndrome de fatiga crónica. Revisión SEMG 2007:105-109.
- Ollo Luri MP. La fibromialgia: ¿enfermedad incapacitante? Principales problemas médicos y jurídico laborales de esta enfermedad y su tratamiento por la jurisdicción social. Social mes a mes 2002; 79:13-17.
- Raftery G, Bridges M, Heslop P, Walker DJ. Are fibromyalgia patients as inactive as they say they are? Clin Rheumatol. 2009 Jun; 28(6):711-4.
- Ramírez P C, González H, Morales M I, Santamaría P, Pérez M A. Fibromialgia:¿exageración o simulación? Clínica y Salud 2013; 24(3): 185-195.
- Regal Ramos R. Actualización de la Fibromialgia en la medicina evaluadora de incapacidades. Curso postposición Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social. Madrid 2006.
- Regal Ramos R. Diferencias epidemiológicas entre los pacientes con síndrome de fatiga crónica y fibromialgia evaluados en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid. Med Segur Trab (Internet) 2016; 62(245) 360-36.
- Regal Ramos R. ¿Podemos descartar que la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica y la sensibilidad química múltiple sean enfermedades psicósomáticas?. Semergen. 2015; 41: 349-53.
- Reisine S, Fifield J, Walsh S, Dauser D. Employment and quality of life outcomes among women with fibromyalgia compared to healthy controls. Women Health. 2004; 39(4):1-19.
- Revista Española de Reumatología. Tema monográfico. Fibromialgia. Rev Esp Reumatolo 2000; 27, Número 10.
- Revuelta E., Segura E.,Paulino,J., RevSocEspDolor.2010;17(7):326–332.
- Rivera J, Alegre C, Ballina FJ, Carbonell J, Carmona L, Castel B, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. Reumatol Clin 2006; 2:55–66.
- Rivera J. Evidencias terapéuticas en fibromialgia. Reumatol Clin 2006;2 Supl 1:S34-7.
- Rivera J. Controversias en el diagnóstico de fibromialgia. Rev Esp Reumatol 2004; 31(9):501-6.
- Salemi S, Aeschlimann A, Wollina U, Gay RE, Michel BA, Gay S, Sprott H HYPERLINK "<https://www.uptodate.com.mergullador.sergas.es/contents/pathogenesis-of-fibromyalgia/abstract/30>" . Up-regulation of delta-opioid receptors and kappa-opioid receptors in the skin of fibromyalgia patients. Arthritis Rheum 2007; 56:2464.
- Salgueiro M, García-Leiva JM, Ballesteros J, Hidalgo J, Molina R, Calandre EP. Validation of a Spanish version of the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR). Health Qual Life Outcomes. 2013 Aug 1;11:132. doi: 10.1186/1477-7525-11-132.
- Salido M. Factores relacionados con la incapacidad temporal en pacientes con fibromialgia. Reumatol Clin. 2007;3(2):67-72.

- Suman A.L. One-year efficacy of a 3-week intensive multidisciplinary non-pharmacological treatment program for fibromyalgia patients. *Cin an Exp Rheumato* 2009; 27:7-14.
- Tirado Zafra-Polo M, et al. Autoeficacia, Catastrofismo, Miedo al Movimiento y resultados de salud en la Fibromialgia. *Anal. Psicol.* vol.30 no.1 Murcia ene. 2014. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.151541>.
- Tour J, Löfgren M, Mannerkorpi K, Gerdle B, Larsson A, Palstam A, Bileviciute-Ljungar I, Bjersing J, Martin I, Ernberg M, Schalling M, Kosek E "<https://www.uptodate.com.mergullador.sergas.es/contents/pathogenesis-of-fibromyalgia/abstract/22>" . Gene-to-gene interactions regulate endogenous pain modulation in fibromyalgia patients and healthy controls-antagonistic effects between opioid and serotonin-related genes. *Pain* 2017; 158:1194.
- Üçeyler N, Zeller D, Kahn AK, Kewenig S, Kittel-Schneider S, Schmid A, Casanova-Molla J, Reiners K, Sommer C "<https://www.uptodate.com.mergullador.sergas.es/contents/pathogenesis-of-fibromyalgia/abstract/85>". Small fibre pathology in patients with fibromyalgia syndrome. *Brain* 2013; 136:1857.
- Vicente-Herrero MT, et al. Diseño de una herramienta para la valoración u clasificación de la limitación en fibromyalgia. *Rev Colomb Reumatol* 2017.
- Walitt B, Čeko M, Khatiwada M, Gracely JL, Rayhan R, VanMeter JW, Gracely RH. Characterizing "fibrofog": Subjective appraisal, objective performance, and task-related brain activity during a working memory task. *Neuroimage Clin.* 2016 Feb 2;11: 173-80.
- Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet.* 1999 Sep 11; 354(9182):936-9.
- Wolfe F. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research* 2010; 62(5):600–610.
- Won C, Kirsch D. Fibromyalgia and Chronic Fatigue Syndromes in Kryger H, Roth T, Dement WC Eds. *Principles and Practice of Sleep Medicine*, 6th Edition. Elsevier. Philadelphia 2016.
- Wood PB, Schweinhardt P, Jaeger E, Dagher A, Hakyemez H, Rabiner EA, Bushnell MC, Chizh BA "<https://www.uptodate.com.mergullador.sergas.es/contents/pathogenesis-of-fibromyalgia/abstract/39>". Fibromyalgia patients show an abnormal dopamine response to pain. *Eur J Neurosci* 2007; 25:3576
- Yunus MB. Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. *Semin Arthritis Rheum.* 2007; 36(6):339-56.

3 - EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

3.1. DEFINICIÓN

El Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) fue descrito a mediados del siglo XIX por el internista norteamericano Austin Flint, quien describió la fatiga crónica como “agotamiento nervioso”. Recogido en el código CIE-9 en el epígrafe 780.71, reconocida como enfermedad en 1989 por la OMS, R53.82 en CIE-10.

La mayor dificultad que presenta este síndrome es la definición de caso, dada por la pluralidad de síntomas que presenta y por la falta de investigaciones que confirmen la estabilidad temporal del diagnóstico.

El SFC es una entidad clínica que queda definida por una situación de fatigabilidad persistente e inexplicada a pequeños esfuerzos tanto físicos como mentales, cuyo diagnóstico es clínico y por exclusión de otras causas orgánicas o psicológicas de fatiga y que se establece por una serie de criterios definidos por consenso por comités internacionales. En 1988 Holmes y cols. propusieron en colaboración con el CDC de los EEUU (Center for Disease Control) los primeros criterios diagnósticos. En 1994 se llevó a cabo una revisión y el propio CDC y el Grupo Internacional de Estudio del SFC proponen y generalizan una versión actualizada, los denominados “criterios internacionales” de Fukuda et al. con el fin de aumentar la sensibilidad de la clasificación previa y definir mejor la enfermedad para así homogeneizar el diagnóstico clínico y servir de base a la investigación.

Estos criterios incluyen la definición de fatiga con unas características específicas:

Fatiga crónica persistente (6 meses mínimo) que se presenta de nuevo o con inicio definido y que no es resultado de esfuerzos recientes, que no mejora con el descanso y ocasiona una reducción considerable de los niveles previos de actividad del paciente.

Exclusión de otras patologías potencialmente causantes de fatiga crónica: trastornos psiquiátricos como depresión mayor, esquizofrenia, psicosis, trastornos alimentario (anorexia, bulimia), trastorno bipolar, abuso de alcohol u otras sustancias, así como la obesidad mórbida y patologías medicas activas o no cuya curación no haya sido advertida.

De forma crónica y concurrente deben estar presentes cuatro o más signos o síntomas de los que se relacionan, todos ellos de forma persistente durante 6 meses o más y posteriores a la presentación de la fatiga:

- Trastornos de concentración o memoria reciente.
- Odinofagia.
- Adenopatías axilares o cervicales dolorosas.
- Mialgias.
- Poliartralgias sin signos inflamatorios.
- Cefalea de inicio reciente o de características diferentes a la habitual.
- Sueño no reparador.
- Malestar post esfuerzo de duración superior a 24 horas.

En 2003 un Grupo de Expertos Internacionales convocado por el Departamento de Sanidad de Canadá publicó unos nuevos criterios de definición de caso de síndrome de fatiga crónica que se exponen a continuación. Una persona con SFC deberá reunir los siguientes criterios para el diagnóstico y no tener ningún criterio de exclusión:

- Cansancio o agotamiento extremo.
- Malestar y/o cansancio post esfuerzo.
- Trastornos del sueño.
- Dolores musculares y/o articulares.
- Presentar dos o más manifestaciones neurocognitivas.
- Uno o más síntomas de dos neurovegetativas.
- Cumplir con el ítem 7 (duración en el tiempo).

Desarrollo de ítems:

- **Cansancio o agotamiento extremo:** el paciente deberá presentar un grado significativo de cansancio físico y mental inexplicable, de un nuevo comienzo, persistente y recurrente, que reduzca substancialmente el nivel de su actividad habitual.
- **Malestar o cansancio post esfuerzo:** hay una inapropiada pérdida de la resistencia física y mental, una rápida fatigabilidad muscular y cognitiva, malestar y/o cansancio post esfuerzo, dolor; tendencia a que empeoren otros síntomas asociados dentro del grupo de síntomas que presenta el paciente. El periodo de recuperación es lento, pudiendo llevar 24 horas o más.
- **Trastornos en sueño:** se presentan bajo la forma de sueño poco reparador o de trastornos en el ritmo y en la cantidad de sueño, como un sueño invertido o diurno caótico.

- **Mialgias:** hay un significativo grado de mialgias, El dolor puede experimentarse en músculos y/o en las articulaciones, y es a menudo de naturaleza extendida y migratoria. El dolor de cabeza es de un nuevo tipo, patrón y severidad.
- **Dos o más de los siguientes trastornos neurocognitivos** deberán estar presentes: fallos de concentración y de atención, fallos en la memoria de corto plazo, dificultad en el procesamiento de la información, en la recuperación y clasificación de palabras (no encontrar la palabra y/o nombrar los objetos); trastornos perceptivos, tales como: inestabilidad espacial e inhabilidad para focalizar la atención, ataxias. Debilidad muscular. Puede haber fenómenos de sobrecarga como por ejemplo: fotofobia, hipersensibilidad a los ruidos. Situaciones de sobrecarga emocional pueden conducir a períodos de ansiedad o episodios de quiebra emocional de angustia.
- **Por lo menos un síntoma de las siguientes categorías:**
 - Manifestaciones Neurovegetativas: intolerancia ortostática, trastornos en el intestino con o sin Colon irritable, frecuencia urinaria aumentada con o sin disfunciones en la vejiga, palpitations con o sin arritmias cardiacas, inestabilidad vasomotora y trastornos respiratorios.
 - Manifestaciones Inmunológicas: inflamación de ganglios, dolor y/o ardor de garganta, recurrentes estados gripales, malestar general, aparición de nuevas alergias o cambios en alergias preexistentes, hipersensibilidad a los medicamentos y/o a los químicos.
 - Manifestaciones Neuroendocrinas: pérdida de la estabilidad termoestática, intolerancia al calor, falta o excesivo apetito, hipoglucemia, pérdida de la adaptabilidad de la tolerancia al estrés, empeoramiento de los síntomas con el estrés y labilidad emocional.
- **La enfermedad persiste por lo menos 6 meses:** normalmente presenta un comienzo agudo, pero también puede comenzar en forma gradual. Un diagnóstico preliminar se puede realizar en forma temprana. Tres meses es apropiado para niños.

Exclusiones:

Se excluye cualquier proceso de enfermedad activo que explique la mayoría de los síntomas de cansancio, trastornos en el sueño, dolor y disfunciones cognitivas:

- Enfermedad de Addison.
- Síndrome Cushing.
- Hipotiroidismo.
- Hipertiroidismo.
- Deficiencia de hierro y otras formas tratables de anemia.
- Diabetes.
- Cáncer.

También hay que excluir:

- Trastornos del sueño tratables, como la Apnea del Sueño (SAOS).
- Trastornos infecciosos o inmunológicos establecidos como el SIDA, las Hepatitis, Tuberculosis, Lyme.
- Desórdenes neurológicos como la Esclerosis Múltiple, Parkinson, Miastenia Gravis.
- Trastornos reumatológicos como la Artritis Reumatoide, Lupus, Polimiositis y Polimialgia Reumática.
- Trastornos psiquiátricos primarios.
- Abuso de sustancias y iatrogénica.

Enfermedades comorbidas

- Fibromialgia.
- Síndrome del Dolor Miofascial.
- Síndrome de la Articulación Temporomandibular.
- Síndrome del Intestino Irritable.
- Cistitis Intersticial.
- Síndrome de la Vejiga Irritable.
- Fenómeno de Raynaud.
- Prolapso de la Válvula Mitral.
- Depresión.
- Alergias.
- Sensibilidad Química Múltiple.
- Tiroiditis de Hashimoto.
- Síndrome Seco.

3.II. DESCRIPCIÓN

Fatiga es la sensación de agotamiento o dificultad para realizar actividades físicas intelectuales o cotidianas. Habitualmente la fatiga aparece al realizar una actividad física o mental y no es superable con la voluntad del paciente.

La fatiga es un síntoma, una sensación subjetiva que puede expresarse de distintas maneras, por ello nos podemos confundir con términos similares de los que la hemos de diferenciar como cansancio, adinamia, debilidad, falta de energía o intolerancia al ejercicio. Debemos diferenciarla de la disnea en la que existe una clara dificultad respiratoria, la astenia que es una sensación de incapacidad o dificultad para realizar las tareas cotidianas pero que aparece antes de realizar un esfuerzo y es superable con la voluntad del paciente, la debilidad en la que existe pérdida de fuerza y suele estar relacionado con la función muscular, a veces el término fatiga se confunde con desánimo o decaimiento por lo que se ha de diferenciar o explorar la presencia de sintomatología depresiva u otros trastornos del estado de ánimo.

Se distinguen varios estados de fatiga:

- Fatiga fisiológica es aquella que acontece tras un ejercicio físico o mental intenso y siempre se recupera con el reposo o el cese de la actividad.
- Fatiga reactiva es aquella que se desencadena ante una determinada situación (estrés, deprivación de sueño,...) y que mejora al evitar la causa desencadenante.
- Fatiga patológica es la que acontece sin una clara relación con esfuerzo previo o persiste a pesar del cese de la actividad que la origina y no mejora con el reposo, no es superable con el esfuerzo o la voluntad del paciente y suele tener una clara repercusión sobre las actividades de la vida diaria.

Respecto al tiempo de evolución podemos distinguir:

- Aguda o transitoria: tiene un periodo breve de duración y desaparece espontáneamente o con el reposo (podríamos decir que la aguda dura menos de 1 semana y la transitoria menos de un mes).
- Prolongada: la que dura más de un mes.
- Crónica: la que se presenta de forma continuada o intermitente y dura más de 6 meses. Cuando tiene una causa conocida se llama fatiga crónica secundaria (anemia, hipotiroidismo,...) y si no tiene una clara causa correlacionable sería la fatiga crónica idiopática. Por último existe una condición que se caracteriza por fatiga persistente de más de 6 meses de evolución a la que se añade otra

sintomatología relacionada y que debe reunir unos criterios definidos a la que denominamos síndrome de fatiga crónica.

3.III. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

La fatiga como síntoma es bastante común pero el SFC es relativamente poco frecuente. En España carecemos de estudios poblacionales clínicos. Tomado como referencia los datos de EEUU se admite que el SFC afectaría entre un 0'2 y un 0'5 % de la población general. En España la prevalencia del SFC es desconocida, pero se estima superior al 0,01%, lo que supondría al menos la existencia de 40.000 casos en todo el país (Síndrome de fatiga crónica. Documento Consenso 2008).

Característicamente se inicia de forma aguda en personas previamente sanas, con preferencia entre 20 y 50 años de edad con un predominio en mujeres sobre varones entre 3 y 5 veces, proporción variable según series, y con un nivel socio-cultural medio-alto, la duración de la enfermedad puede variar de 3 a 9 años como media aunque algunos síntomas pueden persistir hasta 20 años. Aunque poco frecuentes, se han descrito casos en la infancia, adolescencia y edad madura.

3.IV. ETIOLOGÍA

A pesar de las diversas teorías etiopatogénicas, el origen de la enfermedad sigue siendo desconocido y se aparta de los modelos fisiopatológicos convencionales, se han formulado varias hipótesis entre las que destacan:

- **La teoría infecciosa**, pensando que podría tratarse de una enfermedad postviral, ya que el inicio de la clínica tras una infección viral aguda se recoge en más del 50 % de casos. Los más frecuentes tras una infección por Citomegalovirus o virus de Epstein Barr aunque también se ha descrito tras infección por Herpes virus tipo 6, y otros virus o bacterias. No obstante, en la actualidad no se ha podido demostrar una relación patogénica viral directa.
- **La teoría inmunológica**, se han realizado numerosos estudios en busca de alteraciones de los componentes del sistema inmune pero no existe evidencia científica que permita atribuir la causa a una alteración del sistema inmune.
- **La teoría neuroendocrina**, es en la actualidad la que está más en boga aunque no existen resultados definitivos. En el SFC se han encontrado varias alteraciones en el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal y de las hormonas que se producen, como de

los mecanismos de regulación del Sistema Autónomo. Sin embargo, las alteraciones encontradas no han sido constantes y en muchos casos contradictorias.

- **Agentes tóxicos**, se ha asociado a la exposición a sustancias tóxicas, contaminantes ambientales.
- **Teorías psicológicas y psiquiátricas**, para muchos autores la etiología del SFC puede hallarse más próxima a estas teorías para la forma de enfermar de cada individuo que de las Infecciosas o inmunológicas.

3.V. CLASIFICACIÓN

Existen intentos para realizar una clasificación de fatiga en grados de afectación, pero la subjetividad del síntoma y la dificultad para su medición hacen que no se haya aceptado por los grupos internacionales ninguna graduación de la misma.

Algunos grupos realizan prueba de esfuerzo estándar bajo protocolo de Bruce o de Balke para determinar la capacidad máxima de esfuerzo y su extrapolación al mundo laboral, de forma similar a como se hace en enfermos con patología cardíaca. Otros asimilan los grados de afectación de la artritis reumatoide a la fatiga, estableciendo una clasificación en 4 grados, aunque no existen estudios acerca de la validez de tal asimilación.

3.VI. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

❖ Anamnesis

Dado que el diagnóstico del SFC se basa en el cumplimiento de unos criterios clínicos establecidos, la historia clínica es fundamental en la valoración de estos pacientes. La anamnesis debe recoger como antecedentes aquellas condiciones médicas o psicológicas previas que puedan desencadenar fatiga como depresión, abuso de alcohol y otras drogas, uso de fármacos, sustancias homeopáticas o suplementos alimentarios.

El inicio suele ser agudo con fiebre, odinofagia, tos, mialgias, fatiga, posteriormente se instauran los síntomas crónicos: fatiga, mialgias, trastornos del sueño, cefalea, alteración del estado de ánimo, así como alteraciones del humor conforme progresa y se cronifica el cuadro.

Generalmente el curso evolutivo clínico es recurrente y regular, a veces incluso con ritmo estacional. Cada brote puede ser distinto al anterior y es raro que las fases intercurrentes sean completamente asintomáticas. La sintomatología empeora con el estrés físico o psíquico.

El síntoma principal es la fatiga, por tanto se ha de hacer especial hincapié en su forma de aparición, características, factores desencadenantes y su relación con el reposo, actividad física, grado de interferencia en las actividades de ocio, social, laboral, preguntar por la fatiga en época de vacaciones o fines de semana y la duración del malestar postesfuerzo.

El SFC se asocia con frecuencia a otras patologías. Las principales enfermedades asociadas son psiquiátricas, como la depresión y ansiedad; también se asocia con alteraciones del ritmo del sueño lo que contribuye a aumentar la fatiga.

El 70% de pacientes con SFC cumplen criterios de fibromialgia y el 38-42% de sensibilidad química múltiple.

Recoger los síntomas de las esferas osteomuscular, neurovegetativa y neuropsicológica, algunos de estos pacientes sufren más fatiga mental que física, por lo que también se hará hincapié en el cambio de hábitos por la afectación cognitiva. Identificar anomalías en la función intelectual, alteración del humor o personalidad.

En la siguiente tabla se describen los posibles síntomas que pueden alegar los pacientes así como la frecuencia de aparición de los mismos:

SÍNTOMA	% presencia	SÍNTOMA	% presencia
Fatiga	100	Síndrome seco	60
Alteración de la concentración	90	Atopia	40
Cefalea	90	Dolor abdominal	20
Odinofagia	85	Pérdida de peso	20
Adenopatías	80	Palpitaciones	10
Mialgias	80	Erupciones cutáneas	10
Artralgias	75	Inestabilidad motora	7
Febrícula	70	Sudoración /distermia	5
Alteración estado de animo	65	Dolor torácico atípico	5
Insomnio	65	Parestesias	5

Tabla 4. Sintomatología que acompaña al síndrome de fatiga crónica (porcentaje de pacientes afectados)

❖ **Exploración física**

Ante la multiplicidad de síntomas llama la atención la escasez de hallazgos en la exploración física que, en general se realiza para excluir otros procesos. Al inicio del cuadro podríamos encontrar faringitis, fiebre, adenopatías dolorosas cervicales posteriores o axilares, dolor a la palpación muscular o lesiones cutáneas, signos que pueden desaparecer con la evolución.

Hemos de realizar una exploración básica general sin olvidar el aparato locomotor (puntos dolorosos y funcionalidad articular generalizada), la exploración neurológica y la cognitiva-psicológica.

❖ **Pruebas complementarias**

No existen estudios de laboratorio que permitan establecer “per sé” el diagnóstico de SFC, como hemos indicado el diagnóstico es clínico, basado en el cumplimiento de los criterios diagnósticos y de exclusión, por tanto no existe un protocolo universalmente aceptado de pruebas a realizar. No obstante, debemos contar con un grupo de pruebas que nos sirvan para excluir otras causas de fatiga.

Aceptamos que el paciente debería tener realizada al menos:

- Analítica con hemograma y fórmula leucocitaria, bioquímica básica (perfil hepático, renal e iónico), TSH, proteinograma, CK, VSG, PCR y análisis elemental de orina.
- RX AP y lateral de tórax y ECG.

Por otra parte, indicar que:

- La evaluación de esta patología con estudios neuropsicológicos carece de validez científica, ya que estos pacientes no presentan alteraciones orgánicas que afecten a estas funciones y sí asocian frecuentemente cuadros psiquiátricos que están demostrando que artefactan el resultado de estas pruebas. De hecho los estudios muestran que la afectación neuropsicológica de los pacientes con SFC sin trastornos afectivos asociados es similar a la que presentan los pacientes con trastornos afectivos sin SFC.
- La ergoespirometría (prueba de esfuerzo con medición de gases) realizadas carecen de validez para el diagnóstico, por no existir alteraciones orgánicas respiratorias, cardíacas, neurológicas o de otros órganos y sistemas). Los resultados de estas pruebas coinciden con estudios realizados en personas sedentarias o que realizan poco ejercicio físico, no siendo patoneumónicas de SFC.

Otras técnicas diagnósticas ni siquiera en clínica se realizan de forma sistemática ya que resultaría caro, molesto y con un escaso rendimiento final.

Por tanto si no existe una sospecha clara de una patología no se debe realizar sistemáticamente:

- Electromiografía (EMG).
- Serologías Coombs de brucella, CMV, VEB, VH tipo 6 VHB, VHC, Enfermedad de Lyme.
- Estudio endocrino: cortisol.
- Marcadores tumorales.
- Estudio inmunológico ANA, FR, AC anti-tejido.
- Técnicas de imagen del SNC.
- Biopsia muscular o nervio periférico.
- Técnicas de basculación en ausencia de clínica sincopal.

❖ **Instrumento de medida y cuestionarios utilizados en SFC**

No hay una única herramienta para evaluar a los pacientes con SFC que permita una valoración global de las manifestaciones clínicas y de las repercusiones de la enfermedad sobre la calidad de vida. La forma más útil es la entrevista y el diario del paciente con escalas y autorregistros.

En la clínica para evaluar estado funcional y/o respuesta al tratamiento se usan una serie de escalas:

- Test de Goldberg, (Anexo I).
- Escala de Stanford Sleepiness Scale (SSS) para valorar la calidad del sueño (Anexo II)
- Escala de impacto de fatiga (FIS) (Anexo III) o su versión modificada MFIS, (Anexo IV) validada para la fatiga en la esclerosis múltiple, no en el SFC,
- Escala de impacto diario de la fatiga (EIDF, Anexo V),
- Test de calidad de vida como el SF-36. (Anexo VI)
- Escala tipo escala analógica visual (EAV) del dolor donde también se intenta graduar la fatiga, en la que se sustituye en la pregunta dolor por fatiga.
- Una buena herramienta de despistaje psiquiátrico es el CIDI (Composite International Diagnostic Instrument) de la Organización Mundial de la Salud. Anexo VII
- Test CogHealth©, validada por Institut Ferran de Reumatología, S.L. en 2006.

No obstante estas escalas tienen un carácter orientativo.

Se recoge un protocolo de diagnóstico orientativo en un enfermo con sospecha de síndrome de fatiga crónica elaborado por Barbado Hernández.

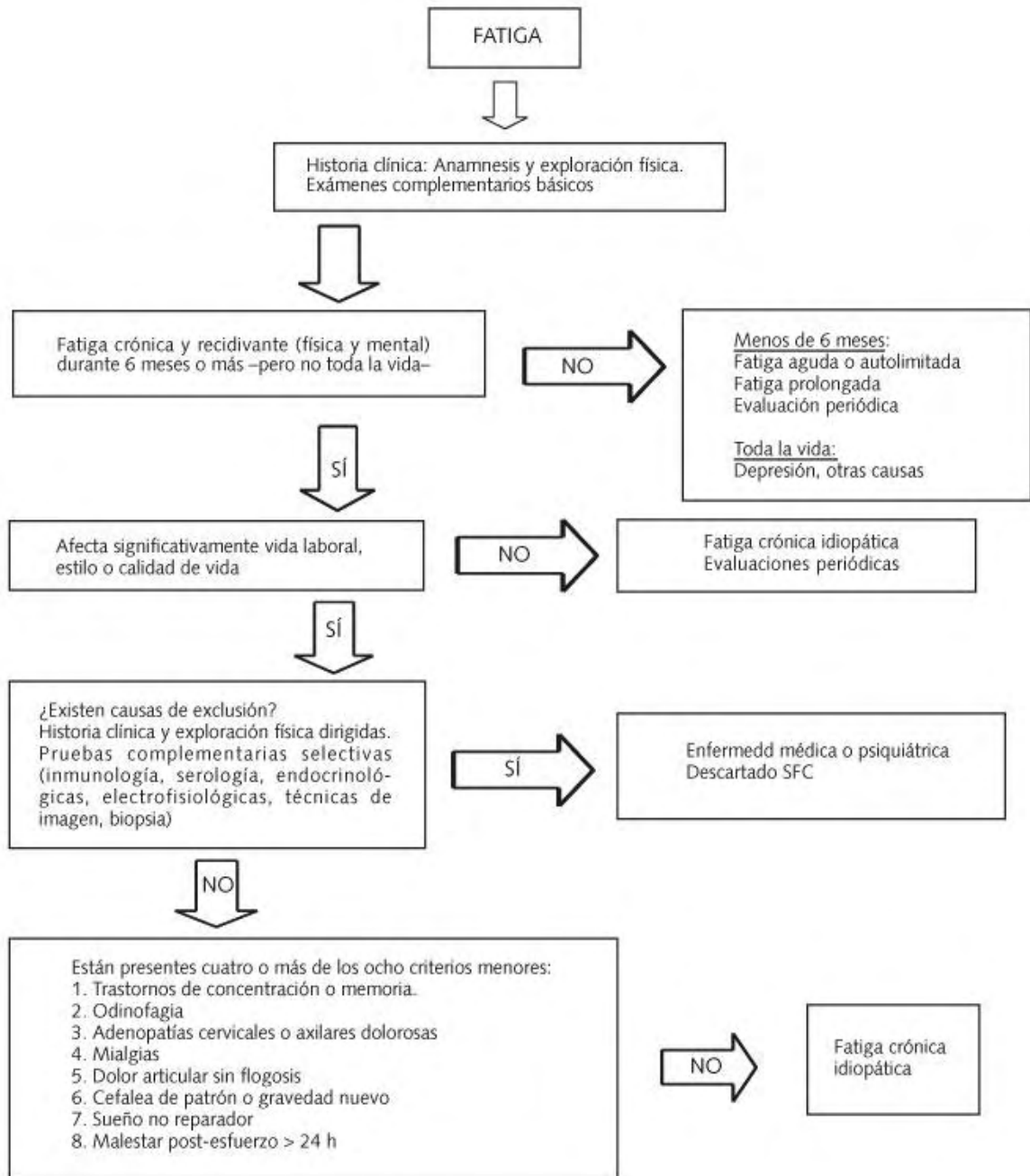


Fig. 1. Protocolo diagnóstico del enfermo con sospecha de SFC.

3.VII. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Merece especial atención con la fibromialgia FM, en la que puede existir junto al dolor osteomuscular, fatiga y otros síntomas comunes de ambas como odinofagia, febrícula, antecedente de cuadro viral (10%) etc. Por otro lado se ha descrito en algunos casos de SFC la presencia de “puntos gatillo”.

Se ha de tener en cuenta que son dos enfermedades, SFC y FM, con criterios diagnósticos diferentes. Sin embargo en el curso evolutivo de ambas los síntomas se superponen hasta el punto de que cuesta diferenciarlos. A los 5 años de evolución la coexistencia de ambas llega a ser de un 50-70 %, de manera que muchos autores (Regal 2016) se preguntan si en realidad no se trata de la misma enfermedad con dos facetas evolutivas distintas.

Además de la FM se asocia en su evolución a otros síndromes o enfermedades como colon irritable, disautonomía, dismenorrea, síndrome seco, tiroiditis autoinmune, distimia, disfunción temporomandibular, disfunciones alérgicas no específicas y una serie de infecciones bacterianas y fúngicas no graves.

Debe también diferenciarse el síntoma Fatiga Crónica que puede acompañar a otras enfermedades.

En la actualidad tener en cuenta que comparten código el síndrome de fatiga crónica postviral con la encefalitis miálgica por tener similitudes en su definición clínica.

Debe también establecerse diagnóstico diferencial con el T depresivo mayor activo, que excluye por definición el diagnóstico de SFC.

3.VIII. FACTORES PRONÓSTICOS

La sintomatología del SFC es variable aunque en el 60-80 % de casos se mantiene un grado estable de afectación que oscila mínimamente con periodos de exacerbación y remisión parcial, en un 20- 30% presentan una mejoría progresiva que, aunque sin llegar a su estado premórbido, con los ajustes necesarios serán capaces de llevar una vida satisfactoria. El mejor pronóstico se registra en los pacientes más jóvenes y sin enfermedades psiquiátricas concomitantes.

No hay daño estructural objetivado, con lo que puede considerarse reversible. No es una enfermedad psiquiátrica.

- Se han propuesto una serie de factores de **mal pronóstico**:
 - Inicio de la sintomatología sin factor precipitante identificado.
 - Presencia de síntomas severos sin remisiones en los últimos 4 años.
 - Diagnóstico tardío.
 - No tratar los síntomas que incomodan al paciente como la depresión asociada o los trastornos del sueño.

- Y de **buen pronóstico**:
 - Enfermedad viral desencadenante.
 - Historia evolutiva de recuperación funcional.
 - Diagnóstico temprano tras eliminar otras enfermedades causantes de fatiga.
 - Adecuado tratamiento desde el punto de vista físico, psíquico y social.

3.IX. CRITERIOS TERAPÉUTICOS

El tratamiento debe comenzar desde el momento del diagnóstico en atención primaria. El diagnóstico es por exclusión de otras patologías. No hay tratamientos con eficacia terapéutica contrastada para el tratamiento del SFC pero se pueden ofrecer opciones terapéuticas cuyos objetivos van dirigidos a la mejoría de los niveles de actividad, adaptación y calidad de vida de los pacientes.

Los objetivos básicos del tratamiento van dirigidos a reducir los grados de fatiga y dolor, así como a mejorar los niveles de actividad, adaptación y calidad de vida de estos pacientes. El abordaje terapéutico es complejo y obliga a combinar terapia basada en el ejercicio físico, tratamiento cognitivo-conductual y diferentes alternativas farmacológicas.

Los tratamientos con efectividad contrastada que han demostrado cursar con mejoría de los síntomas y de la capacidad funcional son el ejercicio físico progresivo y la terapia cognitivo-conductual.

Las terapias cognitivo-conductuales y un ejercicio físico gradual se han mostrado muy efectivos en la reincorporación laboral en los casos de absentismo por SFC. Hay evidencias de que tienen menos riesgo de recidivas que los grupos control a los cinco años de tratamiento. La depresión que en ocasiones se presenta de manera concomitante se asocia a bajo rendimiento laboral, así como en general la patología psiquiátrica y la edad avanzada.

❖ **Fármacos**

Respecto al tratamiento farmacológico, no hay evidencia de que exista uno efectivo para el SFC, por lo que va encaminado a la mejoría de los síntomas. El tratamiento farmacológico puede mejorar algunos aspectos pero no la fatiga. Se usan:

- Los antidepresivos cuando exista un claro cuadro depresivo asociado, para el insomnio y las mialgias, no se demuestra que un grupo sea mejor que otro aunque mejor a bajas dosis.
- Los ansiolíticos cuando exista ansiedad o para el insomnio, siendo cautelosos pues en dosis altas pueden empeorar la debilidad muscular.
- Los mineralcorticoides cuando exista hipotensión ortostática neurógena o disfunción corticosuprarenal aunque su uso es discutido.
- Los AINE para las mialgias, odinofagia, y la cefalea.
- Los relajantes musculares no solo no mejoran sino que pueden empeorar la fatiga.

Hasta ahora se han utilizado muchos tratamientos orientados a afrontar las diferentes teorías etiológicas, no obstante en estudios a doble ciego comparados con placebo ninguno de ellos ha demostrado una eficacia en cuanto al estado y pronóstico de estos enfermos.

❖ **Ejercicio físico**

El ejercicio físico debe ser progresivo y controlado. Debe individualizarse según las características personales del paciente y las diversas fases evolutivas de la enfermedad. La actividad ha de hacerse de manera regular y en periodos de entre 30-45 min. No tiene que ser extenuante, ya que podría empeorar la sintomatología.

El descanso adecuado es esencial pero estar inactivo demasiado tiempo será contraproducente, ya que una inactividad prolongada puede condicionar debilitamiento muscular. En todo caso durante la fase inicial de la enfermedad o durante una recaída puede ser aconsejable un periodo de actividad reducida, pasando algunos días, los menos posibles, en reposo.

❖ **Tratamiento psicológico**

La psicoterapia puede ser útil para el tratamiento integral de estos pacientes. La terapia cognitivo-conductual es un tratamiento de soporte psicológico orientado a cada paciente. Permite mejorar el grado de adaptación y la calidad de vida de los pacientes con SFC, sobre todo en las fases iniciales de la enfermedad en las que la adaptación por parte de paciente es

esencial. Es recomendable que sea realizada por personal cualificado y con experiencia en este tipo de pacientes ya sean psicólogos, psiquiatras o terapeutas entrenados.

❖ **Medicina complementaria y alternativa**

En la actualidad se utilizan muchos tratamientos alternativos para el SFC como acupuntura, hierbas medicinales, homeopatía, etc. sin evidencia científica.

3.X. ORIENTACIONES PARA LA VALORACION DE LA INCAPACIDAD

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

En esta patología y en otras del mismo tipo existe por parte de los pacientes una gran demanda de exploraciones diagnósticas y terapéuticas así como de consultas especializadas a los más diversos especialistas, dada la gran cantidad de síntomas acompañantes, a distintos niveles, y el sentimiento por el paciente de abandono o falta de comprensión de los médicos o de la administración, al ser los hallazgos exploratorios negativos. Todo ello implica un gasto asistencial importantísimo al que se une el gasto que conllevan las bajas laborales y las prestaciones sociales a las que el paciente puede acceder.

Una vez establecido el diagnóstico no existe indicación de otras exploraciones ni de asistencia a otros especialistas, pudiéndose llevar el tratamiento desde atención primaria de salud.

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

Como se expuso anteriormente, durante la evolución del SFC pueden producirse oscilaciones clínicas con períodos de remisión–exacerbación. En estas últimas se podría requerir algún corto período de reposo. En estos casos y siempre valorando individualizadamente las necesidades de cada paciente en función siempre del trabajo realizado, podría estar indicado un período de IT, cuya duración no debería ser superior a un mes, máxime cuando el reposo está contraindicado. Podrían producirse situaciones en las que al SFC se asociasen síntomas de otras enfermedades de las que hemos llamado comórbidas. En estos casos se debe realizar un estudio adecuado para un correcto diagnóstico diferencial y tratamiento de las mismas, lo cual puede o no implicar la necesidad de IT, en función del tipo e intensidad de los síntomas, la patología de la que se trate y el tipo de trabajo realizado por el paciente.

El tiempo óptimo de duración, indicado en el Manual del INSS de Tiempos Óptimos de Incapacidad Temporal 4ª edición de 2017, consensuado por las Sociedades Científicas oscila entre 20 y 30 días (Códigos CIE-10: M79.1 y R53.82).

❖ **Valoración de la incapacidad permanente**

La valoración de la incapacidad en el SFC es difícil dada la ausencia de datos objetivos en los que basarnos para su diagnóstico y control evolutivo, la baja prevalencia de la enfermedad y la escasez de series de pacientes publicadas que nos orienten acerca de su evolución clínica y funcional.

La objetivación de la fatiga y su valoración cuantitativa es difícil ya que se basa en un interrogatorio dirigido a sus principales características descriptivas y las situaciones que potencialmente la modifican.

Siempre se hará una valoración individualizada.

Para realizar una correcta valoración hemos de basarnos en una correcta historia clínica, que nos permita determinar el cumplimiento de los criterios diagnósticos al inicio, es decir, confirmar realmente este diagnóstico, mediante la historia clínica y los informes aportados por el paciente. Hemos de confirmar la exclusión de todas las patologías asociadas o posibles causantes de fatiga, confirmándolo mediante la realización de las pruebas que hemos aceptado como necesarias y realizando aquellas que no se hayan realizado.

Aunque subjetivos y sin gran correlación temporal puede orientarnos sobre la evolución y el estado funcional del paciente, el seguimiento de los test de calidad de vida o impacto de los síntomas, realizados durante la evolución del proceso por el médico que sigue habitualmente al paciente.

3.XI. ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG (GHQ28)

General Health Questionnaire (G.H.Q. - 28 Items)

POR FAVOR LEER CUIDADOSAMENTE:

Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Por favor conteste a TODAS las preguntas, simplemente subrayando las respuestas que, a su juicio, se acercan más a lo que siente o ha sentido Vd. Recuerde que no queremos conocer los problemas que ha tenido en el pasado; sino los recientes y actuales.

Es importante que trate de responder a TODAS las preguntas. Muchas gracias por su colaboración.

ULTIMAMENTE:

A.1

1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
--------------------------	--------------------------	-------------------------	-------------------------------

2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?

No en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-------------------	---------------------------	---------------------------------	------------------------------

3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

No en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-------------------	---------------------------	---------------------------------	------------------------------

4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

No en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-------------------	---------------------------	---------------------------------	------------------------------

5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

No en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza o de que la cabeza le va a estallar?

No en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

No en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

B.1

1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

No en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

No en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

No en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

No en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

No en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?

No en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

7. ¿Se ha sentido nervioso y “a punto de explotar “constantemente?

No en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

C1

1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

Más activo que lo habitual	Igual que lo habitual	Bastante menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
----------------------------	-----------------------	--------------------------------	-----------------------------

2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

Más rápido	Igual que lo habitual	Más tiempo que lo habitual	Mucho más tiempo que lo habitual
------------	-----------------------	----------------------------	----------------------------------

3. ¿Ha tenido la impresión en conjunto de que está haciendo las cosas bien?

Mejor que lo habitual	Aproximadamente lo mismo	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
-----------------------	--------------------------	----------------------	----------------------------

4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

Más satisfecho que lo habitual	Aproximadamente lo mismo	Menos satisfecho que lo habitual	Mucho menos satisfecho que lo habitual
--------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--

5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

Más útil que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos útil que lo habitual	Mucho menos útil que lo habitual
--------------------------	-----------------------	----------------------------	----------------------------------

6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos capaz que lo habitual
---------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------------------

7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades de cada día?

Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------------

D1

1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
--------------------	---------------------------	---------------------------------	------------------------------

2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
--------------------	---------------------------	---------------------------------	------------------------------

3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
--------------------	---------------------------	---------------------------------	------------------------------

4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?

Claramente no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado
------------------	---------------------	----------------------------------	-----------------------------

5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
--------------------	---------------------------	---------------------------------	------------------------------

6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
--------------------	---------------------------	---------------------------------	------------------------------

7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?

Claramente no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado
------------------	---------------------	----------------------------------	-----------------------------

ANEXO 2

STANFORD SLEEPNESS SCALE (SSS)

1. Me siento activo y vital; alerta; completamente despierto.
2. Bastante activo, aunque no al máximo; capaz de concentrarme.
3. Relajado; despierto, aunque no completamente alerta; interesado.
4. Un poco difuso, aunque no al máximo; lento.
5. Apagado; empiezo a perder el interés por estar despierto.
6. Somnoliento; preferiría acostarme; luchando con el sueño; confuso; aturdido.
7. Casi dormido; a punto de quedarme dormido; incapaz de permanecer despierto.

ANEXO 3

ESCALA DE IMPACTO DE LA FATIGA (FIS)

(Por favor rodee con un círculo un número en cada línea)

	Sin problema	Problema pequeño	Problema moderado	Problema grande	Problema extremo
<i>Debido a la fatiga, me siento menos atento.</i>	0	1	2	3	4
<i>Debido a la fatiga, me siento más aislado del contacto con otras personas.</i>	0	1	2	3	4
<i>Debido a mi fatiga, tengo que reducir la cantidad de trabajo o responsabilidades que tengo.</i>	0	1	2	3	4
<i>Debido a mi fatiga, tengo más cambios de humor.</i>	0	1	2	3	4
<i>Debido a mi fatiga, me cuesta prestar atención durante un periodo de tiempo largo.</i>	0	1	2	3	4
<i>Debido a mi fatiga, siento como si no pudiera pensar con claridad.</i>	0	1	2	3	4
<i>Debido a mi fatiga, soy menos eficiente en mi trabajo (esto se aplica en trabajos dentro y fuera de casa).</i>	0	1	2	3	4
<i>Debido a mi fatiga, tengo que depender más de los demás para que me ayuden o hagan cosas por mí.</i>	0	1	2	3	4
<i>Debido a mi fatiga, tengo dificultad para planear actividades con antelación porque mi fatiga puede interferir en ellas.</i>	0	1	2	3	4
<i>Debido a mi fatiga, estoy más torpe y poco coordinado.</i>	0	1	2	3	4
<i>Debido a mi fatiga, veo que soy más olvidadizo/a.</i>	0	1	2	3	4
<i>Debido a mi fatiga, estoy más irritable y me enfado con más facilidad.</i>	0	1	2	3	4
<i>Debido a mi fatiga, tengo que tener cuidado con la frecuencia y duración de mis actividades físicas.</i>	0	1	2	3	4
<i>Debido a mi fatiga, estoy menos motivado/a para hacer cualquier cosa que requiera un esfuerzo físico.</i>	0	1	2	3	4
<i>Debido a mi fatiga, estoy menos motivado/a para participar en actividades sociales.</i>	0	1	2	3	4
<i>Debido a mi fatiga, mi capacidad para salir de casa o viajar está limitada.</i>	0	1	2	3	4
<i>Debido a mi fatiga, me cuesta mantener un esfuerzo físico durante un periodo de tiempo largo.</i>	0	1	2	3	4
<i>Debido a mi fatiga me cuesta tomar decisiones.</i>	0	1	2	3	4
<i>Debido a mi fatiga, tengo pocos contactos con otras personas fuera de mi propia casa.</i>	0	1	2	3	4
<i>Debido a mi fatiga, las situaciones de la vida cotidiana me estresan.</i>	0	1	2	3	4
<i>Debido a mi fatiga, estoy menos motivado/a para hacer cualquier cosa que requiera pensar.</i>	0	1	2	3	4
<i>Debido a mi fatiga, evito situaciones que me estresen.</i>	0	1	2	3	4
<i>Debido a mi fatiga, siento los músculos mucho mas débiles de lo que deberían estar.</i>	0	1	2	3	4
<i>Debido a mi fatiga, mi malestar físico aumenta.</i>	0	1	2	3	4
<i>Debido a mi fatiga, me cuesta ocuparme de cualquier cosa nueva.</i>	0	1	2	3	4

Debido a mi fatiga, tengo menos capacidad para acabar tareas que requieran pensar.	0	1	2	3	4
Debido a mi fatiga, me siento incapaz de realizar lo que la gente espera de mi.	0	1	2	3	4
Debido a mi fatiga, me siento menos capaz de dar apoyo económico a mi familia y a mi mismos/a.	0	1	2	3	4
Debido a mi fatiga, tengo menos actividad sexual.	0	1	2	3	4
Debido a mi fatiga, me cuesta organizar mis pensamientos cuando hago cosas en casa o en el trabajo.	0	1	2	3	4
Debido a mi fatiga, tengo menos capacidad para acabar tareas que requieran un esfuerzo físico.	0	1	2	3	4
Debido a mi fatiga, me preocupa lo que piensan los demás de mi aspecto físico.	0	1	2	3	4
Debido a mi fatiga, me cuesta ocuparme de asuntos emocionales.	0	1	2	3	4
Debido a mi fatiga, me siento lento/a para pensar.	0	1	2	3	4
Debido a mi fatiga, me cuesta concentrarme.	0	1	2	3	4
Debido a mi fatiga, me cuesta participar plenamente en actividades familiares.	0	1	2	3	4
Debido a mi fatiga, tengo que limitar mis actividades físicas.	0	1	2	3	4
Debido a mi fatiga, necesito periodos de descanso más largos o más frecuentes.	0	1	2	3	4
Debido a mi fatiga, no soy capaz de dar a mi familia todo el apoyo emocional que debería.	0	1	2	3	4
Debido a mi fatiga, las pequeñas dificultades parecen grandes dificultades	0	1	2	3	4
PUNTUACION TOTAL _____					

Spanish version of the Fatigues Impct Scale- Copyright 1991 J.D. Fisk, P. G Ritvo & C.J. Archibald

ESCALA MODIFICADA DE IMPACTO DE FATIGA: MFIS

- **A causa de mi fatiga, durante las cuatro últimas semanas**
- 1. he estado menos atento
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre
- 2. he tenido dificultades para prestar atención durante largos periodos de tiempo
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre
- 3. he sido incapaz de pensar con claridad
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre
- *4. he tenido torpeza y descoordinación
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre
- 5. he sido olvidadizo y descuidado
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre
- 6. he tenido que marcarme mi propio ritmo en las actividades físicas
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre
- 7. he estado menos motivado para hacer cualquier actividad que requería esfuerzo físico
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre
- 8. he estado menos motivado para participar en actividades sociales
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre
- 9. he estado limitado en mi capacidad para hacer cosas lejos de casa
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre
- 10. he tenido dificultades para mantener mi esfuerzo físico largos periodos de tiempo
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre
- 11. he tenido dificultad para tomar decisiones
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre
- 12. he estado menos motivado para hacer cosas que requerían pensar
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre
- 13. mis músculos se han sentido débiles
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre
- 14. me he sentido físicamente incómodo
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre
- 15. he tenido dificultades para hacer actividades que requerían pensar
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre
- 16. he tenido dificultades para organizar mi pensamiento cuando hago cosas en el trabajo
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre
- 17. he estado menos capacitado para realizar cosas que requerían un esfuerzo físico
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre
- 18. mi pensamiento ha estado retardado
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre
- 19. he tenido problemas de concentración
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre
- 20. he limitado mis actividades físicas
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre
- 21. he necesitado descansar más a menudo o durante mayores periodos de tiempo
nunca rara vez a veces a menudo casi siempre

PUNTUACIÓN MFIS

- **Subescala física**
 - Rango entre 0 y **36**. Se suman los valores de las afirmaciones
 - 4 () + 6 () + 7 () + 10 () + 13 () + 14 () + 17 () + 20 () + 21 ()
 - **Subescala cognitiva**
 - Rango entre 0 y **40**. Se suman los valores de las afirmaciones
 - 1 () + 2 () + 3 () + 5 () + 11 () + 12 () + 15 () + 16 () + 18 () + 19 ()
 - **Subescala psicosocial**
 - Rango entre 0 y **8**. Se suman los valores de las afirmaciones
 - 8 () + 9 ()
-
- **Total de puntuaciones del MFIS**
 - Rango total entre 0 y **84**. Se suman los valores de las tres subescalas
 - Física() + Cognitiva() + Psicosocial()

ANEXO 5

Escala de Severidad de la Fatiga de Krupp. (FSS)

Se puntúa 1 a 7.

- 1: totalmente en desacuerdo con la frase.
 - 7: totalmente de acuerdo.
 - entre 1 y 7 se puede ir graduando.
- 1. Mi motivación es baja cuando estoy fatigado
 - 2. El ejercicio me produce fatiga
 - 3. Estoy fácilmente fatigado.
 - 4. La fatiga interfiere en mi funcionamiento físico
 - 5. La fatiga me causa frecuentes problemas.
 - 6. Mi fatiga me impide realizar una actividad física mantenida
 - 7. La fatiga interfiere en la realización de ciertas tareas
 - 8. La fatiga está entre mis tres síntomas más discapacitantes
 - 9. La fatiga interfiere en mi trabajo, vida familiar o vida social

PUNTUACIÓN TOTAL

ESCALA DE IMPACTO DIARIO DE LA FATIGA

Marcar la casilla que mejor indique la cuantía del problema que supone para vd. la fatiga en las últimas 24 horas

Por la fatiga estoy	No problema 0	Poco problema 1	Medio problema 2	Mayor problema 3	Gran problema 4
1. Menos espabilado					
2. tengo q , trabajo / reponsabilidad					
3. Menos motivado para esfuerzo físico					
4. Problemas para mantener esfuerzo					
5. Problemas para decidir					
6. problemas para tareas reflexivas					
7. Mas lento pensando					
8. Limitado en actividad física					

ANEXO 6

CUESTIONARIO DE SALUD FS-36 ESPAÑOL

1. En general, usted diría que su **salud** es:
 - 1 Excelente
 - 2 Muy buena
 - 3 Buena
 - 4 Regular
 - 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su **salud actual**, comparada con la de hace un año?
 - 1 Mucho mejor ahora que hace un año
 - 2 Algo mejor ahora que hace un año
 - 3 Más o menos igual que hace un año
 - 4 Algo peor ahora que hace un año
 - 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED
PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?
- 1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?
- 1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?
- 1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?
- 1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?
- 1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?
- 1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?
- 1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO
O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- 1 Sí
2 No
14. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
- 1 Sí
2 No
15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- 1 Sí
2 No
16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
- 1 Sí
2 No
17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1 Sí
2 No
18. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1 Sí
2 No
19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1 Sí
2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
- 1 Nada
 - 2 Un poco
 - 3 Regular
 - 4 Bastante
 - 5 Mucho
21. ¿Tuvo **dolor** en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
- 1 No, ninguno
 - 2 Sí, muy poco
 - 3 Sí, un poco
 - 4 Sí, moderado
 - 5 Sí, mucho
 - 6 Sí, muchísimo
22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
- 1 Nada
 - 2 Un poco
 - 3 Regular
 - 4 Bastante
 - 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS
COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.
EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de **vitalidad**?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy **nervioso**?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca
25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan **bajo de moral** que nada podía animarle?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca
26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **calmado y tranquilo**?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca
27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo **mucha energía**?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca
28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **desanimado y triste**?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **agotado**?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **feliz**?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **cansado**?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA **CADA UNA** DE LAS SIGUIENTES FRASES

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

ANEXO 7

Table 1
Schematic description of the World Health Organization-Composite International Diagnostic Interview (WHO-CIDI).^a

<i>I Diagnostic sections</i>	
1. Screening	Screening (2)
2. Mood disorder	Depression (3) and Mania (4)
3. Anxiety	Panic disorder (5), Specific phobia (6), Social phobia (7), Agoraphobia (8), Generalized anxiety disorder (9), Post-traumatic stress disorder (16), Obsessive-compulsive disorder (24)
4. Substance abuse	Substance abuse (15), Tobacco (21)
5. Childhood	Attention-deficit/hyperactivity disorder (36), Oppositional-defiant disorder (37), Conduct disorder (38), Separation anxiety disorder (39)
6. Other	Intermittent explosive disorder (10), Suicide (11), Neurasthenia (18), Eating disorder (22), Premenstrual disorder (23), Non-affective psychoses screen (25), Pathological gambling (26), Personality I (14) and Personality II (27)
<i>II Other sections</i>	
1. Functioning and physical disorder	Chronic conditions (17), 30-Day functioning (19), 30-Day psychological distress (20)
2. Treatment	Services (12), Pharmaco-epidemiology (13)
3. Risk factors	Social network (32), Childhood experiences (35), Family burden (40)
4. Socio-demographics	Employment (28), Finance (29), Marriage (30), Children (31), Childhood demographics (34), Adult demographics (33), Childhood (35)
5. Methodological	Household listing (1), Respondent contacts (41), Interviewer observations (42)

^a The number of the section in the diagnostic interview is given in parentheses.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000400008

3.XII. BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, Jill. The Quality of life of persons with Chronic Fatigue Syndrome. The Chicago Journal of Nervous and Mental disorders. Vol 185 (6) June 1997, pp 359-367.
- Arruti Bustillo, M. Documento de consenso Síndrome de fatiga crónica. SEMERGEN 2009, 35(8): 385-405.
- Atorrasagasti Urrestarazu Y. Síndrome de fatiga crónica. FMC- Formación médica. continuada en atención primaria. Vol. 5, número 3, marzo 1998.
- Avellaneda A. Síndrome de fatiga crónica. Documento de consenso. Aten Primaria. 2009;41(:529-531.
- Barbado Hernández F.J. El síndrome de fatiga crónica y su diagnóstico en Medicina Interna. An. Medicina. Interna v.23 n.5 mayo 2006.
- Carmiato P. Síndrome de fatiga crónica y su relación con el comportamiento asumido por las enfermeras-os de la emergencia adulto en el cuidado de paciente politraumatizado. Medicina laboral. Medicina de Urgencias Adultos. Portales médicos 14.08.2012.
- Diéguez Porres MF. Protocolo diagnóstico y tratamiento de la fatiga crónica. Medicine 2007; 9(86) 5571-5573.
- Di Rosso Mariana. Actualización: Síndrome de fatiga crónica Evidencia-Actualización en la práctica ambulatoria, 11(1), 23-25, ene-feb. 2008.
- Documento para el manejo del síndrome de fatiga crónica en atención primaria del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.
- Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de síndrome de fatiga crónica en Catalunya. Grupo de trabajo del síndrome de fatiga crónica en Cataluña. Medicina Clin (Barc) 2002; 118 (2) 73-76.
- Escala IFR de fatigabilidad anormal. Instituto Ferrán de Reumatología.
- Faroa M, et al. Diferencias de género en pacientes con síndrome de fatiga crónica. Reumatol Clin. 2016; 12(2):7277.
- Fernández Sola J. El síndrome de fatiga crónica. Med. Integral 2002; 40(2):56-63.
- Fernández Sola J. Síndrome de fatiga crónica y su relación con la fibromialgia. Rev. Esp Reumatol 2004, 31 (10):535-7.
- Fernández Sola J. Doctor, me siento cansado... (síndrome de fatiga crónica). JANO 4-10 noviembre 2005. Nº 1584.
- García Blanco S. ET ALL." Predictive value of exercise stress test (24h test&re-test) and coghealth© in differential diagnosis of chronic fatigue syndrome vs. fibromyalgia. ProHealth.com • March 17, 2017.
- Gregory E. Simon et al. An International study of the relation between somatic symptoms and depression. The New England Journal of Medicine 1999, vol. 341 num. 18, 1329-1335.
- Guillamo E, et al. Respuesta respiratoria al ejercicio físico de baja intensidad en mujeres con síndrome de fatiga crónica. Apunts medicina de l'sport. 2010; 45(167):169-73.
- Instituto Ferrán de Reumatología .Hacia una evaluación objetiva del impacto de la fatiga en el síndrome de fatiga crónica. Instituto Ferrán de Reumatología. www.institutferran.org. 917/06.
- Instituto Nacional de la Seguridad Social. Protocolo de actuación para médicos del INSS. Fibromialgia, Síndrome de fatiga crónica y Sensibilidad química múltiples. 2012.
- Nijrolder Iris. Prognosis of Fatigue and Functioning in Primary Care: a 1-year follow-up study. Annals of family medicine, vole 6 nº 6, 2008.

- Olalla García T. Síndrome de fatiga crónica frente a trastorno somatomorfo. Sociedad española de medicina general. Dic 2006, 808-811.
- Olalla García T. Espectro ansioso-depresivo-somatizador, fibromialgia y síndrome de fatiga crónica. Sociedad española de medicina general, Marzo 2007. 105-109.
- Regal R. Diferencias epidemiológicas entre los pacientes con síndrome de fatiga crónica y fibromialgia evaluados en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid. Med Segur Trab (Internet)2016;62(245) 360-36.
- Ross Susand D. Disability and Chronic Fatigue Syndrome. Arch Intern Med. Vol 164, may 24, 2004, 1098-1107.
- Sánchez Rodríguez A. Síndrome de fatiga crónica: un síndrome en busca de definición. Rev. Clin Esp 2005; 205 (2) 70-74.
- Síndrome de fatiga crónica. Asociación Catalana de afectados por el síndrome de fatiga crónica Edición CatSalut. 1ª. Edición: Barcelona abril 2003.
- Síndrome de fatiga crónica. Documento de consenso. Editorial Medica A.W.W.E S.A. 2008.
- Solomon Laura. Functional Status of persons with chronic fatigue syndrome in the Wichita, Kansas, population. Health and Quality of Life Outcomes, 2003 1:48.

4 - TRASTORNOS SOMATOMORFOS

4.1. DEFINICIÓN

SOMATIZACIÓN: Expresión inconsciente, a través de síntomas orgánicos, de pensamientos y sentimientos inaceptables (conflictos) para el paciente. Es un sufrimiento psicológico.

“El desbordamiento de lo que no puede contenerse eficazmente”

Su importancia se desprende de su frecuencia real en el contexto asistencial. La prevalencia e incidencia de estos trastornos es elevada tanto en la población que acude a los equipos básicos de salud como a la asistencia especializada.

El antecedente histórico de los trastornos somatomorfos se halla en el concepto de “histeria”, en concreto, el trastorno de somatización tiene su origen en el “síndrome de Briquet”. A mediados del siglo XIX, Briquet separó en su tratado sobre la Histeria, la somatización de la conversión a partir de una descripción de un síndrome de múltiples síntomas motores y sensoriales (sugerentes de FM). En 1911, Stekel utilizó por primera vez el término “somatización” y lo definió como “el proceso por el cual los conflictos neuróticos pueden presentarse como un trastorno físico”.

Los síntomas psicopatológicos constituyen un elemento sustancial tanto en el origen como en el curso de la enfermedad y el estado emocional influye en la repercusión del dolor o la fatiga, y amplía o silencia estas experiencias. Para el diagnóstico de los trastornos ya referidos FM, SFC y SQM, dada la dificultad que a veces plantean, es necesario descartar otras patologías que puedan explicar mejor la afectación del paciente y su cuadro sindrómico, siendo la comorbilidad psiquiátrica frecuente en estos procesos. Pacientes con grupos similares de síntomas son diagnosticados de unos u otros síndromes funcionales dependiendo del especialista al que acudan (Nimnuan).

Los términos definatorios para los síntomas y síndromes orgánicos sin causa orgánica, dentro del encuadre biomédico, son siempre diagnósticos según las clasificaciones vigentes (CIE y DSM), o trastornos fisiopatológicos psiquiátricos; “depresión y ansiedad, somatización o trastornos somatoformes” (Ruíz Doblado).

Entre los trastornos psiquiátricos a contemplar, nos encontramos con un grupo claramente definido, por criterios aceptados (DSM-IVR, DSM-V y CIE-10), que presentan un solapamiento clínico de la entidad suficiente para que sea necesario dicho diagnóstico diferencial. Estos

cuadros a los que nos vamos a referir presentan, de un modo general, un patrón de síntomas somáticos, recurrentes, múltiples y clínicamente significativos. Los síntomas somáticos sin causa orgánica incluyen una serie de quejas subjetivas para las que no se encuentran signos clínicos que las justifiquen.

Tanto el trastorno somatomorfo como los síndromes descritos en los apartados precedentes, sólo pueden diagnosticarse excluyendo condiciones médicas generales. No se incluye el trastorno hipocondríaco, pues en éste lo significativo no es el padecer dolor, fatiga, etc., sino la preocupación y el miedo a padecer, o la convicción de tener, una enfermedad grave.

El término trastorno somatomorfo tiene grandes dificultades conceptuales, hasta el punto que ha sido una de las categorías diagnósticas que ha sufrido cambios en el DSM-V pasando a denominarse trastorno de síntomas somáticos.

DENOMINACIÓN	CÓDIGOS CIE-10	CÓDIGOS DSN-IV
Trastorno de somatización	F45.0	300.81
Trastorno somatomorfo indiferenciado	F45.1	300.81
Trastorno somatomorfo no especificado	F45.9	300.82
Trastorno por dolor (psialgia CIE-9)	F45.4	307.8x
Trastorno facticio	F68.1	300.xx
Neurastenia	F48.0	

DENOMINACIÓN	CÓDIGOS CIE-10	CÓDIGOS DSM-V
Trastorno de síntomas somáticos	F45.1	300.82
Trastorno de ansiedad por enfermedad	F45.21	300.7
Factores psicológicos que influyen en otras enfermedades médicas	F54	316
Otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados	F45.8	300.89
Trastorno facticio	F68.1	300.xx
Otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados	F45.9	300.82

4.II. DESCRIPCIÓN

Los trastornos somatomorfos (antes denominados enfermedades psicosomáticas) son un conjunto de patologías que vienen dadas por la presencia de síntomas que, aunque sugieren una enfermedad médica, (de ahí el término somato morfo), no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad somática, ni por el uso de alguna sustancia, ni por la presencia de una enfermedad mental. Su origen radica en factores psicológicos que no pueden considerarse como una enfermedad psíquica y en el incorrecto manejo por parte del paciente de un estresor psíquico debido a unos rasgos anómalos en su personalidad.

- Los pacientes refieren síntomas físicos persistentes y recurrentes y niegan tener problemas psiquiátricos. A diferencia de la simulación o los trastornos facticios los síntomas no son intencionados. Estos síntomas no se confirman con pruebas médicas.
- Se acompañan de gran malestar emocional y deterioro individual, familiar, social y laboral. Ssuponen una importante repercusión en el funcionamiento psicosocial de los pacientes así como una clara incidencia en el sistema asistencial.
- Las relaciones sociales están limitadas por las preocupaciones que el individuo tiene por su enfermedad y por las demandas de tratamiento y consideración especiales.
- Las relaciones familiares pueden alterarse, todo se centra en el bienestar del enfermo. El trabajo puede no estar afectado si el paciente limita su preocupación a los horarios «no laborables». Lo más frecuente es que su actividad productiva se encuentre también muy limitada.
- Demandas persistentes de exploraciones clínicas (Doctor shopping), a pesar de repetidos resultados objetivos negativos y de continuas garantías de los clínicos asistenciales de que los síntomas no tienen una justificación somática. Se trata de cuadros sumamente problemáticos en su manejo por parte de los clínicos implicados.

4.III. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Un estudio multicéntrico auspiciado por la OMS mostró la siguiente prevalencia (según diagnósticos CIE-10), donde se muestra que la patología psiquiátrica predominante en atención primaria son los trastornos neuróticos secundarios (31,4%), las depresiones (12,3%) y el abuso de alcohol (5,8%) que se asocia a los dos anteriores en algunos pacientes.

Episodio depresivo	10,2 % de prevalencia
T de ansiedad generalizada	8,2%
T. de pánico (sin agorafobia)	1,1%
T. Mixto ansioso-depresivo	2,0%
Dolor persistente somatomorfo	13,1%
Neurastenia	5,5%

Prevalencia de trastornos mentales en población atendidas en EBS (T.B. Üstün, N. Sartorius, The background and rationale of the WHO collaborative study on psychological problems in general health cares. En *Mental illness in general health care: an international study*. T.B. Üstün, N. Sartorius, editors Chichester (UK): John Wiley & Sons, 1995.)

En atención especializada (psiquiatras, psicólogos), debe señalarse el estudio NIMH-ECA de 1986, en el que a través de la entrevista diagnóstica normalizada y criterios DSM-IV intenta determinar la prevalencia de los trastornos mentales. Utiliza criterios específicos para obtener un diagnóstico fiable y dentro de los resultados podremos destacar: un 5,8 % presentan trastornos afectivos (episodio maníaco 0,5, depresión mayor 3,0 y distimia 3,3) y un 9 % trastornos por ansiedad o somatizaciones.

El trastorno de somatización suele presentarse en la adolescencia y generalmente se diagnostica antes de los 25 años de edad. En las mujeres las irregularidades menstruales suelen ser uno de los primeros signos de manifestación. El curso tiende a ser crónico y se presenta de manera fluctuante, con periodos de remisión no superiores a un año de duración y sucesivas recaídas.

Las cifras de prevalencia a lo largo de la vida varían mucho en función de la metodología de investigación y de la muestra de estudio. Índices de prevalencia, que oscilan en población general entre un 0,2 y un 2% en mujeres y menos de un 0,2% en hombres. En población clínica las cifras varían si las comparamos con los datos de población general, puesto que los pacientes buscan de forma activa ayuda médica, realizándose el diagnóstico de trastorno de somatización en el 1-5% de los pacientes de atención primaria.

Las cifras de prevalencia del trastorno somatomorfo indiferenciado a lo largo de la vida oscilan entre el 4% y el 11%. Es más frecuente en mujeres y en grupos socioeconómicamente más bajos.

4.IV. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Para el diagnóstico las informaciones que, como mínimo, el evaluador debe requerir y hacer constar en el resultado en el informe médico comprenden las siguientes:

A. ANAMNESIS

- **FILIACIÓN (debe de contrastarse)**
 - Nombre, edad, sexo.
 - Profesión, estado civil.
- **ANTECEDENTES**
 - Personales: somáticos, psiquiátricos, tóxicos, servicio militar, sustancias de abuso.
 - Laborales: historia laboral lo más completa posible, y debe hacerse constar, si existen, la presencia de acontecimientos laborales estresantes que tengan relación con la patología alegada.
 - Familiares: estructura familiar, heredabilidad.
- **SÍNDROME ACTUAL**
 - Motivo de valoración: relato espontáneo del paciente.
 - Evitar preguntas directivas o cerradas.
 - Huir de las interpretaciones personales.
 - Transcripción literal del motivo que origina la entrevista.
 - Descripción de los síntomas psicopatológicos que presenta y alega el interesado en el momento de la evaluación médica. Grado de malestar producido por los síntomas físicos.
- **FUENTES DE INFORMACIÓN**
 - Objetivas: deben hacerse constar, debido a las peculiaridades de estos procesos:
 - Los test psicométricos o escalas aplicadas a estos pacientes.
 - Ingresos hospitalarios y asistencias a servicios de urgencias, número, gravedad y existencia de hetero o auto agresividad.
 - Revisiones en los ESMD, periodicidad y cumplimiento.

- Tratamientos recibidos, escala terapéutica y cumplimiento.
 - Subjetivas.
- EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA
 - Ficha resumen de valoración en Anexo II.

B. COMPROBACIONES DEL MÉDICO EVALUADOR

B.1. EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

No hay normas, ni reglas especiales y se inicia desde que entra en la consulta.

- APARIENCIA Y CONDUCTA GENERAL
 - Aspecto general, vestimenta y aseo.
 - Anomalías físicas.
 - Actitud: defensa, rechazo, colaborador, agresivo.
 - Psicomotricidad.
- LENGUAJE (**forma y contenido**)
 - Tenso, suspicaz, verborrea, disartria, fuga de ideas.
 - Neologismos, disgregación, ecolalia. Bradifemia, taquifemia.
- CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN
 - Obnubilación, confusión, sopor, delirium.
 - Orientación alopsíquica, en tiempo y espacio.
 - Orientación autopsíquica, con respecto a sí mismo.
- ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN
 - Hipervigilante (Hiperprosérico), Hipo o aprosérico.
- JUICIO E INTELIGENCIA
 - Crítica de la situación.
 - Capacidad de abstracción (semejanzas).
 - Capacidad de comprensión (refranes).
- MEMORIA
 - Hipomnesia, hipermnesia.
 - Amnesia (fijación, evocación, lacunar, selectiva).
- AFECTIVIDAD
 - Angustia, ansiedad patológica, hipotimia , euforia (hipertimia), indiferencia.
 - Desesperación, ambivalencia afectiva, labilidad.
 - Atimia, alexitimia (incapacidad para verbalizar las emociones).

- **PENSAMIENTO (curso y contenido)**
 - Bradipsiquia, taquipsiquia.
 - Pensamiento Disgregado, prolijo, fugas, inhibido, bloqueos. Ideas delirantes, ideas obsesivas, compulsiones.
- **SENSOPERCEPCIÓN**
 - Alucinaciones, ilusiones, alucinosis
 - Hiperestesia, hipoestesia.
 - Despersonalización, desrealización.
- **INSTINTOS Y VOLUNTAD**
 - Sueño. Conducta alimentaria.

En la entrevista psiquiátrica se considera básica la determinación de estos datos en la sospechas de simulación, dado que a veces nos encontramos con cuadros clínicos referidos por los pacientes que no se pueden encuadrar en patrones de afección orgánica o funcional o se deriva una ganancia externa objetiva.

- Antecedentes personales y sociolaborales.
- Antecedentes clínicos (IT previas).
- Otros datos de sospecha en la entrevista:
 - Contestaciones evasivas.
 - Contestaciones excesivamente precisas.
 - Contestaciones diferidas para la elaboración de la respuesta.
 - Contestaciones erróneas a preguntas sencillas (color de la sangre, nombrar objetos).
 - Contestaciones desde el punto de vista del que lo cuenta y no del que lo vive.
 - Emociones no congruentes con el relato.
 - Disposición anómala frente a la entrevista (enfrentamiento o complacencia).
 - Síntomas abigarrados o contradictorios.

En cuanto a la posibilidad de petición de informes, proponemos la solicitud de información a los facultativos implicados en la asistencia y seguimiento de estos pacientes mediante un protocolo de petición de información (anexo 1) que pretende simplificar a los especialistas, en particular en psiquiatría la emisión de información y que a nosotros la que nos llegue sea realmente útil.

C. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Constituyen uno de los soportes en que debe apoyarse el médico evaluador para poder inferir el grado de menoscabo que presente el paciente.

C.1. Proponemos la valoración de los trastornos estudiados mediante las siguientes escalas: son formas rápidas y cómodas de poder objetivar y cuantificar el estado actual del paciente, es decir, cuantificar de una forma más objetiva la impresión subjetiva que supone en la mayoría de los casos un diagnóstico en psiquiatría.

- Escala de Depresión de Montgomery y Asberg.
- Escala de Hamilton para la evaluación de la Ansiedad (HRSA).
- Escala Breve de evaluación psiquiátrica (BPRS).

C.2 TEST NEUROPSICOLÓGICOS

Existen múltiples modelos con utilidad en distintos procesos, pueden servir en algunos casos como apoyo en la toma de decisiones pero deben ser realizados siempre por servicios especializados, debiéndonos en nuestro caso limitarnos a la solicitud de valoración del área psíquica que consideremos afectada.

- Test proyectivos: (TAT de Murray, Rorschach).
- Test de personalidad: (MMPI, EPQ, 16 PF).
- Wechsler Adult Intelligent Scale (WAIS): mide el CI.
- Para simuladores:
 - WAIS-BENDER: Muestran incoherencias de resultados en escalas que miden lo mismo.
 - MMPI: Índice F-K.
 - Puntuaciones negativas altas: disimulación.
 - Puntuaciones positivas altas: simulación.

4.IV.A. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO ESPECÍFICOS SEGÚN TRASTORNO

Como en el resto de patologías se utilizan como criterios diagnósticos los mismos que en medicina asistencial. En psiquiatría dichos criterios vienen contemplados en el DSMV y CIE-10).

Se incluyen:

F45.0 Trastorno de somatización (300.81): los individuos con este trastorno presentan:

- A. Historia de múltiples síntomas físicos, que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años (> 6 meses) y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- B. Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:
 - 1. Cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p. ej., cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual, o la micción).
 - 2. Dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. ej., náuseas, distensión abdominal, vómitos [no durante el embarazo], diarrea o intolerancia a diferentes alimentos).
 - 3. Un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. ej., indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo).
 - 4. Un síntoma pseudo-neurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo).
- C. Cualquiera de las dos características siguientes:
 - 1. Tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del Criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos).

2. Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.
- D. Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).

F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado (300.81): los individuos con este trastorno presentan:

- A. Uno o más síntomas físicos (p. ej., fatiga, pérdida del apetito, síntomas gastrointestinales o urinarios).
- B. Cualquiera de las dos características siguientes:
 1. Tras un examen adecuado, los síntomas no pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej., droga de abuso o medicación).
 2. Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.
- C. Los síntomas provocan un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. La duración del trastorno es al menos de 6 meses.
- E. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., otro trastorno somatomorfo, disfunciones sexuales, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño o trastorno psicótico).
- F. Los síntomas no se producen intencionadamente ni son simulados (a diferencia de lo que sucede en el trastorno facticio o en la simulación).

El trastorno somatomorfo indiferenciado es una categoría residual para pacientes con quejas somáticas que no cumplen todos los criterios del trastorno de somatización u otro trastorno somatomorfo. Éste se distingue del trastorno de somatización en que este último requiere un número más elevado de síntomas de mayor gravedad, una duración de varios años y un inicio anterior a los 30 años.

F45.9 Trastorno somatomorfo no especificado (300.82): Los individuos con este trastorno presentan:

- A. Seudociesis: creencia errónea de estar embarazada.
- B. Un trastorno que implique síntomas hipocondríacos no psicóticos de menos de 6 meses de duración.
- C. Un trastorno con síntomas físicos no explicados (cansancio, debilidad muscular, etc) de menos de 6 meses de curación que no sea debido a otro trastorno mental.

F45.4 Trastorno por dolor (300.7): los individuos con este trastorno presentan:

- A. El síntoma principal del cuadro clínico es el dolor localizado en una o más zonas del cuerpo, de suficiente gravedad como para merecer atención médica.
- B. El dolor provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. Se estima que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.
- D. El síntoma o déficit no es simulado ni producido intencionadamente (a diferencia de lo que ocurre en la simulación y en el trastorno facticio).
- E. El dolor no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno de ansiedad o un trastorno psicótico y no cumple los criterios de dispareunia.

Codificar el tipo:

- **Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos (307.80)**: se cree que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor (si hay una enfermedad médica, ésta no desempeña un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor). Este tipo de trastorno por dolor no debe diagnosticarse si se cumplen también los criterios para trastorno de somatización.
- **Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica (307.89)**: tanto los factores psicológicos como la enfermedad médica desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor. La enfermedad médica asociada y la localización anatómica (v. después) se codifican en el Eje III.

Especificar (para ambos tipos) si:

- **Agudo:** duración menor a 6 meses.
- **Crónico:** duración igual o superior a 6 meses.

Los pacientes con un mayor número de zonas corporales dolorosas y con variada sintomatología médica presentan un peor pronóstico. En población clínica el dolor somatomorfo es más frecuente en mujeres.

El diagnóstico de trastorno por dolor debe efectuarse únicamente en el caso de que el dolor sea centro de atención clínica independiente y altere significativamente la vida del individuo. Si el dolor es fingido o producido intencionadamente, el diagnóstico será el de simulación o trastorno facticio.

Nota: el trastorno siguiente no se considera un trastorno mental y se incluye aquí únicamente para facilitar el diagnóstico diferencial.

Trastorno por dolor asociado a enfermedad médica: la enfermedad médica desempeña un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor. (Si existen factores psicológicos, no se estima que desempeñen un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.).

F68.1 Trastorno facticio (300.xx): los individuos con este trastorno presentan:

- A. Fingimiento o producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos.
- B. El sujeto busca asumir el papel de enfermo.
- C. Ausencia de incentivos externos para el comportamiento (p. ej., una ganancia económica, evitar la responsabilidad legal o mejorar el bienestar físico, como ocurre en el caso de la simulación).

El DSM-V añade otro ítem

- D. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno delirante u otro trastorno psicótico.

Especificando episodio único o recurrente (DSM-V).

Especificar el tipo:

- **Trastornos facticios con predominio de signos y síntomas psicológicos (300.16):** si los signos y síntomas que predominan en el cuadro clínico son los psicológicos.

- **Trastornos facticios con predominio de signos y síntomas físicos (300.19):** si los signos y síntomas que predominan en el cuadro clínico son los físicos.
- **Trastornos facticios con signos y síntomas psicológicos y físicos (300.19):** si existe una combinación de signos y síntomas psicológicos y físicos sin que en el cuadro clínico predominen unos sobre otros.

El DSM-V especifica en cuanto al tipo:

Trastorno facticio aplicado a otro (Antes: trastorno facticio del prójimo).

- A. Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, en otro, asociada a un engaño identificado.
- B. El individuo presenta a otro individuo (víctima) frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado.
- C. El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de recompensa externa obvia.
- D. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno delirante u otro trastorno psicótico.

Nota: el diagnóstico se aplica al autor, no a la víctima.

Cuando un individuo falsifica una enfermedad en otro individuo (p.ej., niños, adultos, animales de compañía), el diagnóstico es de trastorno facticio aplicado a otro. El diagnóstico se aplica al autor, no a la víctima. A la víctima se le puede hacer un diagnóstico de maltrato (p. ej., 995.54 [T74.12X]).

Características de los Trastornos facticios:

- Dramatización en la explicación.
- Tendencia a mentir.
- Vaguedad e inconsistencia por los detalles.
- Amplio conocimiento de terminología médica.
- Petición frecuente de analgésicos.
- Desplazamiento de síntomas.
- CI normal o superior a la media.
- Ausencia de un trastorno formal del pensamiento.
- Escaso sentido de Identidad.
- Poca adaptación sexual.

- Baja tolerancia a la frustración.
- Fuerte necesidad de dependencia.

F48.0 Neurastenia

Hay considerables variaciones culturales en la presentación de este trastorno, del que hay dos tipos principales, que se solapan entre sí. En el primero, el rasgo característico es la queja de aumento del cansancio tras realizar algún esfuerzo mental que suele acompañarse de una disminución del rendimiento laboral o de la eficiencia para resolver las tareas cotidianas. La fatigabilidad mental suele describirse como la presencia desagradable de asociaciones o recuerdos que distraen al individuo, de dificultades para concentrarse y en general de falta de rendimiento del pensamiento. En el otro tipo, el acento recae sobre una sensación de debilidad y agotamiento corporal y físico tras esfuerzos mínimos, acompañado de dolores y molestias musculares y de incapacidad para relajarse. En ambos tipos son frecuentes una serie de sensaciones somáticas desagradables tales como vértigo, cefaleas de tensión o sensación de inestabilidad general. También suele aparecer preocupación sobre la falta de bienestar mental y físico, irritabilidad, anhedonia y, en grado menor y variable, estados de ánimo ansioso y depresivo. Con frecuencia aparecen alteraciones en las fases iniciales y medias del sueño, aunque también puede destacar la somnolencia.

Pautas para el diagnóstico

Un diagnóstico definitivo requiere la presencia de:

- Quejas continuas de un molesto cansancio progresivo tras un esfuerzo mental o quejas continuas de una molesta debilidad física y agotamiento tras esfuerzos mínimos.
- Dos o más de los siguientes síntomas:
 - Sensación de dolor y molestias musculares.
 - Mareos.
 - Cefaleas de tensión.
 - Trastornos del sueño.
 - Incapacidad para relajarse.
 - Irritabilidad.
 - Dispepsia.

Además, si estuvieran presentes síntomas vegetativos o depresivos, no serían lo suficientemente persistentes o graves como para satisfacer las pautas de uno de los trastornos específicos de esta clasificación.

Incluye: Síndrome de fatiga (crónica).

4.IV.B. PRIORIDAD DIAGNÓSTICA DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

En la clasificación del DSM-IVR se hace hincapié en un aspecto del diagnóstico de estos trastornos, es en lo referente a la prioridad de unos diagnósticos sobre otros y, esta prioridad viene determinada por la existencia de cuadros nosológicos establecidos que presentan mayor entidad y que englobarían a los síntomas somatoformes que presenten.

Trastornos que tienen prioridad sobre otros	Trastornos somatomorfos
Presencia de una enfermedad neurológica o médica conocida	Trastornos de somatización
Cumple criterios de Trastorno de somatización, del estado de ánimo, de ansiedad o psicótico	Trastornos por dolor
Trastorno somatomorfo especificado, del estado de ánimo, de ansiedad o psicótico	Trastorno somatomorfo Indiferenciado Trastorno somatomorfo no especificado

En la clasificación del DSM-V se establecen otros trastornos de síntomas somáticos cuyos criterios diagnósticos, creemos útil conocer, son los siguientes:

Trastorno de síntomas somáticos 300.82 (F45.1)

- A. Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.
- B. Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:
 1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas.
 2. Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas.
 3. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud.

- C. Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el trastorno sintomático es persistente (por lo general más de seis meses).

Especificar si:

Con predominio de dolor (antes trastorno doloroso):

Persistente: un curso persistente se caracteriza por la presencia de síntomas intensos, alteración importante y duración prolongada (más de seis meses).

Especificar la gravedad actual:

- **Leve:** sólo se cumple uno de los síntomas especificados en el Criterio B.
- **Moderado:** se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B.
- **Grave:** se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B y además existen múltiples quejas somáticas (o un síntoma somático muy intenso).

Trastorno de ansiedad por enfermedad 300.7 (F45.21)

- A. Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave.
- B. No existen síntomas somáticos o, si están presentes, son únicamente leves. Si existe otra afección médica o un riesgo elevado de presentar una afección médica (p. ej., antecedentes familiares importantes), la preocupación es claramente excesiva o desproporcionada.
- C. Existe un grado elevado de ansiedad acerca de la salud, y el individuo se alarma con facilidad por su estado de salud.
- D. El individuo tiene comportamientos excesivos relacionados con la salud (p. ej., comprueba repetidamente en su cuerpo si existen signos de enfermedad) o presenta evitación por mala adaptación (p. ej., evita las visitas al clínico y al hospital).
- E. La preocupación por la enfermedad ha estado presente al menos durante seis meses, pero la enfermedad temida específica puede variar en ese período de tiempo.
- F. La preocupación relacionada con la enfermedad no se explica mejor por otro trastorno mental, como un trastorno de síntomas somáticos, un trastorno de pánico, un trastorno de ansiedad generalizada, un trastorno dismórfico corporal, un trastorno obsesivo-compulsivo o un trastorno delirante de tipo somático.

Especificar si:

Tipo con solicitud de asistencia: Utilización frecuente de la asistencia médica, que incluye visitas al clínico o pruebas y procedimientos.

Tipo con evitación de asistencia: Raramente se utiliza la asistencia médica.

Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas 316 (F54)

- A. Presencia de un síntoma o afección médica (que no sea un trastorno mental).
- B. Factores psicológicos o conductuales que afectan negativamente a la afección médica de una de las maneras siguientes:
 - 1. Los factores han influido en el curso de la afección médica como se pone de manifiesto por una estrecha asociación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación o el retraso en la recuperación de la afección médica.
 - 2. Los factores interfieren en el tratamiento de la afección médica (p. ej., poco cumplimiento).
 - 3. Los factores constituyen otros riesgos bien establecidos para la salud del individuo.
 - 4. Los factores influyen en la fisiopatología subyacente, porque precipitan o exacerbaban los síntomas, o necesitan asistencia médica.
- C. Los factores psicológicos y conductuales del Criterio B no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de pánico, trastorno de depresión mayor, trastorno de estrés postraumático).

Especificar la gravedad actual:

Leve: Aumenta el riesgo médico (p. ej., incoherencia con el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo).

Moderado: Empeora la afección médica subyacente (p. ej., ansiedad que agrava el asma).

Grave: Da lugar a hospitalización o visita al servicio de urgencias.

Extremo: Produce un riesgo importante, con amenaza a la vida (p. ej., ignorar síntomas de un ataque cardíaco).

Otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados 300.89 (F45.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastorno de la categoría diagnóstica de los síntomas somáticos y trastornos relacionados.

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

- Trastorno de síntomas somáticos breve: la duración de los síntomas es inferior a seis meses.
- Trastorno de ansiedad por enfermedad breve: la duración de los síntomas es inferior a seis meses.
- Trastorno de ansiedad por enfermedad sin comportamientos excesivos relacionados con la salud: no se cumple el Criterio D para el trastorno de ansiedad por enfermedad.
- Pseudociesis: creencia falsa de estar embarazada que se asocia a signos y síntomas de embarazo.

Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados 300.82 (F45.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los síntomas somáticos y trastornos relacionados. La categoría del trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados no se utilizará a menos que se den situaciones claramente inusuales en las que no exista información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.

4.V. ORIENTACIONES PARA LA VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD

La existencia de motivación en el paciente para lograr su curación es un factor clave a la hora de poder recuperar laboralmente al individuo.

Es muy importante de cara a la evolución del proceso, el comprobar si existe un menoscabo correlacionado en el ámbito laboral (capacidad para mantener la concentración, continuidad y ritmo durante la ejecución de tareas), familiar o social, así como el fracaso en la adaptación a situaciones estresantes. El grado de discapacidad y su intensidad no está correlacionado necesariamente con el diagnóstico.

Respecto a los trastornos mentales, es preciso tener en cuenta que, en el aspecto de la valoración dentro de las patologías psiquiátricas, deben diferenciarse dos grupos bien definidos.

Un primer grupo serían aquellas patologías graves y habitualmente crónicas que suelen afectar a las facultades superiores, suelen ser progresivas y alteran el juicio sobre la realidad y un segundo grupo, mucho más numeroso, con una frecuencia en aumento y de mucha mayor complejidad en la valoración, lo constituyen el resto de problemas: síndromes depresivos de mayor o menor entidad, distimias, trastornos de ansiedad, fobias, trastornos de la personalidad, trastornos adaptativos, etc.

En este grupo, a diferencia del anterior, las facultades superiores (pensamiento, juicio, lenguaje) suelen encontrarse intactas y las limitaciones suelen venir dadas más por aspectos, “de segundo nivel”: tristeza, falta de impulso, falta de ilusión, tendencia al aislamiento, emotividad, etc. por lo que suelen ser compatibles en muchos casos con una actividad laboral adecuada a expensas de un esfuerzo por parte del paciente, actividad recomendada habitualmente, además, por los psiquiatras como factor beneficioso en su tratamiento y estabilización.

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

1. ¿El diagnóstico realizado se ajusta a los criterios diagnósticos?
2. Admitiendo como correcto el diagnóstico, ¿existe una repercusión funcional que impida la realización de su trabajo?, o lo que existe es una situación en la que el paciente va a dejar de realizar sus actividades laborales porque tiene necesidad de usar ese tiempo para realizar otras actividades (Ej. cuidado de un familiar).

3. ¿La emisión de una IT va a servir para la mejoría del enfermo? o es una situación en la que la única solución va a venir dada por otras instancias (IT por problemas laborales - tribunales)
4. ¿La terapéutica pautada limita las actividades del enfermo de forma significativa?
5. ¿El pronóstico y la naturaleza de la patología indica previsiblemente que las limitaciones sean progresivas o definitivas?

En resumen:

- A) ¿Es capaz de realizar su trabajo?
- B) ¿Es capaz de realizarlo de la forma (horario y ritmo) que implica su jornada laboral?
- C) ¿Es capaz de desarrollarlo en el entorno material y humano en que ha de realizarse?
- D) ¿Es capaz de soportar la carga psíquica que puede suponer la realización continuada de trabajo?

DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

En caso de ser necesario un periodo de IT podemos usar de referencia el Manual de Tiempos Óptimos de Incapacidad Temporal del INSS, 4ª Edición, que con el refrendo de las sociedades científicas, hace referencia en cuanto a estos trastornos, los siguientes periodos orientativos de IT: trastorno de somatización 45 días, neurastenia 45 días, hipocondría 45 días.

En cuanto a la INCAPACIDAD PERMANENTE, la importancia reside tanto en la gravedad de la clínica, como en la repercusión sobre el funcionamiento social, familiar y/o laboral que vaya a producir el proceso. En ningún caso se debe de permitir asociar directamente un diagnóstico psiquiátrico-incapacidad.

Especialmente debe de evaluarse la capacidad para desarrollar profesiones que impliquen alto nivel de exigencia, responsabilidad, presión mental excesiva, esfuerzo intelectual alto, reflejos activos (conductores, maquinaria peligrosa,) y trabajos de altas cargas físicas cuando existe deterioro físico acentuado.

En su valoración se deberá tener en cuenta tanto las limitaciones que producen los síntomas, como la repercusión que desde el punto de vista psíquico (ansiedad, depresión) producen en el paciente.

Como factores influyentes en la recuperación podemos contemplar, la participación del individuo en actividades regulares (p. Ej., trabajo), a pesar del dolor/síntomas y la resistencia a que el dolor/síntoma se transforme en el factor determinante de su vida.

4.VI. ANEXOS

ANEXO I

FICHA DE VALORACIÓN PSIQUÁTRICA

EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA

PACIENTE

FECHA

MÉDICO

1.-ANTECEDENTES PERSONALES:

- 1.1-CONSUMO DE TÓXICOS-
- 1.2-AGENTES ESTRESANTES PREVIOS-
- 1.3-TRAUMATISMOS PREVIOS-
- 1.4-VIDA LABORAL-
- 1.5-SERVICIO MILITAR-
- 1.6-AMBIENTE SOCIOFAMILIAR-

2.-ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIÁTRICOS:

3.-ENFERMEDAD ACTUAL:

- 3.1-INICIO DEL PROCESO
 - *FECHA DE INICIO-
 - *FORMA DE INICIO-
 - *EXISTENCIA DE SUCESO DESENCADENANTE-
- 3.2-CLÍNICA
 - *ENTREVISTA:
- 3.3-SEGUIMIENTO ESPECIALIZADO
 - FECHA DE INICIO
 - MODO DE ACCESO (m.f., urgencias)
 - SEGUIMIENTO (periodicidad)
 - DATOS RELEVANTES EN LOS ÚLTIMOS INFORMES
- 3.4-EVOLUCIÓN:
 - ATENCIONES URGENTES (fecha y motivo)
 - INGRESOS HOSPITALARIOS (fecha duración y motivo)

4.-TRATAMIENTOS Y RESPUESTA

- TRATAMIENTO ACTUAL
- CUMPLIMIENTO

***EXPLORACIÓN**

SIGNOS	OBSERVACIONES
ACCESO	
ASPECTO	
ACTITUD	
PSICOMOTRICIDAD	
CONCIENCIA	
ORIENTACIÓN	
ATENCIÓN	
MEMORIA	
SENSOPERCEPCIÓN	
INTELIGENCIA	
PENSAMIENTO FORMA	
PENSAMIENTO CONTENIDO	
LENGUAJE FORMA	
LENGUAJE CONTENIDO	
JUICIO	
IDEAS AUTOPUNITIVAS	
AGRESIVIDAD	
SIGNOS DE TRISTEZA	
SIGNOS DE ANSIEDAD	
COGNICIÓN	
ALIMENTACIÓN	
SUEÑO	
LÍBIDO	
INTROSPECCIÓN (INSHIGT)	

***ESCALAS REALIZADAS:
-PUNTUACIÓN**



SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Médico solicitante: _____ nº col.: _____
Centro: _____ Dr/a: _____
Nombre del paciente: _____
Nº historia/DNI: _____

Estimado compañero, te rogamos nos proporciones información, lo más actualizada posible, con el fin de valorar la capacidad laboral del paciente:

Legislación aplicable: Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de Octubre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social y Real Decreto 625/2014 de 18 de Julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal en los primeros 365 días de su duración.

Diagnóstico y/o sospecha clínica..... Severidad actual
EJE I.....
EJE II.....
EJE V..... Laboral
Social/Familiar

1. Evolución que ha experimentado la patología:

2. Síntomas que, en tu opinión, son más relevantes en el momento actual desde el punto de vista funcional:

3. Tratamientos prescritos en la actualidad (cumplimiento, posología,...):

4. Respuesta terapéutica, evolución y frecuencia de las últimas revisiones:

Firma:

Fecha:/...../20....

5. Pronóstico:

.....
.....
.....
.....

OBSERVACIONES:

Firma:

Fecha:/...../20....

4.VII. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association "D.S.M-IV". Washington DC, 1994.
- A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry 1979; 134: 382-389.
- Ascensión Godoy C, Martín Ortiz R, Moro López A, Hernández Monsalve M. Pacientes somatizadores en Atención Primaria. Del reconocimiento del síntoma a la intervención sin yatrogenia (I). . Semergen 2003; 29 (6): 311-317.
- Briquet P. Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. París: Balliere; 1958.
- Bobes J, Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA y Bousoño M "Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica". Editorial "Ars Medica". 2004.
- Calcedo Barba A; La incapacidad temporal por enfermedad mental en atención primaria: criterios de actuación. Psiquiatría y Atención Primaria, Enero 2001; 2 (1): 32-37.
- Cervera S, Conde V, Espino A, Giner J, Leal C y Torres F; Manual del Residente de Psiquiatría. Litofinter, SA. Madrid, 1997.
- Coderch J. Herder ;Psiquiatría Dinámica..Barcelona, 1991.
- Escobar JI, Gara M, Cohen Silver R, et al. Somatisation disorder in primary care. Br J Psychiatry 1998; 173: 262-6.
- Frink P, Sorensen L, Engberg M. Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. Psychosomatics 1999; 40: 330-8.
- Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos de la Asociación Psiquiátrica Americana. Compendio 2004. (ED. Ars médica).
- Hales RE, Yudofsky SC y Talbott JA.; Tratado de Psiquiatría: The American Psychiatric Press. Ancora. Barcelona, 1996.
- Kaplan HI y Sadock BJ ; Tratado de Psiquiatría (2ª ed).. Masson-Salvat Medicina. Barcelona, 1992.
- López Sánchez JM ; Compendio de Psicopatología.. Circulo de estudios psicopatológicos. Granada, 1996.
- Lozano Suárez, Ramos Brieva: Utilización de los psicofármacos en la psiquiatría de enlace. (ED. Masson).
- Minimental State. A practical guide for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12: 189-198.
- O.M.S: Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. 10ª de Ginebra, 1992.
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud «CIF». Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001.
- Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. BOE núm. 22. Enero 2000: 3317-3410.
- Reliability and Validity of the MINI Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. European Psychiatry 1997; 12: 232-241.

- Rojo JE y Cirera E (direct.). Interconsulta Psiquiátrica. Masson. Barcelona, 1997.
- Slater E y Roth M. Bailliere,; Clinical Psychiatry. Tindall & Casell. London, 1972.
- Stekel W. Die sprache des traumes. Wiesbaden: Bergmann; 1911.
- Simon GE, Gureje O. Stability of somatization disorder and somatization symptoms among primary care patients. Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 90-5.
- Smith GR. Somatization disorder in the medical setting. Washington: American Psychiatry Press; 1999.
- The assessment of anxiety status by rating. Br J Med Psychol 1959; 32: 50-55.
- The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychological Reports 1962; 10: 799-812.
- Tomás Palomo y Miguel Ángel Jiménez-Arriero; "Manual de Psiquiatría "(1ª ed).). Ene Life Publicidad S.A. y Editores. Madrid, 2009.
- Thomas Carazo E, et al ;Entrevista psiquiátrica en Atención primaria.. Semergen 2002; 28(4):185-192.
- T.B. Üstün, N. Sartorius, The background and rationale of the WHO collaborative study on psychological problems in general health cares. En Mental illness in general health care: an international study. T.B. Üstün, N. Sartorius, editors Chichester (UK): John Wiley & Sons, 1995.
- Vallejo Ruiloba J ;Introducción a la Psicopatología y la psiquiatría.. Masson-Salvat Medicina. Barcelona, 1992.
- Vazquez-Barquero JL Psiquiatría en Atención Primaria. (ed). Biblioteca Aula Médica. Madrid, 1999.

5 - INTOLERANCIA AMBIENTAL IDIOPÁTICA

5.1. INTRODUCCIÓN

Los términos sensibilidad química múltiple (SQM), hipersensibilidad electromagnética (HE), alergia ambiental, alergia universal, hipersensibilidad acústica, entre otros, son cada vez más frecuentes en nuestras consultas. Con el fin de abarcarlos a todos, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1996, propuso que se utilizara el término "intolerancia ambiental idiopática" (IAI), ya que la palabra "sensibilidad" puede ser entendida como un fenómeno relacionado con la alergia, lo que carece de fundamento científico. En 1999 la American Academy of Allergy, Asthma and Immunology acepta este nuevo concepto de IAI, el cual se caracteriza por:

- Ser un trastorno adquirido desencadenado por una exposición única o reiterada.
- Los síntomas se desencadenan con la exposición a múltiples factores ambientales tolerados por la mayor parte de las personas.
- Los síntomas mejoran su estado cuando los supuestos agentes causantes son eliminados o se evita la exposición a ellos.
- Los síntomas implican a varios órganos y sistemas.
- Presenta un carácter crónico.

Por motivos didácticos, este trabajo va a tratar por separado la sensibilidad química múltiple y la hipersensibilidad electromagnética, concluyendo con un apartado final dedicado a la valoración de la capacidad laboral de ambas patologías.

5.A. SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE

5.A.1. DEFINICIÓN

Se define como un trastorno caracterizado por síntomas recurrentes, referidos a múltiples sistemas orgánicos, que se presentan como respuesta a la exposición a muchos compuestos que previamente eran bien tolerados, que no tienen relación química entre sí y a dosis muy por debajo de las que se han establecido como causantes de efectos perjudiciales en la población general (Culllen MR.). Estos síntomas se producen en la ausencia de consistentes resultados objetivos de diagnóstico físico o pruebas de laboratorio que definen una enfermedad.

5.A.II. ETIOPATOGENIA

Si bien existe una teoría etiopatogénica que postula un origen orgánico tóxico, la mayoría de los autores defienden una causa psicopatológica de la enfermedad.

Los autores que defienden el ORIGEN TÓXICO proponen varias teorías, entre las que están:

- La percepción olfativa actúa como gatillo desencadenando la cascada clínica. Estos investigadores creen que la pieza clave de la SQM es la disfunción del sistema límbico (estructura cerebral muy relacionada con las emociones y la conducta) (Bell IR.). La información llegaría al sistema límbico a través de la estimulación olfativa y, a partir de un momento determinado, el sistema empezaría a reducir su umbral de sensibilidad y a responder como si la estimulación fuese alta, con lo que se iniciarían los síntomas de SQM.
- Los estrógenos (Gräns H et al)). El predominio en mujeres podría sugerir que el hiperestrogenismo tenga implicaciones en la fisiopatología de esta enfermedad y en otras de sensibilización central, como la fibromialgia (FM) o el síndrome de fatiga crónica (SFC).
- Interacción de tóxicos. El desencadenante no es un tóxico concreto sino que se debe a la mezcla y a la reacción que diversos tóxicos acaban provocando en el organismo.
- Bioacumulación. Cuando se alcanza un umbral de bioacumulación, el individuo pierde su capacidad de respuesta inmunológica adaptativa y comienza a producir respuestas en el ámbito de la hipersensibilidad.
- Presencia de polimorfismos genéticos.
- Las alteraciones de la transmisión de impulsos eléctricos y neurotransmisión.
- Las alteraciones del sistema inmunitario.

Pero ninguna de las teorías anteriores tiene una evidencia ni un respaldo científico suficiente.

Los autores que defienden el ORIGEN PSICOPATOLÓGICO se apoyan en los siguientes aspectos:

- **Etiología desconocida.** El listado de los factores ambientales ligados a la IAI es innumerable (Wadell WJ).
- **Etiopatogenia desconocida.** Como hemos visto, se han propuesto múltiples teorías orgánicas, pero ninguna de ellas es aceptada en la actualidad.

- **Trastorno adquirido.** Síntomas ante la exposición a dosis bajas de agentes químicos, que previamente eran bien tolerados.
- **Susceptibilidad individual.** Síntomas ante exposiciones toleradas por la gran mayoría de las personas.
- **Falta de biomarcadores.** La detección de la SQM se basa en criterios clínicos, no existe ningún biomarcador que permita confirmar el diagnóstico.
- **Heterogeneidad de síntomas.** Con frecuencia se presenta afectación de órganos y síntomas médicamente inexplicables.
- **Heterogeneidad de los grados de afectación,** que no se relaciona con la intensidad de la exposición.
- **Ausencia de tratamientos** que mejoren la enfermedad, salvo la prevención de la exposición a las sustancias desencadenantes.
- El resultado de ciertos estudios bien diseñados (Dans-Munshi et all) (Eis D et all) (Bornschein S et all) que objetivan que cuando el enmascaramiento se realiza de forma correcta, los pacientes con SQM **no son capaces de diferenciar entre estímulos verdaderos y placebo.**
- La **alta prevalencia de trastornos psiquiátricos** en pacientes afectados de SQM. Los más frecuentes son la depresión, la ansiedad y el trastorno por somatización (Dans-Munshi et all, 2007).
- Los **pacientes con SQM o con trastorno somatoforme comparten síntomas y características psicológicas** (Baile J et all) (Godás T et all)).

5.A.III. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

La falta de unos criterios definatorios homogéneos o de un biomarcador objetivo dificulta la estimación de la prevalencia de la SQM. Los trabajos al respecto provienen en muchos casos de la información recogida por los pacientes mediante cuestionarios.

En España, se estima que la prevalencia de SQM se sitúa en torno al 0,02% y 0,04 % (Nogués et all) de la población con un claro predominio de mujeres (80-90%) y una edad media de 46-52 años. Lago et al Eva et all) en una muestra compuesta por 73 pacientes, observan que un 27% estaba en desempleo y un 44% en activo (siendo los trabajos del ámbito de la limpieza los más prevalentes).

5.A.IV. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

❖ Anamnesis

Una anamnesis completa y detallada es un elemento imprescindible para el diagnóstico de esta patología, ya que la base diagnóstica de la SQM no es otra que la historia referida por el paciente.

Se deben registrar las enfermedades previas y las exposiciones en el ambiente laboral, doméstico o accidentales a diversos productos químicos o agentes desencadenantes. Los principales agentes descritos (Nogués et al) son: productos de limpieza del hogar, de cosmética, disolventes y barnices, ambientadores, detergentes, humo del tabaco y barbacoas, suavizante para la ropa, cocción de alimentos, insecticidas en spray, gasolina, asfalto, alquitrán, bebidas alcohólicas, betún, pegamento, tinta de periódicos y revistas. Pero con frecuencia no se constata este antecedente. En el estudio llevado a cabo en 2007 en el Hospital Clínico de Barcelona (Nogués et al, 2007), el origen del síndrome pudo relacionarse con una exposición laboral a productos químicos diversos en el 59,6% de los casos; en el resto de los pacientes la SQM no pudo relacionarse con ninguna exposición tóxica y constituía una manifestación más de un SFC.

❖ Clínica

El perfil de síntomas es muy amplio, con una extremada variedad de manifestaciones que compromete a diferentes sistemas y órganos. Abarcan el sistema nervioso central (cefalea, fatiga, convulsiones, torpeza, sueño, dificultades de memoria y/o concentración, problemas de dicción, cálculo o escritura, temblor de manos, ..) y periférico (parestias, espasmos,..), los órganos sensoriales (hipersensibilidad olfativa, visión doble, problemas para enfocar la vista,...), el aparato respiratorio (tos, asma, irritación de garganta, susceptibilidad ante infecciones, producción excesiva de moco, congestión nasal), el sistema cardiovascular (palpitaciones, molestias precordiales, latido irregular,..), el musculoesquelético (dolor muscular, debilidad en piernas y brazos, dolor en articulaciones,..), el aparato gastrointestinal (nauseas, reflujo ácido, diarrea, problemas digestivos,..), el sistema endocrinos (sudoración, hipertermia,..), la vejiga (incontinencia,..), el aparato reproductor, la piel y síntomas de tipo afectivo (tensión nerviosa, llanto incontrolado, irritabilidad, falta de motivación,..). Los síntomas derivados del sistema nervioso central, respiratorio y gastrointestinal son los más habituales (McKeown-Eyssen et al).

El inicio de los síntomas puede ser súbito o paulatino.

En cuanto a las comorbilidades, es frecuente la asociación a FM y SFC. Nogué S et al en un estudio realizado con 52 pacientes, observan que 50 de ellos asocian el diagnóstico de SFC y 25 el de FM. De hecho SQM, SFC y FM tienen en común la edad de inicio (30-50 años), el predominio en mujeres, la fatiga, la afectación neurocognitiva, la presencia de cefalea o de colon irritable, entre otros. Lago E et al en 2016 observan FM en el 33% de su muestra, SFC en el 22% y niveles muy elevados de ansiedad en más del 50%.

❖ **Exploración**

El examen físico de estos pacientes es normal. No obstante, se debe realizar una exploración clínica completa a fin de descartar otras patologías. Se debe realizar una auscultación cardiopulmonar e inspección detallada con el fin de encontrar signos irritativos en piel y mucosas.

Es conveniente realizar una exploración psicopatológica para descartar patología psiquiátrica previa como origen de los síntomas referidos por los pacientes, o identificar sintomatología psicopatológica comórbida.

❖ **Pruebas Complementarias**

No hay ningún estudio analítico de sangre o de orina, ni ninguna exploración complementaria específica que permita confirmar el diagnóstico. Aunque está indicada la realización de pruebas complementarias que permitan excluir otras enfermedades que pudieran explicar las manifestaciones del enfermo.

Muchos pacientes refieren disnea al inhalar los productos que se consideran desencadenantes de los síntomas, pero la exploración y las pruebas funcionales respiratorias son normales, a menos que haya otra enfermedad respiratoria concomitante.

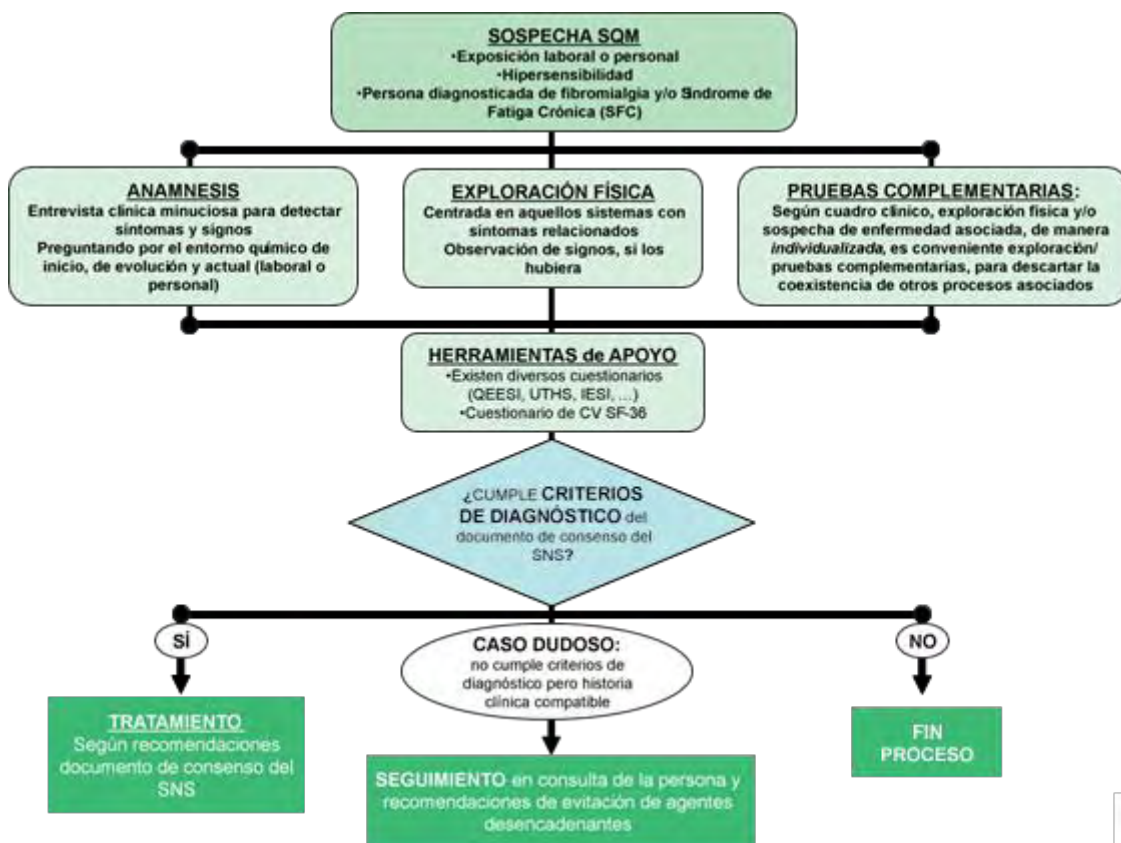
Las determinaciones de sustancias tóxico-químicas en los enfermos son normales, es decir, no se trata de una situación de "intoxicación".

Esta intolerancia tampoco es de tipo alérgico, ya que cuando se realizan test cutáneos o se investigan inmunoglobulinas E específicas en pacientes con SQM se obtienen resultados normales.

Pese a la búsqueda insistente de pruebas complementarias que sirvan para el diagnóstico, no se han hallado "marcadores objetivos", solo trastornos analíticos diversos de significado clínico más bien confuso. No se ha validado ninguna prueba ni ninguna combinación de ellas para

diagnosticar la SQM. Por lo tanto, elaborar unos criterios diagnósticos que permitan identificar a los pacientes con SQM es problemático, dada la heterogeneidad y vaguedad de los síntomas y la ausencia de alteraciones específicas en las pruebas complementarias.

En 1989 se establecieron por consenso los primeros criterios diagnósticos, que fueron modificados por Bartha y cols. en 1999, Anexo 1. Estos últimos, aunque se utilizan con frecuencia, siguen sin estar respaldados por la comunidad científica, por lo que se sigue trabajando en encontrar la definición de caso de SQM. En 2011 el Ministerio de Sanidad (14) establece la siguiente definición “Persona que con la exposición a agentes químicos ambientales diversos a bajos niveles (a concentraciones menores de las que se consideran capaces de causar efectos adversos a la población general), presenta síntomas reproducibles y recurrentes que implican a varios órganos y sistemas, pudiendo mejorar su estado cuando los supuestos agentes causantes son eliminados o se evita la exposición a ellos” y elaboró el siguiente algoritmo:



Documento de consenso SQM .Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad 2011.

Debido a los problemas referidos en cuanto a la definición, diagnóstico y tratamiento, actualmente la OMS no contempla a la SQM como una entidad nosológica con un código específico. La OMS es la responsable de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) desde 1948. La estructura de la clasificación no puede ser modificada por ningún país ni organización, no siendo posible la creación de nuevos códigos. Algunos países han encuadrado la SQM dentro de códigos preexistentes como Austria y Alemania en el T78.4 (“alergia no especificada”), Japón en el T65.9 (“efectos tóxicos de sustancias no específicas”) o España que, ante una propuesta política, la incluye en 2014 en el código T 78.4 (“Lesiones por otras causas externas”). Sin embargo, otros países como Australia en 2003, han rechazado la propuesta de asignar un código ante la falta de criterios comunes internacionalmente aceptados de diagnóstico (Rust J).

5.A.V. CLASIFICACIÓN

Ante la falta de biomarcadores específicos de SQM, Miller y Prihoda en 1999 desarrollaron un **cuestionario de autoevaluación** de la gravedad e impacto de la enfermedad, el Quick Environmental Exposure and Sensivity Inventory, 2013, **QEESI**, Anexo 2. El cuestionario QEESI mide 5 aspectos de la SQM:

- Las intolerancias inhaladas a sustancias químicas.
- Otras intolerancias no ambientales.
- La severidad de los síntomas.
- Las exposiciones encubiertas.
- El impacto sobre las actividades de la vida diaria.

Permite la clasificación de estos pacientes en tres grados de severidad (baja, media y alta), en función de las puntuaciones obtenidas. Pero, aunque puede ser utilizado en la asistencia clínica como un criterio de gravedad y para el seguimiento de la enfermedad, su **validez científica está muy limitada por basarse en las apreciaciones subjetivas del paciente**.

5.A.VI. CRITERIOS TERAPÉUTICOS

Al desconocerse las bases fisiopatológicas de este síndrome, no se dispone de un tratamiento etiológico. Tampoco existe un tratamiento sintomático específico para la SQM. Además, dado que ningún tóxico presenta determinaciones elevadas, ningún tratamiento con "antídotos" o "para eliminar los tóxicos", es eficaz. Tampoco son eficaces los fármacos habitualmente utilizados en las alergias.

Las recomendaciones generales son evitar la reexposición a los agentes desencadenantes y la exposición a humos o irritantes, así como mejorar la ventilación y aireación de domicilios y áreas laborales. Pero esta medida tiene detractores, ya que al recomendar evitar la exposición se transmite un mensaje de causalidad que no está basado en las evidencias y que pueden hacer perdurar la sintomatología. En cualquier caso, en la práctica esta medida resulta difícil dada la ubicuidad de productos químicos en el ambiente, especialmente en medios urbanos.

Sí se ha demostrado efectivo el tratamiento de las comorbilidades, especialmente el SFC y la FM y el apoyo psicológico, centrado en el afrontamiento de su enfermedad. Sin embargo la terapia cognitivo-conductual que podría ser la más indicada para este tipo de trastornos aún no tiene la evidencia científica suficiente para (Genius SJ) recomendarse como primera opción terapéutica de forma generalizada.

5.A.VII. FACTORES PRONÓSTICO

La SQM no comporta un riesgo vital ni una reducción de la esperanza de vida de estos pacientes. Son pacientes que nunca llegan a precisar ingreso hospitalario por este motivo; en caso contrario, habría que replantear si el diagnóstico es correcto o la SQM está asociada a otros problemas de salud independientes.

La evolución del trastorno es crónica, lo que lleva a los pacientes a modificar las actividades de su vida diaria para no exponerse a los productos frente a los que se muestran sensibles y esto reduce su calidad de vida.

La asociación de SQM con FM y SFC, empeora la funcionalidad, la calidad de vida y las posibilidades de recuperación de estos pacientes (Lavergne MR et all).

5.B. HIPERSENSIBILIDAD ELECTROMAGNÉTICA/ELECTROSENSIBILIDAD

5.B.I. DEFINICIÓN

Es una enfermedad subjetiva caracterizada por síntomas recurrentes e inespecíficos atribuidos a la exposición a campos electromagnéticos. Sin embargo, los estudios clínicos controlados indican que no hay una relación causal entre la exposición a las diversas fuentes de radiofrecuencia y los síntomas de Hipersensibilidad Electromagnética (HE). Las personas que declaran padecer estos síntomas no son capaces de distinguir, en condiciones experimentales, si están expuestas o no a campos electromagnéticos (CEM).

El conjunto de síntomas de la HE sigue sin formar parte de ningún síndrome reconocido por la comunidad científica y no es una enfermedad incluida por la OMS en la CIE. La OMS en 2005 indica que la hipersensibilidad electromagnética no tiene un criterio de diagnóstico claro y no hay base científica para relacionar los síntomas de la hipersensibilidad electromagnética con la exposición a campos electromagnéticos.

Las emisiones radioeléctricas y la electricidad en si misma están sometidas a una reglamentación legislativa dentro del campo de la prevención. Los únicos efectos descritos y conocidos son los térmicos y la estimulación muscular, nerviosa o de órganos sensoriales y los riesgos indirectos: Interferencias con equipos, dispositivos electrónicos (DAI o marcapasos, riesgo de proyección de objetos ferromagnéticos, explosiones, incendios, corrientes de contacto, que nada tienen que ver con la HE.

El RD 1066/2001 de 28 de septiembre, texto consolidado de 8-3-17 aprueba el reglamento que establece condiciones de protección del dominio público radioeléctrico, restricciones a las emisiones radioeléctricas y medidas de protección sanitarias frente a emisiones radioeléctricas.

En el RD vienen correctamente definidas las magnitudes físicas (corriente de contacto, densidad de corriente, intensidad de campo eléctrico, densidad de flujo magnético, densidad de potencia, absorción de energía, índice de absorción) y las restricciones básicas y niveles de referencia de la exposición a campos eléctricos, magnéticos y electro magnéticos.

A fecha de la edición del manual se ha podido comprobar que se emiten los informes preceptivos sobre exposición del público en general a emisiones radioeléctricas, editado por la Dirección General de telecomunicaciones y Tecnologías de la Información, Ministerio de Energía, Turismo y Agenda Digital, en este informe de las 2.423.959 mediciones realizadas en el año 2016 los niveles de exposición son muy inferiores a los límites regulados.

En el ámbito laboral la legislación vigente es el RD 299/2016 de 22 de julio, sobre la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a campos electromagnéticos.

Y con respecto a la electricidad, los reglamentos vigentes son: Real Decreto 337/2014, de 9 de mayo, por el que se aprueban el Reglamento sobre condiciones técnicas y garantías de seguridad en instalaciones eléctricas de alta tensión y sus Instrucciones Técnicas Complementarias ITC-RAT 01 a 23, y el Real Decreto 842/2002, de 2 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento electrotécnico para baja tensión.

5.B.II. ETIOPATOGENIA

No se ha demostrado una asociación entre CEM y la clínica referida por estos pacientes.

Aunque existen estudios observacionales basados en los síntomas autopercebidos por el paciente que encuentran asociación positiva entre los CEM y la alteración en la calidad del sueño (Yogesh S et al), la aparición de síntomas subjetivos o la aparición de déficit de atención/hiperactividad (Zheng F et al) (Chiu CT et al), los estudios de mayor calidad metodológica y que aportan más evidencia médica (revisiones sistemáticas y los meta-análisis de los estudios clínicos controlados y aleatorizados, ciego y doble ciego), descartan estas asociaciones. Se ha descartado que las personas con HE experimenten reacciones fisiológicas anormales como resultado de la exposición a CEM (Rubin GJ et al), que haya relación entre la exposición a los CEM de las estaciones base de telefonía móvil y la aparición de síntomas agudo (Röösli M et al), que haya relación entre los CEM emitidos por los teléfonos móviles y los síntomas de la HE (dolor de cabeza, náuseas, fatiga, cansancio, irritación de piel, síntomas respiratorios, etc.) (Köteles F et al) o que la exposición a telefonía móvil 3G (W-CDMA) produzca alteraciones en el sueño (Nahatani-Enomoto S et al). Rubin defiende que los síntomas de la HE pueden desencadenarse por la creencia (convicción) de estar sometido a una exposición a CEM.

Las conclusiones de los estudios y revisiones científicas llevadas a cabo por los Comités y Organismos internacionales ponen de manifiesto la ausencia de una relación causa-efecto entre la exposición a las radiofrecuencias y la aparición de los efectos adversos sobre la salud en las personas que se declaran como electrosensibles. Hasta la fecha no se ha demostrado que los campos electromagnéticos (de teléfonos móviles, antenas de telefonía móvil, de radio, televisión, WIFI, etc.), a las dosis autorizadas, tengan efectos perjudiciales ni a corto ni a largo plazo.

Se ha demostrado la asociación a psicopatología. Kjellqvist et al. 2016 observan que las personas con HE presentan puntuaciones más elevadas en conductas obsesivo/compulsivas, hipersensibilidad interpersonal, hostilidad, ansiedad fóbica y pensamientos paranoicos, concluyendo que la HE está asociada a varios tipos de síntomas psicológicos y a bajos niveles de calidad de vida asociada a la salud. Las implicaciones clínicas de este trabajo respaldan las terapias cognitivas propuestas por otros autores (Rubin et al, 2006). Un estudio clínico experimental (Dömötör Z et al) con 72 individuos con HE y 36 controles sanos investigó el efecto nocebo, es decir, si la exposición simulada (no hubo exposición, pero los participantes no fueron informados de ello) producía algún efecto. Los autores concluyeron que estar

centrado en los síntomas del propio cuerpo, especialmente en el ámbito somatosensorial, puede ser un importante factor que contribuye a sentir la HE y probablemente puede ser un factor etiológico. El Consejo Científico sobre CEM de la Autoridad Sueca de Seguridad de la Radiación, también en 2016 (35), en una revisión de los estudios realizados durante los últimos 13 años, recalca la importancia del efecto nocebo en estos pacientes.

5.B.III. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Existe un amplio rango de estimaciones de la prevalencias de HE, con cifras que varían de unos pocos casos por millón hasta el 3% (Lecallos P et all) o 5% (Schreier N et all). Son datos de prevalencia auto-diagnosticada, dado que no existen criterios diagnósticos validados para esta enfermedad.

5.B.IV. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Los pacientes presentan una amplia variedad de síntomas subjetivos. Según la OMS, los síntomas más comunes que experimentan las personas que dicen tener electrosensibilidad son los dermatológicos (enrojecimiento, hormigueo y sensaciones de quemadura) y los neurológicos (fatiga, cansancio, dificultades de concentración, vértigo, náuseas, palpitación del corazón y trastornos digestivos).

El examen físico de estos pacientes es normal. No obstante, se debe realizar una exploración clínica completa a fin de descartar otras patologías.

No hay ningún estudio analítico de sangre o de orina, ni ninguna exploración complementaria específica que permita confirmar el diagnóstico.

No existen unos criterios diagnósticos ni una definición de caso validada y aceptada por la comunidad científica. Por estas razones el conjunto de síntomas de la HE no es una enfermedad incluida por la OMS en la CIE.

5.B.V. CRITERIOS TERAPÉUTICOS

Los productos anti-CEM: (traje protector, protectores del teléfono, pinturas, aislamientos de ventanas, etc.) se han demostrado totalmente ineficaces. Estos dispositivos no cuentan con evaluaciones científicas verificables y realizadas por instituciones de reconocida experiencia y competencia profesional (como son las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Nacionales e Internacionales).

La recomendación de “evitar la exposición” tampoco parece adecuada por:

- Los estudios demuestran que, a las dosis autorizadas, los CEM no tienen efectos nocivos para la salud.
- Los estudios han demostrado que estos pacientes no son capaces de detectar dichos CEM.
- Se refuerza en el paciente la creencia de que sus síntomas están producidos por los CEM.
- Los CEM están presentes en nuestro entorno laboral, social y doméstico y evitarlos implica una mala adaptación del paciente a dicho entorno y una tendencia al aislamiento.
- Hace que la ansiedad aumente cuando el paciente debe exponerse a estos CEM (32).
- Favorece la cronificación del proceso.

Diversos autores defienden la psicoterapia (Dömötör Z et al) como base del tratamiento de estos pacientes. Rubin et al. 2006 concluyen que la mejor evidencia disponible sugiere que la terapia cognitivo conductista es la más efectiva para pacientes que se autodeclaran como electrosensibles.

5.B.VI. CRITERIOS PRONÓSTICO

Al igual que la SQM, la HE no comporta un riesgo vital ni una reducción de la esperanza de vida de estos pacientes.

5.B.VII. ORIENTACIONES PARA LA VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL

Es uno de los puntos más controvertidos, pero la mayoría de los expertos coincide en la importancia de controlar los síntomas “mayores” y animar al paciente a reintegrarse en la vida laboral y social, a pesar de que persistan algunos síntomas menores, lo que va a contribuir a la mejora de su funcionamiento.

En este sentido, se considera adecuado un breve periodo de **Incapacidad Temporal** en los episodios de agudización, necesario para el control de aquellos síntomas, que generen un malestar en el paciente lo suficientemente importante como para deteriorar su funcionamiento de forma objetivable, reintegrándose a su vida familiar, social y laboral lo antes posible.

A la hora de plantearse la incapacidad, tenemos que recordar que el artículo 193 RD 8/2015I Texto Refundido de la LGSS define la **Incapacidad Permanente** como “la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales GRAVES, susceptibles de DETERMINACIÓN OBJETIVA y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral”, y en estos pacientes:

- No tenemos una enfermedad reconocida por la OMS. Ni SQM ni HE tienen unos criterios diagnósticos basados en parámetros objetivos.
- No tenemos un tratamiento validado. No existe un protocolo terapéutico validado y aceptado por la comunidad científica para el tratamiento de estos pacientes.
- Tampoco tenemos unos criterios objetivos que nos permitan determinar la gravedad de las reducciones anatómicas o funcionales. **No es posible objetivar la severidad de los síntomas** de los pacientes y su repercusión sobre su capacidad laboral mediante exploraciones o pruebas complementarias. Los únicos datos de que se disponen proceden del relato del paciente y su percepción subjetiva del deterioro de su funcionamiento. En este sentido, el cuestionario QESSI es un instrumento validado para la asistencia clínica, pero sin utilidad en el ámbito de la valoración de la incapacidad laboral porque la subjetividad del paciente limita su eficacia. Es un aspecto muy importante que los magistrados deben tener en cuenta antes de emitir sus sentencias, **ni en SQM ni en HE, lo mismo que ocurre en otros “síndromes de sensibilización central”**, entendiendo como tal los síndromes que cursan con dolor, fatiga, alteraciones del sueño e hipersensibilidad a diversos estímulos, incluyendo dolor presión, calor, y también ambientales: ruido, estrés y productos químicos causado por hiperexcitación de las neuronas centrales a través de hiperactividad y modificaciones sinápticas debida a la neuroplasticidad y un fracaso de las vías descendentes inhibitorias del dolor, **como la FM o el SFC, tenemos ningún instrumento objetivo validado científicamente para medir las reducciones anatómicas o funcionales de estos pacientes. Hay instrumentos diseñados con fines asistenciales o para realizar ensayos clínicos, cuyos resultados no pueden ni deben trasladarse a la valoración de la capacidad laboral.**

Por último, no podemos plantearnos el **origen laboral** de una enfermedad que no es aceptada como tal por la OMS por no tener criterios diagnósticos validados y cuyo origen más probable es el psicológico. Pero que incluso aunque aceptásemos el diagnóstico y un origen orgánico, no

se puede aceptar el origen laboral porque no existe relación de causalidad entre agente y aparición del cuadro clínico. **La SQM y la HE incumplen los requisitos básicos para el establecimiento de una relación de causalidad** entre la exposición a un agente tóxico y la aparición del cuadro clínico:

- **No hay verificación de la exposición.** Un hecho contundente es que **las técnicas de enmascaramiento hacen que los pacientes no sean capaces de diferenciar entre estímulos verdaderos y placebo.** Los pacientes presentan el llamado efecto nocebo, es decir, los síntomas se presentan cuando la persona piensa que está expuesta, no cuando está expuesta.
- **No tenemos verificación de que esta exposición ha sido a dosis tóxicas.** Las exposiciones a las dosis referidas son toleradas por la gran mayoría de las personas.
- **No existe relación dosis – respuesta.** Los grados de afectación no se relaciona con la intensidad de la exposición.
- **No hay demostración analítica de biomarcadores de la citada exposición.** Las determinaciones de sustancias tóxico-químicas en los enfermos son normales.
- **No hay una hipótesis fisiopatológica orgánica plausible** con definición de órgano diana y reproductibilidad del cuadro en animales de experimentación. La teoría psicopatogénica del origen de los síntomas es la que tiene más respaldo científico en la actualidad.

Además, muchos autores recomiendan no “evitar la exposición”. Dado que las exposiciones no ha demostrado ninguna relación de causalidad ni ningún daño objetivo, el recomendar evitarla es una contradicción que conduce a la persistencia de la enfermedad y en muchas ocasiones a una mayor ansiedad dado que es imposible no estar expuesto a químicos o radiaciones electromagnéticas incluso en la vida rural.

5.B.VIII. ANEXOS

ANEXO 1

Criterios diagnósticos de SQM de Bartha et al.

1. Las manifestaciones se reproducen al repetir la exposición al agente
2. Es una enfermedad de curso crónico
3. Los síntomas se presentan ante exposiciones a muy baja concentración (dichos niveles son más bajos que los usual o previamente tolerados)
4. Las manifestaciones de sensibilidad mejoran o desaparecen al cesar la exposición
5. Las respuestas se presentan a múltiples sustancias sin relación química
6. Los síntomas afectan a varios aparatos y sistemas del organismo (Añadida en 1999)

ANEXO 2

Cuestionario QEESI (Quick Environmental Exposure and Sensitivity Inventory) de evaluación de la sensibilidad química múltiple.

Escala 1. Exposición inhalatoria (intervalo 0-100), Cada ítem se puntúa de 0 a 10 en función de la presencia de síntomas al exponerse a estos productos

1. Humos procedentes del tubo de escape de los coches.
2. Humo del tabaco.
3. Insecticidas.
4. Vapores procedentes de una gasolinera.
5. Pinturas o disolvente de pinturas.
6. Lejía y otros limpiadores y desinfectantes domésticos.
7. Perfumes y ambientadores.
8. Alquitrán.
9. Esmalte de uñas, quitaesmalte o laca para el pelo.
10. Moqueta nueva, cortina de plástico nueva o el interior de un coche nuevo.

Escala 2. Exposición no inhalatoria (intervalo 0-100). Cada ítem se puntúa de 0 a 10 en función de la presencia de síntomas

1. ¿Cómo me siento al beber agua corriente del grifo?
2. ¿Cómo me siento al comer azúcar, pizza, comida grasa, leche, carne, cebolla, ajo, alimentos cocinados en una barbacoa, comida muy especiada o con glutamato?
3. ¿Cómo me siento si no puedo comer?
4. ¿Cómo me siento después de comer?
5. ¿Cómo me siento después de tomar café, té, Coca-Cola o chocolate?
6. ¿Cómo me siento si no como o bebo mi cantidad «habitual» de café, té, Coca-Cola o chocolate?
7. ¿Cómo me siento si bebo cerveza, vino o cava?
8. ¿Cómo me siento si mi piel contacta con textil, joyas, cremas corporales o cosméticos?
9. ¿Cómo me siento si tomo un antibiótico o un analgésico, o si me ponen una vacuna?
10. ¿Cómo me siento si me expongo al polen de los árboles, al polvo o a la picadura de un insecto?

Escala 3. Gravedad de los síntomas (intervalo 0-100). Cada ítem se puntúa de 0 a 10 en función de la presencia de síntomas

1. Tengo problemas con mis músculos o mis articulaciones.
2. Los ojos me queman o están irritados. Me cuesta respirar, tengo tos, mucha mucosidad o infecciones respiratorias.
3. El ritmo de mi corazón es irregular, tengo palpitaciones o malestar en el tórax.
4. Tengo dolor de estómago, calambres en los intestinos, se me hincha la barriga, tengo náuseas, diarreas o estreñimiento.
5. Tengo problemas para pensar, me cuesta concentrarme, no recuerdo las cosas, me desorienta, me cuesta tomar decisiones.
6. Me siento nervioso, irritable, deprimido, tengo ataques de ira, he perdido la motivación por cosas que antes me interesaban.
7. Tengo problemas de equilibrio y coordinación, las piernas se me duermen, me cuesta fijar la mirada.
8. Tengo dolor de cabeza.
9. Me salen erupciones en la piel, urticaria o tengo la piel muy seca.
10. Tengo dolor en el bajo vientre, tengo que orinar muy frecuentemente, me urge orinar. Si es Ud. mujer: ¿tiene trastornos en relación con la regla?

Escala 4. Identificación de la exposición (intervalo 0-10). Cada ítem se puntúa como 0 (no hay exposición) o 1 (hay exposición)

1. Fumo, por lo menos, una vez por semana.
2. Bebo cerveza, vino, cava, güisqui, ron, ginebra u otras bebidas alcohólicas, al menos una vez por semana.
3. Tomo café, cortado, café con leche, té o Coca-Cola al menos una vez por semana.
4. Me pongo perfume, laca para el pelo, colonia, desodorante o after-shave al menos una vez por semana.
5. En mi casa o en mi lugar de trabajo, se ha realizado una fumigación con insecticidas en los últimos 12 meses.
6. En mi trabajo o en otras actividades, estoy expuesto a productos químicos, humos, gases o vapores.
7. En mi casa hay personas que fuman.
8. Mi cocina funciona con gas natural, o gas butano o gas propano.
9. Utilizo suavizante para la ropa de vestir o de la cama.

10. Tomo, al menos una vez por semana, alguna pastilla de cortisona, antiinflamatorio, analgésico con receta, antidepresivo, ansiolítico, hipnótico o algún fármaco.

Escala 5. Impacto de la hipersensibilidad sobre las actividades de la vida diaria (intervalo 0-100). Cada ítem se puntúa de 0 a 10 en función de los cambios realizados

1. Ha hecho modificar lo que como habitualmente.
2. Ha reducido mi capacidad para ir al trabajo o a la escuela.
3. Me ha obligado a cambiar algunos muebles de mi casa.
4. Me ha obligado a hacer cambios en la ropa que elijo para vestirme.
5. Ha modificado mi capacidad para viajar a otras ciudades o conducir el coche.
6. Me ha hecho cambiar la elección de mis productos de aseo personal.
7. Ha reducido mi capacidad para encontrarme con otras personas en restaurantes, iglesias u otros lugares de reunión.
8. Ha modificado mis hobbies.
9. Ha modificado mi relación con mi pareja o mi familia.
10. Ha reducido mi capacidad para limpiar la casa, planchar u otras actividades rutinarias.

5.II. BIBLIOGRAFÍA

- Bailer J, Witthöft M, Paul C, Bayerl C, Rist F. Evidence for overlap between idiopathic environmental intolerance and somatoform disorders. *Psychosom Med*. 2005 Nov-Dec;67(6):921–9.
- Bartha J, Baumzweiger W, Buscher DS, Callender T, Dahl KA, Davidoff A, et al. Multiple chemical sensitivity: a 1999 consensus. *Arch Environm Health*. 1999 May-Jun;54(3):147-9.
- Bell IR. Clinically relevant EEG studies and psychophysiological findings: Possible neural mechanisms for multiple chemical sensitivity. *Toxicology*. 1996 Jul 17; 111(1-3):101–17.
- Bornschein S, Hausteiner C, Rommelt H, Nowak D, Forstl H, Zilker T. Doubleblind placebo-controlled provocation study in patients with subjective Multiple Chemical Sensitivity (MCS) and matched control subjects. *Clin Toxicol (Phila)* 2008 June; 46(5):443-9.
- Chiu CT, Chang YH, Chen CC, Ko MC y Li CY. Mobile phone use and health symptoms in children. *J Formos Med Assoc*, 2015 Jul. 114(7),598-604.
- Comité Científico Asesor en Radiofrecuencias y Salud (CCARS). Informe sobre la efectividad de los aparatos y productos anti campos electromagnéticos 2010.
- Cullen MR. The worker with multiple chemical sensitivities: an overview. *Occup Med* 1987 Oct-Dec; 2 (4): 655-61.
- Das-Munshi J, Rubin GJ, Wessely S. Multiple chemical sensitivities: A systematic review of provocation studies. *J Allergy Clin Immunol* 2006 December; 118(6):1257-64.
- Das-Munshi J, Rubin GJ, Wessely S. Multiple chemical sensitivities: review. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2007 Aug; 15(4):274-80.
- Dömötör Z, Doering BK, Köteles F. Dispositional aspects of body focus and idiopathic environmental intolerance attributed to electromagnetic fields (IEI-EMF). *Scand J Psychol*. 2016 Apr;57(2):136-43.
- Eis D, Helm D, Mühlinghaus T, Birkner N, Dietel A, Eikmann T et al. The German Multicentre Study on Multiple Chemical Sensitivity (MCS). *Int J Hyg Environ Health* 2008 Oct;211(5-6):658-81.
- Eva Lago E, Puiguriguer J, Rodríguez M, Agüero L, Salvà J, Pizà MR Sensibilidad química múltiple: evaluación clínica de la gravedad y perfil psicopatológico. *Med Clin* 2016; 146:108-11.
- Genuis SJ. Chemical sensitivity: pathophysiology or psychopathology? *Clin Ther*. 2013 May; 35(5):572-7.
- Godás T, Nogué S, Salmero M, Fernandez J. Estados psicopatológicos en pacientes con síndrome de fatiga crónica, asociados o no a sensibilidad química múltiple. *Med Clin*. 2014; 143: 467-8.
- Gräns H, Nilsson M, Dahalman-Wright K, Evengard B. Reduced levels of oestrogen receptor (beta) mRNA in Swedish patients with CFS) *J Clin Pathol* 2007 Feb; 60 (2): 195-198.
- Grupo experto de trabajo sobre Sensibilidad Química Múltiple. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Observatorio de Salud de las Mujeres. Documento de consenso sobre Sensibilidad Química Múltiple 2011. Madrid (España): Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- Idiopathic environmental intolerances. American Academy of Allergy, Asthma and Immunology (AAAAI) Board of Directors. *J Allergy Clin Immunol* 1999 Jan; 103 (1 Pt 1): 36-40.

- International Programme on Chemical Safety (IPCS). Conclusions and recommendations of a workshop on "multiple chemical sensitivities (MCS)". *Reg Toxicol Pharmacol* 1996; 24:S188-9.
- Kjellqvist A, Palmquist E, Nordin S. Psychological symptoms and health-related quality of life in idiopathic environmental intolerance attributed to electromagnetic fields. *J Psychosom Res.* 2016 May;84:8-12.
- Köteles F, Szemerszky R, Gubányi M, Körmendi J, Szekrényesi C, Lloyd R, et al. Idiopathic environmental intolerance attributed to electromagnetic fields (IEI-EMF) and electrosensitivity (ES) - are they connected?. *Int J Hyg Environ Health.* 2013 Jun; 216(3):362-70.
- Lavergne MR, Cole DC, Kerr K, Marshall LM. Functional impairment in chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and multiple chemical sensitivity. *Can Fam Physician.* 2010 Feb; 56(2):e57-65.
- Levallois P, Neutra R, Lee G, Hristova L. Study of self-reported hypersensitivity to electromagnetic fields in California *Environ Health Perspect* 2002; 110 (suppl 4): 619-23.
- McKeown-Eyssen GE, Sokoloff ER, Jazmaji V, Marshall LM, Baines CJ. Reproducibility of the University of Toronto self-administered questionnaire used to assess environmental sensitivity. *Am J Epidemiol.* 2000 Jun; 151(12):1216-22.
- Miller CS, Prihoda TJ. The Environmental Exposure and Sensitivity Inventory (ESSI): a standardized approach for measuring chemical intolerances for research and clinical applications. *Toxicol Ind Health* 1999;15:370-385.
- Nakatani-Enomoto S, Furubayashi T, Ushiyama A, Groiss SJ, Ueshima K, Sokejima S, et al. Effects of electromagnetic fields emitted from W-CDMA-like mobile phones on sleep in humans. *Bioelectromagnetics* 2013 Dec; 34(8), 589-98.
- Nogué S, Fernández-Solà J, Rovira E, Montori E, Fernández-Huerta JM, Munné P. Sensibilidad química múltiple: análisis de 52 casos. *Med Clin.*2007;129(3):96-99.
- Nogué S, Duenas A, Ferrer A, Fernández J. Sensibilidad química múltiple. *Med Clin.* 2011;136 (15):683-7.
- Rössli M, Frei P, Mohler E y Hug K. Systematic review of randomized human trials conducted in laboratory settings and of epidemiological studies that investigated the health effects of MPBS radiation in the everyday environment. *Bull World Health Organ*, 2010 Dec 1; 88(12), 887-896F.
- Rubin GJ, Das Munshi J, Wessely S. «A systematic review of treatments for electromagnetic hypersensitivity». *Psychother Psychosom.* 2006. 75 (1): 12-8.
- Rubin GJ, Hillert L, Nieto-Hernandez R, van Rongen E y Oftedal G. Do people with idiopathic environmental intolerance attributed to electromagnetic fields display physiological effects when exposed to electromagnetic fields. A systematic review of provocation studies. *Bioelectromagnetics.* 2011Dec; 32(8), 593-609.
- Rubin GJ, Nieto-Hernandez R y Wessely S. Idiopathic environmental intolerance attributed to electromagnetic fields (formerly "Electromagnetic Hypersensitivity"). An updated systematic review of provocation studies. *Bioelectromagnetics*, 2010 Jan. 31(1), 1-11.
- Rust J. National Centre for Classification in Health (NCCH), Personal communication 5, 2004.
- Schreier N, Huss A, Rössli M. The prevalence of symptoms attributed to electromagnetic field exposure: a cross-sectional representative survey in Switzerland. *Soz Praventivmed.*2006; 51 (4): 202-9.
- SSM Scientific Council on Electromagnetic Fields. Recent research on EMF and Health Risk. Eleventh report from SSM's Scientific Council on Electromagnetic Fields. 2016. 2016:15.

- Waddell WJ. The science of toxicology and its relevance to MCS. *Regul Toxicol Pharmacol.* 1993 Aug; 18(1):13-22.
- World Health Organization. Fact Sheet 296 Electromagnetic fields and public health: Electromagnetic hypersensitivity. December 2005.
- Yogesh S, Abha S y Priyanka S. Mobile usage and sleep patterns among medical students. *Indian J Physiol Pharmacol*, 2014 Jan-Mar. 58(1),100-103.
- Zheng F, Gao P, He M, Li M, Wang C, Zhou Z et al. Association between mobile phone use and inattention in 7102 Chinese adolescents: a population-based cross-sectional study. *BMC Public Health* 2014; 14: 1022-1-1022-7.

6 - GRUPO DE TRABAJO.

➤ COORDINADORES

María José Aguado Benedí. Médico Inspector Jefe de la Subdirección de Coordinación de Unidades Médicas, Dirección General INSS, Madrid. Especialista en Medicina del Trabajo, Especialista en Medicina Legal y Forense.

Emilio Jardón Dato. Consejero Técnico de la Subdirección de Coordinación de Unidades Médicas, Dirección General INSS, Madrid).

➤ AUTORES

○ FIBROMIALGIA Y SINDROME DE FATIGA CRÓNICA

Ana C. Castillo Fornies. Especialista en Reumatología. Médico Inspector de la Unidad Médica de la Dirección Provincial del INSS de Zaragoza.

Vicenta Selles Crespillo. Especialista en Medicina del Trabajo. Médico Inspector de la Unidad Médica de la Dirección Provincial del INSS de Alicante.

Antonio María Puerto Barrio. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico Inspector de la Unidad Médica de la Dirección Provincial del INSS de Badajoz.

Susana Álvarez Gómez. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico Inspector de la Unidad Médica de la Dirección Provincial del INSS de Madrid.

Raúl Regal Ramos. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico Inspector de la Unidad Médica de la Dirección Provincial del INSS de Madrid.

Carlos Vázquez Espiérrez. Especialista en Neurología. Médico Inspector de la Unidad Médica de la Dirección Provincial del INSS de A Coruña.

○ TRASTORNO SOMATOMORFO

Francisco Briceño Procopio. Especialista en Medicina Interna. Médico Inspector de la Unidad Médica de la Dirección Provincial del INSS de Sevilla.

○ SINDROME DE SENSIBILIDAD QUIMICA MULTIPLE Y ELECTROSENSIBILIDAD

Raúl Regal Ramos. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico Inspector de la Unidad Médica de la Dirección Provincial del INSS de Madrid.

María José Aguado Benedí. Médico Inspector Jefe de la Subdirección de Coordinación de Unidades Médicas, Dirección General INSS, Madrid. Medicina del Trabajo.

➤ **COLABORADORES**

Juan Antonio Martínez Herrera. Subdirector General de Coordinación de Unidades Médicas. Dirección General del INSS.

María Dolores Carbajo Sotillo. Médico Inspector Jefe. Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas. Dirección General del INSS.

M^a Rosario Valero Muñoz. Médico Inspector Jefe de la Subdirección General de Coordinación de Unidades médicas de la Dirección General del INSS.

María Pilar Martín Velasco. Médico Inspector de la Unidad Médica de la Dirección Provincial del INSS de Navarra.

Antonio Domínguez Muñoz. Médico Inspector de la Unidad Médica de la Dirección Provincial del INSS de Málaga.

José Luis Lampreave Márquez. Médico Inspector de la Unidad Médica de la Dirección Provincial del INSS de Madrid.

María Julia Royo Fuentes. Médico Inspector de la Unidad Médica de la Dirección Provincial del INSS de Guadalajara.

Luis Sanchez Galán. Médico Inspector de la Unidad Médica de la Dirección Provincial del INSS de Madrid.

➤ **REVISORES SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS GENERALES Y DE FAMILIA (SEMG)**

M^a Jesús Rodríguez Blanco

Francisco José Sáez Martínez

Jesús Juan Ortiz Septien

Laureano Gómez González

Rafael Prieto Flores

➤ **APOYO ADMINISTRATIVO Y MAQUETACIÓN**

Carlos Marugán Gacimartín. Administrativo. Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas. Dirección General del INSS.

LISTADO DE SIGLAS

ACR: American College of Rheumatology.

AD: Antidepresivos.

ALT: Alanina aminotransferasa.

AST: Aspartato aminotransferasa.

BDI: Beck Depression Inventory.

BPRS: Escala Breve de evaluación psiquiátrica.

CEM: Campos Electromagnéticos.

CES-D: Center for epidemiological Studies Depression Scales.

CIDI: Composite International Diagnostic Instrument.

CIE: Clasificación Internacional de enfermedades.

CMV: Citomegalovirus.

CK: Creatinquinasa.

DAI: Desfibrilador Automático Implantable.

EAV: Escala tipo escala Analógica Visual.

EE: Electroestimulación.

EGMP: Evaluación Global del grado de Movilidad Pasiva de los pacientes.

EIDF: Escala de Impacto Diario de la Fatiga

ES: Electrosensibilidad.

F-HAQ: Health Assessment Questionnaire, versión española.

FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire.

FIS: Escala de Impacto de Fatiga.

FM: Fibromialgia.

GGT: Gamma Glutamil Transpeptidasa.

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale.

HAQ: Health Assessment Questionnaire.

HE: Hipersensibilidad Electromagnética.

HRSA: Escala de Hamilton para la evaluación de la ansiedad.

5HT: Serotonina.

IAI: Intolerancia Ambiental Idiopática.

ISRS/SNRI/NSRI: Inhibidor de la Receptación de Serotonina y Noradrenalina

IP: Incapacidad Permanente.

IT: Incapacidad Temporal.

LCR: Líquido Cefalorraquídeo.

NA: Antiadrenergica.

PCR: Proteína C Reactiva.

QEESI: Quick Environmental Exposure and Sensibility Inventory.

RX: Radiografía.
SCL.90R: Symptom Checklist-90 Revised.
SF 36: Short Form 36.
SFC: Síndrome de Fatiga Crónica.
SNA: Sistema Nervioso Autónomo.
SNC: Sistema Nervioso Central.
SSCD/CSS: Síndrome de Sensibilidad Central al Dolor.
SSQM: Síndrome de Sensibilidad Química Múltiple.
SSS: Escala de Stanford Sleepiness Scale.
SS SCORE: Symptom Severity Score. (Puntuaciones según gravedad sintomática).
VEB: Virus Epstein Barr.
VHB: Virus Hepatitis B.
VHC: Virus Hepatitis C.
VSG: Velocidad de Sedimentación Globular.
WPI: Widespread Pain Index (Índice de dolor generalizado).