Asociación Valenciana de Afectados de Fibromialgia

DECLARADA DE UTILIDAD PÚBLICA

Asociación Valenciana de Afectados de Fibromialgia

VI JORNADA DE FIBROMIALGIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

AVALADA POR

ORGANIZA

COLABORAN

Dra. Teófila Vicente-Herrero
Médico Especialista en Medicina del Trabajo

Controversias en fibromialgia y fatiga crónica

Índice

1. **Conceptos básicos**
2. **Epidemiologia**
3. **Criterios diagnósticos**
4. **Abordaje terapéutico**
5. **Repercusión socio-laboral: discapacidad e incapacidad**
6. **Conclusiones**

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. La FM es un **síndrome complicado** caracterizado por dolor crónico, rigidez de las articulaciones, fatiga, interrupción del sueño, disfunción cerebral y depresión, entre otros síntomas acompañantes.
2. Compromete la **calidad de vida** de los pacientes y supone un **coste sanitario, social, económico y laboral**.
3. La **patogénesis** de la fibromialgia no se conoce bien.
4. El **diagnóstico** es sólo clínico en la actualidad. No hay marcadores específicos que apoyen el diagnóstico.
5. La **investigación** proteómica y los perfiles de expresión génica pueden tener aplicaciones potenciales como **métodos novedosos para el diagnóstico** de la FM.

Siracusa R, Paola RD, Cuzzocrea S, Impellizzeri D. Fibromyalgia: Pathogenesis, Mechanisms, Diagnosis and Treatment Options Update. Int J Mol Sci. 2021 Apr 9;22(8):3891. doi: 10.3390/ijms22083891.

CONCLUSIONES

4. El **tratamiento** farmacológico por sí solo es inadecuado para la mayoría de los pacientes.
5. Dados los diferentes mecanismos de la sensibilidad al dolor, los tratamientos seguirán involucrando **programas multidisciplinarios** que se dirijan al dolor crónico que es el síntoma que caracteriza la fisiopatología de la FM.
6. Para valorar la **repercusión de las limitaciones** de la FM en **discapacidad e incapacidad** hay que ajustarse a los criterios marcados por la normativa vigente.
7. **La actividad laboral** puede ser una forma de mantenimiento físico y de integración social. Consulte a su **médico del trabajo** para que valore su aptitud laboral y ponga en marcha las medidas necesarias para proteger su salud.

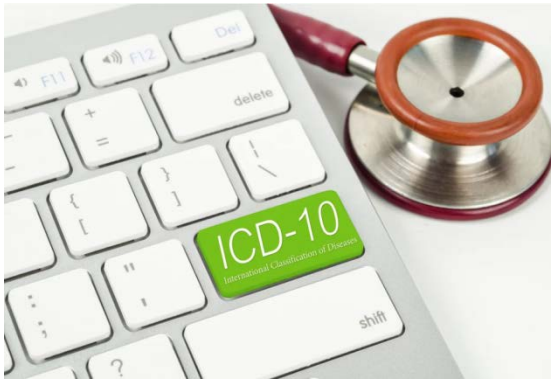
Conceptos básicos

- **1975-** Dr. Kahler Hench utiliza el término fibromialgia para describir el dolor muscular sin inflamación.
- **1990-** el Colegio Americano de Reumatología (CAR) establece los criterios para la clasificación de la fibromialgia.

— **1993-** la OMS reconoce a la fibromialgia como una enfermedad y la tipifica con el **código M79.7** en el **Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades** (**CIE 10**).

- **1994-** la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) la reconoce y clasifica con el **código X33.X8a**

La Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE) es *"la norma internacional relativa al registro, notificación, análisis, interpretación y comparación de datos de mortalidad y morbilidad"*.



Conceptos básicos

- **CIE-11**. Se presentó en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2019 para su adopción por los Estados Miembros, y entró en vigor el **1 de enero de 2022**.

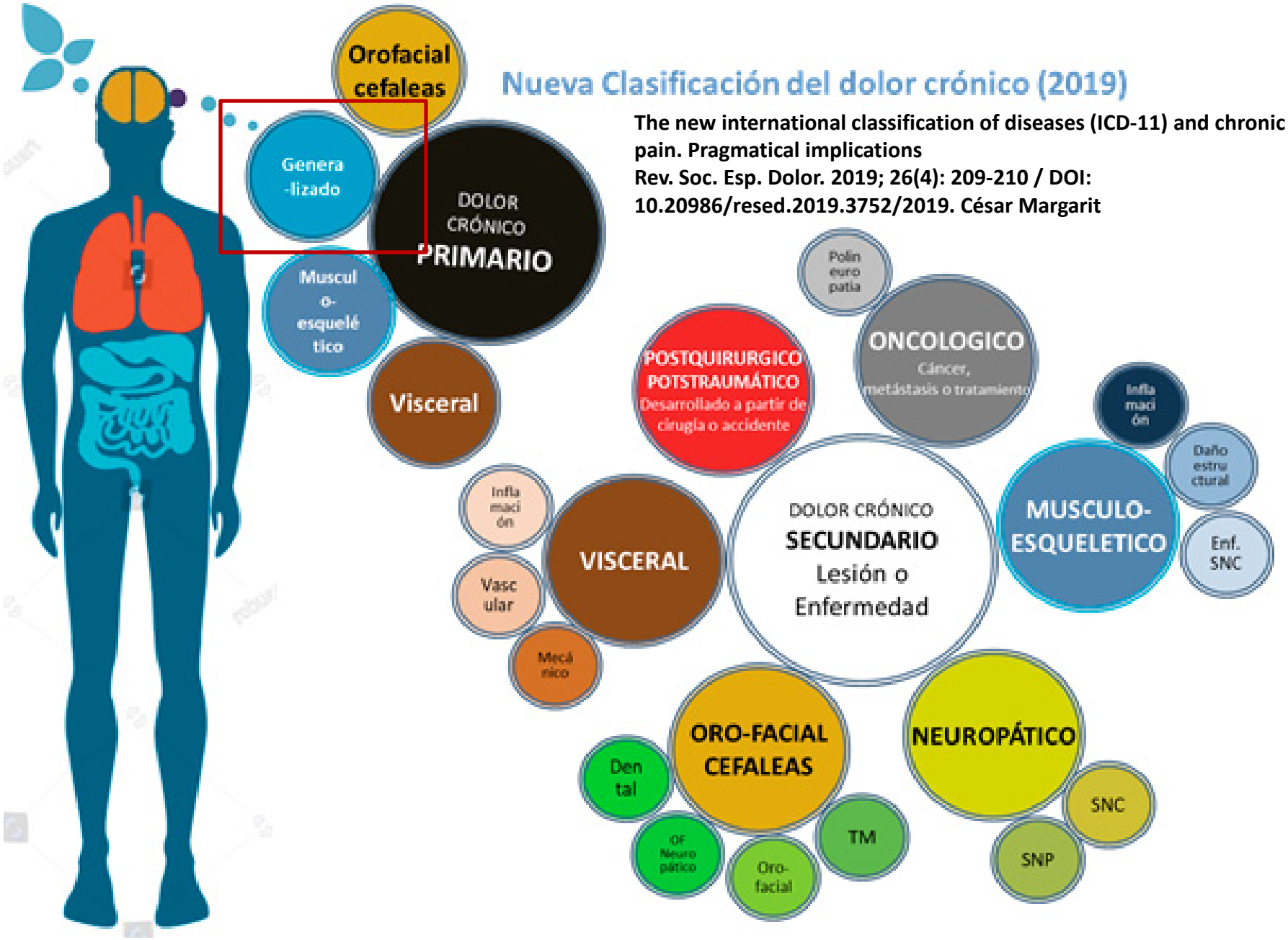
- **Novedades del CIE-11**: que el paradigma de los síndromes de Sensibilidad Central (FIBROMIALGIA) se incluye con el **código MG30.01** dentro del **dolor crónico generalizado musculoesquelético**).

- **El Síndrome de Fatiga crónica** o encefalomielitis mialgica (Síndrome de fatiga postviral, con el **código 8E49**).
  - Puede resultar de gran interés por las personas afectadas de cara al reconocimiento de dicha enfermedad y el reconocimiento de las mismas como causa de incapacidad permanente o discapacidad.

Herramienta de codificación de la CIE-11 https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/es/release

Nueva Clasificación del dolor crónico (2019)

The new international classification of diseases (ICD-11) and chronic pain. Pragmatical implications
Rev. Soc. Esp. Dolor. 2019; 26(4): 209-210 / DOI: 10.20986/resed.2019.3752/2019. César Margarit



Conceptos básicos

¿Qué es la Fibromialgia?

- Es un padecimiento caracterizado por dolor generalizado, con respuestas aumentadas a estímulos percibidos como nociceptivos y síntomas somáticos;
  - el dolor es crónico, asociado o no a rigidez articular, habitualmente con **FATIGA**, trastornos del sueño, disfunción cognitiva y depresión.

¿qué es la fatiga crónica?

- Se caracteriza por la presencia de fatiga física y mental intensa, debilitante y grave, que persiste más de seis meses, con carácter oscilante y sin causa aparente específica.
  - interfiere mucho con las actividades habituales, no disminuye con el reposo, empeora con el ejercicio y se asocia a otras manifestaciones generales, físicas y neuropsicológicas.

Conceptos básicos

- **La prevalencia de la FM varía del 0,5 al 12%,** dependiendo de la población de la muestra y del método de determinación.

- **Las mujeres superan en número a los hombres** en una proporción de aproximadamente 3:1

- **La prevalencia de la FM aumenta con la edad,** aumentando en la mediana edad (50 a 59 años) y luego disminuyendo en los grupos de mayor edad (80+ años).

- **La edad media de aparición es entre 30 y 50 años**. La FM **en niños** ahora es bien reconocida. Las estimaciones de la prevalencia de FM en la población general en **niños y adolescentes** varían desde el 1,0% hasta el 6,2%.

Fisiopatología

La FM cursa con anormalidades bioquímicas, metabólicas, inmunorreguladoras y genéticas, **carece de biomarcador y de evidencia** de alteraciones de la conectividad funcional y química en el sistema de procesamiento cerebral del dolor.

- **Factores identificados y relacionados con FM**:
  1. factores genéticos
  2. medioambientales
  3. hormonales
  4. neurales
  5. inmunológicos
  6. infecciones como **virus** de Epstein-Barr, parvovirus, brucelosis y enfermedad de Lyme.

En la gran mayoría de los pacientes no se identifica ninguna causa específica

Criterios diagnósticos

- **Un Criterio es una norma o conjunto de normas que designan la propiedad o propiedades sobre cuya base se clasifican y ordenan los datos que parecen relevantes para un objeto y un área concreta de conocimiento.**

- Requiere de un grupo significativo **multidisciplinario de profesionales expertos** en una especialidad, mediante técnicas de consenso formal.

- Supone elaborar **recomendaciones sobre la mejor práctica** para la atención del paciente.

- Las recomendaciones **deben ser adaptadas a las condiciones específicas, administrativas y estructurales de las distintas unidades de cuidados del país.**

Criterio de consenso

Criterios diagnósticos

- Criterios de clasificación del American College of Rheumatology (ACR) de **1990**

- Criterios de **2010 y 2011** (**WPI y la SSS en combinación**)
- Criterios revisados de **2016**- nuevo esquema de puntuación.

- Criterios *AAPT de **2019*** (***dolor+síntomas no dolorosos***)

Criterios diagnósticos

- **¿Por qué hay tantos conjuntos de criterios de FM? ¿Cuál debería usarse en la práctica y la investigación?**

1. criterios de clasificación
2. criterios de diagnóstico
3. criterios de cribado

Cada uno identifica subconjuntos ligeramente diferentes de individuos.

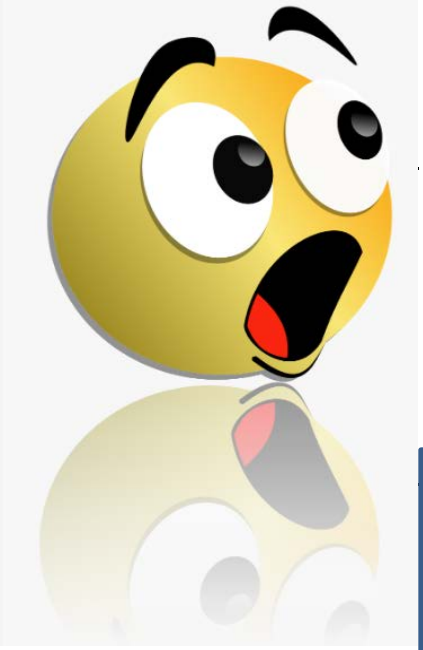
Cada conjunto de criterios proporcionará **estimaciones diferentes de la prevalencia** de la FM en la población.

LA GUERRA DE CRITERIOS HA APORTADO INSTRUMENTOS PARA EXAMINAR, DIAGNOSTICAR Y TRATAR ANTES A LAS PERSONAS CON FM:

- Se trata de evitar que las comorbilidades psicológicas, conductuales o de otro tipo hagan que la FM sea difícil o imposible de revertir.

Criterios diagnósticos

LA FM SE RECONOCE AHORA COMO LA AFECCIÓN PROTOTIPO DE UN TERCER MECANISMO DEL DOLOR ADOPTADO OFICIALMENTE POR LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR.



el DOLOR NOCIPLÁSICO desempeña el papel principal en afecciones como: fibromialgia, cefalea tensional, síndrome del intestino irritable y otras afecciones de dolor crónico, **que a menudo se superponen a afecciones de dolor nociceptivo o neuropático,** como los trastornos autoinmunitarios.

En sólo 3 décadas, la afección ha pasado de considerarse un **término basura** para describir a personas sin ningún proceso fisiopatológico subyacente que explique su dolor y otros síntomas, a considerarse ahora la **afección prototípica del dolor nociplásico.**

Criterios diagnósticos

Criterio actual *AAPT*

ES UN SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DEL DOLOR AGUDO DISEÑADO SEGÚN 5 DIMENSIONES:

1. criterios básicos
2. características comunes
3. factores moduladores
4. impacto/ consecuencias funcionales
5. supuestos mecanismos fisiopatológicos del dolor

AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia .

Lesley M. Arnold, Robert M. Bennett, Leslie J. Crofford, Linda E. Dean, Daniel J. Clauw, Don L. Goldenberg, Mary-Ann Fitzcharles, Eduardo S. Paiva, Roland Staud, Piercarlo Sarzi-Puttini, Dan Buskila, Gary J. Macfarlane.

The Journal of Pain Volume 20 Issue 6 Pages 611-628 (June **2019**) DOI: 10.1016/j.jpain.2018.10.008

American Pain Society — RESEARCH EDUCATION TREATMENT ADVOCACY

PUBLISHED BY ELSEVIER

The Journal of Pain, Vol 20, No 6 (June), 2019: pp 611–628
Available online at www.jpain.org and www.sciencedirect.com

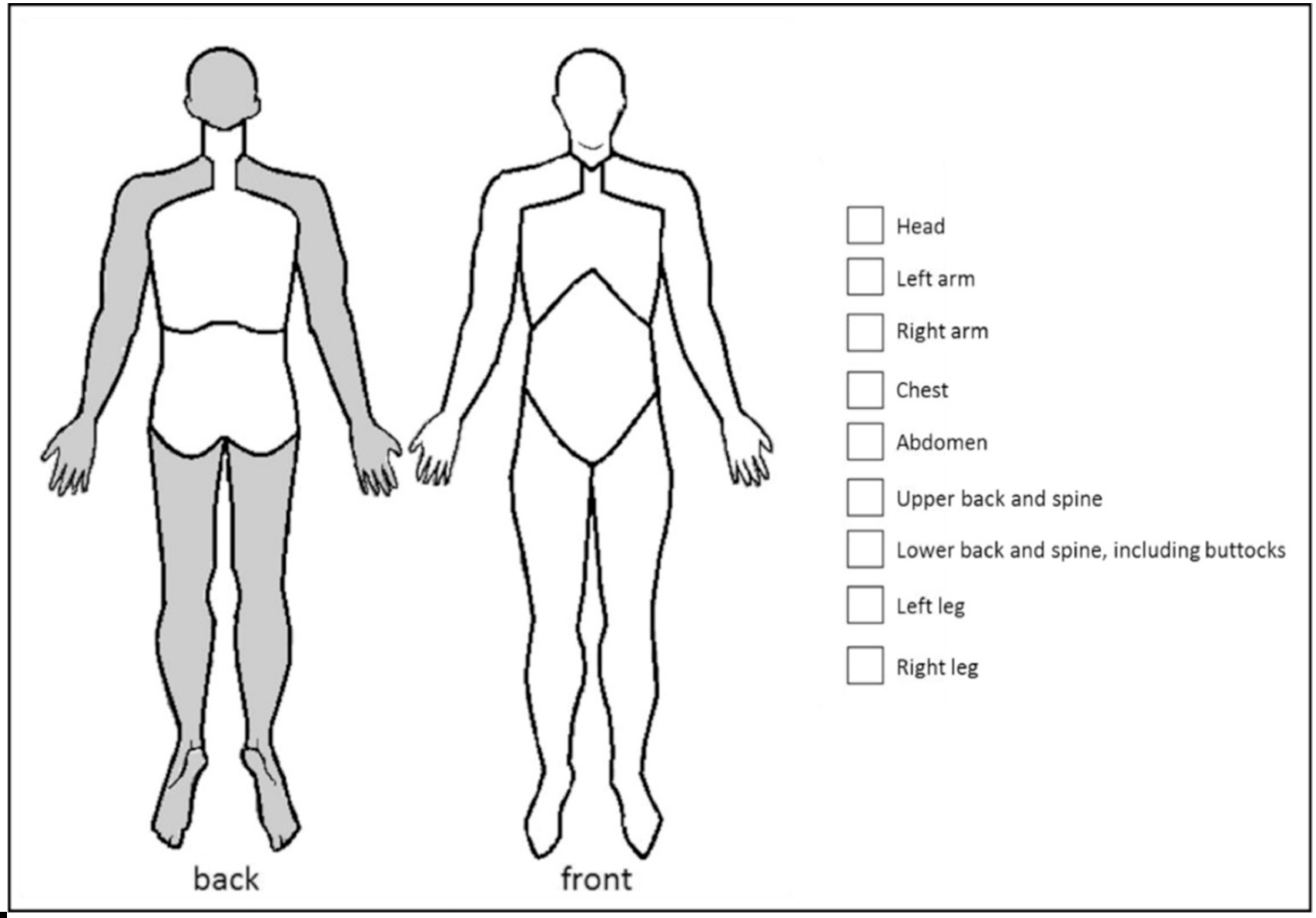
ELSEVIER

Copyright © 2018 The Authors Terms and Conditions

Criterios diagnósticos de la AAPT para la fibromialgia

DIMENSIÓN 1: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS BÁSICOS
1. MSP (dolor multisitio en FM) definido como **6 o más sitios de dolor** de un total de 9 sitios posibles
2. Problemas de **sueño** de moderados a graves o **fatiga**
3. La presencia de **MSP más fatiga o problemas de sueño** deben haber estado presentes durante **al menos 3 meses**.

NOTA. La presencia de otro trastorno de dolor o síntomas relacionados no descarta el diagnóstico de FM. Sin embargo, se recomienda una evaluación clínica para evaluar cualquier condición que pueda explicar completamente los síntomas del paciente o contribuir a la gravedad de los síntomas.



9 sitios definidos: **cabeza, brazo izquierdo, brazo derecho, pecho, abdomen, parte superior de la espalda y la columna, parte inferior de la espalda y la columna (incluidas las nalgas), pierna izquierda y pierna derecha**

Criterios diagnósticos

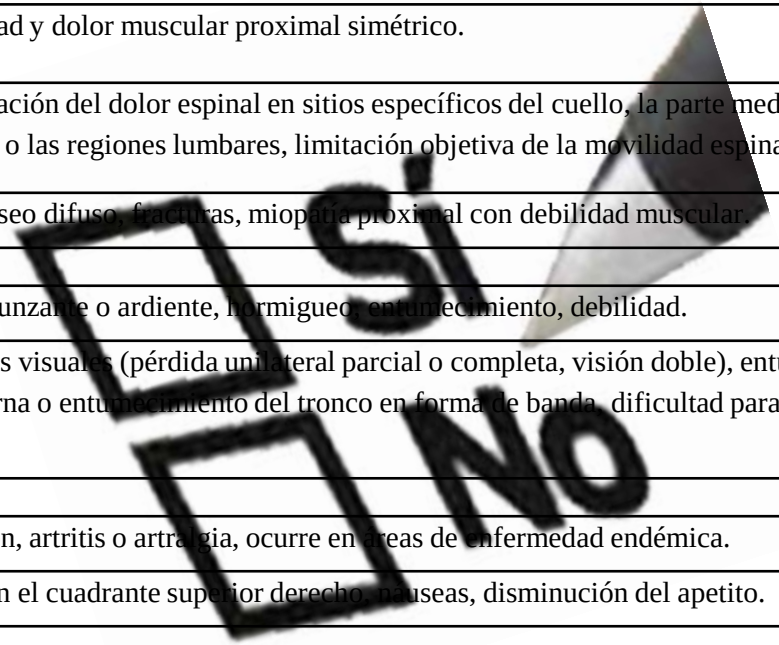
- La fatiga se define como **fatiga física o mental** considerada como de gravedad al menos moderada por el profesional de la salud.

- La **fatiga física** puede manifestarse como una queja de agotamiento físico después de la actividad física, incluida la incapacidad de funcionar dentro de los límites normales para actividades que constituyen actividades diarias normales y la necesidad de períodos de descanso después de la actividad.

- Los **problemas del sueño** se definen como dificultad para conciliar o permanecer dormido, despertares frecuentes que resultan perturbadores durante un período de sueño o sensación de falta de descanso después de dormir.

Estos síntomas deben ser evaluados como de gravedad al menos moderada por el profesional de la salud.

Desorden médico	Diferenciar signos y síntomas
REUMATOLÓGICO	
ARTRITIS REUMATOIDE	Dolor articular predominante, hinchazón simétrica de las articulaciones, sensibilidad en la línea articular, rigidez matutina >1 hora
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	Afectación multisistémica, dolor articular/muscular, erupción cutánea, fotosensibilidad, fiebre
ARTROSIS POLIARTICULAR	Rigidez articular, crepitación, dolor en múltiples articulaciones.
POLIMIALGIA REUMÁTICA	Dolor, debilidad y rigidez en la cintura proximal del hombro y la cadera, más común en los ancianos
POLIMIOSITIS U OTRAS MIOPATÍAS.	Debilidad y dolor muscular proximal simétrico.
ESPONDILOARTROPATÍA	Localización del dolor espinal en sitios específicos del cuello, la parte media torácica, la pared torácica anterior o las regiones lumbares, limitación objetiva de la movilidad espinal debido al dolor y la rigidez.
OSTEOMALACIA	Dolor óseo difuso, fracturas, miopatía proximal con debilidad muscular.
NEUROLOGICO	
NEUROPATÍA	Dolor punzante o ardiente, hormigueo, entumecimiento, debilidad.
ESCLEROSIS MÚLTIPLE	Cambios visuales (pérdida unilateral parcial o completa, visión doble), entumecimiento ascendente en una pierna o entumecimiento del tronco en forma de banda, dificultad para hablar (disartria)
INFECCIOSO	
ENFERMEDAD DE LYME	Erupción, artritis o artralgia, ocurre en áreas de enfermedad endémica.
HEPATITIS	Dolor en el cuadrante superior derecho, náuseas, disminución del apetito.
ENDOCRINO	
HIPERPARATIROIDISMO	Aumento de la sed y de la micción, cálculos renales, náuseas/vómitos, disminución del apetito, adelgazamiento de los huesos, estreñimiento
SÍNDROME DE CUSHING	Hipertensión, diabetes, hirsutismo, facies lunar, aumento de peso.
ENFERMEDAD DE ADDISON	Hipotensión postural, náuseas, vómitos, pigmentación de la piel, pérdida de peso.
HIPOTIROIDISMO	Intolerancia al frío, ralentización mental, estreñimiento, aumento de peso, caída del cabello.



Criterios diagnósticos

- **No se recomiendan las pruebas de rutina** para diagnosticar la FM a menos que el paciente tenga signos o síntomas que sugieran un trastorno autoinmune, o si los índices inflamatorios iniciales son anormales

- **Dependiendo de los síntomas, antecedentes médicos y examen físico**, pueden estar indicadas pruebas complementarias de apoyo al diagnóstico diferencial.

Criterios diagnósticos de la AAPT para la fibromialgia

DIMENSIÓN 2: CARACTERÍSTICAS COMUNES
1. ***LA SENSIBILIDAD*** , definida como una sensibilidad generalizada de los tejidos blandos y los músculos a la presión que normalmente no se esperaría que causara dolor
2**.** ***LA DISCOGNICIÓN*** (dificultad para concentrarse, olvidos y pensamiento desorganizado o lento) se reconoce cada vez más como una característica importante de la FM, observándose disfunción en la memoria de trabajo y la función ejecutiva.
3. ***LA RIGIDEZ MUSCULOESQUELÉTICA*** , en diversos grados. suele ser más grave temprano en la mañana y mejora a medida que avanza el día. **no responde a los corticosteroides.**
4. ***LA SENSIBILIDAD AMBIENTAL O HIPERVIGILANCIA,*** se manifiesta como intolerancia a las luces brillantes, los ruidos fuertes, los perfumes y el frío, es una queja común de los pacientes con FM. probablemente sea un reflejo de una sensibilización central.

Criterios diagnósticos de la AAPT para la fibromialgia

DIMENSIÓN 3: COMORBILIDADES - SENSIBILIZACIÓN CENTRAL
1. **EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA** es una afección que se superpone considerablemente con la FM, siendo el predominio del dolor un identificador de la FM.
2**. intestino irritable, el dolor pélvico crónico y la cistitis intersticial, las afecciones crónicas de la cabeza y orofaciales como el trastorno temporomandibular, los síntomas otológicos, las cefaleas crónicas y la migraña.**
3. **Las condiciones psiquiátricas**: trastorno mayor del estado de ánimo (p. ej., trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar), trastornos de ansiedad (p. ej., trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático, fobia social y trastorno obsesivo compulsivo) y abuso de sustancias-trastorno de abuso.
4. **LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO** que pueden ocurrir concomitantemente con la FM incluyen la apnea obstructiva y central del sueño y el síndrome de piernas inquietas.
5. **enfermedades reumáticas inflamatorias** como la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico, la esclerodermia, el síndrome de Sjogren y otras, y la osteoartritis.
6. **síndrome de hipermovilidad articular y el síndrome de Ehler-Danlos**, puede predisponer al dolor recurrente y a la posterior FM.
7. **rinitis y la urticaria,** los perfiles de expresión genética en la FM muestran regulación positiva de los genes implicados en las respuestas alérgicas
8.**La obesidad** es común en pacientes con FM y se asocia con una mayor intensidad del dolor, peor sueño y reducción de la fuerza física y la flexibilidad

Criterios diagnósticos de la AAPT para la fibromialgia

DIMENSIÓN 4: CONSECUENCIAS NEUROBIOLÓGICAS, PSICOSOCIALES Y FUNCIONALES
1. **costos médicos directos**: consumo de fármacos, atención médica y pruebas complementarias.
2**. costos indirectos**: pérdida de productividad laboral, abandono del trabajo y apoyo financiero
3. ***costos a la*** **Seguridad Social e INCAPACIDAD LABORAL**.
4. **La compensación por DISCAPACIDAD** se asoció con la gravedad de la enfermedad, la cantidad de medicamentos utilizados y el empleo anterior en trabajos físicamente exigentes

Criterios vigentes en FM

- Los Criterios de **2010 y 2011** (**WPI y la SSS en combinación**) siguen siendo de referencia en la práctica clínica:

Un paciente cumple criterios diagnósticos para FM 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.

WPI ≥ 7 S-SS Score ≥ 5 ó
WPI 3-6 y SS ≥ 9

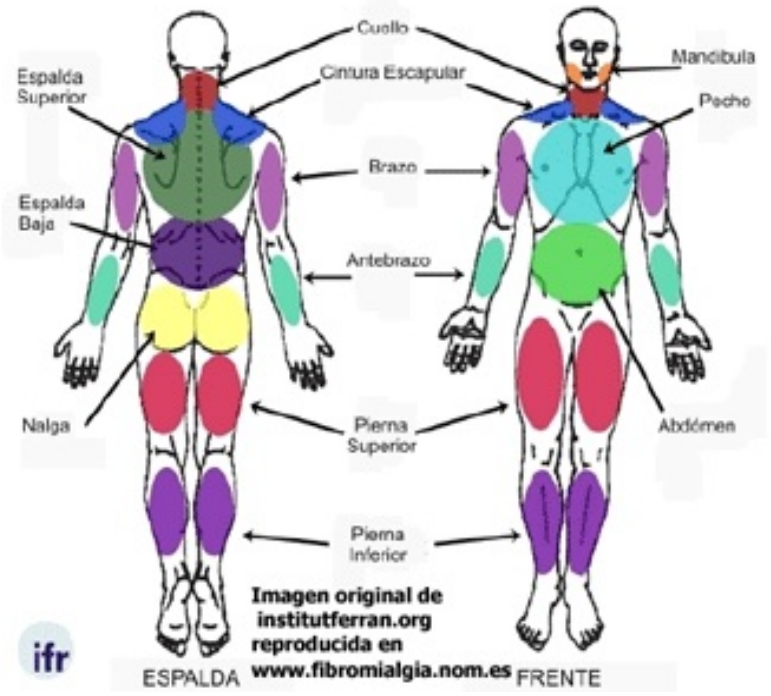
- 2) Los síntomas han estado presentes, en un nivel similar, durante los últimos tres meses.
- 3) El enfermo no tiene otra patología que pueda explicar el dolor.

COEXISTENCIA DE CRITERIOS 2019/2010

Referencia: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE FIBROMIALGIA Wolfe et al.Arthritis Care Res 2010;62:600-10

WPI: ÍNDICE DE DOLOR GENERALIZADO

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



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

SS Score: Indicé de Gravedad de los Síntomas (Symptom Severity Score).

Se divide en **dos partes**. **La primera** corresponde a la suma de la severidad de los 3 síntomas prínceps (fatiga, sueño no reparador y síntomas cognitivos) y **la segunda e**s la valoración de la intensidad de los síntomas somáticos generales que acompañan a la FM.

SS Parte 1

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

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

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

sumando las dos partes del Índice de Gravedad de Síntomas la *puntuación final del SS* se encontrará entre 0 y 12 puntos.

SS Parte 2

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

Dra. Mª Teófila Vicente-Herrero

Diagnóstico de FM

Es hora de detener la guerra de criterios para la fibromialgia y volver a centrarse en IDENTIFICAR Y TRATAR A LAS PERSONAS CON ESTE TIPO DE DOLOR EN LAS PRIMERAS ETAPAS DE SU ENFERMEDAD

Arthritis Care & Research
Vol. 73, No. 5, May 2021, pp 613–616
DOI 10.1002/acr.24198
© 2020, American College of Rheumatology

American College of Rheumatology
Empowering Rheumatology Professionals

EDITORIAL

Time to Stop the Fibromyalgia Criteria Wars and Refocus on Identifying and Treating Individuals With This Type of Pain Earlier in Their Illness

Daniel Clauw

In this issue of *Arthritis Care & Research*, Häuser et al compare the prevalence of fibromyalgia (FM), in a German population, using the 2016 modification of the 2010/2011 American College of Rheumatology criteria for FM (ACR FM 2016) to the prevalence of FM in the same population, using the new Analgesic, Anesthetic, and Addiction Clinical Trial Translations Innovations Opportunities and Networks–American Pain Society pain taxonomy (AAPT) criteria (1,2). The authors found that the prevalence of FM using the ACR FM 2016 criteria was 3.4%, whereas when using the AAPT criteria, 5.7% were diagnosed with FM. Not surprisingly, individuals who met the ACR FM 2016 criteria had higher average levels of all symptomatology than those that met the AAPT criteria.

This article by Häuser et al has an excellent and balanced discussion. However, because this was a data-driven study comparing the prevalence and clinical features of these 2 cohorts meeting different FM criteria, the authors [illegible] priately circumspect and failed to opine that [illegible] is better than the other. Yet, there are [illegible] FM criteria that have been devel[illegible] classification criteria, some are purported [illegible] criteria, and others were developed as screening [illegible] these criteria identifies slightly different [illegible] resulting in only modest agreement between [illegible] criteria when applied in practice or research. [illegible] criteria set will give different estimates of [illegible] in populations.

[illegible] lack of agreement between criteria sets is not good for [illegible] of FM. In fact, some have even used the fact that different criteria identify different patients as evidence that FM is neither a legitimate diagnosis nor a concept (3,4). Even after many years of FM research, we still ask: Why are there so many FM criteria sets, and which one should be used in practice and research?

Daniel Clauw, MD: University of Michigan, Ann Arbor.
No potential conflicts of interest relevant to this article were reported.
Address correspondence to Daniel Clauw, MD, University of Michigan, 24 Frank Lloyd Wright Drive, PO Box 385, Ann Arbor, MI 48105. Email: dclauw@med.umich.edu.

History of FM criteria

The first accepted criteria for FM were the result of diligent work published in 1990, and as such are known as the ACR 1990 criteria for the classification of FM (5). These criteria required that the individual have chronic widespread pain, defined as involving the upper and lower body, the right and left sides of the body, and the axial skeleton), as well as [illegible] 11 or more of possible 18 tender points [illegible] the body that are painful when palpated [illegible]). Another recommendation in the [illegible] to abandon the distinction between primary [illegible] FM is seen without a concurrent autoimmune [illegible] condition) and secondary FM (where there is a identifiable underlying condition).

These criteria were essential to research in the field of FM, [illegible] the broader field of pain research. The ACR 1990 criteria [illegible] investigators around the world to perform mechanistic and other research into the pathophysiology and treatment of FM. However, this research also began to identify many problems with the ACR 1990 criteria. First, it became clear that the tenderness in FM was widespread and not at all confined to the 18 areas of the body considered tender points (6,7). Second, studies showed that although many male individuals experienced chronic widespread pain, very few of them also had 11 or more tender points. Therefore, using the ACR 1990 criteria implied that FM was a disease almost exclusively affecting female individuals (~9:1 female:male ratio) (8). Finally, it was also clear that most practitioners had little experience in performing a tender point examination and therefore were reluctant to consider the diagnosis of FM in their patients.

For all these reasons, nearly 20 years after the first FM criteria were published, Dr. Wolfe and colleagues set out to develop new FM criteria that did not require performing a tender point count and that relied entirely on patient self-report of symptoms. The first of these criteria sets was the ACR 2010 preliminary criteria,

Submitted for publication March 16, 2020; accepted in revised form March 24, 2020.

DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y ATENCIÓN PRECOZ

Tratamiento de la FM

- **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**
  - AINE
  - INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS)
  - INHIBIDORES SELECTIVOS DE RECAPTACIÓN DE NORADRENALINA Y SEROTONINA (ISRNS)
  - GABAPENTINOIDES
  - ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS
  - FARMACOTERAPIA COMBINADA
- **TRATAMIENTO REHABILITADOR**
  - ACTIVIDAD FÍSICA
  - TERAPIA LÁSER:
  - ESTIMULACIÓN RÍTMICA SENSORIAL
- **TERAPIA PSICOLÓGICA**
- **TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL**

TRATAMIENTO COMBINADO Y PERSONALIZADO

Tratamiento de la FM

- Desafortunadamente, las terapias médicas convencionales dirigidas a esta patología **producen beneficios limitados**.

- Siguen siendo en gran medida de naturaleza farmacológica y tienden a **tratar los aspectos sintomáticos** de diversos trastornos informados por el paciente.

- Las estadísticas, sin embargo, destacan el hecho de que el 90% de las personas con fibromialgia también recurren a la **medicina complementaria** para controlar sus síntomas.

CURAR
VERSUS
ALIVIAR

Tratamiento de la FM

COMPUESTOS ANTIOXIDANTES EN FIBROMIALGIA

Melatonina
Coenzima Q10
Vit. D y E
PEA

Compuesto	Efectos
melatonina	En un estudio con animales, la melatonina pudo mejorar los defectos de comportamiento, el estrés oxidativo y nitrosativo, la infiltración de mastocitos y la activación de la microglía en un modelo de FM inducido por reserpina. En un ensayo clínico, la administración exógena de 10 mg de melatonina una vez cada 24 h aumentó la inhibición endógena del dolor, evaluada en una escala numérica (0-10). La combinación de amitriptilina y melatonina proporcionó mejores resultados que la amitriptilina sola, según lo calculado mediante la escala visual analógica de dolor, en sujetos con FM. Un ensayo aleatorio encontró que la melatonina sola o en combinación con fluoxetina era beneficiosa para el tratamiento de la FM. El uso de melatonina (3 o 5 mg/día) en combinación con 20 mg/día de fluoxetina provocó una reducción significativa en los componentes totales e individuales de la puntuación del Cuestionario de Impacto de Fibromialgia en comparación con los valores previos al tratamiento.
Coenzima Q10	El tratamiento con CoQ10 mostró efectos sobre los síntomas clínicos, las células mononucleares sanguíneas y los marcadores de estrés oxidativo y mitocondrial en mujeres con FM. Los resultados de este estudio clínico sugieren que la suplementación con CoQ10 desempeña un papel en la modulación de la disfunción mitocondrial y el estrés oxidativo que inducen dolores de cabeza en personas con FM. En un estudio clínico, se demostró que la suplementación con CoQ10 proporciona beneficios adicionales para aliviar la sensación de dolor en pacientes con FM tratados con pregabalina, posiblemente al mejorar la función mitocondrial, reducir la inflamación y disminuir la actividad cerebral.
Vitaminas D y E	Un estudio clínico encontró que las mujeres con FM tenían una ingesta cualitativa y cuantitativa menor que los sujetos de control. En particular, se ha encontrado una asociación entre la deficiencia de vitamina D y la FM. Sin embargo, su papel en la fisiopatología de la FM y la relevancia clínica de su identificación y tratamiento requiere mayor aclaración. Sólo la vitamina E parece estar relacionada con la calidad de vida y la sensación de dolor.
Palmitoiletanolamida (PEA)	La PEA es un importante mediador antiinflamatorio, analgésico y neuroprotector en órganos y sistemas centrales y periféricos y actúa sobre varios objetivos moleculares. La PEA está emergiendo como un biomarcador candidato debido a sus efectos antiinflamatorios y antihiperalgésicos a través de la regulación negativa de la activación de los mastocitos. Los estudios preclínicos y clínicos respaldan la idea de que la PEA merece una mayor consideración como enfoque terapéutico para controlar las respuestas inflamatorias, el dolor, el dolor neuropático periférico relacionado y los síntomas de la FM.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO

Núm. 252 Jueves 20 de octubre de 2022 Sec. I. Pág. 142461

I. DISPOSICIONES GENERALES

MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030

17105 *Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad.*

Discapacidad

LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

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.

Ministerio de Empleo y Seguridad Social
«BOE» núm. 261, de 31 de octubre de 2015
Referencia: BOE-A-2015-11724

Incapacidad

Normas vigentes

REPERCUSIONES SOCIOLABORALES

Discapacidad en FM y Fatiga crónica

- **DISCAPACIDAD= CONCEPTO SOCIAL**

— ***Falta o limitación de alguna facultad física o mental <u>que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona (AVD).</u>***

- **Regulación normativa**

➢ *Real Decreto 1971/**1999**, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía*

➢ *Real Decreto 1856/**2009**, de 4 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, y por el que se modifica el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre.*

➢ **Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad**.

Discapacidad en FM y Fatiga crónica

1. **NO SE DISPONE DE UNA NORMATIVA ESPECÍFICA PARA FM EN EL RD DE DISCAPACIDAD.**
2. No hay estudios sobre la repercusión en las **personas cuidadoras** de pacientes con fibromialgia
3. Es difícil extrapolar directamente los resultados de las investigaciones disponibles sobre cuidadores de pacientes crónicos y/o terminales a FM.

- **En la valoración** de la repercusión social y laboral de la FM concurren: la percepción del dolor, el malestar generalizado y la pérdida de funcionalidad corporal y su impacto:
  - En calidad de vida
  - Familiar
  - Laboral
  - sanitario

EVO CONSELLERIA DE ASUNTOS SOCIALES

Incapacidad Laboral en FM y Fatiga Crónica

- **INCAPACIDAD= CONCEPTO LABORAL**
  - ***Desequilibrio entre las capacidades funcionales y los requerimientos de un puesto de trabajo, pudiendo ser ese desequilibrio transitorio (incapacidad temporal-IT) o permanente (incapacidad permanente-IP)***

- ***Regulación normativa:***
- 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.
  - Los artículos **169 a 176** los que regulan lo relativo con la incapacidad temporal, los artículos **193 a 200** lo concerniente a la incapacidad permanente contributiva, los artículos **201 a 203** lo tocante a las lesiones permanentes no incapacitantes, y los artículos **363 a 368,** a la invalidez no contributiva.
- **Real Decreto-ley 2/2023, de 16 de marzo, de medidas urgentes para la ampliación de derechos de los pensionistas, la reducción de la brecha de género y el establecimiento de un nuevo marco de sostenibilidad del sistema público de pensiones**.

Se estima que la FM causa una disminución de la capacidad laboral de una persona en un 25-30%.

Incapacidad Laboral en FM y Fatiga Crónica

1. Se valora fundamentalmente la **funcionalidad y el dolor en cuanto a control terapéutico y con analgésicos.**
2. **No hay baremo claro**.
3. Depende de la **pericia del evaluador (EVI-INSS)**

Borrar

MINISTERIO
DE TRABAJO, MIGRACIONES
Y SECURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DE LA
SEGURIDAD SOCIAL

Registro INSS

INCAPACIDAD PERMANENTE

A INSTANCIAS DE: TRABAJADOR ☐ ENTIDAD COLABORADORA ☐
INSPECCIÓN DE TRABAJO ☐ SERVICIO PÚBLICO DE SALUD ☐ INSS ☐

¿Ha trabajado usted en el extranjero? SÍ ☐ NO ☐. Si su respuesta ha sido SÍ, antes de continuar rellenando este impreso examine la instrucción número 8 de la página de instrucciones y compruebe si debe solicitar otro diferente.
Debe imprimir un único ejemplar y presentarlo en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social. Para facilitar su presentación solicite cita previa en el teléfono 901 10 65 70 o en www.seg-social.es

1. DATOS PERSONALES

1.1	DEL FUTURO TITULAR DE LA PRESTACIÓN	
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

FM e Incapacidad Laboral

- El principal problema en incapacidad de FM es que la valoración de la capacidad laboral recae en una **PERCEPCIÓN SUBJETIVA**.

- En cuanto a los periodos de baja laboral de los afectados que están trabajando, **se considera adecuado que la DURACIÓN DE LA IT sea lo más corta posible**.

- Los estudios muestran que los pacientes se benefician claramente del **mantenimiento de la actividad laboral, influyendo positivamente en su evolución**.

- **Se consideran necesarias mejoras preventivas en el ámbito laboral** a fin de disminuir las limitaciones de los pacientes con fibromialgia como: **la reducción de jornada laboral, suprimir los factores estresantes y esfuerzos físicos (SPRL).**

SALUD LABORAL
MEDICINA DEL TRABAJO

FM e Incapacidad Laboral

- **En la mayoría de las ocasiones el diagnóstico de FM no constituirá una causa de IP**, y de existir, será generalmente derivada de la patología acompañante.
- **Se ha comprobado la existencia de *predictores de incapacidad*:**
  - enfermedades concomitantes, elevado número de puntos dolorosos, limitación de la movilidad del paciente, necesidad de tratamiento de los últimos escalones terapéuticos, actividad laboral con grandes requerimientos físicos…
- **La definición de capacidad y, por tanto, de su contrario, la incapacidad, siempre debe ir enfrentada a la cuestión *"PARA QUÉ"***
  - siempre en función de los requerimientos del puesto de trabajo y de las deficiencias que pueda presentar el trabajador para satisfacer tales requerimientos.

FM e Incapacidad Laboral

- Al igual que en el resto de patologías, ***NO EXISTEN ENFERMEDADES INCAPACITANTES SINO ENFERMOS INCAPACITADOS***

- **No puede determinarse que la fibromialgia en sí misma tenga que dar lugar a una incapacidad laboral**.

- Se realizará una **VALORACIÓN INDIVIDUALIZADA** dirigida a objetivar si la sintomatología referida por el paciente provoca una **REPERCUSIÓN FUNCIONAL DE TAL MAGNITUD QUE IMPIDA EL DESARROLLO DE LAS TAREAS DE SU PUESTO DE TRABAJO**.

¿EXISTE OPCIÓN DE MEDIDAS ADAPTATIVAS O RESTRICTIVAS LABORALES?

Consejos para tu Día a Día

Mis rutinas diarias

1. La enfermedad no debe ser el eje de tu vida
2. La enfermedad puede ser una oportunidad de iniciar **otras actividades**
3. Enfoca las limitaciones con **optimismo**
4. Vive con **relax** y huye del estrés
5. Continuar con tu **actividad laboral** te ayudará a mantener tu círculo social
6. **Confía en tus médicos y en los trata**mientos, aunque los resultados no sean espectaculares
7. Practica **ejercicio físico y actividad mental** regular
8. Huye del **sedentarismo y del descanso excesivo**
9. Mantente al día de **la información real** de la enfermedad y sus avances terapéuticos huyendo de la incertidumbre y el desconocimiento
10. Planifica tus **actividades diarias** acordes con tu situación física y psicológica
11. Comenta con tu **círculo más intimo** tus inquietudes y sensaciones
12. Evita el **sobrepeso** y evitarás la sobrecarga muscular
13. Mantén una **vida regular** sin altibajos en tus rutinas diarias
14. No olvides practicar tus **aficiones, actividades** y mantén tu mente abierta al **aprendizaje de nuevas cosas**.

Dra. Mª Teófila Vicente-Herrero

Gracias

Asociación Valenciana de Afectados de Fibromialgia

DECLARADA DE UTILIDAD PÚBLICA

Asociación Valenciana de Afectados de Fibromialgia

VI JORNADA DE FIBROMIALGIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

AVALADA POR

ORGANIZA

COLABORAN

Dra. Teófila Vicente-Herrero
Médico Especialista en Medicina del Trabajo

Controversias en fibromialgia y fatiga crónica