

## **LA FIBROMIALGIA UNA ENFERMEDAD REAL BAJO SOSPECHA INJUSTIFICADA.**

Francisco Javier Yuste Grijalba. Médico de Sanidad Nacional  
Francisco Javier Yuste Echarren. Especialista en Anestesiología  
A. Vidal. Especialista en Anestesiología y Tratamiento del dolor

### INTRODUCCIÓN

#### **De la dificultad de demostrar lo obvio.**

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

El camino que tienen que recorrer, insistimos, aún hoy en día, la fibromialgia (FM) y las personas que la padecen –mujeres de mediana edad en su mayoría (63)- es largo y difícil.

Primero para ser diagnosticadas, después para conseguir entender lo que les pasa, finalmente para disponer de una terapéutica que les consuele o para obtener el reconocimiento jurisdiccional de su dolencia.

La demora en el diagnóstico es la primera de las dificultades, por cuanto muchos médicos no aceptan ni el término ni la enfermedad como tales, sosteniendo que no es sino una agrupación de síntomas frecuentes en la población general, a la que se ha etiquetado por razones no científicas, pero sin responder a una entidad clínica definida.

Sin explicación para su dolor, la paciente puede suponer que su padecimiento es de máxima gravedad y peregrina para recibir tranquilidad o consejos que no

llegan, consumiendo recursos sanitarios de mínima eficiencia. El dolor, sin embargo, persiste afectando a toda la persona y a su entorno a quienes deteriora, de tal modo que en el cuadro crónico establecido es difícil separar las alteraciones psicológicas propias del cuadro de las producidas por el deterioro (52).

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

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

### **Breve recorrido histórico**

Clasificamos como fibromialgia (FM) a los estados de dolor musculoesquelético generalizado y crónico con hipersensibilidad demostrable en la exploración física acompañado en la mayoría de los casos de cansancio y trastornos del sueño, sin hallazgos de laboratorio o de imagen que lo justifiquen. En estos pacientes es común la depresión o la ansiedad cuando no ambas y los tratamientos no suelen ser muy eficaces para aliviar el dolor .

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

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

En los principios de los 50 la profundización en el conocimiento de las enfermedades reumáticas permitieron separar la “fibrositis sine materia” de los

otros cuadros reumáticos con base inmunológica u orgánica. Paulatinamente, década de los 70, se va separando la fibromialgia, el "síndrome miofascial" (Hehch 1976) o la "tendomiopatía generalizada" de otros cuadros reumáticos más sustentados en análisis o radiografías (Smythe 1989).

El término de fibromialgia fue adoptado, finalmente, en 1990 por el American College of Rheumatology (ACR) en un intento de definir este proceso, normalizar su diagnóstico y determinar los criterios clínicos que deben cumplir los pacientes para ser diagnosticados de fibromialgia, después de realizar un estudio enmascarado con 558 pacientes (265 de ellos controles) en 16 centros estadounidenses y canadienses, concluyendo que la enfermedad podría ser diagnosticada con una historia clínica de dolor generalizado en 11 o más de 18 puntos específicos en el tejido muscular, distribuidos en 9 pares desde el occipital a las rodillas, acompañándose de fatiga persistente y sueño no reparador.

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

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

En la X Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10, 1992) se asigna el código diagnóstico M79.0 (en la CIE-9-MC era el 729.0). También ha sido reconocida por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) con el código X33.X8a (1994). En el 2º Congreso de Dolor Miofascial y Fibromialgia celebrado en Copenhague en 1992 se estableció la fibromialgia como un diagnóstico diferente, ratificando la opinión de la OMS

aunque matizando su rigor a la hora de los juicios clínicos, para los que no exigiría una presencia contable de puntos dolorosos y aceptaría el acompañamiento de otros síntomas como cefaleas, vejiga irritable, fenómeno de Raynaud, dismenorrea o sensibilidad al frío con los que la FM formaría un síndrome más amplio . Yunus sugirió en 1996 que la FM, junto con otras entidades, se podía englobar dentro del llamado Síndrome Disfuncional (Colon Irritable, Fatiga Crónica, de las Piernas Inquietas, Cefalea Tensional, etc). Se basó en el hallazgo de algunos datos comunes en todos ellos: fatiga, sueño no reparador, predominio en mujeres, ausencia de lesiones macro o microscópicas, y respuesta a agentes de acción central tipo serotoninérgicos o noradrenérgicos. En este sentido, sugirió la hipótesis de que en estos procesos había una disfunción neuroendocrina-inmune (alteraciones de neurotransmisores y hormonas) que hacía de factor de puente entre todas estas afecciones.

### **Una discusión poco científica en The Journal of Rheumatology**

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

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

La respuesta a estas opiniones solo tardó un año, y otros tantos editoriales ,unos amistosos, otros desabridos, pusieron de manifiesto la falta de rigor científico de

las mismas y el malestar creado en los especialistas por haberlas visto publicadas en una Revista de Reumatología.

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

### **Por lo pronto las manifestaciones clínicas básicas de la FM.**

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

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

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

El dolor como síntoma único o predominante está presente en numerosos cuadros: la tenosinovitis de Quervain, la epicondilitis medial o lateral, la tendinitis

del manguito de los rotadores del cúbito, por no citar la neuralgia del trigémino o los cólicos nefríticos sin cálculo o el dolor fantasma de los amputados, no exigen que tengamos ningún reparo en su diagnóstico. La presencia del dolor en determinados lugares permite, al localizarlo, diferenciar la FM de otros cuadros álgidos con toda precisión, no es un mero artificio intelectual.

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

Las implicaciones medicolegales de la incapacidad laboral reconocida, la ganancia secundaria del cuadro, no justifican su rechazo desde el momento en que la mayor parte de las pacientes son amas de casa sin posibilidad de entrar en el camino de las compensaciones, en línea con los hallazgos del Estudio en la comunidad Amish que encuentra mayor prevalencia de afectados incluso que en la población general. La FM tiene una prevalencia similar en todos los países, aun cuando los que la reconocen como motivo de incapacidad tengan un número mayor de pensionistas por esta causa.

### **La fibromialgia en el Parlamento.**

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

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

Cuatro medidas concretas fueron propuestas en esta Proposición:

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

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

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

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

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

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

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

componente más de la enfermedad y que posiblemente se derive del dolor y de la incomprensión que genera el desconocimiento de la misma”.

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

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

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

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

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

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

## **ELEMENTOS DE EPIDEMIOLOGÍA**

Definición y concepto.

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

De acuerdo con su etimología, la fibromialgia, antes conocida por fibrositis (termino acuñado por Gowers en 1904 ) afecta principalmente a los tejidos blandos del cuerpo.

El nombre de fibromialgia se deriva de “fibro” (tejidos fibrosos como tendones y ligamentos), “mio” (músculos) y “álgia” (dolor). A diferencia de la artritis, la FM no ocasiona dolor ni inflamación articular; más bien, produce dolor en los tejidos blandos periarticulares de forma generalizada.

### Clinica

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

### **DOLOR GENERALIZADO**

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

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

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

### **FATIGA**

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

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

### **ALTERACIONES DEL SUEÑO**

Las alteraciones del sueño de estos pacientes suelen ser variables de unos a otros, desde la dificultad para conciliarlo, tener sueño agitado y superficial, entrecortado, hasta dormir pocas horas consecutivas de modo que se despiertan cansadas, con sensación de no haber descansado, incluso después de haber

dormido toda la noche. Algunos pacientes sufren pausas de apnea durante el sueño. En cualquier caso el sueño no reparador ocurre en casi un 70% de los pacientes con FM .

Se desconocen las causas por las que la FM causa que el sueño no sea reparador. Sin embargo, recientes investigaciones en laboratorios del sueño han documentado interrupciones en la etapa más profunda del sueño (la etapa delta). Está bien documentado que la perturbación del sueño profundo altera funciones críticas del organismo tales como la producción de neurotransmisores y la producción de enzimas y proteínas necesarias para reparar el tejido muscular. Algunos investigadores piensan que los trastornos del sueño pueden ser una de las causas de la fibromialgia y no su efecto.

### **RIGIDEZ**

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

### **CEFALEA**

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

### **MALESTAR ABDOMINAL**

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

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

## **PROBLEMAS GENITOURINARIOS**

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

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

## **SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS**

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

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

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

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

## **SINTOMAS TORACICOS**

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

## **SINTOMAS CUTANEOS**

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

## **SINTOMAS PSICOLOGICOS**

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

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

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

## **El estudio EPISER**

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

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

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

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

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

Por otro lado, White y Harth) revisando varios trabajos sobre la prevalencia y el impacto social de la FM en distintos países, encuentran que entre un 15% y un 24% de los pacientes con fibromialgia perciben algún tipo de compensación económica por su problema, y el 50% ha tenido que dejar de trabajar en algún momento de su vida laboral.

Sostienen estos autores que la FM es un problema sociolaboral importante y que podría tratarse de una enfermedad de las denominadas profesionales.

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

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

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

El EPISER coincide en sus líneas generales con otros que se han realizado en ámbitos diferentes, como el London Fibromialgia Epidemiology Study realizado en

Ontario entre adultos no institucionalizados por medio de un cuestionario telefónico a una muestra de 3395 sujetos, de los cuales los positivos fueron examinados por un reumatólogo con los criterios de ACR 1990. 100 sujetos fueron identificados como enfermos de FM, correspondiendo a una prevalencia estimada entre 4,7 y 5,1 de intervalo de confianza al 95%.

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

### **Perfil de un paciente de fibromialgia .**

Mejor hablaremos de perfil de una paciente porque más del 90% de ellos son mujeres con una relación mujer/varón de 9 a 1 de tal modo que no sería forzar las cosas excesivamente hablar de una enfermedad de género. La edad media de las mismas se sitúa entre 26 y 55 años, siendo los 44 años los más frecuentes de presentación de los primeros síntomas. El EPISER no nos facilita más datos para hacer el retrato del paciente tipo, pero otros estudios daneses y noruegos nos señalan una mayor distribución de la fibromialgia en la población de niveles de renta y educacionales bajos y su asociación con mujeres que han padecido abusos sexuales en un amplio sentido (57% de las mujeres según Alexander) y con exceso de peso si hacemos caso a González y Alegre.

### **La perspectiva de género**

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

DIAGNOSTICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL (25).

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

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

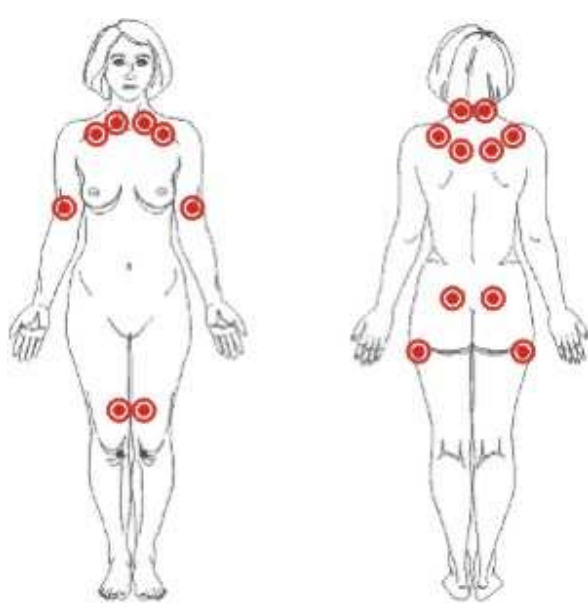
1- Dolor crónico, generalizado, musculoesquelético de más de 3 meses de evolución, de forma continua, en ambos lados del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura, y dolor en el esqueleto axial, raquis cervical o tórax anterior.

2- Ausencia de cualquier otra enfermedad que pudiera ser la causa del dolor subyacente (tal como la artritis reumatoide, el lupus, enfermedades tiroideas, etc.).

3- Múltiples puntos bilaterales hipersensibles al dolor en lugares característicos y simétricos del cuerpo (occipucio, cuello, trapecios, supraespinosos, costales, epicóndilos, glúteos, trocánteres y rodillas).

Conforme a los requisitos de la ACR, para que un paciente se pueda considerar con fibromialgia, debe tener 11 de estos 18 puntos. Se debe aplicar una presión de aproximadamente 4 kilogramos, fuerza necesaria para palidecer la uña del dedo gordo, a un punto sensible y que la paciente se queje de dolor, para considerar que este es un punto hipersensible.

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



<http://www.sinedolore.org/archivos%20para%20web%20sine%20dolore/articulos/Fibromialgia.pdf>